

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS CIEGO DE ÁVILA

FACULTAD DOCENTE MORON

POLICLINICO DOCENTE "JULIO CASTILLO"

Intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento de madres sobre las Enfermedades Diarreicas Agudas.

**AUTORA: Dra. Zuleiky Sista Carballo Pérez,
Doctor en Medicina Veterinaria**

Informe final para optar por la categoría de Master en Enfermedades Infecciosas

AÑO 2010

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS CIEGO DE ÁVILA

**FACULTAD DOCENTE MORON
POLICLINICO DOCENTE "JULIO CASTILLO"**



Intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento de madres sobre las Enfermedades Diarreicas Agudas.

**AUTORA: Dra. Zuleiky Sista Carballo Pérez.
Doctor en Medicina Veterinaria**

**TUTOR: Dra. Maria Elena Abstengo Pasos
Dr. Medicina Veterinaria
Master en Enfermedades Infecciosas**

**ASESORES: Dra. Luz Maria Toledo Pérez.
Especialistas de primer grado en Pediatría.
Profesora asistente.
Master en Enfermedades Infecciosas**

**Dra. Caridad Ulloa Espinosa
Especialista de segundo grado de Neonatología
Profesora asistente
Master en Enfermedades Infecciosas**

Informe final para optar por la categoría de Master en Enfermedades Infecciosas

AÑO 2010

“DECLARACIÓN JURADA DEL AUTOR”.

Por medio de la presente declaro ante el Comité Académico de la Maestría de Enfermedades Infecciosas de la Facultad de Ciencias Médicas que la Tesis presentada es de mi propia autoría, no contiene material escrito por otra persona al no ser el referenciado debidamente en el texto; parte de ella o en su totalidad no ha sido aceptada para el otorgamiento de cualquier otro diploma de una institución nacional o extranjera.

Ciego de Ávila, 1 de Diciembre 2010

Dra. Zuleiky Carballo Pérez

“CERTIFICACIÓN DEL TUTOR”.

Por medio de la presente apruebo que la Tesis titulada “Intervención Educativa para elevar el nivel de conocimientos en madres sobre las Enfermedades Diarreicas Agudas, pertenecientes al CMF #10 del Área de Salud “Julio Castillo” del Municipio Chambas. De la autora Dra. Zuleiky Sista Carballo Pérez en opción al título de Master en enfermedades infecciosas sea presentada al Acto de Defensa.

Para que así conste firmo la presente en Ciego de Ávila, el 1 de Diciembre del 2010

Dra. Maria Elena Abstengo Pasos
Especialidad Medicina Veterinaria
Master en Enfermedades Infecciosas

La única verdad de esta vida y la única fuerza, es el amor. La verdadera medicina no es la que cura, sino la que previene.

José Martí

A mis padres y tía por haberme inculcado la necesidad de saber para el trabajo.
A mi pequeña hija lo más grande y hermoso que me ha brindado la vida, que por pocos años que tiene no puede comprender la importancia de este estudio.
A mi esposo por su ayuda incondicional.

Agradecimiento.

Múltiples son las personas que de una forma u otra han colaborado con la realización de este trabajo, destacando al compañero Darisley López Martín que estuvo presente en todos los momentos. A todos muchas gracias.

Resumen

Se realizó un estudio pre-experimental (antes-después) con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento a través de una intervención educativa sobre las EDA en las madres de niños de 0 a 4 años del CMF #10 del área de salud “Julio Castillo” en el municipio Chambas. El universo de trabajo estuvo conformado por 42 madres que constituyen el total de madres de niños de 0 a 4 años a las que se le aplicó los criterios de inclusión y exclusión quedando una muestra de 39 madres. Se comprobaron los resultados significativos entre los dos momentos antes y después, demostrando que después de aplicada la intervención el nivel de conocimiento fue mayor en las madres y con respecto a la evaluación del nivel de conocimiento general sobre las EDA se pudo demostrar que el 35.9% obtuvieron un nivel alto, el 58.9% un nivel medio, predominando un nivel de conocimiento medio con prueba de hipótesis dando una significación estadística entre el antes y el después por lo que la estrategia de intervención educativa fue efectiva, demostrando la labor que tiene la educación para adquirir los conocimientos y con esto a su vez adquirir conductas responsables.

PALABRAS CLAVE: Intervención educativa/ Enfermedades Diarreicas Agudas, medidas de prevención.

Intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento de madres sobre las Enfermedades Diarreicas Agudas.

ÍNDICE

Introducción -----	1
Capítulo I: Fundamentación teórica y gnoseológica sobre las enfermedades diarreicas agudas en niños de 0 a 4 años.	9
Capítulo II: Aspectos metodológicos de la investigación y el diseño de la intervención educativa sobre enfermedades diarreicas agudas en madres de niños de 0 a 4 años.	50
Capítulo III: Análisis y discusión de los resultados de la implementación de la intervención educativa.	66
Conclusiones -----	77
Recomendaciones -----	78
Referencias Bibliográficas-----	79
Anexos	

Informe final para optar por la categoría de Master en Enfermedades Infecciosas



Intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento de madres sobre las Enfermedades Diarreicas Agudas.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad en nuestro país se cuenta con un Sistema de Salud bien estructurado, con todas las condiciones necesarias: Programa de Atención Integral a niños y ancianos que involucra a toda la comunidad. Además contamos con un personal capacitado y actualizado en los más disímiles manejos terapéuticos y de prevención de la EDA. (1,2)

La enfermedad diarreica aguda (EDA) se puede definir como un cambio súbito en el patrón de evacuación intestinal normal del 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 tres semanas. La causa más importante y frecuente de EDA es la infección enterocólica con respuesta variable en los enfermos; algunos manifiestan cuadros graves, otros síntomas moderados y otros son sintomáticos. (3)

La Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) compone una de las consultas más frecuentes en los servicios de consulta externa, urgencias y Consultorios de Médicos Generales Integrales. (3)

Es de importancia para todos los médicos y personal paramédico conocer los aspectos relevantes de la enfermedad diarreica aguda, como son: epidemiología, etiología, fisiopatología, prevención, diagnóstico y tratamiento. (3)

La enfermedad diarreica continúa siendo una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad en los menores de cinco años, a pesar de los grandes esfuerzos y logros que, desde la perspectiva de la salud pública, se han implementado, como la distribución de sales de rehidratación oral, la educación relacionada con la prevención de episodios, la recuperación de prácticas tradicionales que apoyan un tratamiento adecuado de los niños con diarrea. (3)

Desde el inicio de este contexto los logros se han visto reflejados en forma radical en la tendencia de la mortalidad, en la cual se observa un descenso importante, sin embargo, la mortalidad continúa ocupando, después de las infecciones respiratorias agudas, las primeras causas de consulta y egreso hospitalario. (3)

Estos cuadros diarreicos se están extendiendo porque en la mayoría de los casos estamos formulando múltiples drogas (antibióticos, antiamebianos, antihelmínticos, antidiarreicos y antieméticos), y no formulamos lo más importante como el suero de rehidratación oral o no hacemos algunas recomendaciones dietéticas, lo cual es fundamental para que el paciente se mejore. (3)

En la propuesta de la OMS y de la OPS sobre la Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), donde se han tratado de unir varios programas, entre otros enfermedad diarreica e infección respiratoria aguda (CED-IRA) se vienen adelantando diversas estrategias o líneas de trabajo que apuntan a reducir la mortalidad, morbilidad y severidad de los episodios de EDA-IRA padecidos por los menores de cinco años. (3)

La gastroenteritis es más frecuente y grave en el niño que en adultos. En los países en vías de desarrollo, donde la malnutrición y las enfermedades debilitantes son frecuentes, la gastroenteritis es la principal causa de mortalidad

infantil. Se calcula que de 20 a 55 niños por cada 1000 fallecen por esta causa, lo que supone alrededor de 5 millones cada año. (4)

La mortalidad incide en niños con mal nutrición, hacinamiento y malas condiciones higiénicas. (4)

Por otra parte, los episodios prolongados y recidivantes de diarrea favorecen la malnutrición. (4,5)

El periodo de alza estacional en Cuba comprende los meses de mayo y Agosto, y se extiende, en ocasiones a los meses de Abril y septiembre. Como promedio se registran, anualmente de 750 000 a 800 000 atenciones medicas por EDA, de los cuales alrededor de 200 000 corresponden a los menores de 1 año y cerca del 80% del total a los menores de 5 años. En este aspecto nuestro personal de salud esta al tanto y se sabe que en el verano las bacterias y los parásitos ocupan los primeros lugares. Los virus pueden aparecer también, aunque con menor frecuencia. Sin embargo, no debemos pasar por alto las de causa no infecciosa relacionada con la preparación, concentración y dilución de los alimentos. Y otro aspecto importante: que la vía de transmisión más frecuente es la fecal-oral, es decir, alimentos o agua contaminados con heces. (5)

Este programa centraliza sus acciones en los menores de 5 años, debido a que éste constituye el grupo etareo con el mayor rango porcentual en la morbilidad y mortalidad, comparado con la población en general. (5)

En estudios realizados en los últimos años, se han puesto de manifiesto un bajo porcentaje de casos en los que, los niños que consultan, son evaluados y tratados de acuerdo a las recomendaciones técnicas del programa de Control Enfermedad Diarreica (CED). La falta de aplicación de las mismas no siempre ha podido ser atribuida al a falta de insumos ya que, aún en los servicios de salud con una adecuada provisión de los mismos, se observó que los niños no fueron evaluados correctamente y que el tratamiento no fue adecuado a los signos y síntomas identificados. (5)

La incidencia de las EDA en países subdesarrollados se presenta a seis cuadros por año y en países desarrollados de 0.8 / 1 cuadro por año, en menores de 5 años, representando un gasto excesivo para el sector salud. (6)

La diarrea es el dominio de los grupos caracterizados por pobres condiciones de vida donde o no hay o se manipula inadecuadamente el agua potable, no hay disposición adecuada de desechos sólidos y residuales líquidos, hay pobre nutrición y no se efectúa la lactancia materna y existe además escasa cobertura en vacunación. (7)

Estos factores han sido enmarcados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la población en alto riesgo de diarrea, sin embargo habrían otros aspectos sociales que se suman a aquellos factores: grupos rurales desplazados por la violencia, baja escolaridad, madres o padres solos, ingresos económicos insuficientes para las necesidades mínimas, niños menores trabajadores y en la calle, hacinamiento, fármaco dependencia, alcoholismo, sicariato, prostitución y falta de asistencia en seguridad social. Todos ellos constituyen un verdadero caldo de cultivo para cualquier condición patología social, médica o humana. (7)

En cuanto a la mortalidad se calculan alrededor de 5 millones de muertes por diarrea anuales en menores de 5 años, en países subdesarrollados. (8)

La tasa de mortalidad por diarrea para el grupo pediátrico se estimó en 2.6 por cada 100.000 niños, para los niños del tercer mundo, contra 1.3 por cada 100.000 niños en países desarrollados. (8,9)

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia, la meta para el año 2000 era reducir al 50% la tasa de mortalidad y en un 25% la tasa de incidencia como consecuencia de la diarrea en los niños menores de 5 años. (9)

A pesar de disponer en la actualidad de estrategias adecuadas a la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento adecuado de la enfermedad diarreica en los

niños menores de 5 años, el impacto logrado por muchos países sobre el problema ha sido bajo, si se lo compara con el impacto potencial de las medidas de control propuestas.(9)

En algunos países que han registrado descensos importantes en la mortalidad por enfermedad diarreica, no han logrado una disminución en las tasas de morbilidad por esta causa, ni en la proporción de los casos que se hospitalizan, poniendo de manifiesto la falta de medidas de prevención, detección precoz y tratamiento adecuado (terapia de rehidratación oral) de los casos que se detectan y el desmejoramiento de las condiciones de vida y de las condiciones sanitarias de la población. (10)

En América Latina y el Caribe aproximadamente 77.600 niños menores de 5 años mueren cada año de diarrea y las consecuencias de la misma, lo que significa más de 200 muertes diarias. Si bien 16 de los 33 países en dicha región están en buen camino para lograr los objetivos de desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas respecto a saneamiento y agua limpia, tienen todavía que cubrir las necesidades de saneamiento de 8,4 millones de personas, y en el caso del agua potable de 6,1 millones.(11,12)

En estos momentos en la provincia de Ciego de Ávila se ha observado un incremento de las Enfermedades Diarreicas Agudas fundamentalmente en niños menores de cinco años. Nuestro municipio no queda exento de este problema ya que se ha observado un incremento en la morbilidad por estas enfermedades en los niños de 0 a 4 años con una mayor incidencia en el consultorio médico de familia No 10 del área de salud Julio Castillo del municipio chambas. Esperamos que este trabajo sirva de herramienta a todo el personal relacionado con esta problemática, con el fin de disminuir la morbilidad de estas enfermedades y sus consecuencias.

Problema Investigativo,

Estas razones permitieron plantear como problema de la investigación el incremento de las Enfermedades Diarreicas Agudas, fundamentalmente en niños de 0 a 4 años, siendo el CMF #10 el que más casos reporta, pues realizando revisión documental se observó en el último quinquenio una incidencia cada vez mayor de la enfermedad siendo el grupo de edad mas afectado de 0 a 4 años con una incidencia de 2215 atenciones médicas por EDA, cifra superior a años anteriores a estos, unido a esto algunos factores de riesgo que marcan el resultado del mismo fundamentado por una inadecuada lactancia materna, dificultades con los hábitos dietéticas, deficientes características del agua de beber, deficientes condiciones de higiene personal y ambiental, falta de detección precoz y tratamiento adecuado (terapia de rehidratación oral).

Atendiendo a lo anterior consideramos que existen dificultades en el nivel de conocimientos que sobre las EDA poseen las madres de estos niños menores de cinco años.

Estos argumentos justifican la necesidad de resolver la pregunta investigativa:

Pregunta investigativa

¿Se logrará elevar significativamente los conocimientos de estas madres con la intervención educativa?

Hipótesis de la investigación

Si se aplica una intervención educativa sobre Enfermedades Diarreicas Agudas se logrará elevar el nivel de conocimientos de las madres de los niños de 0 a 4 años del CMF #10 y esto puede contribuir a un descenso de la morbilidad por esta causa.

Novedad Científica

Programa de intervención capaz de educar, elevar conocimientos ya que Promover Salud para evitar la enfermedad no es una utopía pues es nuestra razón de ser.

Objetivos

I- Objetivo General

1.1- Elevar el nivel de conocimiento a través de una intervención educativa sobre las EDA en las madres de los niños de 0 a 4 años.

II-Objetivos Específicos

2.1- Caracterizar a los encuestados según:

- Edad.
- Nivel de escolaridad.

2.2- Evaluar el nivel de conocimiento antes y después de la intervención educativa sobre Enfermedades Diarreicas Agudas en cuanto a:

- Grupos de mayor riesgo a padecerla.
- Síntomas y signos.
- Vías o causas de contraerla.
- Medidas de prevención.

2.3- Evaluar el nivel conocimiento general sobre Enfermedades Diarreicas Agudas en las madres de los niños de 0 a 4 años del CMF #10 antes y después de la intervención educativa.

2.4- Diseñar un plegable sobre las EDA en cuanto: concepto, principales síntomas, transmisión y como prevenirlas.

CAPITULO 1: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y GNOSEOLÓGICA SOBRE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN NIÑOS DE 0 a 4 AÑOS.

En el presente capítulo abordaremos el surgimiento y evolución que han tenido las Enfermedades diarreicas agudas a lo largo de la historia, así como aspectos relacionados con su definición conceptual, etiología, cuadro clínico, prevención y algunos tratamientos de las mismas.

Epígrafe 1.1 Antecedentes Históricos sobre las EDA y su repercusión en niños de 0 a 4 años.

En Cuba, en 1959, las EDA constituían la primera causa de mortalidad infantil y la quinta de mortalidad general lo que determinó la aplicación en 1963 de un programa nacional denominado "lucha contra la gastroenteritis", que a partir de esa fecha fue disminuyendo la mortalidad en todas las edades y principalmente en los niños pequeños. Al producirse un aumento de la mortalidad infantil en 1969, dado, entre otros factores, por la coincidencia en los meses de lluvia del alza epidémica anual de las EDA, con la circulación en nuestro país del virus de la influenza A₂ Hong Kong, se inicia en 1970 el Programa Nacional para la Disminución de la Mortalidad Infantil, que se propuso como meta, reducir la mortalidad a 20 x 1 000 nacidos vivos para 1980. En este programa se mantuvo como subprograma el control de la morbilidad y mortalidad por EDA, también incluido actualmente en el programa de atención materno infantil. (13,14)

En nuestro país antes del triunfo de la revolución las tasas de incidencia y mortalidad por EDA eran muy elevadas producto de las precarias condiciones higiénicas sanitarias, el hacinamiento, los problemas económicos, el desempleo y los problemas de accesibilidad de la mayoría de la población a los servicios de salud. (14)

Desde los primeros años de la década de los 60 en Cuba se instrumentaron sostenidas acciones de vigilancia, dirigidas en una primera etapa al reconocimiento rápido de los principales problemas de salud lo que permitió la toma de acciones oportunas para su control y erradicación. En esos años en el cuadro epidemiológico del país predominaban las enfermedades transmisibles como causas de muerte y enfermedad La vigilancia comienza con el diseño de los programas de lucha contra las enfermedades diarreicas agudas, paludismo y otras. (14)

A partir del año 2003 se perfecciona la estrategia sanitaria cubana, para lo cual la vigilancia desempeña una función de vanguardia. Posteriormente con el diseño y puesta en marcha del Sistema de información directa y la reactivación del Sistema de declaración obligatoria se perfecciona de manera significativa la vigilancia de las enfermedades transmisibles y la vigilancia ambiental. La vigilancia pasó a ser parte intrínseca de cada programa de control. (14)

Este trabajo referente a la EDA en el Área de Salud “Julio Castillo”, se puede utilizar como herramienta de trabajo en todo el personal relacionado con esta problemática, con el fin de mejorar los indicadores, la planificación de nuevas acciones de salud y colaborar al cumplimiento del Programa Nacional de Control de esta enfermedad.

EPIGRAFE 1.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y GNOSEOLÓGICA DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN NIÑOS DE 0 a 4 AÑOS.

La diarrea es muy frecuente en los trópicos. Muchas veces es autolimitada, sin embargo, su importancia general no debe ser subestimada. La diarrea desempeña un papel importante en la malnutrición y es una de las causas principales de mortalidad infantil. Lo que se entiende como diarrea varía bastante de persona a persona: aumento del número de deposiciones por día, disminución de la consistencia de las heces o aumento del volumen de las

heces fecales. La definición de diarrea según la OMS es: por lo menos 3 deposiciones cada 24 horas, de heces sin consistencia (que toman la forma del recipiente que los contiene). (15)

La diarrea causa pérdida de líquido y consecuentemente una deshidratación. El paciente pierde también electrolitos lo que puede producir perturbaciones en el equilibrio de los iones, como por ejemplo hipocalemia. La pérdida de bicarbonato en las heces, la disminución de la función renal (los ácidos se excretan menos) y la cetosis (una lipólisis debida a la disminución de alimentación) pueden causar una acidosis. Finalmente, el estado nutricional del paciente empeora por la pérdida de apetito. A veces, la madre piensa actuar bien cesando temporalmente la alimentación “para que descansen los intestinos”. Una desnutrición moderada puede escalar hacia una grave malnutrición (marasmo y kwashiorkor). Esto último se observa frecuentemente si el paciente presenta varios episodios de diarrea que se suceden en un lapso corto. (15)

La disentería es una forma grave de diarrea. A veces se presenta con fiebre y deterioro del estado general (es frecuente en casos de disentería bacilar, rara en casos de disentería amebiana). La disentería tiene tres características (15)

- dolor abdominal
- tenesmo (dolor de calambre en el recto) y sensación falsa de necesidad de depositar
- deposición frecuente de pequeñas cantidades de heces mezcladas con sangre, mucus o pus.

La esteatorrea es una diarrea grasosa caracterizada por grandes cantidades de heces con aumento en su contenido graso (las heces flotan sobre el agua). La causa está en la perturbación de la función pancreática o del intestino. (15)

Las enfermedades diarreicas agudas continúan siendo una causa importante de morbimortalidad en muchos países del mundo, sobre todo en los países del Tercer Mundo; por ejemplo, en América Latina se presentan 250 millones de casos por años mueren 3,2 millones de niños menores de 5 años. En nuestro país no constituye esta afectación un problema de mortalidad, pero sí de morbilidad (16)

A pesar de mantener una baja tasa de mortalidad por enfermedades diarreicas agudas, aún se identifican problemas, y dentro de ellas la persistencia de costumbres y hábitos inadecuados que favorecen la aparición de complicaciones. Las costumbres persistentes más frecuentes son: las restricciones dietéticas, el uso de medicamentos antimicrobianos y antidiarreicos, prácticas oscurantistas, como la cura del empacho, o la administración de remedios caseros. Otros hábitos inadecuados son la demora en asistir a la consulta médica en busca de orientación, y la atribución a causas oscuras y no demostradas, como la dentición y el resfriado. (16)

En la actualidad existen en Cuba varios Sistemas de vigilancia entre ellos tenemos: el Sistema de vigilancia ambiental, el Sistema de vigilancia ocupacional, el Sistema de vigilancia de desastre, el Sistema de vigilancia según condiciones de vida, fármaco vigilancia y la vigilancia hospitalaria entre otros. Se vigila en todos los niveles tanto en el nivel Primario como en el Secundario, aunque a nivel primario es la base de las acciones de promoción y prevención de enfermedades. (16)

La concepción de la "Vigilancia en Salud" se acompaña de los enfoques y dimensiones "estratégica" y "táctica". La vigilancia llamada "estratégica" es la que se centra en la observación continuada a mediano y largo plazo (tendencias) de los objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana, en sus plazos inmediatos y mediatos. Contiene todo lo relacionado con la evaluación de las tendencias de acuerdo con los pronósticos

formulados. Debe ocupar un gran espacio en la caracterización del estado de salud. Esta dimensión es alimentada por los distintos subsistemas de registro y notificación de los problemas de salud y condiciones, eventos o factores relacionados. (16)

En la actualidad en nuestro país se cuenta con un Sistema de Salud bien estructurado, con todas las condiciones necesarias: Programa de Atención Integral a niños y ancianos que involucra a toda la comunidad. Además contamos con un personal capacitado y actualizado en los más disímiles manejos terapéuticos y de prevención de la EDA. (16)

Las EDA es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en los países subdesarrollados y constituye, además, el factor desencadenante mayor en la causa de desnutrición. Según estudios realizados por la OMS en 1990, de un total anual mundial de 12 900 000 defunciones en niños menores de 5 años, 32 00 000 fueron debidos a enfermedades diarreicas agudas. (16)

La diarrea afecta a todas las razas, sexos, edades y regiones geográficas del mundo. El agua y el saneamiento tienen un papel crucial en la transmisión de las enfermedades diarreicas. Estos factores ambientales contribuyen aproximadamente al 94% de los 4.000 millones de casos de diarrea que la OMS calcula tienen lugar anualmente en el mundo. Los niños menores de 5 años en los países en desarrollo son los más afectados y representan la mayoría de los 1.500 millones de muertes anuales por causa de diarrea. En América Latina y el Caribe aproximadamente 77.600 niños menores de 5 años mueren cada año de diarrea y las consecuencias de la misma, lo que significa más de 200 muertes diarias. Si bien 16 de los 33 países en dicha región están en buen camino para lograr los objetivos de desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas respecto a saneamiento y agua limpia, tienen todavía que cubrir las necesidades de saneamiento de 8,4 millones de personas, y en el caso del agua potable de 6,1 millones. (17)

En Cuba, la mortalidad por EDA en menores de 1 año se redujo a 12.9 defunciones por cada 1000 nacidos vivos en 1962 a 0.3 por cada 1000 nacidos vivos en 1993, lo que representa una reducción del 97.7%. En el mismo periodo, la mortalidad por EDA en menores de 5 años se redujo de 38 a 0.6 defunciones/10 000 menores de 5 años, una disminución del 98,4%. (18)

No existe una definición uniforme de EDA. La Academia Americana de Pediatría la define como una enfermedad de comienzo rápido, caracterizada por incremento en el número de evacuaciones al día, y alteración en la consistencia de las heces fecales, que puede ir o no acompañado de otros síntomas como los vómitos, las náuseas, el dolor abdominal o la fiebre. (19)

EPIGRAFE 1.3. CLASIFICACIÓN

Como ustedes conocen la DIARREA: es el Síndrome clínico, dado por la expulsión de heces acuosas, fiebre y vómitos y se clasifica clínicamente de la siguiente forma: (20)

Simple: se instaura con rehidratación oral, no es importante la causa específica.

Disentería: heces con sangre, mucus, o ambos.

Persistente: de 14 días de duración.

Profusa: específicamente la del Cólera en países del tercer mundo.

Colitis hemorrágica: con sangre visible

DIARREA SANGUINOLENTA AGUDA CON FIEBRE

Este es el cuadro clínico de una disentería bacilar cuyos causantes son: la *Shigella*, la *Salmonella*, el *Campylobacter* y ciertas *Escherichia coli*. Algunos gérmenes son muy agresivos, otros producen únicamente infecciones moderadas, por ejemplo, en orden decreciente de gravedad: *Shigella dysenteriae* > *S. flexneri* > *S. boydii* > *S. sonnei*. A veces pueden producirse complicaciones: megacolon tóxico, prolapso del recto, septicemia, síndrome urémico-hemolítico, (TTP-SUH, posiblemente debido a la toxina shiga secretada por *E. coli* O157:H7), artritis reactiva, síndrome de Reiter [uretritis, artritis,

conjuntivitis, algunas veces uveítis, hiperqueratosis de las palmas de la mano (queratoderma blenorragico) y úlceras indoloras en la boca y glande (balanitis circinata)]. A veces, el uso de antibióticos puede causar un desarrollo agresivo del *Clostridium difficile*. Las toxinas liberadas por este germen pueden provocar una inflamación importante del colon (colitis pseudomembranosa). El examen microscópico de las heces muestra abundantes leucocitos (pus) y frecuentemente también eritrocitos. En el caso de una disentería bacilar, la desaparición de la flora normal bacteriana es remarcable. No es posible diferenciar las bacterias con el microscópico (es necesario recurrir a un cultivo). (21)

DIARREA DE LOS TRÓPICOS, SANGUINOLENTA, AGUDA SIN FIEBRE

En estos casos, el primer diagnóstico a considerar es el de la disentería amebiana y luego una disentería bacilar con evolución leve. Es importante el examen microscópico de heces frescas (aún calientes) para demostrar los trofozoítos móviles. La flora bacteriana normal del intestino queda intacta. Naturalmente, puede presentarse una fiebre en los casos graves de amebo-colitis. (21)

DIARREA AGUDA CON FIEBRE Y SIN SANGRE

En un niño, toda infección de cualquier tipo puede evolucionar con síntomas de diarrea asociada: por ejemplo una otitis media, una amigdalitis, una neumonía o una infección urinaria. Los agentes causales más frecuentes son los virus, ciertos *Escherichia coli* y una disentería bacilar de evolución leve (*Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter* y *Yersinia enterocolitica* O3 y O9). También se debe pensar en una malaria así como en la posibilidad de un estadio temprano de fiebre tifoidea. En una diarrea aguda con fiebre, pero sin deposiciones. (21)

DIARREA AGUDA SIN SANGRE SIN FIEBRE

En caso de una abundante diarrea acuosa se debe pensar siempre en la posibilidad de cólera. En este caso, la rehidratación es de vital importancia. Los antibióticos (por ejemplo las tetraciclinas) tendrán una función de apoyo, pero son menos importantes. Los casos de cólera deben ser declarados dada la posibilidad de epidemias. (21)

DIARREA CON SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS

En una diarrea con síntomas y signos neurológicos con o sin síntomas generales se debe pensar en: (21)

- *Clostridium botulinum*.
- Ciguatera o intoxicación paralítica por mariscos.
- Intoxicación por glutamato de sodio.
- Intoxicación por ingestión de hongos o alimentos contaminados con micotoxinas.
- Pesticidas.
- Listeriosis.
- Brucelosis.
- Infección masiva con *Trichinella spiralis*.
- SIDA

DIARREA CRÓNICA CON FIEBRE Y SIN SANGRE

La diarrea crónica, el adelgazamiento y la fiebre prolongada son criterios mayores para el diagnóstico clínico del SIDA. Se debe examinar también si existen otros indicios: candidiasis oral, sarcoma de Kaposi, prurito crónico, herpes zoster. Una serología puede confirmar el diagnóstico. Se debe investigar la presencia de parásitos intestinales. La tuberculosis intestinal se localiza preferentemente en la región de transición ileocecal, donde a veces se puede palpar una masa. Algunas veces existe una ascitis por afección asociada del

peritoneo. A veces se detectan lesiones pulmonares o adenopatías, aunque esto no es imprescindible para diagnosticar una tuberculosis intestinal. (21)

DIARREA CRÓNICA SIN FIEBRE Y SIN SANGRE

Existen varias causas para esta diarrea, la giardiasis es frecuente. Otros **parásitos intestinales** (por ejemplo *Cyclospora*) también pueden causar un cuadro clínico análogo. Para la criptosporidiasis, no existe hasta el momento un tratamiento eficaz. La **pellagra** (deficiencia de niacina = vitamina PP [Pellagra Preventing]) se caracteriza por la triada DDD: diarrea, dermatitis, demencia. Con seguridad, esta triada no se presenta en todos los pacientes. (21)

DIARREA CRÓNICA CON SANGRE Y SIN FIEBRE

Se trata de una disentería amebiana prolongada, de schistosomiasis masiva (*S. mansoni*), de enteropatías inflamatorias (p.e. enfermedad de Crohn) o de un tumor intestinal. Se presentan invaginaciones intestinales repetitivas. No olvidarse de considerar la posibilidad de una diarrea por otras causas con hemorroides sanguinolentas. (21)

DIARREA CRÓNICA GRASOSA

Las causas de esta diarrea son: alteraciones del intestino delgado o insuficiencia pancreática exócrina. Se puede observar calcificaciones pancreáticas con pancreatitis crónica en un 50% de los pacientes mediante radiografías panorámicas del abdomen. Se debe investigar la posibilidad de una diabetes mellitus asociada. Las causas no infecciosas de las alteraciones del intestino como la enfermedad celíaca (hipersensibilidad al gluten) y el linfoma del intestino son raras. (21)

Según el mecanismo de producción, la diarrea puede clasificarse de la siguiente manera:

Diarrea osmótica

Se caracteriza por un aumento del componente no absorbible en el tubo digestivo debido a una inadecuada absorción de las sustancias nutritivas presentes en la luz intestinal. Como consecuencia, los líquidos tampoco se reabsorben, y permanecen en la luz intestinal. Se ve principalmente en síndromes de mal absorción, por ejemplo, la [enfermedad celiaca](#) o en trastornos pancreáticos, en los que la secreción de enzimas digestivas está alterada. Otra causa posible es la utilización de [laxantes](#) osmóticos (que actúan aliviando el [estreñimiento](#) reteniendo agua en el intestino). (22)

Diarrea osmótica. Se origina por la presencia de solutos no absorbibles en la luz intestinal, como laxantes y alimentos mal digeridos que causan la salida de agua. Desaparece con el ayuno. Es frecuente luego de la administración de medio de contraste oral para la realización de una TAC. (22)

Varios hechos caracterizan clínicamente a la diarrea osmótica. (22)

- desaparece con el ayuno del paciente o con la interrupción de la ingesta del soluto poco absorbible;
- se observa un gradiente osmótico en las heces: la [osmolaridad](#) fecal es muy alta respecto al plasma (en condiciones normales es isotónica, es decir, igual que la del plasma);
- Principalmente el [sodio](#) fecal suele ser <60 mOsm; menor que la plasmática
- el volumen de heces excretado es normalmente inferior a 1 litro / 24 h;
- el pH fecal suele ser menor a 5 (ácido) por la fermentación bacteriana de los hidratos de carbono no absorbidos;
- tendencia a la [deshidratación](#) con [alto contenido en sodio en el plasma](#);

- es autolimitada y de corta duración, cesando tan pronto como se deje de ingerir productos osmóticos.

Diarrea secretora

Se produce un aumento de la secreción de electrolitos (especialmente sodio y cloro) hacia la luz intestinal arrastrando consigo agua, debido a una alteración en el transporte de agua y de [iones](#) a través del [epitelio](#) del intestino. En la mayoría de los casos predomina una disminución de la absorción, pero a veces se observa un aumento inadecuado en la secreción de líquidos hacia la luz intestinal. En este caso, se suele hablar de "diarrea acuosa". El primer objetivo del tratamiento es la corrección de la deshidratación, para lo cual se administran líquidos por vía preferentemente oral o intravenosa para reponer los que se pierden con la diarrea. (22)

Diarrea secretora. Es secundaria a la secreción activa de iones que causa una pérdida considerable de agua. Dentro de este grupo se encuentran las diarreas producidas por virus (rotavirus), enterotoxinas bacterianas (cólera, *E. coli*), protozoos (giardia) trastornos asociados con el SIDA, tumores productores de péptido intestinal vaso activo (VIP), tumores carcinoides (histamina y serotonina) y adenomas vellosos de colon distal. No desaparece con el ayuno. (22)

En la diarrea secretora, se observan las siguientes características (22)

- como la diarrea se debe a un trastorno del transporte de iones, no existe respuesta (o muy pequeña) al ayuno: no se disminuye el volumen fecal, ni se aumenta en caso de ingesta;
- el gradiente osmótico entre la osmolaridad de las heces y el plasma es muy pequeño;
- el [sodio](#) fecal suele ser >60 mOsm; aproximadamente igual que la plasmática;

- la pérdida de sodio es mayor que la de [potasio](#);
- las heces suelen ser voluminosas, más de 1 litro / 24 h.
- el [pH](#) fecal suele ser neutro
- la pérdida concomitante de [bicarbonato](#) causa una [acidosis](#) metabólica.

Sin embargo, algunas diarreas secretoras, como las debidas a mal absorción de ácidos grasos o consumo de laxantes, como el [aceite de ricino](#) y los ácidos biliares, pueden ceder con el ayuno. (22)

Diarrea debida a motilidad intestinal

Se produce por un aumento de la motilidad intestinal (hipermotilidad). Si el alimento se mueve demasiado rápido a través del intestino, no hay tiempo suficiente para la absorción de los nutrientes y el agua. Se observa por ejemplo en el [síndrome de colon irritable](#), después de una cirugía, en el caso de trastornos hormonales ([hipertiroidismo](#)), o una [neuropatía diabética](#). También aparece en pacientes a los que se les ha retirado una parte del intestino mediante cirugía. Este tipo de diarrea puede tratarse con agentes que reducen la motilidad intestinal, como la [loperamida](#), un agonista de sustancias opioideas. (22)

Diarrea exudativa

También llamada diarrea inflamatoria, se produce cuando aparece un daño de la mucosa intestinal, incluyendo [inflamación](#), [úlceras](#) o tumefacciones, lo que tiene como consecuencia un aumento de la permeabilidad intestinal: se produce una pérdida pasiva de fluidos ricos en [proteínas](#) y una menor capacidad de reabsorber los fluidos perdidos. A menudo aparece debido a enfermedades del tracto gastrointestinal, como el [cáncer de colon](#), [colitis ulcerosa](#), [tuberculosis](#), etc., o en patologías donde no se absorben los ácidos biliares, que entrarán en el [colon](#) con un aumento de la afluencia de electrolitos. Se observan características comunes a los otros tres tipos de diarrea. Puede producirse

debido a agentes infecciosos (virus, bacterias, parásitos) o problemas [auto inmune](#) como es el caso de la [enfermedad de Crohn](#). (22)

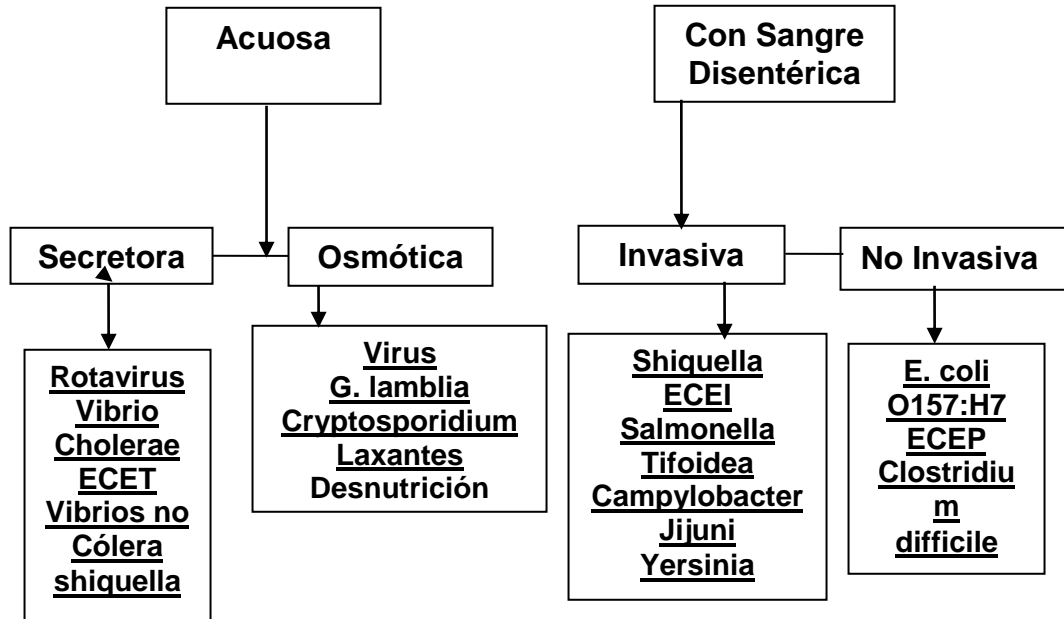
Diarrea exudativa. Es producto de la inflamación, ulceración de la mucosa intestinal y alteración de la permeabilidad para agua, electrolitos y solutos pequeños como la urea. Puede tener algunos componentes de la diarrea secretora como consecuencia de la liberación de prostaglandinas por células inflamatorias. Es consecuencia de infecciones bacterianas (*Salmonella*), clostridium difficile (frecuentemente inducidos por antibióticos) parásitos del colon (*Entamoeba histolytica*), enfermedad de Crohn, enterocolitis por radiación e isquemia intestinal, proctocolitis ulcerativa y enfermedad intestinal inflamatoria idiopática. (23)

Diarrea motora. Aunque poco estudiada, se sabe con certeza que se producen alteraciones hiperperistálticas con disminución en el contacto entre el contenido luminal y la mucosa intestinal. A menudo la diarrea es intermitente y alterna con estreñimiento. Es causada por diabetes mellitus, hipertiroidismo y, también por el síndrome de intestino irritable. (23).

EPIGRAFE 1.4.ETIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS

Durante la infancia, la diarrea infecciosa es la más común. En los países desarrollados, las causas más comunes son las virales, y entre éstos, los rota virus representan entre 20% y el 60% de los casos estudiados. La diarrea por rota virus es más frecuente entre los 6 y los 24 meses de edad. La segunda causa de diarrea infecciosa entre los niños es la producida por bacterias entero patogénicas. La causa más frecuente de diarrea bacteriana es ocasionada por la E. Coli entero toxigénica. El tercer grupo esta representado por los parásitos que pueden ocasionar cuadros diarreicos, entre los que se destacan: Entamoeba Histolytica, Giardia Lamblia, Balontidium Coli, Los Tricocéfalos y el Cryptosporidium, entre otros. (24)

Causas de Diarrea Infantil Aguda (24)



En casos más graves, o donde es importante encontrar la causa de la enfermedad, se requerirá un [cultivo de heces](#). Los organismos más comunes encontrados dentro de dichos cultivos, son el [Campylobacter](#) (un organismo de origen animal), la [Salmonella](#) (también de origen animal), la [Criptosporidiosis](#) (origen animal) y la [Giardia lamblia](#) (que vive en el agua potable). La comida en descomposición esta asociada con infecciones de [Salmonella](#). La [Shigella](#) (causante de disentería) es menos común, y generalmente de origen humano. El cólera es raro en los países occidentales. Es más común en viajeros y se relaciona generalmente con el agua contaminada: su última fuente es probablemente el agua de mar. (25)

La [Escherichia coli](#) es probablemente una causa muy común de la diarrea, especialmente en viajeros, pero puede ser difícil detectar con la tecnología actual particularmente los [rotavirus](#), son comunes en niños (25)

Las diarreas secretoras, principalmente las ocasionadas por infecciones agudas (bacterias, virus, parásitos) son el subtipo más importante de diarreas, en términos de frecuencia, incidencia y mortalidad (más de 2,5 millones de muertes anuales). En los países subdesarrollados representan la causa principal de mortalidad infantil, mientras que en los países desarrollados y en desarrollo, las diarreas secretoras tienen la misma importancia en cuanto al motivo de hospitalización y los costos en salud. Se estima que alrededor de 200-300. (26)

La etiología del 70% de los casos de diarrea infecciosa es la viral. Todos los años, las causas principales de gastroenteritis infantil son los rotavirus (600.000-800.000 muertes en todo el mundo). (27)

La etiología bacteriana ocurre en el 1,5 a 5,6% de los casos. Las bacterias más frecuentemente identificadas son *Campylobacter* (2.3%), *Salmonella* (1.8%), *Shigella* (1.1%) o *Escherichia Coli* (0.4%). (27)

Las infecciones intestinales parasitarias son responsables del 20%-25% de las diarreas infecciosas, las que pueden ser agudas o crónicas y ser endémicas en los países en vías de desarrollo. En individuos inmunocompetentes, la causa más frecuente de diarrea parasitaria es la *Giardia lamblia*. La giardiasis es común en los países en desarrollo pero también es endémica en países industrializados como Rusia. *G. lamblia*, la causa más común de giardiasis humana, se halla entre los protozoarios parásitos más comunes en todo el mundo (28)

La diarrea infecciosa aguda es la enfermedad más común en todo el mundo, en particular en los países en desarrollo y se asocia con morbilidad y mortalidad, mucho más en los extremos de la vida. La presencia de leucocitos en las heces es extremadamente importante para el diagnóstico de diarrea infecciosa ya que los leucocitos fecales están presentes en los pacientes infectados con *Shigella*, *Campylobacter*, *E. coli* enteroinvasiva y ausentes en la

infección por *V. cholerae*, *E. coli* enterotoxigénica, *Rotavirus*, *Norovirus*, *G. lamblia*, *Entamoeba histolytica*, *Staph. Aureus* y *Clostridium*. (28)

Gérmenes más frecuentes causantes de gastroenteritis aguda infecciosa que actúan a través de toxinas (29)

Entero toxinas:

- Preformadas en los alimentos (neurotoxinas)

Staphylococcus aureus

Clostridium botulinum

Bacillus cereus

- **Liberadas en la luz intestinal:**

Vibrio cholerae

Vibrio no cholerae

Escherichia coli Enterotoxigénica

Clostridium perfringes

Salmonella

Klebsiella

Shigella disenteriae

Citotoxinas:

***Escherichia coli* citotoxigénica**

Shigella disenteriae

Clostridium perfringes

Vibrio parahaemolyticus

Staphylococcus aureus

Clostridium difficile

No es siempre de igual importancia determinar la causa precisa de la diarrea: por ejemplo, es importante diferenciar la colitis amébrica de la disentería bacilar, pero la diferenciación entre el rotavirus y el Norwalkvirus no es clínicamente relevante en los trópicos. (29)

Las infecciones intestinales causadas por protozoarios son cosmopolitas, pero su prevalencia es más alta en las regiones tropicales. El clima favorece la sobre vivencia de los protozoarios en el medio ambiente y el bajo nivel de higiene favorece su transmisión. En los países en vías de desarrollo generalmente se observan toda clase de diarreas. Frecuentemente aparece una diarrea junto a una infección parasitaria, sin embargo siempre se debe ser crítico antes de deducir de ello una relación causal. Es importante diferenciar la infección y la enfermedad. Entre la multitud de protozoarios que se pueden encontrar en las heces, sólo algunos son potencialmente patógenos. En forma esporádica, el *Plasmodium falciparum* y la *Leishmania donovani* pueden causar síntomas digestivos. En este caso, la diarrea no presenta características especiales. (29)

Entre los Gérmenes más frecuentes causantes de gastroenteritis aguda infecciosa bacteriana que actúan por invasión. Tenemos: (29)

Bacterias: *Salmonella sp*

Shigella sp

Campylobacter jejuni

Yersinia enterocolítica

Escherichia coli invasiva

Vibrio parahaemolyticus

Clostridium difficile

Clostridium perfringens

Virus: *Rotavirus*

Norwalk

Otros

Parásitos: *Entamoeba histolytica*

Balantidium coli

Schistosoma

Trichinella spiralis

Otros de los problemas de gastroenteritis están los principales agentes infecciosos bacterianos responsables de la diarrea del viajero. (29)

Escherichia coli enterotoxigénica

Shigella s

Salmonella sp

Escherichia coli invasiva

Vibrio parahaemolyticus

Campylobacter jejuni

Aeromonas hydrophila

Algunos no diagnosticados

Causas no Bacterianas: *Giardia lamblia* y *Entamoeba histolytica*

Otras de las causas de gastroenteritis como ustedes conocen son las infecciones e intoxicaciones bacterianas de origen alimentario (29)

Salmonella sp

Staphylococcus aureus

Clostridium botulinum

Clostridium perfringens

Shigella sp

Bacillus cereus

Campylobacter jejuni

Vibrio parahaemolyticus

Yersinia enterocolitica

Vibrio cholerae

Escherichia coli

Listeria monocytogenes

COMPORTAMIENTOS QUE INFLUYEN EN LA PROPAGACION DE LAS EDA: (30)

- Falta de lactancia materna exclusiva durante los primeros 4-6 meses.
- Usar biberones para alimentar a los niños.
- Guardar alimentos a temperatura ambiente.
- Beber agua contaminada por materia fecal.
- No lavarse las manos después de defecar, después de desechar las heces de los niños o de limpiar los pañales y antes de preparar o servir alimentos.

EPIGRAFE 1.5 EVALUACIÓN DE UN PACIENTE CON DIARREA

Cuando un paciente presenta diarreas se le realiza una evaluación de la siguiente manera :(30)

ANAMNESIS:

1. Cuándo y cómo comenzó la enfermedad (comienzo súbito, gradual, duración de los síntomas).
2. Deposiciones: acuosas, sanguinolentas, mucosas, purulentas, grasosas.
3. Frecuencia de las deposiciones.
4. Presencia de síntomas disentéricos: fiebre, tenesmo, pujos, sangre o pus en heces fecales (diarrea mucopiosanguinolenta).
5. Síntomas de depleción de volumen: sed, taquicardia, oliguria, ojos hundidos, fontanela deprimida, letargia.

6. Síntomas asociados: náuseas, vómitos, dolor abdominal, calambres, mialgias, cefalea, alteración sensorial, fiebre, presencia o no de eritema peri anal.
7. Viajes recientes (¿lugares?).
8. Atención en instituciones de día, círculos infantiles y jardines de la infancia.
9. Consumo de alimentos no seguros (carne crudas, huevos, pescado no conservado, leche no pasteurizada, jugos contaminados, y agua no tratada).
10. Administración de grandes cantidades de leche, o aumento de la concentración de la leche por hervirla varias veces.
11. Baños en piscinas, lagos, etcétera.
12. Visitas al zoológico o contacto con mascotas con diarreas.
13. Contacto con enfermos.
14. Medicamentos tomados recientemente.
15. Condiciones patológicas de base, como por ejemplo: inmunodeficiencia, gastrectomizados y edades extremas.
16. Ocupación (manipuladores de alimentos, pantristas, carniceros, etc.).

De forma más resumida y más concreta se le realiza la siguiente anamnesis (31)

Duración de la diarrea, aguda (< 14 días) o crónica (> más de 14 días).

- ¿Existe sangre o pus en las heces? (opcionalmente, microscopía).
- Diferenciar diarrea acuosa y disentería.
- Existe franca fiebre? Pensar en una disentería.

Preguntas complementarias:(31)

- ¿Existe tenesmo? Indica una lesión del recto en disentería.
- Hay dolor abdominal? No en caso de cólera.

- Vomita el paciente? Agrava la deshidratación y a veces dificulta el tratamiento.
- Existen varias personas más en el entorno con las mismas quejas? ¿epidemia?

EXAMEN FÍSICO

Lo más importante es evaluar la deshidratación, la cual se debe a una ingesta insuficiente de líquidos (beber, líquidos por vía endovenosa) y/o a una pérdida excesiva de líquidos (vómitos, diarrea, poliuria, sudor). Si la causa es la pérdida de líquido gastrointestinal, se presentará una oliguria para así minimizar la pérdida de líquidos. (31)

En la práctica (31)

Siempre se debe pesar al niño y evaluar su condición general.

Evaluar si la pérdida de peso es <5%, de 5 al 10% ó >10%.

¿Hay disentería ó no? Si la hay, ¿es amebiana o bacilar?

Pérdida de líquido <5%

Si un niño pierde <5% de su peso corporal, su estado general será aún bastante bueno, el niño está alerta, tiene sed, sus mucosas están húmedas (ojos, lengua, boca) y la elasticidad de la piel se mantiene normal. El déficit de líquido es menor a 50 ml/Kg. de peso corporal. (31)

Pérdida de líquido 5-10%

Si la pérdida de líquido es de un 5% a un 10% del peso corporal, entonces los ojos aparecen hundidos en las órbitas, la fontanela es cóncava, la piel pierde su elasticidad, los labios y la boca están secos y a veces agrietados. El niño está grave, intranquilo y llora sin lágrimas. La frecuencia respiratoria se acelera

(acidosis) lo cual se debe diferenciar de una neumonía asociada. La producción de orina disminuye. El déficit de líquido es de 50 a 100ml/Kg. (31)

Pérdida de líquido >10%

Si la pérdida de líquido es mayor a un 10%, el niño está quieto y frío, la frecuencia del pulso es más rápida y difícil de palpar (colapso circulatorio); los pliegues de la piel se ponen tiesos, las mucosas están muy secas, el abdomen está deprimido, los ojos están muy hundidos en las órbitas y la fontanela está muy deprimida. Generalmente se presenta una anuria total. La deficiencia del líquido es mayor a 100ml/Kg. (31)

EPIGRAFE 1.6 COMO PREVENIR LAS ENFERMEDADES DIARREICAS

LA PREVENCIÓN en el control de las enfermedades diarreicas está relacionada con muy diversas circunstancias que, en conjunto, determinan el nivel de vida y bienestar de la población, entre cuyos elementos destacan la cultura y el nivel de escolaridad, el estado de nutrición, el saneamiento básico, el acceso a servicios de salud y la calidad de éstos. Sin embargo, es a partir del conocimiento de su naturaleza infecciosa y de sus mecanismos fisiopatológicos que las acciones se han sistematizado e inclusive se han organizado programas con base en actividades específicas. Un ejemplo fundamental es la terapia de hidratación oral (THO), considerada por *Lancet* como el avance médico potencialmente más importante del siglo, por el número de muertes que puede evitar en el corto plazo y cabe aclarar que siempre y cuando, se implante en el marco de un programa integral de prevención y control, y se ponga al alcance de toda la población, capacitándola en su uso. (32, 33, 34.)

La diarrea generalmente se transmite por vía feco-oral. La prevención de estas infecciones dependerá por lo tanto del mejoramiento de la higiene general, la cual a su vez depende del nivel general de pobreza (estándar de vida). Sin

embargo, podemos aconsejar las siguientes indicaciones y medidas preventivas (34)

- Los alimentos deben estar suficientemente cocidos o fritos.
- Se debe proteger el agua potable, esto también se puede alcanzar a nivel de un pueblo (filtros de arena, protección de pozos). El agua también se puede hervir o filtrar aunque para hervirla, se necesita una cantidad considerable de combustible, generalmente caro.
- Lavarse las manos: jabón.
- Medidas sanitarias: el baño debe estar alejado del agua potable. Las letrinas baratas, simples, fáciles de fabricar, ventiladas, sin moscas, sin necesidad de agua, son prácticas y realizables (por ejemplo la letrina de Blair).

Diarrea: Prevención por viajeros (34)

- **Alimentos:** evitar las verduras no cocidas, la fruta que uno mismo no puede pelar, los productos lácteos no pasteurizados, los pescados, mariscos y carne crudos o insuficientemente cocidos (“cook it, peel it or leave it”).
- Evitar las comidas de los puestos callejeros. Los alimentos deben estar protegidos contra las moscas.
- **Bebidas:** tomar té, café o agua embotellada, preferentemente con gas. La cerveza puede calmar la sed, pero no así las bebidas alcohólicas en grandes cantidades que, por supuesto, no son aconsejables. Se debe evitar las botellas cerradas con tapas de corcho reutilizado. Los cubitos de hielo no son de confiar. Se puede filtrar el agua potable, para esto existen diversos métodos (filtros de porcelana grandes como el Berkefeld, filtros de carbón activo, Catadine portátil). Después, se puede hervir el agua o desinfectarla químicamente con sales de plata como Micropur®, Drinkwell® (no activos contra virus), con cloramina (250mg por 10 a 50 litros) o con hipoclorito de sodio (Javel,

Drinkwell Chloor®, Hadex®). El sabor desagradable del cloro se puede eliminar con el uso de tiosulfato de sodio, que no es tóxico, dejándolo actuar durante una hora (Drinkwell-Antichloor® gotas). También se puede usar lugol o tintura de yodo al 2% (8 gotas por litro): es un poco más activo contra los quistes de amebas pero no es aconsejable su utilización prolongada (más de 3 meses) y está contraindicado en las mujeres embarazadas y en las personas con patología de la tiroides. (34)

- **Quimioprofilaxis:** ésta no se aconseja en forma sistemática, a pesar de que ofrece una protección parcial (por ejemplo ofloxacina); sólo se debe considerar en caso de viajes cortos durante los cuales no se puede correr ningún riesgo. (34)

Varios tipos de moscas conviven estrechamente con el hombre y se alimentan frecuentemente de los alimentos destinados al hombre, los desechos orgánicos y las heces. Las moscas también depositan huevos (frecuentemente cientos) sobre los alimentos. Si una mosca adulta se alimenta sobre material contaminado (por ejemplo heces), los patógenos ingresarán por medio de la boca al intestino. Los agentes patógenos pueden adherirse a las vellosidades de las patas y del cuerpo de la mosca y a las almohadillas de sus patas. Después, el insecto puede posarse sobre alimentos no protegidos y, al caminar sobre los alimentos, pueden depositar los micro-organismos. Como todos los Diptera, las moscas usan alimento líquido. Por ello, la mosca vomita un poco de líquido para fluidificar el alimento. Esta mezcla puede contener microbios de una comida anterior. Al mismo tiempo, la mosca defeca residuos de una comida anterior eventualmente contaminada. De esta forma, se pueden transmitirse muchos tipos de agentes etiológicos de enteritis. Las moscas desempeñan también un papel en la transmisión de la trachoma, una enfermedad infecciosa de los ojos (*Chlamydia trachomatis*) que puede llevar a la ceguera. (34)

En México, con base en diversas experiencias nacionales e internacionales, en el año de 1984 se inició el Programa Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Diarreicas. Desde entonces la magnitud y extensión de las actividades se han incrementado, pero no es sino hasta 1989 cuando adquirió carácter prioritario y, sobre todo, a partir de los compromisos de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia. En consideración a lo anterior y tomando en cuenta que la mortalidad por enfermedades diarreicas agudas (EDA) es aún muy elevada en México, el Grupo Inter-institucional de Investigación en Sistemas de Salud Secretaría de Salud (SSA)-Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) aceptó con entusiasmo la invitación que le hizo el Gobierno del Estado de Tlaxcala para, de manera conjunta, diseñar e implantar estrategias de apoyo al control de las EDA. Esta iniciativa se debió a que en ese estado la mortalidad por estos padecimientos era una de las más altas en el país y ciertamente muy superior a la media nacional: en el año de 1990 la tasa por 100 000 hab. en menores de cinco años fue de 179.8 en Tlaxcala, de 44.9 en Nuevo León y de 133.3 la nacional. (35, 36)

En los últimos años se ha producido una tendencia a la disminución de las EDA y los expertos consultados coinciden en varios factores que pueden explicar la misma, entre otros, la intensificación de la Vigilancia de la calidad del agua para el consumo público e incremento de las acciones para el mejoramiento de la cloración y potabilidad y la mejoría en las condiciones higiénicas de las escuelas lo cual ha reducido el número de brotes (37)

Independientemente de los logros obtenidos por la salud pública en Cuba y de las medidas tomadas por el Estado, aún existen diferencias en cuanto a condiciones de vida en sectores de la población cubana en general, las que a su vez repercuten en múltiples aspectos de la salud. Varios estudios realizados en los últimos años, han enfocado su atención en identificar las diferencias en el estado de salud de los territorios con grados de desarrollo socioeconómico y

condiciones de vida desiguales, para implementar métodos que sirvan al sistema de salud para evaluar estas diferencias y estudiar problemas de salud vinculados a ellas.(38,39)

A pesar de la reducción gradual del número de consultas médicas por EDA en los últimos tres años, en el país se mantienen factores de riesgo importantes y muy vinculados a las condiciones de vida de las personas como son: las dificultades existentes con el abasto de agua, más crítica en la región oriental debido a la intensa sequía que afectó a las provincias de Camagüey, Las Tunas y Holguín; los desbordamientos de aguas albañales; las dificultades con la recogida de desechos sólidos, los problemas con la conservación y manipulación de los alimentos, así como la presencia de vectores, entre otros, que condicionan un escenario sanitario actual favorecedor de la aparición de brotes y epidemias. Esta situación evidencia la necesidad de mantener una estrecha vigilancia sobre las EDA, la cual debe comenzar por un mejor conocimiento de su de la morbilidad y sobre todo de la morbilidad oculta. (39, 40)

De esta forma se puede concluir que hay costumbres que deben ser erradicadas de inmediato mediante el accionar de la atención primaria, y para lograr este objetivo es necesario insistir en las siguientes medidas: (41)

- Orientar a la familia, y sobre todo a las madres, respecto a la administración correcta de las SRO en pacientes con enfermedades diarreicas y su utilidad en la prevención de la deshidratación.
- Orientar a las madres en el mantenimiento de una dieta sin restringir los alimentos.
- Mantener una buena higiene personal y ambiental.
- Administrar otros líquidos que suplan las sales de rehidratación oral como son: jugos, sopas, caldos, yogur, ya que esta dieta puede mantener la hidratación, en niños que no aceptan las sales de rehidratación oral.

- No administrar medicamentos por cuenta propia ni recomendados por ningún personal, si no es especialista de la salud.
- Acudir rápidamente al médico ante la aparición de deposiciones líquidas.
- No administrar cocimientos ni remedios caseros.
- Vigilar el peso del niño en los días que tiene diarrea.
- Orientar en las posibles complicaciones de la enfermedad diarreica y la forma de prevenirlas.

EPIGRAFE 1.7 Diagnostico, Tratamiento y otros indicadores de las Enfermedades diarreicas Agudas en niños menores de 5 años.

En Cuba la mortalidad por esta causa es mínima y la morbilidad es comparable a los países desarrollados tanto en atenciones médicas de los menores de cinco años como en los restantes grupos de edad. No obstante, la morbilidad por esta causa representó en el año 2003 el 10% del total de atenciones médicas brindadas por nuestro sistema de salud (746 164 atenciones) y aunque en el año 2004 esta cifra disminuyó a 675 212 atenciones para un índice de 5999.6 por 105 habitantes y un 9% de reducción con relación al año anterior, todavía se mantiene como una causa muy frecuente de demanda de atención en los servicios de salud. (42)

Diagnostico clínico y paraclinico:

Toda diarrea sin excepción del tipo, intensidad, localización o mecanismo, cursa con un episodio mayor o menor de desplome nutricional y por lo tanto de déficit hidroeléctrico que el episodio de diarrea ha producido (42).

Una diarrea enteriforme (coleriforme), con antecedentes de síntomas respiratorios altos, con abundante vómito que en ocasiones domina el cuadro, es producida por virus (ejemplo adenovirus) y si es así, cursa con un déficit transitorio de enzimas digestivas, en especial disacaridasas(42).

Diarreas enteriformes (coleriformes) de abundante volúmenes, rápidamente deshidratantes, en pacientes que habitan áreas ribereñas o costeras, que consumen pescado u otros productos similares, deberían hacer pensar en el cólera como agente etiológico. En un cuadro similar pero no intenso, que sucede a continuación de un viaje, la mayor posibilidad es el E. Coli toxigénico (42).

Una diarrea que se inicia abruptamente, que de diarrea enteriforme se torna desenteriforme, con fiebre elevada, aspecto tóxico (fiebre alta, decaimiento), alteración en el sensorio y en ocasiones convulsiones, y en general viviendas con malas condiciones higiénicas, deben ser motivo para investigar shigella. (42)

Si en una guardería, epidémica y simultáneamente distintos niños desarrollan diarrea enteriforme que se autolimita, es muy probable que se aísle un rotavirus. Desde el punto de vista clínico, el médico por medio de la diferenciación sindromática, podrá hacer un diagnóstico, que inmediatamente lo ubicará dentro de una localización anatómica, en un mecanismo fisiopatológico y le ofrecerá algunas posibilidades etiológicas y le ofrecerá algunas posibilidades etiológicas teóricas (42).

La enfermedad diarreica aguda (EDA) es un problema de salud común en la población, sobre todo en los países en vías de desarrollo. Es una enfermedad generalmente autolimitada que obedece a múltiples etiologías. (43)

En los países en vías de desarrollo se reporta que la diarrea es una causa frecuente y predominante de muerte en niños menores de 5 años. En EE.UU. la tasa de incidencia de EDA en niños menores de 5 años es de 1,3 a 2,3 episodios por año, y cada año mueren más de 300 niños por esta enfermedad. El 10 % de los pacientes en este grupo atareo ingresan cada año por diarreas, y los costos directos en hospitales y ambulatorios se estima que exceden los \$2

billones por año. Más de 200 millones de casos de diarrea aguda infecciosa en EE.UU. son reportados cada año. (43)

En los países desarrollados las muertes por diarreas son raras, aunque sí se observan en ocasiones ingresos hospitalarios por complicaciones, tales como la deshidratación severa y la insuficiencia renal, sobre todo en pacientes ancianos.(43)

En Cuba en el año 2000, las atenciones médicas por EDA fueron en la población general 77,1 x 1 000 habitantes, pero en menores de 1 año la cifra fue 1 073,6 x 1000 habitantes, de ahí la gran importancia que tiene el enfoque terapéutico de estas afecciones la evaluación del paciente con diarreas requiere de una anamnesis cuidadosa, así como de un examen físico completo, sobre todo en pacientes pediátricos para descartar otras entidades con similares presentaciones, y para lo cual se requiere de un mínimo de exámenes de laboratorio tales como: heces fecales en fresco, Gram, sangre oculta y leucocitos polimorfo nucleares en heces fecales y estudio microbiológico (coprocultivo).(43)

El tratamiento es primariamente de soporte, dirigido a prevenir la deshidratación del paciente, y el método fundamental consiste en la terapia de rehidratación oral (SRO) y el mantener la adecuada ingestión dietética.(43)

En las últimas dos décadas, la EDA ha sido objeto de considerable atención mundial y se han dirigido los esfuerzos a estas afecciones. Particularmente se ha enfatizado en el uso de las SRO, que además de ser baratas, previenen la deshidratación, que es la principal causa de mortalidad en niños y ancianos con esta enfermedad. A pesar de la evidencia de eficacia y seguridad de SRO, estas son subutilizadas, y el manejo de la EDA varía considerablemente entre los países en vías de desarrollo y los desarrollados. Errores tales como el no uso de SRO, la utilización de rehidratación IV en casos deshidratados leves o moderados, la supresión de la vía oral de manera inapropiada, y el abuso de

antimicrobianos y antidiarreicos, son todavía errores cometidos por los médicos.(43)

A pesar de disponer en la actualidad de estrategias adecuadas a la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento adecuado de la enfermedad diarreica en los niños menores de 5 años, el impacto logrado por muchos países sobre el problema ha sido bajo, si se lo compara con el impacto potencial de las medidas de control propuestas.(44)

En algunos países que han registrado descensos importantes en la mortalidad por enfermedad diarreica, no han logrado una disminución en las tasas de morbilidad por esta causa, ni en la proporción de los casos que se hospitalizan, poniendo de manifiesto la falta de detección precoz y tratamiento adecuado (terapia de rehidratación oral) de los casos que se detectan y el desmejoramiento de las condiciones de vida y de las condiciones sanitarias de la población. (44)

El objetivo primordial es corregir la deshidratación y los trastornos hidroeléctricos y mantener la homeostasis durante el curso de la enfermedad; para ello se recomienda la solución de rehidratación oral, la cual puede ser salvadora en los niños y en los ancianos. La composición por litro de agua consiste en: cloruro de sodio 3,5 g; cloruro de potasio 1,5 g; bicarbonato de sodio 2,5 g; glucosa 20 g. Su uso es más eficaz. Un adulto con diarrea profusa debe beber entre 700 y 1.000 ml cada hora, según el peso, la edad y la severidad de la enfermedad. Debe tenerse en cuenta que en algunos casos esta solución hipertónica puede incrementar la diarrea y que en la mayoría de diarreas simples, como la "diarrea del viajero", es suficiente ingerir cualquier líquido salado o acompañado de galletas salinas. También son útiles las soluciones minerales comerciales, que son de muy buen gusto, como el Gatorade. La hidratación parenteral se indica en casos de deshidratación grave, cuando fracasa la hidratación oral o se sospecha enterocolitis. Se utiliza lactato de Ringer, 10-20 ml/Kg./hora, según la intensidad de las pérdidas. (45)

En la deficiencia de disacandadas ocasionalmente es necesario reemplazar la leche y derivados, los jugos y frutas, por preparados de proteínas vegetales o animales que no contengan disacáridos; también es útil el caseinato de calcio. (46)

Los agentes antimicrobianos sólo están indicados en casos específicos de enfermedad diarreica (46)

- a. Disentería por *Shigella*. se trata con ampicilina (g diarios durante 5 a 7 días) o trimetropin - sulfametoxasol (2 tabletas de doble concentración durante 5 a 7 días)
- b. Enteritis por *Campylobacter*. Su manejo se hace con eritromicina (250 mg tres veces al día durante 7 días)
- c. Giardiasis. Está indicado el tratamiento con metronidazol (250 mg tres veces al día durante 7 días)
- d. *Escherichia coli*. El tratamiento con antibióticos sólo está indicado si los síntomas son intensos e incapacitantes; el fármaco de elección es el trimetropin-sulfametoxasol (2 tabletas de doble concentración durante 3 días).
- e. Amebiasis. Está indicado el tratamiento con metronidazol (500 mg tres veces al día durante 7-10 días)

Los antidiarreicos usados comúnmente (coalín, pectina, Peto-bismol, etc), en general no cambian el curso de la enfermedad. Los opiáceos sintéticos son útiles ocasionalmente, puesto que inhiben la hipersecreción y la hipermotilidad producidas por las prostaglandinas E₁ y E₂. Sin embargo, agentes como el lomotil pueden tener efectos adversos sobre la evolución de la enfermedad al favorecer la secreción prolongada de toxinas y aumentar el tiempo de contacto del agente infeccioso con la mucosa. Están contraindicados en los procesos inflamatorios invasivos bacterianos o parasitarios. (46)

La mayoría de las "diarreas del viajero" son producidas por bacterias (o sus toxinas) y en ellas ha demostrado ser beneficioso el uso de antibioticoterapia, especialmente trimetropin sulfametoxazole o ciprofloxacina, usualmente en una dosis grande y única. (46)

En el tratamiento: Se deben siempre considerar dos aspectos: (1) el grado de deshidratación y (2) la necesidad de administrar medicamentos. Lo más importante en diarreas agudas es tratar la deshidratación y, en segundo lugar, prestar atención a la malnutrición de calorías y de proteínas. Un tratamiento etiológico será posible sólo en una minoría de casos, sin embargo no debe perderse de vista. (46)

Los niños son muy sensibles a la deshidratación. Se puede producir una pérdida de líquido muy rápidamente en casos de vómitos y diarrea: para un niño de 5 Kg., medio litro de líquido representa una pérdida del 10% de su peso corporal, lo que significa para él un gran riesgo de mortalidad. La rehidratación endovenosa no siempre es posible ni aconsejable. Actualmente se sabe que muchos tipos de deshidratación de cualquier origen se pueden tratar por medio de una rehidratación oral. Esto es posible porque, a pesar de la diarrea, los mecanismos de absorción de agua, sodio y glucosa en el intestino quedan intactos. Los ingredientes mínimos de este líquido de rehidratación oral (SRO) son: agua limpia, glucosa y sal. Con estos elementos se puede rehidratar o prevenir la deshidratación, pero la desventaja es que la diarrea continúa y por lo tanto, no disminuye el volumen de las heces. En vez de glucosa se puede usar el azúcar común (sucrosa: un combinado de glucosa y fructosa) o polvo de arroz. Este último es mejor porque reduce el volumen de heces. En condiciones ideales, se puede añadir potasio (para compensar la hipocalcemia) y bicarbonato o citrato de sodio (para compensar la acidosis). El citrato se conserva mejor que el bicarbonato. Posiblemente, en el futuro se optimicen las fórmulas, que contendrían también aminoácidos neutros (glicina y alanina) y quizás también dipéptidos. (46)

La fórmula estandarizada de la OMS es la siguiente: por litro de agua se utiliza (46)

- KCl: 1,5gr.
- NaHCO₃: 2,5gr ó citrato de sodio 2,9gr
- NaCl 3,5gr
- Glucosa 20gr o 50gr de polvo de arroz

En el terreno se puede operar de la siguiente manera:(4,5)

1 cucharadita de té de sal + 6 cucharaditas de té de azúcar + 1 litro de agua hervida.

En la deshidratación leve o moderada se utiliza el SRO. El volumen a administrar es de una a dos veces el déficit de líquido. El SRO se administra en un lapso de 4 a 6 horas y es mejor que lo administre la madre. Es aconsejable utilizar una taza y una cucharadita. Para los párvulos, se puede usar una jeringa para administrar el líquido en la boca por goteo. Se debe continuar el tratamiento aún si el niño vomita un par de veces. Rara vez se necesita una sonda nasogástrica con infusión a gota. El resultado se controla evaluando la condición general del niño y su peso. (46)

En casos de deshidratación grave (>10%) o, en caso de que el tratamiento de SRO no surta efecto, está indicada la rehidratación endovenosa. Si es imposible encontrar una vena, se puede utilizar la vía intraosea: el líquido ingresa a la médula ósea y se absorbe de esta manera. La infusión puede ser inicialmente rápida (de 70 a 100ml/Kg. en tres horas). Cuando nuevamente se pueda palpar el pulso con facilidad y el estado general del niño mejore, se puede cambiar, a continuación, a una terapia oral. (46)

Los neonatos que nacen con peso bajo son muy sensibles a la hipernatremia y a la hiperhidratación. La rehidratación se efectúa mejor usando dos tercio de SRO y un tercio extra de agua. (46)

El tratamiento general de la diarrea puede esquematizarse en 4 fases:

1. **Corrección del déficit de agua, electrolitos y equilibrio ácido-base.**

En formas leves o moderadas, debe hacerse siempre por vía oral: la eficacia de la rehidratación oral y la tolerancia a la reintroducción de la dieta y la ganancia de peso es superior frente a la hidratación intravenosa. En los casos más leves (en los que se mantiene la alimentación), la ingestión de suplementos líquidos en forma de agua, tisanas o refrescos puede ser suficiente; si se ha suprimido la alimentación, se pueden utilizar diversas soluciones orales diseñadas para tratar la diarrea infecciosa. Las soluciones para deportistas no deben utilizarse, porque resultan hiperosmóticas.(47)

2. **Nutrición adecuada:** en contra de algunas creencias establecidas, en la mayoría de los casos de diarrea no es necesario establecer un reposo estricto del intestino; la supresión de la alimentación en los niños puede conducir a una pérdida diaria del 1-2% del peso corporal (sin contar las pérdidas fecales) que puede poner su vida en peligro. Aunque la absorción intestinal está reducida en la diarrea, no está totalmente abolida, y se absorbe una proporción no despreciable de principios inmediatos. De hecho, la evolución de los pacientes nutridos es mejor que en los que ayunan (menores pérdidas fecales y menor duración temporal). En la mayor parte de los casos, la diarrea cede en pocos días con medidas sencillas, como evitar alimentos que aumenten el volumen de las heces y la motilidad intestinal (vegetales, pieles de frutas o verduras, grano entero de cereal...). También es recomendable la ingesta de determinados microorganismos que ayuden a restablecer la [flora intestinal](#), como los yogures con [bifidus](#) o preparados de levaduras como el Perenterol. Por otro lado, en la afección generalizada del intestino, debe evitarse la leche y derivados, porque suele producirse un déficit de disacaridasas, que impide la digestión de la lactosa y empeora la diarrea(47)

3. **Tratamiento sintomático de la diarrea y los síntomas acompañantes:** hay algunos medicamentos con actividad antidiarreico, que pueden ser beneficiosos, pero pueden estar contraindicados en algunos casos(47)
4. **Tratamiento específico del agente o factor responsable de la diarrea:** en algunos casos, puede ser recomendable el uso de antibióticos (ver más abajo, en el apartado "Antibioterapia"). (47)

Los siguientes tipos de diarrea indican generalmente la necesidad de supervisión médica: (47)

- diarrea en niños pequeños
- diarrea moderada o grave en niños
- diarrea acompañada de sangre: véase [disentería](#)
- diarrea continua durante más de dos semanas
- diarrea asociada con alguna otra enfermedad más general tal como [dolor de estómago](#) o [abdominal](#), [fiebre](#), [pérdida de peso](#), etc.
- diarrea en turistas o viajeros (probablemente debida al resultado tener infecciones exóticas tales como parásitos)
- diarrea en personas que manipulan alimentos (por el potencial que tienen de infectar a otros),
- diarrea en instituciones (hospitales, guarderías, clínicas de reposo mental, centros sanitarios, centros geriátricos, etc.)

Consideraciones terapéuticas

El manejo de los síntomas de la EDA es aún controversial, y se sabe que los agentes antieméticos deben usarse con precaución y son poco recomendados a causa de los efectos adversos, incluyendo reacciones alérgicas, sedación, síntomas extrapiramidales y reacciones agudas distónicas.(47)

Los medicamentos antidiarreicos inertes que alteran la secreción intestinal (el bismuto), o la motilidad intestinal, (la loperamida), o que son absorbentes (como

el Kaolín/pectina,) generalmente no deben indicarse sobre todo en niños, por la falta de evidencia de efectividad y sus efectos adversos sobrepasan a los beneficios. Las preparaciones probióticas, como algunos lacto bacilos y el yogurt, se utilizarán de acuerdo con la evolución clínica del paciente y por un período limitado. Las diarreas no deben ser tratadas con anticolinérgicos, combinados con opiáceos que son potencial y altamente tóxicos en ancianos, ya que enmascaran y empeoran el curso de la enteritis bacteriana, conduciendo al megacolon tóxico y a la hemorragia colónica.(47)

El difenoxilato (reasec) también es dañino en niños porque enmascara el cuadro clínico al retener grandes cantidades de líquido en la luz intestinal y retarda la evacuación del germen, en casos que exista infección. En adultos se ha utilizado a dosis de 2,5 a 5 mg cada 6 u 8 h, así como en el alivio sintomático de la diarrea. (47)

El uso de la terapia antimicrobiana en niños con diarreas agudas permanece controversial, aunque el tratamiento con agentes antimicrobianos puede acortar el curso de algunas enfermedades diarreicas, como por ejemplo, la diarrea del viajero. La mayoría de las diarreas son autolimitadas, y pueden resolver antes de que los organismos causantes sean identificados, excepto de las diarreas agudas producidas por cólera y shigella, que sí tienen indicación de antimicrobianos. (47)

A causa del incremento de infecciones resistentes a antimicrobianos, así como los efectos secundarios de estos medicamentos, como son las súper infecciones cuando se barre con la flora normal y la posibilidad de inducción de otras enfermedades (Shiga-toxi phage) por quinolonas, la terapia antimicrobiana debe ser cuidadosamente valorada por el daño que puede ocasionar. Es de señalar que los antimicrobianos no deben ser prescritos simplemente para reducir la transmisión secundaria. Otras intervenciones como el lavado de las manos pudiesen lograr los mismos resultados sin introducir riesgo de resistencia antimicrobiana. (48)

Una situación común en la cual son usados comúnmente los antimicrobianos de manera empírica, sin realizar examen de heces fecales, es en la diarrea del viajero, ya que la principal etiología es la *Escherichia coli* enterotoxigénica, y es sensible a las fluoroquinolonas; o en niños, con el trimetopin-sulfametoxazol (co-trimoxazol), que puede reducir la duración de la enfermedad de 3-5 días a 1 ó 2 (A-I). Algunos consideran tratar empíricamente las diarreas que se prolonguen de 10 a 14 días por sospechar giardiasis, si los exámenes son negativos y especialmente si el paciente tiene historia de viajes o ingestión de agua de fuentes no seguras. (48)´

La shigellosis es rápidamente transmitida por vía fecal-oral de persona a persona, por lo que este concepto establece un fuerte criterio de tratamiento precoz a todos los pacientes portadores de shigella, aunque en zonas endémicas el tratamiento debe reservarse para los casos severos con el fin de evitar la resistencia bacteriana que cada vez es mayor en este agente. En pacientes con diarrea invasiva, fiebre y estado tóxico, la primera posibilidad etiológica es la shigella y debe ser considerado el tratamiento (previa toma de heces fecales para estudio) con quinolonas. (48)

TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO(48)

- Antibióticos para la disentería bacilar.
- Antiparasitarios para amebiasis, giardiasis, malaria, isosporiasis, *Strongyloides*, capilariasis.
- Los antiperistálticos disminuyen los cólicos intestinales y la frecuencia de las deposiciones pero no reducen la pérdida de líquido. Pueden empeorar disentería y, en dosis elevadas, pueden causar fácilmente un íleo paralítico en los niños. Son solamente indicados en casos de diarrea no complicada: loperamida (Imodium®), opiáceos: codeína, laudano o paregoric (= tintura de opio).
- Los absorbentes: caolín, pectina y carbón vegetal mejoran la consistencia de las heces sin disminuir la pérdida de líquido.

- Los concentrados de lactobacilos aparentemente tienen poca eficacia, aunque se requiere de más estudio.

Las Enfermedades Diarreicas Agudas de forma completa presenta un tratamiento preventivo y otro farmacológico: (49)

Preventivo:

1. Fomentar y mantener la lactancia materna durante 4 a 6 meses como fuente única de nutrición.
2. Evitar que los recién nacidos egresen de las maternidades con indicación de otras leches que no sea la materna.
3. Educar a la madre en la preparación higiénica de las formulas de leche en los casos que no utilicen la lactancia materna.
4. Elevar las condiciones de higiene ambiental y de los alimentos.
5. Promover una buena nutrición.
6. Elevar la educación sanitaria de la educación e inculcarles la necesidad de lavarse las manos antes y después de defecar, comer o manipular a niños pequeños.
7. Promover la asistencia a consultas ante las primeras manifestaciones clínicas de diarreas.
8. Dispensarizar en el área de salud a la población de riesgo y realizar control de foco en el hogar, centros de trabajos e instituciones infantiles.
9. No permitir que los portadores manipulen alimentos.
10. Hervir el agua de beber siempre que su cloración sea insuficiente.

Farmacológico: Los objetivos del tratamiento consisten en la curación del proceso inicial, la corrección de la deshidratación y el déficit hidroelectrolíticos, restablecer el balance ácido-básico y el control de las complicaciones secundarias a la lesión de la mucosa. El tratamiento de las diarreas de causa viral es de soporte, y consiste en la administración de líquidos y electrolíticos para prevenir la deshidratación. (49)

1. Nutrición e hidratación oral: La rehidratación oral se debe realizar según el grado de deshidratación que presenta el paciente; así se indicarán las tomas de solución oral en los casos que esta sea ligera, a razón de 50ml/Kg. de peso o en las moderadas a razón de 100ml/Kg. de peso, durante las primeras 4 horas, independientemente de la edad del paciente; los adultos pueden consumir hasta 150ml/h y los niños hasta 300ml/h en los estadios iniciales. (49)

Los niños alimentados con leche materna deben comenzar la lactancia y continuarla tan frecuente como lo deseen, en adicción a la solución oral continua, tan pronto la rehidratación sea completa. En los niños con lactancia artificial, se pueden emplear la leche ingerida, usualmente, por el lactante una vez completada la rehidratación y, antes de continuar administrando la solución oral, se indicará en los próximos 1 o 2 horas un volumen de agua igual a la mitad del volumen de solución administrada. En los niños mayores y adultos es necesario disponer de agua para beber cuando lo deseen, en adicción a la solución oral, y una vez que se hallan rehidratados deben comenzar a ingerir alimentos de fácil digestión y que les suministre las calorías necesarias. (49)

Los casos con deshidratación grave deben ser atendidos en una Institución Hospitalaria. (49)

2. Antimicrobianos: está indicado para: Shigella, Vibrio Cholerae, Giardia Lamblia y Entamoeba Histolytica. Su utilización se debe hacer de forma racional para evitar las bien conocidas reacciones adversas o posibles complicaciones que estos medicamentos pueden ocasionarles al paciente. En caso de fiebre es aconsejable su control a través de medios físicos, ya que, con frecuencia, las vías oral y rectal no pueden ser utilizadas. (49)

Las recomendaciones dietéticas en el tratamiento de la diarrea son las siguientes (49)

- No tomar alimentos sólidos durante 16 horas
- Tomar sólo agua, agua de arroz o caldo vegetal, bebiendo en pequeñas cantidades de manera continua, sin forzar
- Controlada la primera fase (menos de 3 o 4 deposiciones al día) se introducirá gradualmente una dieta sólida, siempre en pequeñas cantidades para comprobar la tolerancia a la misma
- Se mantendrá la hidratación con agua, agua de arroz o caldo vegetal

Alimentos recomendados (49)

- Sopa de [arroz](#), arroz muy hervido
- Sopa de [zanahoria](#)
- Puré de [patatas\(papas\)](#) y patata hervida
- Sopa de [pescado](#)
- Sopa de [plátano](#) verde
- Carne de aves ([pollo](#), [pavo](#), etc.) cocida o a la plancha

En el desayuno tomar pan tostado e infusiones claras de [té](#) o [manzanilla](#), endulzadas con [edulcorante](#) ([sacarina](#), [acesulfamo](#), [sucralosa](#))

Alimentos no recomendados por razón de evidencias que demuestran que empeoran la diarrea (49)

- [Leche](#) y otros productos [lácteos](#) como [helados](#) o [queso](#)
- [Frutas](#) cítricas y [verduras](#) que contienen mucha [fibra](#), como los [limones](#), [naranjas](#) y [toronjas](#)
- Alimentos grasosos como [almendras](#), [nueces](#), [avellanas](#) o frituras
- Pan negro, pan integral, pan con [salvado](#)
- Dulces, caramelos, [chocolate](#), pasteles, azúcar...

- Bebidas muy frías y todo tipo de refrescos así como agua con gas ([gaseosa](#))
- Evitar grandes cantidades de los edulcorantes [aspartamo](#) y [sorbitol](#)
- Pasta

La restricción dietética con alimentos bien tolerados puede utilizarse durante 1 a 3 días. Sin embargo, limitar la leche a los lactantes no tiene efecto en la duración de la diarrea y puede producir un efecto de desnutrición. (49)

Es necesario implementar con inmediatez un plan en cada provincia, ya que las madres desempeñan un papel fundamental en el manejo de su hijo con diarreas, nuestro objetivo es descubrir las costumbres inapropiadas más frecuentes, elevar el conocimiento sobre la enfermedad y mediante las acciones de salud de la atención primaria, dar respuesta al riesgo de enfermar y morir por esta causa, lo cual es totalmente evitable.

CAPITULO 2: ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN Y EL DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN MADRES DE NIÑOS DE 0 A 4 AÑOS.

En este capítulo se abordó todo lo relacionado con la metodología usada para llevar a cabo la investigación, además del diseño de la estrategia de intervención educativa que fue aplicada en madres de niños de 0 a 4 años para elevar el nivel de conocimientos sobre las Enfermedades Diarreicas Agudas.

EPÍGRAFE 2.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Descripción de la investigación.

Se realizó un estudio pre-experimental (antes-después) con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento a través de una intervención educativa sobre las EDA en las madres de los niños de 0 a 4 años del CMF #10 del área de salud “Julio Castillo” en el municipio Chambas durante el período de enero a julio del 2010.

Universo:

El universo de estudio estuvo conformado por 42 personas que representan el total de las madres de los niños de 0 a 4 años del consultorio. A las cuales se les aplicó los criterios de inclusión y exclusión que se definen a continuación, quedando una muestra de 39 madres, a las que se les realizó una encuesta (anexo No. 2) para evaluar los conocimientos que poseían sobre el tema antes de la intervención educativa, posteriormente se desarrolló un programa educativo y después se aplicó el instrumento inicial para comprobar los resultados obtenidos después de la intervención educativa. Cumpliendo con los cuatro principios éticos básicos: el respeto a las personas, la beneficencia, la no- maleficencia, y la justicia.

Consideraciones Éticas:

Se les informó a las madres que serían incluidas en un estudio con el objetivo de explorar y mejorar el nivel de conocimiento sobre las EDA. Se solicitó su consentimiento así como se respetó su decisión de no participar en el estudio.

Criterios de inclusión:

- Todas las madres de los niños de 0 a 4 años sin distinción de edad, raza, ni nivel cultural.
- Dar su consentimiento a participar en la investigación

Criterios de exclusión.

- No desear participar en la investigación.
- Haber abandonado el curso voluntariamente.
- Enfermos

Los métodos aplicados durante la investigación fueron:**Métodos del nivel teórico:**

- **Análisis – síntesis:** Permitió penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema.
- **Análisis histórico –lógico:** Se seleccionó con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el de cursar de su historia, por lo que se emplea para indagar sobre infección por Enfermedades Diarreicas Agudas.
- **Inducción – deducción:** Se establecieron generalizaciones que confirmaron empíricamente la hipótesis.

- **Hipotético –deductivo:** Se propuso una hipótesis como respuesta al problema.

Métodos empíricos tenemos:

- **La observación:** Mediante la misma se conoció la realidad del proceso, y así se diagnosticó y se pudo aplicar un programa de intervención educativa que logro resolver el objetivo de la investigación.

Se utilizaron diferentes técnicas, tales como:

- **La encuesta o instrumento:** Dadas sus características de búsqueda de información rápida y económica se aplicó a las madres de los niños de 0 a 4 años del CMF #10 para conocer los conocimientos que las mismas poseen sobre Enfermedades Diarreicas Agudas.
- **.El procesamiento estadístico:** El cual se utilizó para comparar los datos obtenidos como resultado del instrumento aplicado; el procesamiento se realizó en una microcomputadora PENTIUM, utilizando el paquete estadístico SPSS para Windows y se realizó la validación y revisión de la misma, como medida de resumen de la información se utilizaron los porcentajes (%) y como medida de significación estadística se usó el McNemar para muestras dependientes.

Dóctimas de McNemar.

Objetivo: Verificar estadísticamente a través de esta dóctima Ji- cuadrado si hay o no cambios después de aplicada la metodología, respecto a lo acontecido antes.

A partir de las hipótesis:

Ho: La metodología no es efectiva.

H1: La metodología es efectiva.

Donde:

Proporción de cambios:

Región crítica:

$$X^2 = \frac{(|A-D| - 1)^2}{A+D}$$

$$X^2_{(0.95)}^{(1)} = 0.0039$$

Como:

$$X^2 > X^2_{(0.95)}^{(1)}$$

Se rechaza H_0 , por lo que la intervención educativa es efectiva.

En el desarrollo de la investigación se tuvo en cuenta cuatro etapas esenciales: diagnóstico, planeación, implementación y evaluación.

Etapas de la investigación

PRIMERA ETAPA: Diagnóstico.

Acción 1: Aplicación de la encuesta

Objetivo: Explorar el conocimiento antes y después de la intervención educativa a las madres de los niños de 0 a 4 años sobre Enfermedades Diarreicas Agudas en cuanto a:

- Grupos de mayor riesgo
- Vías o causas de contagio.
- Síntomas y signos.
- Medidas de prevención

Plazos para la realización: Febrero/ 2010.

Instrumentación

Para la ejecución del estudio se estableció la comunicación con las madres de los niños de 0 a 4 años del CMF #10 con el objetivo de lograr la participación de todas las madres lo que quedó validado a través de un documento (anexo 1) que fue firmado por la persona como constancia de su disposición a participar en el estudio.

Se aplicó un instrumento (anexo 2) que permitió caracterizar y seleccionar la muestra objeto de estudio.

SEGUNDA ETAPA: Planificación.

Acción 1: Elaboración de un programa de intervención que contribuyó a la profundización de las madres de niños de 0 a 4 años en cuanto a Enfermedades Diarreicas Agudas

Objetivo: Elaborar un programa de intervención que contribuyó a la preparación de las madres de los niños de 0 a 4 años en cuanto a Enfermedades Diarreicas Agudas.

Plazos para la realización: Febrero-Marzo/ 2010.

Instrumentación

A pesar de que en el Sistema de salud cubano se ofrecen múltiples servicios donde se puede acudir para informarse mejor ante alguna duda o preocupación, como son las consultas médicas y el terreno en cada área de salud, Centro de Promoción y educación para la salud, el nivel de conocimiento de las madres de los niños de 0 a 4 años sobre Enfermedades Diarreicas Agudas ha sido limitado. Por esta razón es preciso elaborar un programa de intervención prediseñado sobre el tema, al cual se le añadió las necesidades de aprendizajes encontradas luego de la aplicación inicial del instrumento que contribuyó a su preparación el que fue ubicado en el CMF #10.

Acción 2: Elaboración de las precisiones metodológicas para el desarrollo del programa de intervención.

Objetivo: Elaborar las precisiones metodológicas para la realización del programa de intervención con el propósito de elevar el nivel de conocimiento sobre Enfermedades Diarreicas Agudas en las madres de los niños de 0 a 4 años del CMF #10.

Plazos para la realización: Marzo/2010

Instrumentación: El propósito fundamental del programa de intervención, es elevar el nivel de conocimiento sobre EDA en las madres de los niños de 0 a 4 años del CMF #10 para disminuir el incremento de las mismas en nuestro Municipio. Esta acción permitió la realización de un análisis minucioso con todo el universo de porque fueron seleccionadas, sobre los problemas que presentan los niños de 0 a 4 años en cuanto a Enfermedades Diarreicas Agudas, las causas de los mismos y las posibles soluciones que puedan aplicarse, porque le permite a estas madres asumir su propio aprendizaje e implica que adopten una actitud consciente frente a esta tarea, seleccionen las estrategias de aprendizaje, y conozca lo que necesita aprender.

TERCERA ETAPA: Implementación

Acción 1: Impartir el programa de intervención

Objetivo: Elevar el nivel de conocimiento sobre EDA en las madres de los niños de 0 a 4 años del CMF #10.

Plazos para la realización: Abril- Julio/2010.

Instrumentación: Se realizaron siete encuentros de 1 hora de duración, con una frecuencia semanal, empleando las técnicas participativas-comunicativas necesarias para lograr los objetivos propuestos, como lluvia de ideas, lectura eficiente, dramatizaciones, discusión grupal, charla educativa, interrogatorios con personas afectados, entre otras.

En la realización de los encuentros prevaleció un clima abierto y franco, donde se propició el intercambio en la actividad grupal, al aportar cada miembro conocimientos, valoraciones y experiencias. El aplicador tuvo en cuenta la dinámica de grupo, porque permitió valorar qué situaciones se presentan en su interacción. En todos los momentos de su realización se combinó, lo cognitivo y lo afectivo.

CUARTA ETAPA: Evaluación

Acción 1: Aplicación de la encuesta.

Objetivo: Evaluar el nivel de conocimiento en las madres de los niños de 0 a 4 años sobre Enfermedades Diarreicas Agudas después de haber implementado el programa de intervención.

Plazos para la realización: Julio/2010.

La estrategia metodológica del Trabajo se basó en principios, categorías y leyes del materialismo dialéctico y del método científico, aplicados al estudio de una parte de la realidad social.

Para la evaluación de los mismos se creó una escala de puntuación en base a 100 puntos los cuáles fueron distribuidos en las preguntas anteriormente mencionadas y se consideró los siguientes criterios:

- **Altos conocimientos:** Entre 80 –100 puntos.
- **Medios conocimientos:** Entre 60 –79 puntos.
- **Bajos conocimientos:** Menos de 60 puntos.

Conceptualización y Operacionalización de las variables:

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Intervención educativa: Sistema de actividades educativas efectiva para lograr niveles elevados de conocimientos en madres para que logren la reducción de las incidencias de Enfermedades Diarreicas Agudas en niños de 0 a 4 años.

Variables	Tipo	Operacionalización	
		Escalas	Descripción
Edad	Cuantitativa	15-19; 20-24, 25-29 y 30 y más años de edad	Según último año cumplido
Nivel de escolaridad	Cuantitativa	Primaria Secundaria Medio Superior Superior.	Según nivel terminado.

VARIABLE DEPENDIENTE:

Nivel de conocimientos: La adquisición a través de la vida de temas relacionados con Enfermedades Diarreicas Agudas

Conocimientos sobre Enfermedades Diarreicas Agudas en cuanto:

- Grupos de personas que con mayor frecuencia padecen una EDA.
- Tener conocimiento sobre la sintomatología.
- Tener conocimiento sobre las causas que pueden provocar una EDA.
- Cuales son las medidas de prevención que deben emplearse para prevenir una EDA

Se evaluó a partir de la pregunta 2 del cuestionario inicial aplicado a las madres de niños de 0 a 4 años antes y después de la intervención.

Grupos de personas que con mayor frecuencia padecen la enfermedad; Se considera correcta al señalar los incisos a, b y e.

Operacionalización de esta variable: cualitativa, politomica.

Alto: Conoce los tres grupos.

Medio: conoce dos grupos.

Bajo: Si conoce un grupo.

Síntomas más comunes de una EDA; Se considera correcta al señalar los incisos a, b, c, d, e, g y h

Operacionalización de esta variable: cualitativa, politomica.

Alto: Conocer seis incisos de los siete incisos.

Medio: Si conoce cinco incisos.

Bajo: Si conoce dos incisos.

Causas que pueden provocar una EDA: Se considera correcta al señalar los incisos a, b, c y e.

Operacionalización de esta variable: cualitativa, politómica.

Alto: Conoce cuatro incisos.

Medio: conoce tres incisos.

Bajo: Si conoce un inciso

Medidas para prevenir una EDA: Se considera correcta al señalar los incisos a, c, d y e.

Operacionalización de esta variable: cualitativa, politómica.

Alto: Conoce cuatro incisos.

Medio: conoce tres incisos.

Bajo: Si conoce un inciso

A partir de estos se establecieron las dimensiones y los indicadores, así como la técnica o equipo que evaluó los mismos.

Dimensiones e Indicadores

VARIABLE DEPENDIENTE	INDICADORES/ DIMENSIONES	TECNICA QUE UTILIZÓ O ITEM QUE EVALUA
<p>Nivel de conocimiento en las madres de niños de 0 a 4 años del CMF #10 del área de salud Julio Castillo sobre Enfermedades Diarreicas Agudas</p>	<p>- Alto: Si conoce los grupos de personas que con mayor frecuencia adquieren las enfermedades diarreicas agudas. Los síntomas más comunes de una EDA. Las causas que pueden provocarla. Las medidas para prevenir una EDA.</p> <p>- Medio: Si conoce al menos dos grupos de personas que padecen la enfermedad. Si conoce al menos cinco síntomas más comunes de EDA. Si conoce al menos tres causas que pueden provocarla. Si conoce al menos tres medidas para prevenirla.</p> <p>- Bajo: Si conoce un solo grupo de personas que pueden padecer las EDA. Si conoce solamente dos síntomas más comunes de EDA. Si conoce una sola causa que puede provocar EDA. Si conoce una sola medida para prevenirla.</p>	<p>- Encuesta</p> <p>Pregunta 2: Incisos: a; b; e Si Responde los 3 incisos recibirá 17 puntos.</p> <p>Pregunta 3: Incisos: a; b; c; d; e; g y h. Si Responde los 6 incisos o más recibirá 35 puntos.</p> <p>Pregunta 4: Incisos: a; b; c y e. Si responde los 4 incisos recibirá 24 puntos</p> <p>Pregunta 5: Incisos: a; c; d y e. Si responde los 4 incisos recibirá 24 puntos</p> <p>Todos los incisos correctos se evaluarán con 5.9 Puntos Por cada inciso.</p>

Aspectos éticos.

Se le comunicó a las madres de los niños de 0 a 4 años las características, objetivo e importancia de este trabajo y se recogió por escrito el consentimiento (acta de consentimiento informado de las madres de niños de 0 a 4 años de participar en el mismo de forma voluntaria así como al CMF de permitir la investigación), se le explicó además el derecho de abandonar la investigación en caso de que alguno lo deseara, se les informó a todos los implicados en el estudio el alto nivel de profesionalidad del personal responsable de la investigación.

Una vez obtenidos los resultados de la encuesta se realizaron diferentes actividades dentro del programa educativo y después se aplicó el instrumento inicial (anexo2) con el cual se comprobaron los conocimientos obtenidos antes y después de la intervención educativa. El programa educativo contó con siete frecuencias donde se abordaron los temas relacionados con los objetivos propuestos en nuestra investigación.

Estos resultados fueron analizados para emitir conclusiones en correspondencia con los objetivos propuestos en la investigación. Por último, se redactó un informe final teniendo en cuenta los requisitos establecidos por el comité académico de la maestría de enfermedades infecciosas y respetando los principios éticos de la investigación científica del departamento de postgrado de la Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

EPIÍGRAFE 2.2 ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN SOBRE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN MADRES DE NIÑOS DE 0 a 4 AÑOS.

1) TÍTULO: Intervención Educativa para elevar el nivel de conocimiento de madres de niños de 0 a 4 años sobre Enfermedades Diarreicas Agudas.

2) FUNDAMENTACION:

Mundialmente Las Enfermedades Diarreicas Agudas ocupan una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad infantil fundamentalmente con edades comprendidas entre 0 y 4 años. De acuerdo con la descripción de la infección muchos de estos niños debieron contraerlas por el poco conocimiento de las madres sobre esta enfermedad especialmente de cómo prevenirlas. Teniendo en cuenta que en nuestra área tenemos una mayor incidencia de morbilidad Comprendido en este grupo de edad creemos necesario la implementación de una de intervención educativa hacia las madres de estos niños sobre las EDA

3) OBJETIVO GENERAL:

Elevar el nivel de conocimiento a través de una intervención educativa sobre las EDA en madres de los niños de 0 a 4 años.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.- Caracterizar a las encuestadas según: edad, nivel de escolaridad.
2. Evaluar los conocimientos antes y después de la intervención educativa sobre las EDA en cuanto a: Grupos de riesgo, síntomas, vías de contagio, medidas de prevención.
3. Evaluar el conocimiento general sobre las EDA en las madres antes y después de la intervención educativa.

4) REQUISITOS DE INGRESOS:

Madres de los niños de 0 a 4 años.

5) DURACION:

Desde el 6 de Abril/ 2010 hasta 27 de Julio / 2010, una frecuencia semanal todos los martes de 1:00PM a 2:00PM.

6) MODALIDAD:

- Curso Municipal

7) PERFIL DEL EGRESADO:

El egresado de este curso contó con el conocimiento necesario para llevar a cabo la prevención ante la Enfermedades Diarreicas Agudas. Habiéndose logrado elevar el nivel de conocimiento de las mismas en cuanto a actitudes y como prevenirlas.

8) ESTRUCTURA DEL PLAN DE ESTUDIO Y ASPECTOS ORGANIZATIVOS:

SEMANAS LECTIVAS: 16

FRECUENCIA SEMANAL: 1 vez por semana.

TOTAL DE HORAS: 56 horas

Se realizó en el Consultorio del medico de la familia No. 10 con una matrícula de 39 madres divididos en dos grupos.

El mismo se planificó de la siguiente forma

Cursos	Fecha de inicio	Fecha de terminación
Primera vez	6/4/2010	27/7/2010

PROGRAMA ANALITICO:

Todos los temas impartidos en el curso fueron preparados con aplicación a Situaciones, problemas de salud en relación con las necesidades de aprendizaje detectadas en las madres.

CMF No.10 del área de julio Castillo.

Tema: Estrategia para elevar el nivel de conocimiento en madres de niños de 0 a 4 años sobre las EDA.

Objetivos:

- Abordar los aspectos relacionados con el conocimiento de las EDA.
- Medir el riesgo de contraer la enfermedad y como prevenirla.

Contenidos:

Introducción sobre el curso y objetivos que persigue, comportamiento actual sobre las EDA, concepto, grupos de mayor riesgo, Causas y vías de transmisión, prevención y tratamiento.

Tarea del tema.

- Las madres darán respuesta a los ejercicios mediante un seminario integrador.
- La evaluación final será la intervención educativa.

9) METODOS:

- Conferencias, clase práctica, seminario, video debate.

10) RECURSOS Y MEDIOS DE ENSEÑANZA:

- Pizarra y plumones
- Transparencias y retroproyector
- Documentos bibliográficos, protocolos y artículos para estudio,
- Computadora, moden, vídeo y scanner para obtener información actualizada de bases de datos bibliográficas.

11) CLAUSTRO:

Dra.: Zulleiky Sista Carballo Pérez. Profesor Instructor.

12) ESTRATEGIA

PROGRAMA DE CLASES

Tema	Contenido	Tipo de enseñanza				Total de Horas	Fecha	Profesor
		Conf.	CTP	Sem	Taller			
1	Breve introducción sobre el curso y objetivo que persigue	1 hora				1 hora	6/4/2010 (1ra)	Dra. Zuleiky Carballo Pérez.
2	Comportamiento actual De Las EDA. Concepto.	1 hora	2h			3h	13/4/2010 (1ra) 20/4/2010 (2da)	Dra. Zuleiky Carballo perez.

3	Causas y Vías de contraerlas.		2h		2h	4h	27/4/2010 (1ra) 4/5/2010(2da)	Dra.Zulei ky Carballo Pérez
4	Grupos de mayor riesgo	1h	1h		1h	3h	11/5/2010 (1ra) 18/5/2010 (2da) 25/5/2010. (3ra)	Dra.Zulei ky Carballo Pérez.
5	Prevención en niños menores de 5 años.	2h			2h	4h	1/6/2010 (1ra) 8/6/2010 (2da)	Dra.Zulei ky Carballo Pérez.
6	Prevención de niños mayores y adultos.Una cultura de vida cotidiana saludable.	2h		2h	2h	6h	15/6/2010(1ra) 22/6/2010 (2da) 29/6/2010 (3ra)	Dra.Zulei ky Carballo Pérez.
7	Tratamiento preventivo y antimicrobiano.	2h			2h	4h	6/7/2010(1ra) 13/7/2010 (2da)	Dra.Zulei ky Carballo Pérez.
<u>Prueba final teórico-práctica</u>						3h	20/7/2010 (1ra) 27/6/2010 (2da)	Dra.Zulei ky Carballo Pérez.
Total		7 h	5h	2h	9h	28 h		
Total de horas del curso						56 h		

13) EVALUACION:

- La asistencia y puntualidad.
- La participación fue basada en la apreciación del profesor en las discusiones de grupo y en los ejercicios. Aportará 20 puntos.
- La evaluación final fue un examen teórico práctica integrador donde se separaron en 6 equipos y se le dio una situación problemática que resumió los contenidos impartidos en el curso.

14) BIBLIOGRAFIA

1. CD-Rom Van den Enden. MD. Medicina Tropical Bélgica. 2002.
2. Rodes, Juan, Xavier Came y Antoni Trilla (2002). Manual de Terapéutica medica. Elsevier España. Pp.329.ISBN 8445811483
3. Riveron Corteguera .Fisiopatología de la Diarrea Aguda (En español) .Revista Cubana Pediatría .1999, 71(2).86...115.Ultimo acceso 12 de Febrero del 2010.
4. Sierra P, Revista de pediatría .Actualización del Control de las Enfermedades Diarreicas Agudas en pediatría.

CAPÍTULO 3: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA.

Intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento de madres sobre las Enfermedades Diarreicas Agudas.

Tabla 1: Caracterizar a las encuestadas según grupos de edad y nivel de escolaridad.

Grupo de Edad	Nivel de Escolaridad				Total
	Primaria	Secundaria	Medio superior	Superior	
15-19	-	2	4	-	6
20-24	-	1	7	4	12
25-29	-	3	8	4	15
30 y más		2	2	2	6
Total	-	8	21	10	39

Fuente: Encuesta

En la tabla 1 se demuestra como resultado que el grupo de edad con mayor representación fue el de 25 a 29 y que el nivel de escolaridad que predominó es el nivel medio superior.

En bibliografías revisadas otros autores concuerdan que la mayoría de las madres de niños de 0 a 4 años son comprendidas en grupos de edades entre 25 y 29 años predominando un nivel medio superior por lo que se ha comprobado que estas madres reciban un mayor aprendizaje sobre el tema y a la vez crearles conciencia de cumplir con todas las medidas aprendidas. (1,3)

Tabla 2. Nivel de conocimiento antes y después de la intervención educativa sobre Enfermedades Diarreicas Agudas en cuanto a grupos de mayor riesgo a padecerla.

Conocimientos en cuanto a grupos de mayor riesgo a padecerla.	ANTES		DESPUES	
	No.	%	No.	%
	Alto	18	46.1	22
Medio	13	33.3	17	43.5
Bajo	8	20.5	1	2.6
Total	39	100	39	100

McNemar

$$X^2 = 26.3$$

$$X^2_{(0.95)}^{(1)} = 0.0039$$

Hi: PA \neq PD

Con respecto a la tabla 2 podemos apreciar la distribución de las encuestadas de la muestra según conocimientos antes y después de la intervención educativa sobre los grupos de personas de mayor riesgo a padecer las enfermedades diarreicas agudas. El 46.1% se identificó con un nivel de conocimiento alto, el 33.3% con un nivel medio y con un nivel bajo el 20.5% y después de la misma se logró aumentar el nivel de conocimiento en las madres de niños de 0 a 4 años sobre los grupos mas susceptibles a padecer la enfermedad ya que el 56.4% con un nivel de conocimiento alto y el 43.5% con un nivel de conocimiento medio reconocen al menos dos de los grupos de mayor riesgo a contraer la enfermedad.

En bibliografías consultadas encontramos estudios muy similares donde en muchas ocasiones las madres no conocen correctamente los grupos mas susceptibles a padecer las enfermedades diarreicas, por lo que no cumplen las medidas de prevención adecuadamente lo que aumenta el riesgo de enfermar. (44)

Estos resultados coinciden con los de una investigación sobre condiciones de vida y morbilidad en niños y adolescentes realizada por otros autores, donde se obtuvo un mayor riesgo de enfermar por enfermedades diarreicas agudas (EDA), las diarreas constituyeron el 11.5% de la morbilidad total. (46)

También concuerdan con el estudio de intervención realizado en la comunidad de Santibáñez, en el departamento de Cochabamba, Bolivia, donde se obtuvo que la prevalencia por EDA era de alrededor del 30% en los menores de 5 años, mayor que en el resto de las edades. (46)

Tabla 3: Nivel de conocimiento antes y después de la intervención educativa sobre Enfermedades Diarreicas Agudas en cuanto a síntomas y signos.

Conocimientos sobre Síntomas y signos de las EDA.	ANTES		DESPUES	
	No.	%	No.	%
	Alto	8	20.5	12
Medio	21	53.8	25	64.1
Bajo	10	25.6	2	5.1
Total	39	100	39	100

McNemar

$$X^2 = 21.8$$

$$X^2_{(0.95)}^{(1)} = 0.0039$$

Hi: PA ≠ PD

La tabla 3 expone la distribución de las encuestadas según los conocimientos sobre síntomas y signos de las EDA. Al aplicar la encuesta pudimos conocer que el 20.5% reconocen al menos seis síntomas de la enfermedad alcanzando un nivel alto y el 53.8% reconocen al menos cinco síntomas para un nivel medio y el 25.6% presentaron un nivel bajo y después de la intervención se aumentó el nivel de conocimiento, con una elevación en los por cientos de respuestas acertadas, ya que el 30.7% reconocen seis o más de los síntomas alcanzando un nivel alto y el 64.1% identificaron al menos cinco síntomas de las EDA alcanzando un nivel medio.

En otros estudios similares revisados en bibliografía realizado por el Dr.: Carlos Coronel Carvajal se concuerda con el poco conocimiento de las madres en cuanto al síntoma de deshidratación, pues muchas de estas saben que las (SRO) forman parte del tratamiento de las EDA, pero pocas conocen que las (SRO) previenen la deshidratación. (47).

Tabla 4: Nivel de conocimiento antes y después de la intervención educativa sobre Enfermedades Diarreicas Agudas en cuanto a vías o causas de contraerlas.

Conocimientos en cuanto				
las vías o causas de contraerlas.	ANTES		DESPUES	
	No.	%	No.	%
Alto	9	23.0	15	38.4
Medio	12	30.7	18	46.1
Bajo	18	46.1	6	15.4
Total	39	100	39	100

McNemar

$$X^2 = 7.2$$

$$X^2_{(0.95)}^{(1)} = 0.0039$$

Hi: PA \neq PD

Esta tabla 4 nos muestra los conocimientos de las encuestadas sobre las causas que pueden provocar las EDA, donde podemos observar que el 23.0% reconocen cuatro vías o posibles causas de transmisión de la enfermedad con un nivel alto de conocimiento, el 30.7% reconocen al menos tres posibles causas para un nivel medio y el 46.1% presentaron un nivel bajo, al concluir la intervención se elevó el nivel de conocimiento, aumentándose las respuestas afirmativas ya que el 38.4% reconocen cuatro de las causas para un nivel de conocimiento alto y el 46.1% identificaron al menos tres posibles causas para un nivel medio.

En estudios similares revisados coincidimos con los referidos por Castañeda donde en los datos obtenidos se comprobó el bajo conocimiento de las madres en cuanto al agua de consumo de su niño, en cuanto a las condiciones higiénicas personal y ambiental. (45)

En investigaciones realizados en el 2004 – 2005 y los realizados por Bravo López en 2006 coincidieron con la presente al evaluar el nivel de conocimientos de las madres relacionados con la importancia del lavado de las manos antes de manipular los alimentos y después de realizar sus necesidades fisiológicas, se observa que el 83.8% de las madres resultó adecuada la primera vez. Una vez aplicada la estrategia de capacitación el 100% de las evaluadas obtuvo la calificación de adecuado. (29,46)

Tabla 5: Nivel de conocimiento antes y después de la intervención educativa sobre enfermedades Diarreicas Agudas en cuanto a medidas de prevención.

Conocimientos en cuanto a las medidas de prevención de las EDA.	ANTES		DESPUES	
	No.	%	No.	%
	Alto	13	33.3	16
Medio	19	48.7	22	56.4
Bajo	7	17.9	1	2.6
Total	39	100	39	100

McNemar

$$X^2 = 27.2$$

$$X^2_{(0.95)}^{(1)} = 0.0039$$

Hi: PA ≠ PD

Esta tabla 4 nos muestra los conocimientos de las encuestadas sobre las medidas de prevención de las EDA, donde podemos observar que el 33.3% reconocen cuatro de las medidas de prevención de la enfermedad para un nivel alto y el 48.7% reconocieron al menos tres medidas para un nivel de conocimiento medio y el 17.9% presentaron un nivel bajo, al concluir la intervención se elevó el nivel de conocimiento, aumentándose las respuestas afirmativas ya que el 41.0% reconocen cuatro de las medidas de prevención alcanzando un nivel alto y el 56.4% identificaron al menos 3 medidas para un nivel de conocimiento medio.

Al revisar bibliografías encontramos que este trabajo coincide con el realizado por GONZALO GUTIERREZ, HECTOR GUISCAFRE, CHORTENSIA REYES, CRICARDO PEREZ, ROXANA VEGA, PATRICIA TOME, el cual demostró que las madres le dan poca importancia (13%) al control de los vectores para la prevención de esta enfermedad (44).

En otros estudios realizados por Gísler Herrera Morales se demostró que el nivel de conocimientos de las madres sobre el tiempo de duración de la lactancia materna en el menor de un año al inicio del estudio fue adecuado en un 74.2% de los casos e inadecuado en el resto, mientras que en el segundo momento resultó 100% adecuado en la totalidad., coincidiendo este con el presente. (47).

Tabla 6: Evaluación del nivel de conocimiento en general sobre las EDA en las madres de niños de 0 a 4 años, antes y después de aplicada la intervención educativa.

Nivel de Conocimientos general sobre las EDA.	ANTES		DESPUES	
	No.	%	No.	%
Alto	6	15.4	14	35.9
Medio	12	30.4	23	58.9
Bajo	21	53.8	2	5.1
Total	39	100	39	100

McNemar

$$X^2 = 11.2$$

$$X^2_{(0.95)}^{(1)} = 3.84$$

Hi: PA \neq PD

En la tabla 6 podemos apreciar la evaluación del nivel de conocimiento general sobre las EDA en las madres de niños de 0 a 4 años antes y después de la intervención, donde, del total de encuestadas (39), el 15.4% alcanzaron conocimientos altos, el 30.4 % con conocimientos medios y un 53.8 % con conocimientos bajos. Después de la intervención educativa el nivel de conocimiento en las madres en estudio se elevó, siendo de un 35.9 % los conocimientos altos, de un 58.9% de conocimientos medios y solamente un 5.1% se mantuvieron con conocimientos bajos hasta el final de la intervención educativa.

Al revisar bibliografía encontramos que este trabajo concuerda con los realizados por los autores Gísler Herrera Morales y GONZALO GUTIERREZ, donde los mismos en sus estudios le dan una gran importancia a la capacitación de las madres en estos aspectos ya que de esta forma se adquiere mayor conciencia de la gravedad del problema y a la vez una mayor prevención disminuyendo la incidencia de morbilidad por la enfermedad. (44, 47)

Al realizar el análisis estadístico podemos apreciar que existe diferencia significativa entre los dos momentos (antes y después) ya que el cálculo de la dójimas de McNemar ofreció resultados significativos puesto que el Ji-cuadrado calculado fue mayor que el Ji-cuadrado tabulado con un 95 % (0.95) de confiabilidad por lo que resultó ser efectiva la metodología aplicada para elevar los conocimientos sobre las enfermedades diarreicas agudas.

Conclusiones:

Se demostró que la intervención educativa acerca de las Enfermedades Diarreicas Agudas en las madres de niños de 0 a 4 años cumplió sus objetivos al elevar el nivel de conocimiento después de la aplicación de la misma, donde se comprobaron resultados significativos entre los dos momentos antes y después, predominando un nivel de conocimiento medio en las variables analizadas.

Recomendaciones:

Recomendamos extender este tipo de estudio a otros Consultorios y Áreas de Salud así como aumentar las actividades de Promoción y Educación para la Salud en relación con el tema.

VIII- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Díaz H, Campos J. Diarrea aguda. En: Medicina Interna. F Chalem, J Escandón, J Campos, R Ezquerra, editores. Fundación Instituto de Reumatología e Inmunología. Editorial Presencia Ltda. Santa Fé de Bogota, 2004.123
2. Ramírez Y, Pastorinio J, Russi JC, Ferrari A. Enfermedad diarreica aguda. Características de la población asistida en el Casmu. Abril 2003-abril 2004. Arch Pediatr Uruguay 2004; 72(2): 110-5.
3. Galiana A, coord. Diarrea aguda infantil o enfermedad diarreica aguda. En: Atención pediátrica. Pauta de diagnóstico, tratamiento y prevención. 5 ed. Montevideo: Oficina del Libro AEM, 2000: 67-72.
4. CD-Rom Van den Enden. MD. Medicina Tropical Bélgica. 2002.
5. Chin James. El control de las enfermedades transmisibles. OPS. OPS. 17ª edición. Pub. Cient. Téc. 581. 2001.
6. (Colectivo de Autores (2001): Afecciones Digestivas más Frecuentes. En temas de Medicina General Integral (Álvarez Sintés, R.).Editorial Ciencias Médicas, La Habana, vol.II.pp.266.
7. Instituto Nacional de Estadística. Censo 2004. Montevideo: INE, 2004. Obtenido de: <http://www.ine.gub.uy> [consulta: 20 nov. 2007]. 53
8. Organización Panamericana de la Salud. Alteraciones más frecuentes del crecimiento y desarrollo. En: Manual de crecimiento y desarrollo del niño. 2 ed. Washington: OPS, 1993:159-82 (Serie Paltex para Ejecutores de Programas de Salud).
9. Bernal C, Posada A. Actualización en enfermedades diarreicas. XX Congreso Colombiano de Pediatría. Sociedad Colombiana de Pediatría. Regional Antioquia, Medellín, 2005. 27
10. OMS, OPS. Enfermedades diarreicas. Control de enfermedades prevalentes de la infancia. Programa de enfermedades transmisibles. División de prevención y control d enfermedades. Washington, 1995. 14
11. OMS. Manejo y prevención de la diarrea. Pautas prácticas. Ginebra, 2004. 9

12. Rodes, Juan, Xavier Came y Antoni Trilla (2002). Manual de Terapéutica medica. Elsevier España. Pp.329.ISBN 8445811483
13. Raymond E. Suárez (2007). Manual de Medicina. Elsevier España.pp.213.ISBN 8445817183
14. [\(Colectivo de Autores\).6](#)Rev Cubana Med Gen Integr 2003; 19(4):
15. OPS. Avances en la enfermedad diarreica y desequilibrio hidroelectrolítico. En memorias del V Congreso Internacional. México: OPS; 2008. p. 28-32
16. Riveron R, Corteguera .Fisiopatología de la Diarrea Aguda (En español). Revista Cubana Pediátrica .1999,71(2).86...115.Ultimo acceso 12 de Febrero del 2010..
17. Batista R, Coutin G, y Feal P. Condiciones de Vida y Salud Materno Infantil. Rev Cubana de Salud Pública 2001; 27(2):126-34.
18. Sánchez D, MD.Oficina de Recursos Educativos.FEPAFEM
19. OMS, OPS. Enfermedades diarreicas. Control de enfermedades prevalentes de la infancia. Programa de enfermedades transmisibles. División de prevención y control d enfermedades. Washington, 1995. 14
20. Riverón R. Morbimortalidad por enfermedades diarreicas agudas en Cuba, 1962-1973. Rev. Cubana Pediatr 1976; 48(1):7-15.
21. Morbilidad por EDA. Bol. Epidemiol. [Serie en Internet]. 2005 [citado 20 noviembre 2005]; 22:[aprox. 4 p.]
22. Riverón R, Dueñas E, Perea J. Mortalidad infantil en Cuba, 1962-1973. Rev Cubana Pediatr 1975;(47):321-8.
23. González Corona EA.Efectos económicos de medicamentos y soluciones parenterales en las Enfermedades Diarreicas Agudas.Rev.CubanaPediatria 1995.67 (3).165...69.
24. Baldi, Fabio; Bianco, Maria Antonia; Nardone, Gerardo; Pilotto, Alberto; Zamparo, Emanuela (2009), «[Enfermedades diarreicas agudas](#)», *World J Gastroenterol* **15** (27): 3341–48, <http://www.revistaamicac.com/diarreamanejo.pdf>, consultado el 2010-02-08

25. Manual Mert de información medica para el hogar (2005...2008).Trastornos de transito intestinal. (En español). Consultado el 11 de febrero del 2010.
26. Sierra PA,Revista de pediatría .Actualización del Control de las Enfermedades Diarreicas Agudas en pediatría.
27. Baldi F,Bianco M, Nardone G, Piloto A, Zamparo E [World J Gastroenterol 2009 July 21; 15\(27\): 3341-3348](#)
28. Mota F, Pérez Ricardo M (Control de EDA en México y Latino América. Bol. Med. Hosp. Infan. Mex. 1996; 46:360-70
29. Bravo López D, Romero Arechal G, Reyes Morales H. Cumplimiento de manejo en el hogar de niños con diarrea Aguda. Rev. Med. IMSS. 2006; 33(4):391-5
30. American Academy of Pediatrics. Practice parameter: the management of acute gastroenteritis in young children. Pediatrics 1996; 97:424-35.
31. Avery's Paediatric Clinical Pharmacology and Therapeutics Gastrointestinal Infections.4 ed. New Zeland:1997:160 991-95.
32. Guerrant RL, Van Glider T, Steiner T. Practice guidelines for the management of infectious diarrhea IDSA guidelines. Clin Infect Dis 2001;32:331-51.
33. Dirección General de Medicina Preventiva, Secretaría de Salubridad y Asistencia. Programa Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Diarreicas. México: SSA, 1984.
34. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. The state of the world's children. Washington, D.C.: Oxford University Press, 1991.
35. Ministerio de Salud Pública. Área de Higiene y Epidemiología. Informe de expertos de la UNSA. Enero 2004
36. Izaguirre I, Celeiro M. Análisis y Evaluación de Sequía en la Cuenca del Río Cauto. Disponible en URL: <http://www.medioambiente.cu/revistama/articulo54.htm> (Acceso: 18 de marzo 2005)

37. Del Puerto A, Rodríguez F. Salud, medio ambiente y desarrollo en Cuba. Una mirada realista. Rev. Cubana Hig Epidemiol 2004; 42 (3):28-35
38. OPS, OMS. Enfermedades diarreicas agudas. Prevención y tratamiento. Washington DC: OPS, 1995.
39. American Academy of Pediatrics. Practice parameter: the management of acute gastroenteritis in young children. Pediatrics 1996; 97:424-35.
40. Behrman RE, Kliegman RM, Awin A . M. Tratado de Pediatría. 15ed. V.1 La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1998:903-907,1300-03
41. Estrategia y causas de reducción de la mortalidad por diarrea infantil en Cuba: 1962-1993. Bol. Sonit Panam. 2005;118(3):201-10
42. Schiller LR (2007). «[Management of diarrhea in clinical practice: strategies for primary care physicians](#)». *Rev. Gastroenterol Disord* **7 Suppl 3**: pp. S27–38. [PMID 18192963](#)
43. [Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases](#)] (abril de 2006). «[Lo que usted debe saber sobre la diarrea](#)» (en español). *Centro Nacional de Distribución de Información de las Enfermedades Digestivas*. Consultado el 24 de enero de 2009. «Cuando se sienta mejor,
44. GONZALO GUTIERREZ, M.C., M...S.P., ⁽¹⁾ HECTOR GUISCAFRE, M.C., M. EN C., ⁽¹⁾ HORTENSIA REYES, M.C., M. EN C., ⁽¹⁾ RICARDO PEREZ, M.C., M. EN C., ⁽¹⁾ ROXANA VEGA, M.C., M.S.P., ⁽²⁾ PATRICIA TOME, M.C.
⁽¹⁾
⁽¹⁾ Grupo Interinstitucional de Investigación en Sistemas de Salud, Secretaría de Salud-Instituto Mexicano del Seguro Social.
⁽²⁾ Secretaría de Salud del Estado de Tlaxcala, México
45. Castañeda AH, Valdés PE, Rodríguez VN. Efectividad de la Rehidratación oral en niños pequeños con Enfermedad Diarreica Aguda. Rev Cub Med Gen Int 1995; 11 (3). Disponible en URL:http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol11_3_95/mgi01395.htm (Acceso: 22 de septiembre del 2005)

46. PDA Santibáñez. Proyecto de Desarrollo en Visión Mundial Bolivia.
Disponible en URL:
<http://www.visionmundial.org.bo/es/proyectodedesarrollo.shtml> (Acceso: 20 de noviembre del 2005)
47. Rev Cubana Med Gen Integr 2000; 16(4):340-5
48. Ministerio de Salud Pública. Área de Higiene y Epidemiología. Informe de expertos de la UNSA. Enero 2004.
49. Noriega V, Astrain ME. Mortalidad evitable según condiciones de vida en adultos del municipio la Lisa, 1996-1998. Rev Cubana Salud Pública 2004 Sep.-dic.; 30(4):15-27

ANEXO 1

Acta de Consentimiento Informado

Por este medio informamos a las madres de los niños de 0 a 4 años que se realizará un estudio de intervención, con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento de las mismas con relación a las Enfermedades Diarreicas Agudas.

Dicha investigación consiste en la aplicación de una encuesta, en un segundo tiempo se implementará un programa educativo y posteriormente se aplicará nuevamente la encuesta.

Solicitamos la participación de la persona por voluntad propia de formar parte de este estudio y la posibilidad de abandonar el mismo en caso de que lo desee.

Sin otro asunto

Nombre de la persona

Firma

Fecha

ANEXO 2

Encuesta: Con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento de las madres de los niños de 0 a 4 años del CMF #10 con relación a la Enfermedades Diarreicas Agudas por tal razón necesitamos su cooperación en el llenado de la encuesta la cual será de forma anónima

1. Señale

Edad _____

a) Señale su nivel escolar.

_____ Primaria.

_____ Secundaria.

_____ Medio superior.

_____ Superior.

2.- Identifique los grupos de personas que con mayor frecuencia padecen una Enfermedad Diarreica aguda.

_____ Personas que viven con pobres condiciones de vida.

_____ Niños menores de 5 años.

_____ Adultos de 25 a 59 años.

_____ Trabajador de salud.

_____ Personas que padecen VIH-SIDA.

3. Marca con una (X) la sintomatología que debe presentar la persona afectada por Enfermedades Diarreicas Agudas.

- a) ___ Dolor abdominal .
- b) ___ Perdida del apetito
- c) ___Deshidratación
- d) ___Fiebre
- e) ___Vómitos
- f) ___ Dolor de cabeza
- g) ___ Heces fecales liquida
- h)___Ir varias veces al baño

4. Identifique las causas que pueden provocar una EDA.

- a) Inadecuada disposición de los desechos sólidos _____
- b) Consumo de agua no tratada_____
- c) No lavar las frutas y vegetales antes de consumir _____
- d) Picadas de mosquitos _____
- e) Al no mantener una correcta higiene personal y del medio en que vive_____

5. ¿Cuáles son las medidas de protección que usted utilizaría para no contraer Enfermedades Diarreicas Agudas?

- a) ___Lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón especialmente antes y después de manipular los alimentos.
- b) ___No besar ni dar la mano al saludar si tienes síntomas respiratorios.
- c) ___Control de los vectores.
- d) ___Educar a los pequeños sobre estas medidas higiénicas.
- e) ___Lactancia materna exclusiva hasta los seis meses.

