



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

**“CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE ENFERMEDADES DIARREICAS  
AGUDAS EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE FONAVI SAN  
MARTIN IV ETAPA – ICA - 2015”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**BACHILLER: QUIJANDRIA MALDONADO, LUZ AXELY**

**ASESORA: Lic. ESPINOZA LARA JUANA ALIDA**

**ICA – PERÚ**

**2015**

**DEDICADO A:**

Mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

**AGRADEZCO A:**

Universidad Alas Peruanas por haberme aceptado ser parte de ella y abierto las puertas de su seno científico para poder estudiar mi carrera, así como también a los diferentes docentes que brindaron sus conocimientos y su apoyo para seguir adelante día a día

## ÍNDICE

	Pág
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
ÍNDICE	iv
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	viii
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	11
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	12
1.3.1. Objetivo General	12
1.3.2. Objetivo Específico	12
1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	12
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	13
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	14
2.2. BASES TEÓRICAS	20
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	38
2.4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	40
2.4.1. Hipótesis General	40
2.5. VARIABLES	40
2.5.1. Definición Conceptual de la Variable	40
2.5.2. Definición Operacional de la Variable	40
2.5.3. Operacionalización de la variable	41
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA</b>	
3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN	42
3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN	42
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	42

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	44
3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	44
3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS	44
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	45
<b>CAPÍTULO V: DISCUSIÓN</b>	52
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXOS (MATRIZ E INSTRUMENTO)	62

## RESUMEN

La tesis titulada: **“CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE FONAVI SAN MARTIN IV ETAPA – ICA - 2015”** cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre los conocimientos y prácticas de enfermedades diarreicas agudas en madres de niños menores de 5 años con episodios de diarreas en la comunidad de Fonavi San Martin IV etapa. Se realizó un estudio de diseño observacional, analítico, retrospectivo de corte Transversal en una muestra de 232 madres con hijos menores de 5 años, de un total de 580 niños menores de 5 años que existen en dicha comunidad. Los resultados fueron los siguientes: El 44.8% de las madres encuestadas tienen un nivel de conocimiento bajo sobre enfermedades diarreicas, el 35.8% tiene un nivel de conocimiento medio y un 19.4% tienen nivel de conocimientos alto. El 40.5% de las madres tienen malas prácticas de cuidado en la higiene, el 31.5% tiene regulares prácticas y el 28.0% tienen buenas prácticas de cuidado. El 52.6% de niños menores de 5 años presentaron 1 a 2 episodios de EDA por año, el 25.4% presentó 3 a 4 episodios por año y el 22% de niños tuvieron 5 a más episodios de EDA. Existe relación positiva entre el nivel de conocimientos de las madres sobre las enfermedades diarreicas agudas y las prácticas de cuidado sobre higiene en la preparación de alimentos. A mayor nivel de conocimientos mejor nivel de prácticas de higiene en la preparación de alimentos y viceversa. Existe relación negativa entre el nivel de conocimientos de las madres sobre las enfermedades diarreicas agudas y el número de episodios de diarreas por año presentados por sus niños. A mayor nivel de conocimientos menor número de episodios de diarreas y viceversa. Existe relación negativa entre el nivel de prácticas de cuidado de la higiene en la preparación de alimentos y el número de episodios de diarreas por año presentados por sus niños. A mayor nivel de prácticas de higiene en la preparación de alimentos menor número de episodios de diarreas y viceversa.

**PALABRAS CLAVES:** CONOCIMIENTO, PRÁCTICAS, ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS

## **ABSTRACT**

The thesis entitled "knowledge and practices on acute diarrheal diseases in MOTHERS OF CHILDREN UNDER 5 YEARS OF STAGE IV FONAVI SAN MARTIN - ICA - 2015" whose aim was to determine the relationship between knowledge and practice of acute diarrheal diseases in mothers children under 5 years with episodes of diarrhea in the community of San Martin Fonavi stage IV. Observational study, analytical, retrospective cross-sectional design in a sample of 232 mothers with children under five years, a total of 580 children under 5 that exist in the community was carried out u.

The results were as follows: 44.8% of the surveyed mothers have a low level of knowledge of diarrheal diseases, 35.8% have a medium level of knowledge and 19.4% had high knowledge level. 40.5% of mothers have poor care practices in hygiene, 31.5% have regular practices and 28.0% had good care practices. 52.6% of children under 5 years had 1-2 episodes of EDA per year, 25.4% had 3-4 episodes per year and 22% of children had 5 or more episodes of EDA. There is a positive relationship between the level of knowledge of mothers on diarrheal diseases and acute care practices hygiene in food preparation. A higher level of knowledge higher standard of hygiene practices in food preparation and vice versa. There is negative relationship between the level of knowledge of mothers on acute diarrheal diseases and the number of episodes of diarrhea per year presented by their children. A higher level of knowledge fewer episodes of diarrhea and vice versa. There is negative relationship between the level of care practices of hygiene in food preparation and the number of episodes of diarrhea per year presented by their children. A higher level of hygiene practices in food preparation fewer episodes of diarrhea and vice versa.

**KEYWORDS: KNOWLEDGE, PRACTICES DIARRHEAL ACUTE DISEASES**

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades diarreicas son un problema de Salud Pública en los países en desarrollo, por su alta carga 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 educación relacionada con la prevención de episodios, la recuperación de prácticas tradicionales que apoyan a un tratamiento adecuado de los niños con diarrea y la estandarización del mismo para los trabajadores de la salud.

En la propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre la Atención Integrada a la Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). Este programa ha focalizado sus acciones en los niños menores de 5 años, debido a que este constituye el grupo etario con el mayor rango porcentual en la morbilidad y mortalidad comparado con la población en general. (1)

Aunque la mortalidad por enfermedad diarreica ha disminuido significativamente en las últimas décadas, la diarrea sigue siendo un problema global de salud pública. La OMS estima que en el mundo ocurren aproximadamente 100 millones de episodios diarreicos al año y cinco millones aproximadamente de fallecimientos infantiles por esta causa. (1)

En América Latina y el Caribe las Enfermedades Diarreicas se encuentran dentro de las principales causas de morbimortalidad en la población infantil, presentándose dentro de las cinco principales causas de defunciones en los niños menores de cinco años. Se estima que en este grupo de edad se presentan entre 750 y 1000 millones de episodios diarreicos y ocurren cerca de 3.2 millones de defunciones anuales por esta causa.

En el Perú, se ha registrado hasta la semana epidemiológica 5 (del 29 de enero al 4 de febrero) del año 2013, 105 321 episodios de enfermedades diarreicas agudas (95 % como EDA acuosa), y cuya tasa de incidencia durante ese periodo fue de 34 episodios por cada 10 mil habitantes, valor menor registrado en los últimos 3 años, lo cual evidencia una tendencia decreciente de las EDAs. Moquegua, Pasco



y Amazonas son los departamentos que reportaron las tasas más altas.(2)

En este contexto el profesional de enfermería como agente de cambio debe actuar realizando actividades preventivo promocionales tendientes a disminuir la tasa de morbimortalidad infantil.

El estudio está estructurado en cinco capítulos: en el primer capítulo detalla los aspectos de la problemática, asimismo se plantea la formulación del problema, los objetivos de la investigación, justificación y limitaciones; el capítulo II incluye los aspectos teóricos, los antecedentes de la investigación, bases teóricas que sustentan el estudio, se definen los términos básicos de la investigación, se plantean las hipótesis, las variables y su operacionalización. En el capítulo III se considera los aspectos metodológicos, se describe el ámbito de estudio, se define la población y la muestra, los instrumentos y las técnicas de recolección y análisis de datos. En el capítulo IV se presentan los resultados de la investigación, con su respectivo análisis y en el capítulo V se detalla la discusión de los resultados, las conclusiones y recomendaciones, finalizando con la bibliografía y los anexos.

## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Según la OMS 2014, las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años, y ocasionan la muerte de 760 000 millones de niños cada año.

La diarrea puede durar varios días y puede privar al organismo del agua y las sales necesarias para la supervivencia. La mayoría de las personas que fallecen por enfermedades diarreicas en realidad mueren por una grave deshidratación y pérdida de líquidos.

Los niños malnutridos o inmunodeprimidos son los que presentan mayor riesgo de enfermedades diarreicas potencialmente mortales. La Enfermedad Diarreica Aguda ha constituido un problema importante de salud pública en el mundo; dichas enfermedades afectan a todos los grupos de edad, sin embargo los más vulnerables son los menores de 5 años.

Las enfermedades diarreicas agudas y sus secuelas, la desnutrición y el retardo en el crecimiento son un problema de salud en el Perú y por tanto se debe utilizar todos los recursos disponibles para combatirla. Entre las medidas clave para prevenir las enfermedades diarreicas cabe citar las siguientes: el acceso a fuentes inocuas de agua de consumo, uso de servicios de saneamiento mejorados; lavado

de manos con jabón; lactancia exclusivamente materna durante los primeros seis meses de vida; una higiene personal y alimentaria correctas; la educación sobre salud y sobre los modos de transmisión de las infecciones.(3)

En este contexto los conocimientos y prácticas de las madres sobre higiene y alimentación cobran gran importancia. Es en el hogar donde el niño necesita recibir los cuidados necesarios para la conservación de su salud; que es responsabilidad de los padres pues los niños menores de 5 años dependen de ellos. Uno de los principales problemas asociados a la gravedad de las enfermedades en menores de 5 años que son atendidos en los servicios de salud es la falta de conocimientos de las madres sobre los signos de alarma que indican que el niño debe ser visto por un profesional de salud; además se conoce que la morbilidad infantil está íntimamente relacionada a los comportamientos, hábitos y costumbres de los padres.

Para el profesional de enfermería es importante conocer los cuidados que dan las madres a sus hijos menores de 5 años cuando enferman de diarrea; esta información es básica cuando se quiere generar cambios en la práctica sanitaria.

En la comunidad de Fonavi San Martín IV Etapa existen 6, 685 habitantes de los cuales, 580 son menores de 5 años. Unos promedios de 15 niños menores de 5 años son atendidos mensualmente por presentar signos y síntomas de esta enfermedad.

Ante esta problemática surge la necesidad de realizar la presente investigación sobre conocimientos y prácticas de las madres sobre enfermedades diarreicas agudas, como sabemos esta enfermedad es totalmente prevenible, sin embargo constituye un problema de salud pública que afecta a muchos niños, colocándolos en muchos casos en riesgo de muerte o de lo contrario deja secuelas como desnutrición, perjudicando su normal crecimiento y desarrollo.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la relación entre los conocimientos y prácticas sobre enfermedades diarreicas agudas en madres de niños menores de 5 años con episodios de diarreas en Fonavi San Martín IV etapa – Ica – 2015?

### **1.3. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.3.1. Objetivo General**

Determinar la relación entre los conocimientos y prácticas sobre enfermedades diarreicas agudas en madres de niños menores de 5 años con episodios de diarreas en Fonavi San Martín IV etapa – Ica – 2015

#### **1.3.2. Objetivos Específicos**

1. Determinar la relación entre los conocimientos sobre enfermedades diarreicas agudas y las prácticas de cuidado en la preparación de alimentos que tienen las madres de niños menores de 5 años.
2. Determinar la relación entre los conocimientos que tienen las madres sobre enfermedades diarreicas agudas con los episodios de diarreas agudas en sus hijos menores de 5 años.
3. Determinar la relación entre las prácticas de cuidado en la preparación de alimentos con los episodios de diarreas agudos en los niños menores de 5 años.

### **1.4. JUSTIFICACIÓN DE ESTUDIO**

Entre los factores asociados a un mayor riesgo de enfermar e incluso de morir por EDA son; la higiene personal deficiente y la limpieza en la preparación y consumo de alimentos, contaminación fecal del agua y de alimentos; Estudios de investigación han evidenciado la alta relación que existe entre estos factores y la incidencia de la EDA en los diferentes grupos de población, así como los agentes causales que los afectan; generalmente se transmiten por vía fecal-oral y adoptan diversas modalidades que dependen de los vehículos y las vías de transmisión. Esta investigación se realizó con el propósito de evaluar los conocimientos y prácticas de las madres en relación al manejo de enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años.

Los resultados de este estudio, servirán para que las autoridades sanitarias tengan un conocimiento significativo y real sobre la morbi-mortalidad del síndrome diarreico agudo en nuestra población infantil, que afecta principalmente a los países en vías de desarrollo como el nuestro, y sensibilizarlos a fin de generar

programas de promoción y prevención que beneficien tanto a los niños como a sus familias.

Esta investigación fue factible porque contamos con la bibliografía necesaria como libros, textos, revistas, internet, etc. También se pudo contar con personal capacitado en dicho tema, quienes brindaron la información para el éxito de este trabajo.

### **1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

-El estudio de Investigación se realizará en las madres de niños menores de 5 años de la comunidad de Fonavi San Martín.

-En el presente estudio solo se abordarán los conocimientos y prácticas de las madres sobre enfermedades diarreicas en menores de 5 años.

Los resultados de la presente investigación solo servirán para la comunidad de fonavi San Martín IV Etapa – Ica lugar donde se realizó la investigación.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **INTERNACIONALES:**

Vásquez L. Herrera D. Segura M. estudio los Conocimientos sobre hidratación oral por las madres de pacientes de 1 a 5 años de vida con enfermedad diarreica aguda. República Dominicana 2014. Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento de la madre con respecto a la hidratación oral del paciente durante un episodio diarreico agudo. Material y Métodos: Estudio observacional, descriptivo con recolección prospectiva y de corte transversal. Se eligió la muestra de manera no probabilística por conveniencia. Resultados: La mayoría de las madres conocía las implicancias sobre la salud de su hijo de la enfermedad diarreica aguda, y conocía la importancia de mantener una hidratación adecuada durante el mismo. Se evidenció que un porcentaje de la población, desconocía la preparación y viabilidad del Suero de rehidratación oral (SRO), y se evidenció el uso de otro tipo de bebidas no adecuadas durante el episodio de diarrea aguda. (Bebidas hidratantes comerciales y carbonatados) como terapia de hidratación durante la diarrea. Conclusiones: Se identificó que se hace necesario una mayor información y capacitación a las madres acerca de la manera de rehidratar a sus hijos con diarrea aguda.(4)

García López L. Burón Reyes P. en su estudio sobre: Factores de riesgo de las enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años. Venezuela 2014

Objetivo: identificar los factores de riesgo de enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años. Métodos: se realizó un estudio de casos y controles, en el área de salud "Edgar Ramón Uzcátegui", municipio Maracaibo, estado Zulia, Venezuela, durante 6 meses, en el 2014. El grupo de casos estuvo representado por 45 niños que enfermaron de diarrea aguda y el grupo control, por la misma cantidad de niños que no presentaron ninguna enfermedad en este periodo, de la misma área, la misma edad y del mismo sexo. Resultados: predominó la enfermedad diarreica aguda en menores de 1 año, el tipo de lactancia fue el factor que predominó en el grupo de casos. El tipo de lactancia, la higiene doméstica y el destete precoz se comportaron como riesgo fuerte para la aparición de la diarrea aguda y al modificarlos o eliminarlos se reduciría el riesgo considerablemente. La mayor proporción de prevalencia en expuestos se encontró en el factor tipo de lactancia y pudimos inferir que existía relación directa de los factores de riesgo con el evento. Conclusiones: los factores de riesgos asociados a las enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años fueron el tipo de lactancia utilizada, la higiene doméstica, el destete precoz, y edad menor de 1 año. (5)

Díaz-Cárdenas, S. Arrieta-Vergara K. y Ramos-Martínez K. estudió el AIEPI y prácticas maternas frente a la diarrea y resfriado común en afrodescendientes del caribe colombiano. Colombia. 2013. Objetivo Evaluar prácticas maternas realizadas frente a diarrea y resfriado común. Método Estudio Descriptivo transversal realizado en la Isla de Barú, Cartagena de Indias, Colombia con 127 madres de 138 niños menores de 5 años, afro descendientes, elegidas por conveniencia. Se aplicó instrumento de investigaciones operativas en AIEPI (encuestas) durante una jornada de salud. Se estimó prevalencia de diarrea y resfriado en los últimos 7 días, y prácticas maternas frente a estas, ocurrencia de otros factores de riesgo y protectores: historia de lactancia materna, alimentación complementaria y vacunación. Se realizó estadísticas descriptivas y significancia de relaciones entre variables mediante prueba  $\chi^2$  Resultados Se encontró

prevalencia de diarrea del 71,7 % (IC95 %; 64-79) menor para niñas de 2 meses a 5 años ( $p=0,02$ ), resfriado común del 99,2 % (IC 95 %; 97-100) más en niñas mayores de 2 meses ( $p= 0,004$ ); 86,9 % (IC95 %; 81-92) de las madres no saben identificar los signos de alarma de estas enfermedades, 84, 8 % (IC95 %; 78-90) de las prácticas fueron inadecuadas y el 73,3 % llevan los niños al médico como primera práctica ( $p= 0,05$ ). Conclusiones Es necesario aumentar esfuerzos en la implementación de la estrategia AIEPI en comunidades vulnerables, a través de vías de comunicación efectivas e innovadoras para disminuir índices de morbimortalidad infantil promoviendo el desarrollo social de la Isla.(6)

Rincón Osorio E. en sus estudios sobre: Determinantes de la diarrea en menores de cinco años en Venezuela, municipio Sucre, Estado Miranda 2012. Con base en la estructuración de problemas públicos, se propuso y conceptualizó un modelo de políticas de los determinantes de la diarrea y se analizó empíricamente en un nivel local de gobierno (Municipio Sucre del estado Miranda). Los datos se obtuvieron de la Encuesta sobre Condiciones de Vida del municipio Sucre 2010 (ECVMS-2010). Se determinó que la Incidencia Relativa (IR) de diarrea, medida en términos de episodios, en los menores de cinco años del municipio Sucre durante los tres días del periodo de observación fue, para los menores observados del municipio Sucre de 0,060 y para la población total de menores de cinco años del municipio 60. Por lo tanto, por cada 1000 menores de cinco años de edad del Municipio, 60 tuvieron al menos un episodio de diarrea durante el periodo de observación. Se realizaron análisis multivariados para comprobar el modelo. Las Regresiones Logísticas Binarias (RLB) no evidenciaron asociación significativa entre la diarrea y las variables estudiadas. Sin embargo, los análisis de asociación mostraron relación entre la diarrea y los determinantes (frecuencia interdiaria del agua en el hogar, número de miembros en el hogar y zona de residencia del menor. Se señalan las implicaciones de políticas que arrojaron los resultados de la investigación y se formulan recomendaciones dirigidas a mejorar la problemática de la diarrea en menores de cinco años en un nivel local de gobierno, el municipio Sucre del estado Miranda.(7)



Medina, R; Labrador, M; Goyri, R. en su estudio sobre: Conocimiento de las madres cuidadoras ante un niño con diarrea aguda en hogares de cuidado diario. México. 2009. Objetivo: Con el propósito de incrementar el nivel de conocimiento sobre el manejo correcto de los síndromes diarreicos agudos por parte de las madres cuidadoras integrales ubicadas en una barriada, se realizó un estudio analítico, longitudinal, descriptivo, prospectivo de tipo intervención educativa durante 45 días. Universo constituido por 26 madres y una muestra de 23 (88,46%). Evaluación inicial sobre los conocimientos poseídos sobre manejo de los síndromes diarreicos agudos en los hogares de cuidado diario. Nueva evaluación de conocimientos a los 45 días. Pre-capacitación el 52,17% sabían definir diarreas; 82,61% tenían prácticas alimentarias correctas en diarreas infantiles; el 73,91% dijo no dar alimento al niño durante la diarrea; el 17,9% daban medicamentos sin prescripción; el 65,22% dijo que la lactancia materna no protege frente a la diarrea y 69,57% que la vacuna contra el sarampión tampoco; 56,52% preparaba correctamente el suero oral y el 100% no sabe la del suero casero; 86,96% lo daba con tetero y erraba al no darlo después de cada evacuación (56,5%) no usar taza (82,61), ni cuchara (69,57%); se equivocan al calificar sin riesgo los ojos hundidos (56,5%) llanto sin lágrimas (78,26%) y orinar menos (65,2%). Todos estos niveles mejoraron en más del 95% post-capacitación. La capacitación según AIEPI logra mejorar las prácticas en la atención de casos de diarrea por las Madres Integrales de los Hogares de Cuidado.(8)

## **NACIONALES**

García Castillo L. Morillos Quiroga C. Fanning Balarezo M. Escudero Caján D. Creencias culturales de madres de niños menores de cinco años sobre enfermedades diarreicas en el caserío de San Pedro de Sasape – Illimo Lambayeque Perú. 2014. Las diarreas constituyen la primera causa de morbilidad y mortalidad en niños menores de cinco años, en el tratamiento de esta enfermedad, lo que desempeñan un rol fundamental las creencias, siendo importante que el profesional de enfermería conozca las creencias que tienen las

madres. Por ello el objetivo está dirigido a comprender las creencias culturales de las madres de niños menores de cinco años sobre enfermedades diarreicas, se empleó la trayectoria etnográfica, los participantes fueron nueve determinándose por la técnica de saturación. Se aplicó la entrevista semiestructurada, para recolectar los datos, usándose el método de análisis de contenido para procesar la información. Se tuvo en cuenta los principios éticos y de rigor científico. Se obtuvieron dos grandes categorías: “El poder de la transmisión de las creencias para el cuidado del niño con diarrea” e “Identificando las causas de las diarreas: higiene inadecuada”. Concluimos que las madres dan prioridad a las creencias culturales transmitidas por sus antepasados en el manejo del cuidado del niño con diarreas como: pasada de huevo, el uso de hierbas como llantén, flor de overo, sentarlo en un ladrillo caliente y santiguarlo. Asimismo se educó a las madres que reconozcan la primera causa de la diarrea es la falta de higiene. (9)

Chávez Conde, Lizeth Kátherin. Estudió: Prácticas y el resultado en el manejo inicial de la diarrea aguda en niños menores de 5 años por madres peruanas. Análisis ENDES Perú 2013. Objetivo: Determinar la asociación entre las prácticas y el resultado en el manejo inicial de la diarrea aguda en niños menores de 5 años por las madres peruanas, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2013. Métodos: Análisis secundario de la ENDES 2013. Las prácticas de las madres se evaluaron mediante tres parámetros: 1. Tratamiento (¿da solución de rehidratación oral?, ¿da solución casera?, ¿da zinc?, ¿da antibióticos?, ¿da medicina natural? y ¿da antidiarreicos?), 2. Acudir primero al establecimiento de salud y 3. Alimentación (¿ofreció sólidos? y ¿ofreció líquidos?). El resultado del manejo inicial se evaluó mediante la presencia de diarrea en el niño al momento de la encuesta. Se evaluaron variables sociodemográficas de la madre. Resultados: Las madres quienes no ofrecieron líquidos tuvieron mayor porcentaje de casos de niños con diarrea al momento de la encuesta (21.8%) a diferencia de las madres que sí lo dieron (15.6%), encontrándose asociación significativa ( $p=0.014$ , OR ajustado=1.7 [1.1-2.6]). Conclusiones: No dar líquidos se asoció a la presencia de diarrea en el niño al momento de la encuesta. Se recomienda

fomentar la administración de más líquidos como práctica inicial en el manejo de la diarrea aguda en niños.(10)

Redhead Andrade, Cinthia Pamela; Reyes Yparraguirre, Armando Raúl; Sáenz Pasco, Gina Victoria; Santa Cruz Carrasco, Stefany Mary; Santillán Sáenz, Susan Mariell. En su estudio sobre: Conocimiento y actitudes de los padres sobre los signos de alarma y deshidratación en Enfermedad Diarreica Aguda. Instituto Nacional del Niño Lima 2012. Objetivo: Describir el nivel de conocimientos sobre los signos de alarma y deshidratación e identificar cuáles son las actitudes tomadas por los padres de niños de 5 años o menos que presentaron diarreas agudas y que acudieron a la Unidad de Rehidratación Oral del Instituto Nacional de Salud del Niño. Materiales y métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal; se realizó una entrevista previo consentimiento informado a los padres de niños de 5 años o menos que acudieron a la Unidad de Rehidratación Oral del Instituto Nacional de Salud del Niño por presentar cuadro de diarreas agudas, para medir su conocimiento y actitudes en deshidratación. Los resultados se presentaron en forma descriptiva. Resultados: Al preguntar sobre los signos de alarma, se obtuvo que 69 padres (67.6 por ciento) conocían al menos un signo. Los signos más conocidos por los padres fueron: vomita todo lo que ingiere y convulsiones. (11)

## **LOCALES**

Alarco J. Alvarez-Andrade E. Conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención en un asentamiento humano de la provincia de Ica, Perú. 2013. Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención en un asentamiento humano de la provincia de Ica, Perú. Diseño: Estudio observacional, descriptivo de corte transversal. Emplazamiento: Asentamiento humano "El Huarango", ubicado a 2 km de la ciudad de Ica, población en extrema pobreza como producto de un desastre natural. Participantes: 82 madres de niños menores de 5 años. Mediciones principales: Se evaluó el nivel de conocimiento sobre la diarrea y su

prevención a través de un cuestionario elaborado por expertos en el tema y validado en la misma población, previo a su aplicación. Resultados: Se entrevistaron a 82 madres, el promedio de edad fue de 29 años (con una mínima de 15 y una máxima de 49). El 58,5% de las madres fueron convivientes, el 73,1% solo se dedicaban a los quehaceres domésticos (ama de casa), alrededor del 7% tenían estudios superiores culminados y solo el 6% de las viviendas contaban con el servicio de desagüe. Sobre los conocimientos y prevención de la diarrea, el 76% conoció el significado de la palabra diarrea, el 53% creyeron que los parásitos son la principal causa, el 53% prefirió usar el suero de rehidratación oral (SRO) como principal medida de tratamiento, aunque un 23% admitió que le daría antibióticos, el 67% acudiría al centro de salud, mientras que un 24% lo haría al curandero. Conclusiones: El conocimiento general de las madres sobre el manejo de la diarrea, es regular, persiste la creencia de que se debe de prohibir la lactancia materna, de que los parásitos son principal causa y que se debe usar antibióticos como parte de un tratamiento adecuado.(12)

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA**

#### **DEFINICIÓN**

La diarrea aguda consiste en un aumento en el número de deposiciones y/o una disminución en su consistencia, de instauración rápida. Se puede acompañar de signos y síntomas como náuseas, vómitos, fiebre o dolor abdominal. La causa más frecuente es la infección gastrointestinal, que produce una gastroenteritis o inflamación de la mucosa gástrica e intestinal.

Debido a ello el término diarrea aguda es prácticamente sinónimo de gastroenteritis aguda de causa infecciosa.

La diarrea refleja un aumento en la pérdida a través de las heces de sus principales componentes: agua y electrolitos. El término agudo viene dado de ser habitualmente un proceso de carácter autolimitado, con una duración menor de 2 semanas.

Generalmente se considera la existencia de diarrea cuando hay más de dos deposiciones de menor consistencia, o una deposición de menor consistencia con presencia de sangre macroscópica, en un periodo de 24 horas. Esta definición puede ser imprecisa, por la variabilidad en el volumen, frecuencia y consistencia de deposiciones en la edad infantil. Hay que tener en cuenta la edad del niño, ya que la frecuencia de las deposiciones es más alta en niños menores de tres meses, y que el ritmo intestinal puede cambiar con el tipo de alimentación. Hay escasos datos de referencia del volumen fecal a las distintas edades.(13)

### **CAUSAS DE LA DIARREA**

#### **– Infecciones**

Entéricas

Extraintestinales

#### **– Alergia alimentaria**

- Proteínas de la leche de vaca

- Proteínas de soja

#### **– Transtornos absorción/digestión**

- Déficit de lactasa

- Déficit de sacarasa-isomaltasa

#### **– Cuadros quirúrgicos**

- Apendicitis aguda

- Invaginación

#### **– Ingesta de fármacos**

- Laxante

- Antibióticos

#### **– Intoxicación metales pesados**

- Cobre, Zinc

### **CLASIFICACIÓN DE LAS DIARREAS SEGÚN ETIOLOGÍA**

#### **DIARREA VIRAL**

– Rotavirus Grupo A

– Adenovirus entérico

– Astrovirus

– Calicivirus humanos

– Norovirus

– Sapovirus

#### DIARREA PARASITARIA

– *Giardia lamblia*

– *Cryptosporidium parvum*

#### DIARREA BACTERIANA

– *S. typhi* y *paratyphi*

– *S. enteritidis*

– *S. typhimurium*

– *Shigella sonnei*

– *Campylobacter jejuni*

– *Yersinia enterocolitica*

– *E. coli* enteropatógeno

– *E. coli* enterotoxigénico

– *E. coli* entroinvasivo

– *E. coli* enterohemorrágico

– *E. coli* enteroadherente

– *E. coli* enteroagregante

– *Aeromonas*

#### **EPIDEMIOLOGÍA**

La diarrea aguda es una de las enfermedades más comunes en niños y la segunda causa de morbilidad y mortalidad a escala mundial. La mortalidad es casi totalmente a expensas de países en desarrollo. En los países industrializados, a pesar de unas mejores condiciones sanitarias, la gastroenteritis aguda sigue siendo una de las primeras causas de morbilidad infantil y de demanda de atención sanitaria. En Europa es la patología más frecuente en el niño sano, estimándose una incidencia anual de entre 0,5 a 2 episodios en los niños menores de 3 años.(14)

Aunque en determinadas ocasiones hay que considerar otras causas, la principal causa de diarrea aguda son las infecciones entéricas.

En nuestro medio la principal etiología en la edad infantil es la vírica, pudiendo ser los agentes bacterianos los predominantes en determinadas épocas del año y en niños mayores. Los parásitos constituyen una causa infrecuente de diarrea en niños sanos.

Desde el descubrimiento en 1972 del virus Norwalk, primer virus identificado como agente etiológico de gastroenteritis en humanos, se han definido cuatro grandes categorías de estos virus: rotavirus, astrovirus, adenovirus entéricos y calicivirus humanos.

Los rotavirus constituyen el principal agente etiológico productor de diarrea en la infancia, se asocian a una forma de enfermedad más grave e infectan prácticamente a todos los niños en los 4 primeros años de vida, dándose la enfermedad especialmente entre los 6 y 24 meses de edad. Son los más frecuentemente detectados en los casos que precisan ingreso hospitalario y, en países de clima templado, tienen un predominio claro en los meses fríos. Son, además, el principal agente productor de diarrea nosocomial en las unidades de ingreso infantiles. Los adenovirus entéricos, calicivirus y astrovirus producen un cuadro clínico más leve.

Respecto a la etiología bacteriana, los agentes predominantes son *Salmonella* spp y *Campylobacter* spp, seguidos de *Shigella* spp, *Aeromonas* spp y *Yersinia* spp. En la mayoría de estudios epidemiológicos infantiles estos agentes son detectados más frecuentemente en pacientes con gastroenteritis tratados de forma ambulatoria. La dificultad de estudio en heces de las distintas variedades de *E. coli* hace que se disponga de escasos datos sobre su incidencia en nuestro medio.(15)

### **FISIOPATOLOGÍA**

En términos generales la diarrea se produce cuando el volumen de agua y electrolitos presentado al colon excede su capacidad de absorción, eliminándose de forma aumentada por las heces. Esto puede deberse a un aumento en la secreción y/o a una disminución de la absorción a nivel de intestino delgado, o, más infrecuentemente, a una alteración similar a nivel de colon. Estas alteraciones son secundarias a la afectación intestinal que resulta de la interacción entre el agente infeccioso y la mucosa intestinal.

En determinados casos se da la penetración de la barrera mucosa por antígenos extraños, tales como microorganismos o toxinas. Las toxinas microbianas pueden ligarse a los receptores del enterocito y estimular la secreción epitelial de agua e iones. Por otra parte, los microorganismos pueden dañar el enterocito produciendo una disminución en la absorción de electrolitos, una pérdida de las hidrolasas del borde en cepillo y un escape de fluido a través del epitelio.

La lesión por daño directo de la célula epitelial tiene lugar en las infecciones por agentes virales como Rotavirus, aunque en este caso además una proteína viral actuaría como enterotoxina. También se produce lesión vellositaria en infecciones agudas por protozoos tales como Giardia lamblia, Cryptosporidium parvum y Microsporidium. Todo ello conduce a una pérdida aumentada de agua y electrolitos en heces.

La gran pérdida de líquidos y electrolitos puede derivar en un cuadro de deshidratación. Esto es más frecuente en el niño pequeño, por tener una mayor área de superficie corporal en relación con el peso que el adulto y, por lo tanto, unas mayores pérdidas insensibles.

Además existe un flujo intestinal de agua y electrolitos más cuantioso.

En estas edades hay también un mayor riesgo nutricional, por una gran respuesta catabólica frente a las infecciones y una depleción de las reservas nutricionales más rápida que en el adulto. Otros factores que influyen en la afectación nutricional son la disminución de la ingesta calórica, por la hiporexia concomitante y la restricción alimentaria habitualmente indicada, y la posible existencia de malabsorción de nutrientes secundaria a la lesión intestinal.

Aunque, en general, se trata de un proceso leve y autolimitado y la principal complicación es la deshidratación, ocasionalmente se puede desarrollar una diarrea prolongada como consecuencia de:

– Intolerancia a la lactosa, en relación con un déficit transitorio de lactasa por daño de las enzimas del borde en cepillo intestinal. Es relativamente frecuente, sobre todo tras una gastroenteritis por rotavirus. En Europa este hecho parece tener escasa relevancia clínica, aunque en países con un elevado porcentaje de malnutrición sigue siendo un problema importante,



– Sensibilización a las proteínas de la leche de vaca, al existir en la gastroenteritis un aumento en la absorción de antígenos de la leche de vaca que puede desencadenar una respuesta inmune, local o sistémica.

– *Sobrecrecimiento bacteriano*, por la contaminación bacteriana de los tramos altos del intestino delgado.

Puede contribuir al mantenimiento de la diarrea por acción directa de las bacterias sobre la mucosa y/o por deconjugación de las sales biliares.

### **DIAGNÓSTICO**

La gastroenteritis aguda es un proceso autolimitado en el que, en la mayoría de los casos, sólo es necesaria una valoración del paciente mediante una adecuada historia clínica y una cuidadosa exploración física para establecer las indicaciones pertinentes.

La gravedad de la diarrea está en relación con el grado de deshidratación, por lo que es fundamental una valoración lo más exacta posible de ésta, para evitar tanto un retraso en el tratamiento como intervenciones innecesarias.

### **VALORACIÓN DEL ESTADO DE HIDRATACIÓN**

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

- Leve o ausencia de deshidratación: pérdida de menos del 3% del peso corporal.
- Moderada: pérdida del 3-9% del peso corporal.
- Grave: pérdida de más del 9% del peso corporal.

Habitualmente no se dispone de un peso previo, por lo que se realiza una estimación mediante escalas clínicas que incluyen un conjunto de signos y síntomas, aunque no están validadas para el manejo de pacientes a nivel individual. En la historia clínica el dato más relevante respecto a la ausencia de deshidratación es una diuresis normal. Respecto a los signos clínicos independientemente asociados a deshidratación, los más significativos son: pérdida de turgencia cutánea, respiración anormal, relleno capilar lento, mucosa oral seca, ausencia de lágrimas y alteración neurológica. Cuando se toman en

conjunto, la presencia de 2 de los 4 últimos predice un déficit del 5% con una sensibilidad y especificidad del 79% y 87% respectivamente.

La existencia de alteración de electrolitos se ha relacionado con la presencia de edad menor de 6 meses, mucosas secas, vómitos, relleno capilar lento, ausencia de diabetes y taquicardia.

### **PARÁMETROS BIOQUÍMICOS**

La mayoría de los niños con deshidratación leve no precisa estudios de laboratorio y tanto su diagnóstico como la monitorización de su tratamiento pueden efectuarse con valoración exclusivamente clínica.

Además, dado que las soluciones de rehidratación oral en cantidades adecuadas son suficientes para corregir las alteraciones electrolíticas, parece innecesario medir electrolitos en aquellos niños que van ser rehidratados con soluciones orales.

Estos estudios se realizarán en todos los casos de deshidratación grave, en aquellos casos cuya historia clínica o examen físico no coincide con un episodio habitual de diarrea y en todos los casos en que se va a administrar rehidratación intravenosa. Se recomienda la determinación de electrolitos, glucosa y bicarbonato, constituyendo este último el parámetro más útil respecto al estado de hidratación.

Se ha estimado una prevalencia de hipoglucemia de entre el 2 y el 9% de niños con gastroenteritis y del 14% en menores de 6 meses. La ausencia de datos clínicos que puedan predecir esta situación y las consecuencias de una hipoglucemia no tratada hacen que sea importante considerar la determinación de la glucemia en niños menores de 5 años con gastroenteritis aguda y deshidratación.(16)

### **DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO**

No hay datos de la historia clínica, la exploración física o de las exploraciones complementarias que permitan predecir la probable etiología bacteriana o vírica. Hay algunos parámetros orientativos de diarrea bacteriana, como son: fiebre alta, presencia de sangre en heces, dolor abdominal o afectación neurológica.

Otros datos, como comienzo brusco de la diarrea, ausencia de vómitos, presencia de leucocitos en heces, aumento de proteína C reactiva o edad mayor de 3 años, tienen un menor valor predictivo.

No obstante, dado que el conocimiento del agente causal no va a influir la mayoría de las veces en el abordaje terapéutico de la diarrea, no está indicado el estudio microbiológico de rutina. Solamente habría que considerarlo en los casos de:

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

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

## **TRATAMIENTO**

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

## **REHIDRATACIÓN**

La evidencia de un transporte de sodio acoplado al transporte activo de glucosa u otras pequeñas moléculas orgánicas en el intestino delgado ha facilitado el desarrollo de soluciones de rehidratación oral.

La solución inicialmente utilizada, recomendada por la OMS en 1977, fue evaluada en un principio en pacientes con diarrea tipo colérica, con grandes pérdidas fecales de sodio, por ello su contenido de sodio era relativamente elevado (90 mEq/litro).

El uso extendido de esta solución en niños con otro tipo de diarrea, principalmente de etiología viral y con menores pérdidas fecales de sodio, se asoció a riesgo de hipernatremia.

En la actualidad hay evidencia suficiente de las ventajas de la rehidratación oral frente a la intravenosa, principal forma de rehidratación antes de la década de los setenta. No se observa diferencia en la duración de la diarrea, ganancia ponderal o incidencia de hiper o hiponatremia, pero sí una reducción significativa de la estancia hospitalaria con la rehidratación oral, así como una menor incidencia de efectos adversos graves. Además, su utilización de forma ambulatoria evitaría la hospitalización en gran número de casos.(17)

La disponibilidad actual de soluciones de rehidratación oral adecuadas hace que su administración sea el método de elección en el tratamiento de la deshidratación. Es importante hacer notar que estas soluciones tienen distintas formas de reconstitución.

Es necesario que la solución de rehidratación que se indique cumpla las recomendaciones citadas previamente, no debiendo ser sustituida por algunas bebidas de uso común con un mejor sabor pero que no reúnen en su composición las condiciones adecuadas. De las más utilizadas son las llamadas bebidas isotónicas, diseñadas para reponer las pérdidas de agua y sales durante el ejercicio y que contienen solo entre 10 y 20 mEq/litro de sodio y 15 mEq/litro de potasio; las bebidas gaseosas, que contienen menos de 4 mEq/litro de sodio, mínimas cantidades de potasio y osmolaridades por encima de 450 mOsm/litro por un alto contenido en carbohidratos; y los jugos de frutas que, aunque tienen una mayor concentración de potasio (>20 mEq/litro), aportan mínimas cantidades de sodio y osmolaridades entre 600 y 700 mOsm/litro.

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

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

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

- Si no hay signos de deshidratación: 10 ml/kg por deposición líquida y 2 ml/kg por vómito para reponer las pérdidas mantenidas, añadido a la dieta habitual del paciente.
- Si la deshidratación es leve: 30-50 ml/kg (déficit) durante 4 horas + pérdidas mantenidas (10 ml/kg por deposición líquida).
- Si la deshidratación es moderada: 75-100 ml/kg durante 4 h + pérdidas (reposición déficit + pérdidas mantenidas)

La rehidratación se realiza durante 4 horas y en algunos casos es preciso una revaloración clínica transcurrido ese tiempo. Respecto a la técnica, se aconseja la administración del líquido de forma fraccionada en pequeñas cantidades cada 2-3 minutos, para una mejor tolerancia. Se contempla también la rehidratación enteral por sonda nasogástrica, tan efectiva como la oral.

Todavía hay un cierto porcentaje de fracasos de la rehidratación oral atribuible, entre otras causas, a la necesidad de tiempo y personal que supone su utilización y, principalmente, a la falta de efecto en los síntomas. La persistencia de los vómitos y la diarrea, a pesar de conseguirse la rehidratación, conduce a los padres y cuidadores a la idea de un fallo del tratamiento y es este aspecto el que debe ser reforzado en la información aportada por el personal sanitario.(18)

En los últimos años se han investigado **nuevas soluciones de rehidratación oral** que incidan en los síntomas de la gastroenteritis. Los aspectos que se han considerado son:

- Disminución de la osmolaridad de la solución, que se asocia a una menor necesidad de rehidratación intravenosa y a una disminución en el volumen de heces y el número de vómitos, sin riesgo adicional de hiponatremia. Esto ha llevado a que desde el año 2002 la OMS, buscando una mayor eficacia clínica, recomiende una única solución de rehidratación con 75 mmol/l de Na y una osmolaridad de 245 mosmol/l para la diarrea de cualquier etiología y en todas las edades.

Aunque inicialmente se puntualizaba la falta de información sobre su uso en niños con cólera y la posible incidencia de hiponatremia asintomática, los estudios más recientes confirman la seguridad de su empleo también en diarrea tipo colérica.

– Sustitución de la glucosa por hidratos de carbono complejos, procedentes sobre todo del arroz, que aportan mayor número de moléculas de glucosa para el cotransporte de sodio sin sobrecarga osmótica. Se discute, además, el posible efecto antisecretor del arroz, asociado a una molécula que actuaría como bloqueante del canal del cloro.

Se ha demostrado una disminución del volumen de las heces en los casos de cólera, pero no en niños con diarrea no colérica.

– Sustitución de la glucosa por otros sustratos, como aminoácidos (glicina, alanina o glutamina), pero no se han evidenciado ventajas terapéuticas.

– Adición de probióticos a la solución, pero no se ha observado un mejor efecto que cuando la administración de probióticos es posterior a la rehidratación.

– Adición de hidratos de carbono complejos no digeribles, que son fermentados en el colon y producen ácidos grasos de cadena corta que estimulan la absorción colónica de sodio y agua. Los estudios realizados han aportado una gran variabilidad en los resultados, por lo que tampoco hay evidencia para recomendarlos.

– Adición de zinc, no hay suficiente evidencia para su recomendación universal, a pesar de los buenos resultados en los niños malnutridos.

– Adición de proteínas de la leche humana: lactoferrina y lisozima humanas recombinantes, por su papel protector en la leche materna, aunque todavía hay escasa información disponible sobre su efecto beneficioso.(19)

### **Alimentación**

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

### **Realimentación precoz**

Se ha observado que la instauración de la alimentación completa habitual del niño tras 4 horas de rehidratación oral conduce a una mayor ganancia de peso y no conduce a una mayor duración de la diarrea o más incidencia de intolerancia a la lactosa. Además aumenta el bienestar del niño al poder comer libremente, sin ser sometido a dietas restrictivas, hipocalóricas y poco apetecibles para el paciente.

**Tipo de alimentación.** Los alimentos candidatos deben ser nutritivos, de fácil digestión y absorción, económicos, de sabor agradable y, sobre todo, carentes de efectos nocivos sobre el curso de la enfermedad.

**Lactancia materna.** La evidencia científica disponible establece la necesidad de mantenerla, sin ninguna restricción, en los niños con gastroenteritis. La buena tolerancia es debida a varias razones, entre ellas una menor osmolaridad y un mayor contenido en enzimas que la leche de vaca y el aportar factores hormonales y antimicrobianos.

**Fórmula/leche para lactantes.** Una práctica habitual ha sido la de reiniciar la alimentación con leches diluidas y, por lo tanto, hipocalóricas. Se ha demostrado que la mayoría de los niños con diarrea aguda pueden ser realimentados con una fórmula o leche sin diluir, sobre todo cuando a esto se añade el uso de una solución de rehidratación oral y el reinicio precoz de la alimentación.

**Lactosa y leches especiales.** En la actualidad en nuestro medio en la mayoría de los niños con diarrea no está indicado una fórmula sin lactosa, hipoalergénica o hidrolizada. Habría que observar la aparición de signos o síntomas de malabsorción para detectar los contados casos en los que pudiera aparecer.

Estaría indicada una leche sin lactosa en los casos de diarrea prolongada o recidivante en los que en el análisis de heces se detecta un pH menor de 5,5 y/o la presencia de más de un 0,5% de sustancias reductoras.

**Dietas mixtas.** En niños con una alimentación variada hay que mantener dicha dieta, pues existe una adecuada absorción de macronutrientes. Se deben evitar alimentos con alto contenido en azúcares elementales, que pueden empeorar la diarrea por su efecto osmótico. Habrá que estimular de alguna forma la ingesta ofreciendo alimentos de sabor agradable, habituales en la alimentación del niño y, probablemente, de consistencia más líquida. Son mejor tolerados ciertos alimentos como hidratos de carbono complejos (trigo, arroz, patatas, pan y cereales), carnes magras, yogur, frutas y vegetales.

**Micronutrientes.** El zinc ha sido el principal micronutriente implicado en los procesos de diarrea.

Se ha demostrado que la suplementación con zinc reduce significativamente la gravedad de la diarrea en niños en países en vías de desarrollo y disminuye los episodios posteriores de diarrea. No está claro su mecanismo de acción, aunque parece que es favoreciendo el efecto inmunológico y la recuperación epitelial. La evidencia disponible ha llevado a la OMS y UNICEF a recomendar en países en desarrollo el tratamiento con zinc de todos los niños con diarrea.

**Probióticos.** En los últimos años los probióticos, suplementos alimentarios microbianos con efectos positivos en la prevención o tratamiento de una patología específica, han surgido como un nuevo elemento en la prevención y tratamiento de la diarrea infecciosa.

La base racional para su uso es su papel modificando la composición de la flora colónica y actuando contra los agentes enteropatógenos.

La revisión de los estudios realizados en los últimos años para establecer el efecto de los probióticos en el tratamiento de la diarrea aguda infecciosa muestra un beneficio clínico moderado de algunos probióticos en el tratamiento de la diarrea aguda acuosa, principalmente por rotavirus y en lactantes y niños pequeños. Este efecto depende de la cepa, siendo los más efectivos *Lactobacillus* GG y *Saccharomyces boulardii*, de la dosis (mayor para dosis > 10<sup>10</sup> UFCs) y no es útil en la diarrea invasiva bacteriana. Es más efectivo administrado de forma precoz y en niños de países desarrollados.

## **PREVENCIÓN**

Dado que la vía de contagio principal es la fecal oral es primordial reforzar la higiene ambiental en el medio familiar, con una limpieza adecuada de las manos y los objetos empleados en la manipulación de niños con diarrea.

En los últimos años se han desarrollado vacunas frente a algunos de los agentes productores de gastroenteritis, sobre todo frente a rotavirus, principal causa de diarrea grave infantil. En la actualidad están disponibles dos vacunas seguras y eficaces frente a la enfermedad grave por rotavirus producida por los tipos más prevalentes en patología humana. Ambas son de administración oral en dos (monovalente humana, Rotarix®) o tres dosis (pentavalente bovina-humana Rotateq®), pudiéndose administrar con las vacunas habituales.(20)



## **2.2.2. ASPECTOS CONCEPTUALES DEL CONOCIMIENTO**

Según Mario Bunge el conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados comunicables que pueden ser claros precisos ordenados, vago e inexacto clasificándole en conocimiento científico y conocimiento vulgar.

El conocimiento científico es aquel que es racional analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia.

El conocimiento vulgar es vago inexacto limitado por la observación.

Kant en su teoría del conocimiento refiere que, el conocimiento está determinado por la intuición sensible y el concepto, distinguiéndose dos tipos de conocimiento: El conocimiento puro o apriori que es aquel que se desarrolla antes de la experiencia y el conocimiento empírico es aquel que se elabora después de la experiencia.

### **2.2.2.1. NIVELES DEL CONOCIMIENTO.**

El ser humano puede captar un objeto en tres diferentes niveles, sensible, conceptual y holístico.

- El conocimiento sensible consiste en captar un objeto por medio de los sentidos; tal es el caso de las imágenes captadas por medio de la vista. Gracias a ella podemos almacenar en nuestra mente las imágenes de las cosas, con color, figura y dimensiones. Los ojos y los oídos son los principales sentidos utilizados por el ser humano. Los animales han desarrollado poderosamente el olfato y el tacto.
- El conocimiento conceptual, que consiste en representaciones invisibles, inmateriales, pero universales y esenciales. La principal diferencia entre el nivel sensible y el conceptual reside en la singularidad y universalidad que caracteriza, respectivamente, a estos dos tipos de conocimiento. El conocimiento sensible es singular y el conceptual universal.

- El conocimiento holístico (también llamado intuitivo, con el riesgo de muchas confusiones, dado que la palabra intuición se ha utilizado hasta para hablar de premoniciones y corazonadas). Intuir un objeto significa captarlo dentro de un amplio contexto, como elemento de una totalidad, sin estructuras ni límites definidos con claridad. La palabra holístico se refiere a esta totalidad percibida en el momento de la intuición. (21)

### **2.2.3. ASPECTOS CONCEPTUALES DE “PRÁCTICAS”**

Las prácticas están dadas por el conjunto de comportamientos, hábitos y costumbres según reglas establecidas en la sociedad. También está relacionada a la adquisición de habilidades a partir de la repetición constante y metódica.

Otras ideas relacionadas a la práctica son las siguientes:

- Realización de una actividad de una forma continuada y conforme a sus reglas.
- Habilidad o experiencia que se adquiere con la realización continuada de una actividad.
- Aplicación de una idea, teoría o doctrina.
- Uso continuado o habitual que se hace de una cosa.
- Ejercicio o prueba que se hace bajo la dirección de un profesor para conseguir habilidad o experiencia en una profesión o trabajo.

Es importante tener en cuenta que la práctica continua posee una fuerza poderosa y difícil de detener, porque las acciones se vuelven casi automáticas, y para cambiar una práctica no sólo es necesario en conocimiento sino también el deseo de mejorar dicha práctica, cuando esta no contribuye a mejorar nuestra salud.(22)

### **2.2.4. BUENAS PRÁCTICAS DE HIGIENE EN LA MANIPULACION DE ALIMENTOS PARA EVITAR INFECCIONES**

Para evitar enfermedades diarreicas contraídas por agua y alimentos contaminados se recomienda:

- Lavado de manos con agua y jabón de la madre o cuidadora, antes de la preparación de los alimentos, antes de dar de comer al niño después de usar el

baño o letrina y después de limpiar a un niño que ha defecado. Igualmente mantener limpias las manos y la cara del niño.

- Mantener los alimentos tapados y servirlos inmediatamente después de prepararlos.
- Utilizar utensilios limpios (tazas, vasos, platos, cucharas, etc.) para preparar y servir los alimentos.
- Evitar el uso de biberones y chupones debido a la dificultad para mantenerlos limpios, además de sus otros efectos negativos.
- Utilizar agua segura (potable, clorada o hervida) y mantenerla en recipientes limpios, tapados y en lugares frescos.
- Conservar los alimentos en lugares seguros (libres de polvo, insectos, roedores y otros animales), para evitar la contaminación de los mismos.
- Colocar la basura o restos de comida en recipientes tapados y fuera de la vivienda.
- Los restos de comida que el niño pequeño deja en el plato no se deben guardar para un posterior consumo, pues se descomponen fácilmente, por ello deben ser consumidos al momento.(23)

#### **2.2.5. ROL DE LOS PADRES EN LA CRIANZA DEL NIÑO**

El ser padres responde a ser responsables prioritariamente de la salud, educación, afecto, estimulación y desarrollo del niño, por lo mismo el cuidar a los niños es una ardua responsabilidad lo cual ha repercutido frecuentemente en el rol de las mujeres y más aún si se trata de una madre sola. Muchos teóricos relacionan esta responsabilidad con el apego del niño hacia la madre y el tiempo permanente de ella con el niño. Es por eso que dependerá de la madre y sus cuidados el desarrollo saludable de su hijo teniendo como eje primordial la alimentación y el afecto que le brinda aun antes del nacimiento lo cual repercutirá a nivel cognitivo, social, y lenguaje, de esta manera la mujer en su rol de madre poseen objetivos primordiales dentro de la sociedad. Estas son algunas características que debe tener la madre como cuidadora:

El cuidado que debe brindar la madre debe ser afectivo ya que es importante no sólo para la supervivencia del niño sino también para su óptimo desarrollo físico, mental, y para una buena adaptación, contribuyendo al bienestar general y felicidad del niño, que en otras palabras es una buena calidad de vida. La madre que realiza el cuidado de su niño debe contar con una buena salud física, emocional y social. No debe mostrarse ante él con preocupaciones, irritabilidad, o tristeza. Debe brindarle seguridad, protección al niño ante cualquier peligro y estar siempre alerta. Durante los primeros meses se establece una estrecha relación entre madre e hijo, relación de afecto, alimentación y cuidado. Esta nueva experiencia es vivida por el niño en estrecho contacto físico con su madre y en una forma compleja en que se integran estímulos afectivos, táctiles, sonoros, visuales y gustativos. Hacia los siete u ocho meses, el niño intenta tomar los alimentos con su mano, y también con la cuchara. Esta iniciativa representa el inicio de la autonomía del niño, que continuará cuando aprende a caminar. Estas nuevas experiencias requieren de cuidado, conocimientos sobre higiene y prevención de enfermedades. De este modo la madre con adecuados conocimientos y buenas prácticas, permitirá que su niño obtenga un óptimo crecimiento y desarrollo a nivel cognitivo, emocional y social. Para cumplir todo ello la madre debe de conocer y ser educada por el personal de enfermería sobre las “Prácticas Familiares claves para el crecimiento y desarrollo infantil saludable” propuestas por el AIEPI (estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia).(24)

#### **2.2.6. LA ENFERMERA Y LA SALUD DEL NIÑO**

El personal de enfermería interviene en cada aspecto del crecimiento y desarrollo del niño. Las funciones de la enfermera varían de acuerdo con las normas laborales, de casa, con la educación y experiencia individual, la principal preocupación de cualquier enfermera debe ser siempre el bienestar de los niños y su familia. Aunque la enfermera es responsable de sí misma, su principal responsabilidad son los receptores de sus servicios: el niño y la familia. Por lo que el profesional de enfermería debe trabajar con los miembros de la familia

identificando sus objetivos y necesidades; y planificar las intervenciones del mejor modo posible para resolver los problemas definidos. Como defensora del consumidor, la enfermera debe de tratar de asegurar que las familias conozcan todos los servicios sanitarios disponibles, debe de informarles de manera adecuada sobre los tratamientos y operaciones y lograr que participen en la atención del niño cuando sea posible, animándoles a cambiar o apoyar prácticas de atención existentes. La declaración de derechos del niño de las Naciones Unidas proporciona pautas para el ejercicio de la enfermería de forma que se asegure a cada niño una atención óptima.

### **2.2.7. ROL DE LA ENFERMERA EN LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD DIARRÉICA AGUDA**

- Evaluar y determinar el estado de hidratación y la presencia de otros problemas asociados a la diarrea.
- Rehidratar al niño por vía oral o endovenosa según el estado de deshidratación y vigilarlo muy de cerca.
- Mantener al niño hidratado, reemplazando las pérdidas de volumen a volumen con solución de (SRO) ó solución polielectrolítica según el estado de hidratación.
- Educación a la madre en cuanto a la E.D.A (causas, prevención, complicación, tratamiento en casa, etc.).
- Visita Domiciliaria.(25)

### **2.2.8. TEORÍAS DE ENFERMERÍA**

#### **TEORÍA DE LA DIVERSIDAD Y DE LA UNIVERSALIDAD DE LOS CUIDADOS CULTURALES**

La teoría de Leininger, se basa en las disciplinas de la antropología y de la medicina y tiene como propósito descubrir las particularidades y universalidades de los cuidados de los humanos según la visión del mundo, la estructura social y otras dimensiones, para luego identificar formas de proporcionar cuidados culturalmente congruentes a personas de culturas diferentes o similares con el fin de mantener o recuperar su bienestar.

Los valores, creencias y prácticas de los cuidados culturales tienden a estar arraigados y se encuentran influenciados por los contextos desde el punto de vista del mundo, lengua, filosofía, religión, parentesco, sociedad, política, educación, economía, tecnología, etnohistoria, y el entorno de las culturas.

El principal modelo de Madeleine Leininger, es el Modelo del Sol Naciente, el cual describe a los seres humanos como entes que no se pueden separar de su procedencia cultural y de la estructura social, de su concepción del mundo, de su trayectoria vital y del contexto de su entorno. Según esta teoría se pueden establecer tres tipos de cuidados enfermeros: preservación y mantenimiento de los cuidados culturales de adaptación; negociación y reorientación de los cuidados culturales y por último, reestructuración de los cuidados culturales.

Los cuidados culturales van dirigidos a la persona de forma holística que permite conocer, explicar, interpretar y predecir los fenómenos asistenciales de la enfermería para orientar la práctica de esta disciplina que se relaciona con el trabajo de estudio , ya que Madeleine visualiza al ser humano como un ser integral así como las madres que con el paso del tiempo adquieren experiencias de diferentes culturas y se adecuan a la que más le convenga y la aplica teniendo estos fundamentos o no, esta teoría busca que el profesional de enfermería se interaccione más con la comunidad en este caso a la madre ya que es el eslabón principal de una familia.(26)

### **2.3.-DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS**

#### **CONOCIMIENTO**

Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo.

Para el filósofo griego Platón, el conocimiento es aquello necesariamente verdadero (*episteme*).

Es el conjunto de información que refiere tener la madre de niños menores de 5 años sobre la enfermedad diarreica aguda del C.S. Fonavi IV etapa.

### **PRÁCTICA**

Realización de una actividad de una forma continuada y conforme a sus reglas.

Habilidad o experiencia que se adquiere con la realización continuada de una actividad.

Es todo aquello que realiza la madre en el hogar para prevenir y controlar la enfermedad diarreica aguda.

### **MADRES**

Son las personas responsables del niño que tiene lazos consanguíneos en línea directa

### **ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS**

Es 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.

Son aquellas enfermedades que se caracterizan por presentar deposiciones líquidas por más de 3 veces al día.

### **CÓLERA**

Una enfermedad infecciosa, aguda, causada por el consumo de agua o alimentos contaminados con la bacteria *Vibrio cholerae*.

### **ENDÉMICA**

Una enfermedad causada por las condiciones de salud constantemente presentes en una comunidad. Normalmente describe una infección transmitida directamente o indirectamente entre los humanos y cuya incidencia está dentro del índice normal esperado.

### **EPIDÉMICA**

Una enfermedad que se propaga rápidamente a través de un segmento demográfico de la población humana, tal como todas las personas en un área geográfica determinada, o un segmento de población similar. También se refiere a una enfermedad cuya incidencia está más allá de lo esperado.

## **2.4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **2.4.1.- Hipótesis General**

-Existe correlación entre el nivel de conocimiento sobre enfermedades diarreicas y las prácticas de cuidado en la preparación de alimentos.

-Existe correlación entre el nivel de conocimiento sobre enfermedades diarreicas y el número de episodios de diarrea aguda.

-Existe correlación entre las prácticas de cuidado en la preparación de alimentos y los números de episodios de diarrea aguda

## **2.5. VARIABLES**

### **2.5.1. Definición Conceptual de la Variable**

- Conocimiento sobre enfermedad diarreica aguda

**Definición:** Es el grado de conocimiento que tienen las madres de niños menores de 5 años sobre la enfermedad diarreica aguda que incluye mecanismo de contagio, síntomas, complicaciones, tratamiento y medidas preventivas.

- Prácticas de cuidado en la preparación de alimentos

**Definición:**

Medidas de higiene que se pone en práctica en la preparación de los alimentos

- Episodios de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años

**Definición:** Es 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.

Son aquellas enfermedades que se caracterizan por presentar deposiciones líquidas por más de 3 veces al día.



### 2.5.2. Operacionalización de la Variable

VARIABLE	TIPO	INDICADORES	Categorías de medición	INSTRUMENTO	FUENTE
Conocimiento sobre enfermedad diarreica aguda	Independiente	-Causas -Formas de contagio -Tratamiento de la deshidratación -Prevención	Conocimiento Alto Conocimiento Medio Conocimiento Bajo	Formulario de encuesta	Encuesta
Prácticas de cuidado en la preparación de alimentos	Independiente	-Preparación de alimentos -Lavado de manos -Higiene domiciliaria	Práctica de cuidado Buena  Práctica de cuidado Regular  Práctica de cuidado Mala	Ficha de observación	Encuesta
Episodios de diarreas agudas	Dependiente	-Número de episodios por año	1-2 episodios por año 3-4 episodios por año 5 a + episodios por año	Ficha de recolección de datos	Encuesta

## **CAPÍTULO III METODOLOGÍA**

### **3.1.- TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN:**

No experimental por que no se intervendrán en las variables, analítica tener variable dependiente e independiente; retrospectivas pues los fenómenos se presentan en el pasado, Transversal pues las variables se midieron una sola vez.

### **3.2.- DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN**

La investigación se realizó en la comunidad de Fonavi San Martin IV Etapa ubicada en el distrito de Subtanjalla, departamento de Ica.

### **3.3.- POBLACIÓN Y MUESTRA**

**Población:** 580 madres con niños menores de 5 años.

## Muestra:

Fórmula para obtener una muestra de una población conocida.

$$n = \frac{N * z^2 * P * Q}{d^2 * (N-1) + z^2 * P * q}$$

$$N = 580$$

$$p = 0.5$$

$$q = 1 - 0.5 = 0.5$$

$$Z = 1.96$$

$$d = 5\% = 0.05$$

$$n = \frac{580 (1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.05)^2 (580 - 1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$N = 232 \text{ madres con hijos menores de 5 años}$$

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Madre que tiene uno o más hijos de entre 1 a 5 años cuyo niño de mayor edad es objeto de estudio

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Apoderadas de los niños menores de 5 años

Madres de niños que no desean participar en el estudio

### **3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

Según los tipos de las variables, se empleó la encuesta aplicando un formulario estructurado para recoger información sobre el nivel de conocimiento de las madres sobre enfermedades diarreicas; para las prácticas de cuidado en la preparación de alimentos se empleó la técnica de observación y para los episodios de diarreas de los niños, se empleó un formulario estructurado aplicado a las madres.

### **3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

El instrumento se aplicó en una prueba piloto constituido por el 5% de la muestra a fin de determinar la validez del mismo, y para la confiabilidad se usó el coeficiente alfa de Cronbach.

Alfa de Cronbach= 0.92

### **3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS**

Los datos fueron tabulados en el programa estadístico para las ciencias de la Salud SPSS v22 de donde se obtuvieron las tablas y para los gráficos se empleó el programa EXCEL. A fin de determinar las relaciones se empleó tablas comparativas.

# **CAPÍTULO IV: RESULTADOS**

**Tabla N° 01: NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE FONAVI SAN MARTIN IV ETAPA – ICA - 2015**

Nivel de conocimientos	fi	Porcentaje
<b>BAJO</b>	104	44.8%
<b>MEDIO</b>	83	35.8%
<b>ALTO</b>	45	19.4%
<b>Total</b>	232	100%

Fuente: Encuesta

Como se puede apreciar en el gráfico, el 44.8% de las madres encuestadas tienen un nivel de conocimiento bajo sobre enfermedades diarreicas, el 35.8% tiene un nivel de conocimiento medio y un 19.4% de madres tienen nivel de conocimientos alto

**GRÁFICO N° 01**



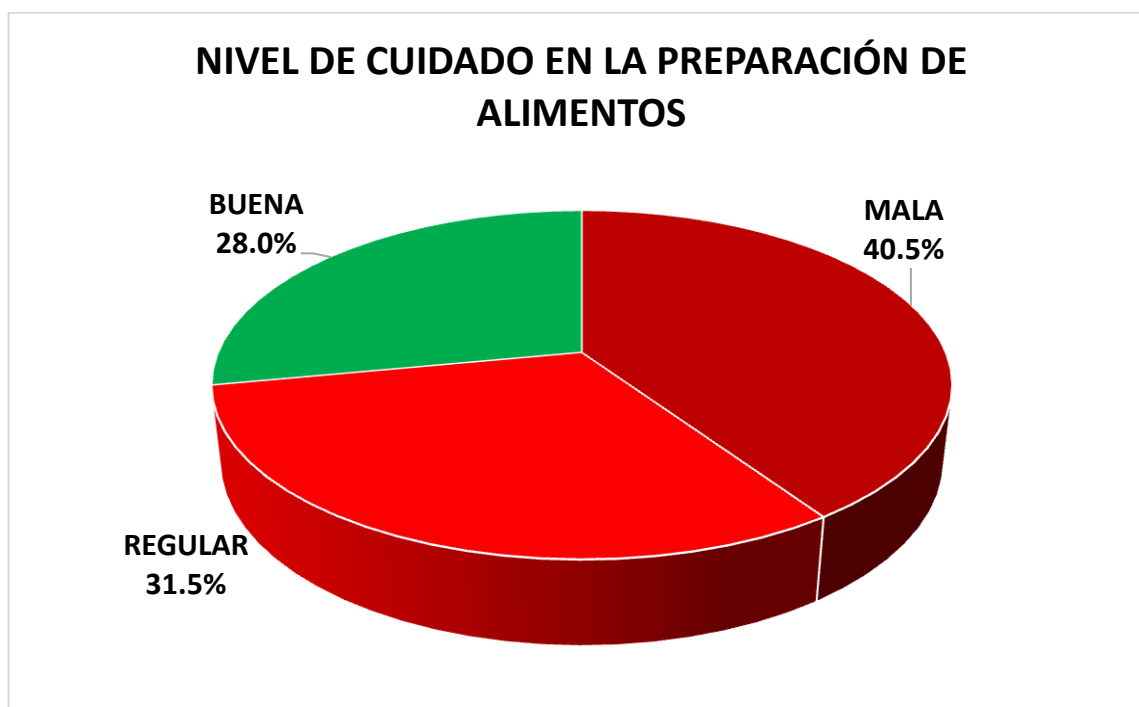
**Tabla N° 02: PRÁCTICAS DE CUIDADO EN LA PREPARACIÓN DE ALIMENTOS QUE TIENEN LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON ENFERMEDADES DIARREICAS, FONAVI SAN MARTIN IV ETAPA, ICA – 2015**

Prácticas de cuidado	fi	Porcentaje
<b>MALA</b>	94	40.5%
<b>REGULAR</b>	73	31.5%
<b>BUENA</b>	65	28.0%
<b>Total</b>	232	100%

Fuente: Encuesta

En relación a las prácticas del cuidado en la preparación de alimentos, el 40.5% de las madres tienen malas prácticas de cuidado, el 31.5% tiene regulares prácticas y el 28.0% de madres encuestadas tienen buenas prácticas de cuidado

**GRÁFICO N° 02**



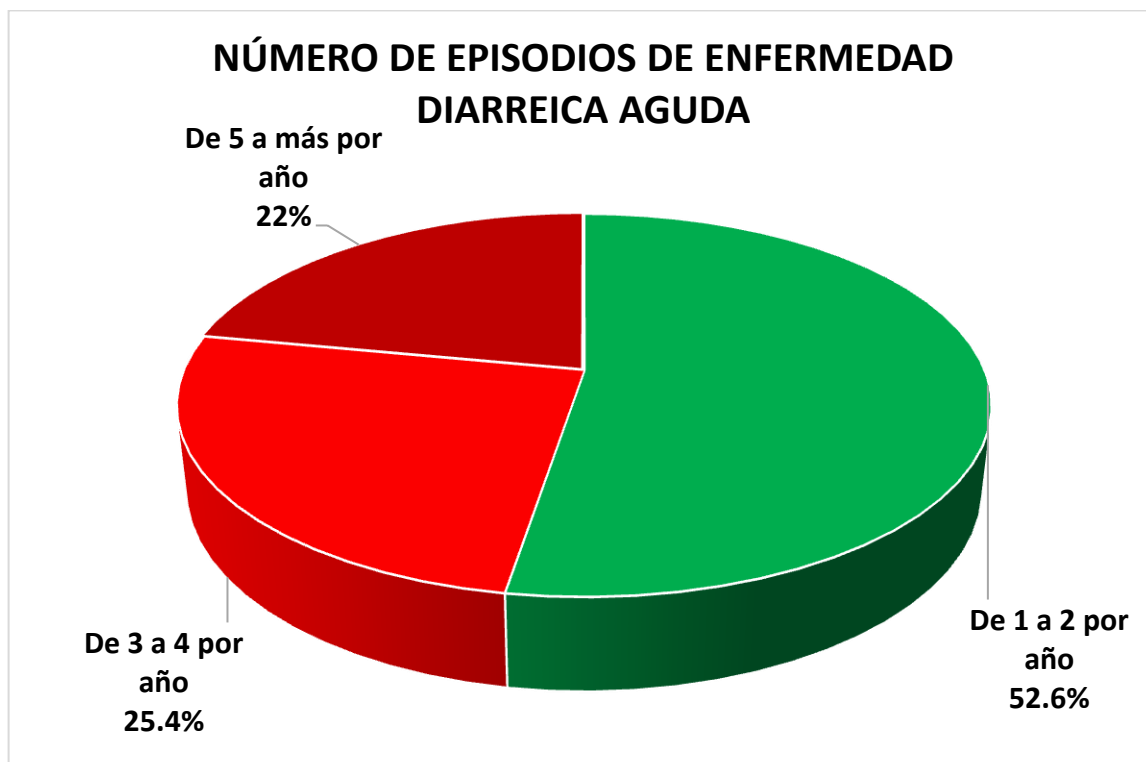
**Tabla N° 03: N° DE EPISODIOS DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, FONAVI SAN MARTIN IV ETAPA, ICA – 2015**

Número de episodios	fi	Porcentaje
<b>De 1 a 2 por año</b>	122	52.6%
<b>De 3 a 4 por año</b>	59	25.4%
<b>De 5 a más por año</b>	51	22.0%
<b>Total</b>	232	100%

Fuente: Encuesta

De acuerdo a los resultados encontrados, el 52.6% de niños menores de 5 años presentaron 1 a 2 episodios de EDA por año, el 25.4% presentó 3 a 4 episodios por año y el 22% de niños tuvieron 5 a más episodios de EDA.

**GRÁFICO N° 03**





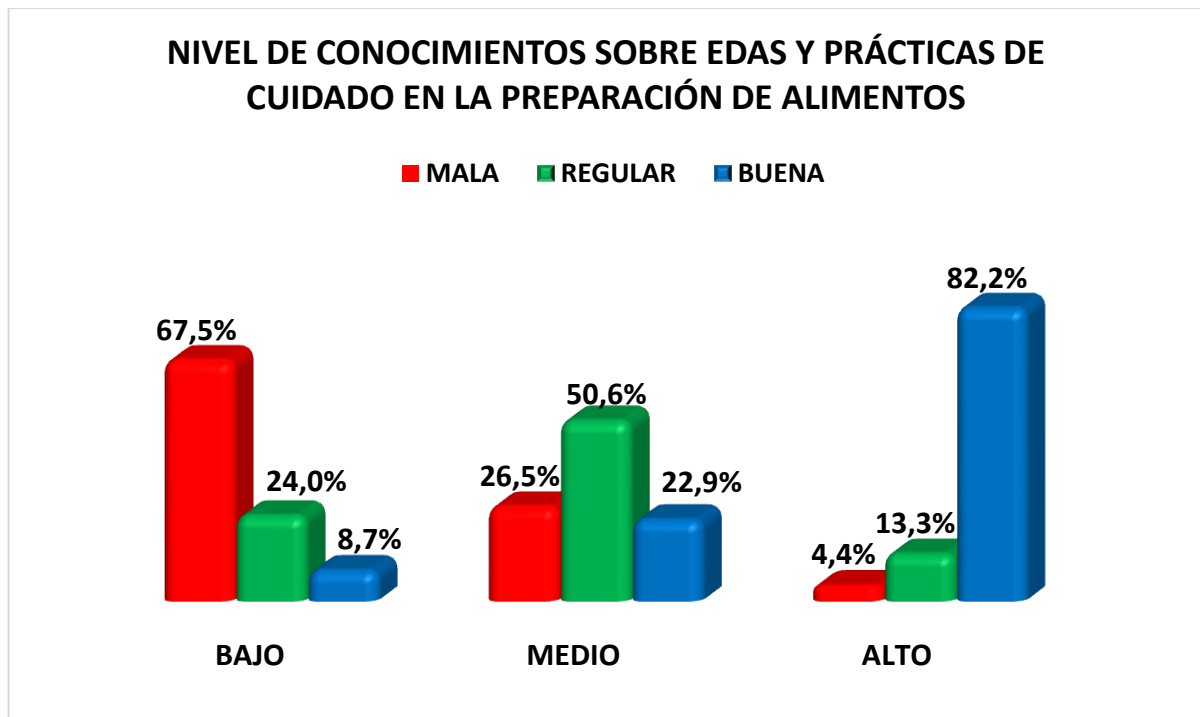
**TABLA N° 04: PRÁCTICAS DE CUIDADO EN LA PREPARACIÓN DE ALIMENTOS Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EDA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, FONAVI SAN MARTIN IV ETAPA, ICA – 2015**

Prácticas de cuidado	Nivel de conocimientos sobre EDA						TOTAL	
	BAJO		MEDIO		ALTO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MALA	70	67.3%	22	26.5%	2	4.4%	94	40.5%
REGULAR	25	24%	42	50.6%	6	13.3%	73	31.5%
BUENA	9	8.7%	19	22.9%	37	82.2%	65	28%
TOTAL	104	100%	83	100%	45	100%	232	100%

Fuente: Encuesta

Las malas prácticas de cuidado en la preparación de alimentos se relacionan con el bajo nivel de conocimientos de las madres (67.3%), las buenas prácticas de cuidado con un alto nivel de conocimientos (82.2%), en tanto que las prácticas regulares de cuidado con un nivel medio de conocimientos (50.6%).

**GRÁFICO N° 04**



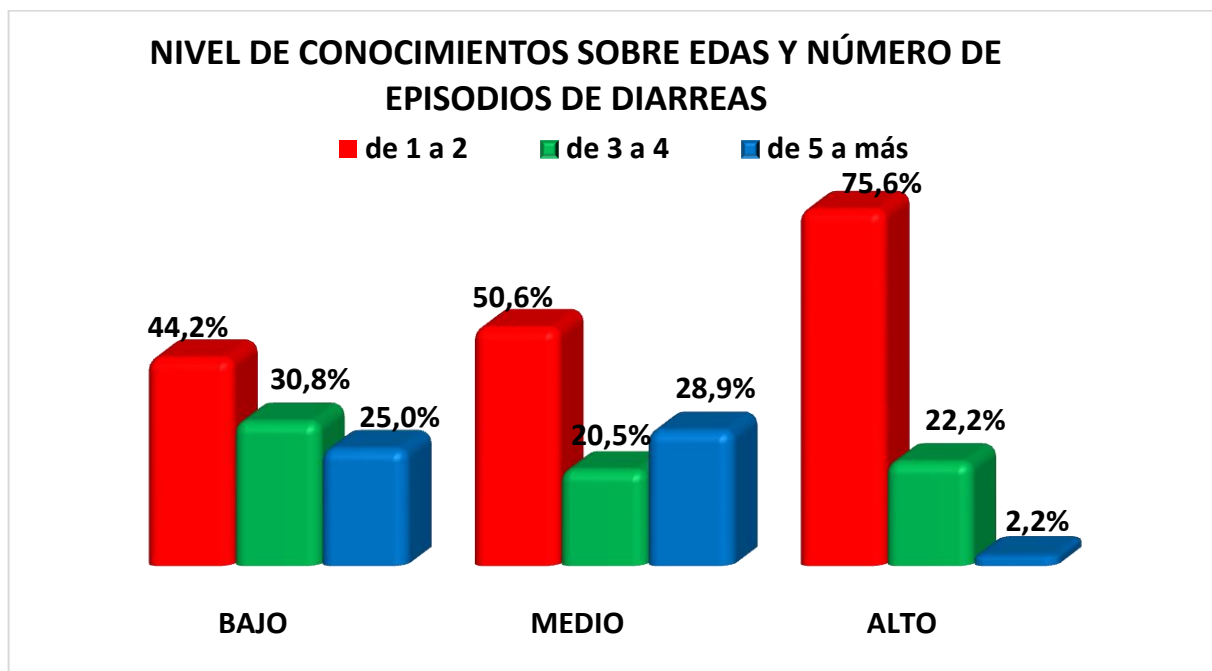
**TABLA N° 05: NÚMERO DE EPISODIOS DE EDA Y SU RELACIÓN CON LOS CONOCIMIENTOS QUE TIENEN LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, FONAVI SAN MARTIN IV ETAPA, ICA – 2015.**

Número de episodios	Nivel de conocimientos sobre EDA						TOTAL	
	BAJO		MEDIO		ALTO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
de 1 a 2	46	44.2%	42	50.6%	34	75.6%	122	52.6%
de 3 a 4	32	30.8%	17	20.5%	10	22.2%	59	25.4%
de 5 a más	26	25.0%	24	28.9%	1	2.2%	51	22.0%
Total	104	100%	83	100%	45	100%	232	100%

Fuente: Encuesta

La tabla muestra que los niños que tuvieron 1 a 2 episodios al año de diarreas corresponden a niños de madres con nivel alto de conocimientos (75.6%), los niños con 5 a más episodios de diarreas son de madres con bajo o medio nivel de conocimientos sobre EDAs (25% y 28.9% respectivamente). Mientras que los niños con 3 a 4 episodios corresponden a niños de madres porcentualmente casi iguales en nivel de conocimientos.

**GRÁFICO N° 05**



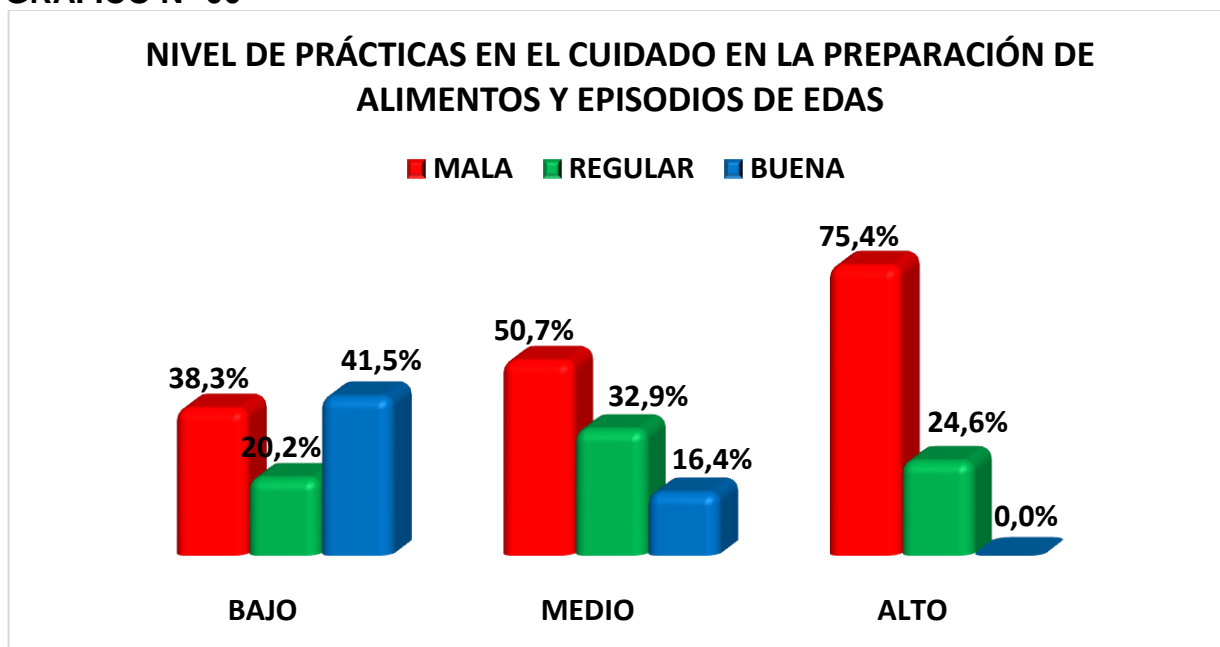
**TABLA N° 06: NÚMERO DE EPISODIOS DE DIARREA Y SU RELACIÓN CON LAS PRÁCTICAS DE CUIDADO EN LA PREPARACIÓN DE ALIMENTOS QUE TIENEN LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, FONAVI SAN MARTIN IV ETAPA – ICA – 2015**

Número de episodios	Prácticas de cuidados en la preparación de alimentos						TOTAL	
	MALA		REGULAR		BUENA		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
de 1 a 2	36	38.3%	37	50.7%	49	75.4%	122	52.6%
de 3 a 4	19	20.2%	24	32.9%	16	24.6%	59	25.4%
de 5 a más	39	41.5%	12	16.4%	0	0.0%	51	22.0%
Total	104	100%	83	100%	45	100%	232	100%

Fuente: Encuesta

La tabla muestra que los niños que tuvieron 1 a 2 episodios al año de diarreas corresponden a niños de madres con nivel alto de cuidados en la preparación de alimentos (75.4%), mientras que en los niños con 5 a más episodios de diarreas son niños de madres con bajo nivel (41.5%). Y los niños con 3 a 4 episodios corresponden a niños de madres con nivel regular (32.95).

**GRÁFICO N° 06**



# **CAPÍTULO V**

## 5.1. DISCUSIÓN

En la investigación se determinó que el nivel de conocimientos de las madres de niños menores de 5 años de la Localidad Fonavi San Martín IV Etapa de Ica está distribuida entre los que tienen nivel bajo el 44.8%, nivel medio el 35.8% y nivel alto solo un 19.4%, son cifras alarmantes pues de una madre con bajos conocimientos sobre las enfermedades diarreicas se espera que sus niños crezcan en un ambiente insalubre expuestos a muchas enfermedades sobre todo diarreicas y parasitarias. Estos resultados distan parcialmente de lo encontrado en Ica por Alarco J. Alvarez-Andrade E. Conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención en un asentamiento humano de la provincia de Ica, Perú. 2013, (12) el 76% conoció el significado de la palabra diarrea, el 53% creyeron que los parásitos son la principal causa, mientras que un 24% lo haría al curandero, debe tenerse en cuenta que no solo se trata de conocer el significado de la palabra diarrea sino de conocer cómo prevenirlo y tratarlo a su debido tiempo, además un 24% refirió irse al curandero en caso de que su niño tenga diarrea lo que demuestra un bajo conocimiento que tienen estas madres sobre la enfermedad diarreica aguda. Así mismo Redhead Andrade, Cinthia Pamela; Reyes Yparraguirre, Armando Raúl; Sáenz Pasco, Gina Victoria; Santa Cruz Carrasco, Stefany Mary; Santillán Sáenz, Susan Mariell. En su estudio sobre: Conocimiento y actitudes de los padres sobre los signos de alarma y deshidratación en Enfermedad Diarreica Aguda demostró que el 67.6 por ciento de padres conocían al menos un signo que revela el bajo nivel de conocimiento sobre esta enfermedad.(9). De igual modo Díaz-Cárdenas, S. Arrieta-Vergara K. y Ramos-Martínez K. estudió el AIEPI y prácticas maternas frente a la diarrea y resfriado común en afrodescendientes del caribe colombiano encontró en su estudio que 86,9 % (IC95 %; 81-92) de las madres no saben identificar los signos de alarma de estas enfermedades. (7). También Medina, R; Labrador, M; Goyri, R. en su estudio sobre:

Conocimiento de las madres cuidadoras ante un niño con diarrea aguda en hogares de cuidado diario. México. 2009 encuentra que solo el 52,17% sabían definir diarreas. (4)

Con respecto al cuidado que se debe tener en la preparación de los alimentos de los niños menores de 5 años se encontró que el 40.5% de las madres tuvieron malas prácticas en la preparación de alimentos, el 31.5% regular y el 28% buenas prácticas, como se puede observar existe un alto porcentaje de madres que no tienen buenas prácticas en la preparación de alimentos, lo que pone en riesgo a estos niños de enfermar de diarrea en desmedro de su salud y desarrollo físico e intelectual. Así lo demostró también Díaz-Cárdenas, S. (7) donde el 84, 8 % (IC95 %; 78-90) de las prácticas fueron inadecuadas. Sin embargo Medina, R (4) encuentra que el 82,61% tenían prácticas alimentarias correctas en diarreas infantiles.

Evidentemente por el análisis de lo arriba mencionado se encuentra que el 52.6% de niños presentaron de 1 a 2 episodio de diarrea en un año, el 25.4% presentaron de 3 a 4 episodio de diarreas y el 22% presentaron de 5 a más episodio de diarreas al año, que son porcentajes alarmante pues ello va en desmedro sobre todo del desarrollo del niño así como de aumentar el riesgo de muerte en estos niños.

Al relacionar las variables analizadas anteriormente se encontró que existe asociación entre el nivel de conocimientos sobre diarreas agudas y las prácticas en la preparación de alimentos, así se demostró que a más alto nivel de conocimientos sobre enfermedades diarreicas mejor son las prácticas en la preparación de los alimentos, mientras las que tienen un nivel medio de conocimientos sobre enfermedades diarreicas también tienen prácticas en la preparación de alimentos en forma regular.

Así mismo al relacionar el nivel de conocimientos sobre enfermedades diarreicas con el número de episodios anuales de diarreas en sus niños, se encontró una relación negativa, pues a mayor nivel de conocimientos sobre

enfermedades diarreicas agudas menor son los episodios de diarreas observados en los niños, igualmente en los casos en que las madres tienen niveles medios en el conocimiento sobre enfermedades diarreicas se observa que el número de episodios de diarreas en su niños está entre 3 a 4 por año, lo que demuestra la importancia de tener madres capacitadas en cómo prevenir y además de tratar a sus niños y evitar mayores riesgos.

Finalmente se relacionó el nivel de prácticas de higiene en la preparación de alimentos con los episodios de diarreas agudas presentados por su niños, encontrándose una fuerte relación negativa pues en los niños que tuvieron 5 a más episodios de diarreas agudas procedían de madres con un bajo nivel de conocimientos en enfermedades diarreicas mientras que los niños que presentaron solo 1 o 2 episodios de diarreas agudas en el año procedían de madres con niveles altos de conocimientos sobre enfermedades diarreicas agudas. Tal como lo demuestra Rincón Osorio E. en sus estudios sobre: Determinantes de la diarrea en menores de cinco años en Venezuela, municipio Sucre, Estado Miranda 2012, los análisis de asociación mostraron relación entre la diarrea y los determinantes (frecuencia interdiaria del agua en el hogar, número de miembros en el hogar y zona de residencia del menor) que se resume en malas prácticas de higiene en la preparación de alimentos.(8)

## CONCLUSIONES

1. El 44.8% de las madres encuestadas tienen un nivel de conocimiento bajo sobre enfermedades diarreicas, el 35.8% tiene un nivel de conocimiento medio y un 19.4% de madres tienen nivel de conocimientos alto.
2. El 40.5% de las madres tienen malas prácticas de cuidado en la higiene, el 31.5% tiene regulares prácticas y el 28.0% de madres encuestadas tienen buenas prácticas de cuidado.
3. El 52.6% de niños menores de 5 años presentaron 1 a 2 episodios de EDA por año, el 25.4% presentó 3 a 4 episodios por año y el 22% de niños tuvieron 5 a más episodios de EDA.
4. Existe relación positiva entre el nivel de conocimientos de las madres sobre las enfermedades diarreicas agudas y las prácticas de cuidado en la higiene en la preparación de alimentos, así a mayor nivel de conocimientos mejor el nivel de prácticas de higiene en la preparación de alimentos y viceversa.
5. Existe relación positiva entre el nivel de conocimientos de las madres sobre las enfermedades diarreicas agudas y el número de episodios de diarreas por año presentados por sus niños así a mayor nivel de conocimientos menor número de episodios de diarreas y viceversa.
6. Existe relación negativa entre el nivel de prácticas de cuidado de la higiene en la preparación de alimentos y el número de episodios de diarreas por año presentados por sus niños así a mayor nivel de prácticas de higiene en la preparación de alimentos menor número de episodios de diarreas y viceversa.



## RECOMENDACIONES

1. Mejorar el nivel de conocimientos sobre enfermedades diarreicas agudas en las madres de Fonavi San Martín IV Etapa Ica, a través de charlas periódicas en dicha localidad, las que pueden hacerse a modo de actividades de proyección social por los alumnos de la Universidad supervisados por sus docentes.
2. Verificar periódicamente las prácticas de higiene en la preparación de alimentos las que pueden realizarse a modo de campañas de proyección social que incluyan visitas domiciliarias en momentos en que se preparan alimentos.
3. Realizar visitas domiciliarias a fin de enseñar y verificar las prácticas de cuidado en la preparación de alimentos. Organizar concursos sobre buenas prácticas premiando a las madres que demuestren buenas prácticas y normas de higiene en su hogar.
4. Difundir actividades de promoción de la salud y las consecuencias que trae no preparar los alimentos en forma adecuada.
5. Promover proyectos de salubridad en estas localidades a fin de mejorar la salud de sus pobladores con eliminación oportuna de los desechos, así como de proveer de agua y desagüe en esta localidad.
6. Informar a las autoridades responsables de mejorar la calidad de vida sus pobladores en coordinación con el sector salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- Farthing, M. Diarrea aguda en adultos y niños: una perspectiva mundial. Organización Mundial de Gastroenterología, Guía Práctica 2012. [Revista en internet] [Acceso 16 agosto 2014]. Disponible en:

[http://www.worldgastroenterology.org/assets/export/userfiles/2012\\_Acute%20Diarrhea\\_SP.pdf](http://www.worldgastroenterology.org/assets/export/userfiles/2012_Acute%20Diarrhea_SP.pdf)

2.- Ministerio de Salud del Perú. Plan de comunicaciones: Prevención de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) y Cólera 2014. Disponible en:

[www.minsa.gob.pe/.../Plan\\_de\\_comunicaciones-prevencion\\_de\\_enferme...](http://www.minsa.gob.pe/.../Plan_de_comunicaciones-prevencion_de_enferme...)

3.- MINSA. Guía de práctica clínica de manejo de la enfermedad diarreica aguda. Instituto Nacional de Salud del niño, Unidad de Rehidratación oral 2012. [Revista en internet] [Acceso 11 septiembre 2013]. Disponible en: <http://www.isn.gob.pe/transparencia/sites/default/files/RD%20140-2013.pdf>.

4.- Vásquez L. Herrera D. Segura M. Conocimientos sobre hidratación oral por las madres de pacientes de 1 a 5 años de vida con enfermedad diarreica aguda. República Dominicana. Horiz. Med. vol.14 no.3 Lima jul./set. 2014

5.- García López L. Burón Reyes P. Factores de riesgo de las enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años

6.- Díaz-Cárdenas, S. Arrieta-Vergara K. y Ramos-Martínez K. AIEPI y prácticas maternas frente a la diarrea y resfriado común en afrodescendientes del caribe colombiano. Colombia. Rev. salud pública. 15 (4): 555-564, 2013

7.- Rincón Osorio E. Determinantes de la diarrea en menores de cinco años en Venezuela, municipio Sucre, Estado Miranda 2012

- 8.-Medina, R; Labrador, M; Goyri, R. Conocimiento de las madres cuidadoras ante un niño con diarrea aguda en hogares de cuidado diario. México. Col. med. Estado Táchira;18(1):4-13, ene.-mar. 2009. tab.
- 9.- García Castillo L. Morillos Quiroga C. Fanning Balarezo M. Escudero Caján D. Creencias culturales de madres de niños menores de cinco años sobre enfermedades diarreicas en el caserío de San Pedro de Sasape – Illimo Lambayeque Perú. 2014.
- 10.- Chávez Conde, Lizeth Kátherin. Prácticas y el resultado en el manejo inicial de la diarrea aguda en niños menores de 5 años por madres peruanas. Análisis ENDES Perú 2013. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Programa Cybertesis PERÚ
- 11.- Redhead Andrade, Cinthia Pamela; Reyes Yparraguirre, Armando Raúl; Sáenz Pasco, Gina Victoria; Santa Cruz Carrasco, Stefany Mary; Santillán Sáenz, Susan Mariell. Conocimiento y actitudes de los padres sobre los signos de alarma y deshidratación en Enfermedad Diarreica Aguda. Instituto Nacional del Niño Lima 2012.
- 12.- Alarco J. Alvarez-Andrade E. Conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención en un asentamiento humano de la provincia de Ica, Perú. Rev. Clin. Med. Fam. vol.6 no.1 Albacete feb. 2013.
- 13.- Rodríguez, M. Fernández Ermus, R. Sacerio Cruz, M. Jones Llamas, E. Modificación de conocimientos sobre enfermedades diarreicas agudas en escolares de la Secundaria Básica “Francisco Maceo Osorio”. MEDISAN [Internet]. Jul 2012 [citado 10 Ene 2013];16(7). Disponible [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol\\_16\\_7\\_12/san05712.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_16_7_12/san05712.htm)
- 14.- Fuentes Díaz Z, Rodríguez Salazar O, Salazar Diez M, Rodríguez Hernández O. Factores de riesgo de las enfermedades diarreicas agudas en menores de cinco años. AMC [Internet]. 2008 Abr [citado 10 Ene 2013];12(2).

Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552008000200004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000200004&lng=es).

15.- Ghimir Madhu E, Pradhan Vardhan Y, Maskey Mahesh K. Intervenciones comunitarias para enfermedades diarreicas agudas y enfermedades agudas respiratorias en Nepal. Bull World Health Organ [Internet]. 2010 [citado 11 Ene 2013];88(3). Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2828786/>

16.- Vieira Pereira I, Evangelista Cabral I. Enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 1 año. Esc Anna Nery [citado 11 Ene 2013];12(2) Disponible en:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452008000200004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000200004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)

17.- Pino Martínez N, Tejeda Hernández OO, Chávez Gálvez Z, Rapado Viera M. Enfermedad diarreica aguda y su relación con la calidad del agua de consumo. Bejucal 2003-2007. Rev Haban Cienc Méd [Internet]. 2010 Nov [citado 11 Ene 2013];9(4). Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2010000400005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2010000400005&lng=es).

18.- Herrera Morales G, Donet Díaz D, Triana Pérez I. Estrategia de capacitación para reducir las enfermedades diarreicas agudas en los menores de un año. MediCiego [Internet]. 2010 [citado 24 Ago 2013];16(1). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16\\_01\\_10/articulos/t-5.html](http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16_01_10/articulos/t-5.html)

19.- Bell Alonso E, Vinent Dange Y, Formigo Montoya D, Castañeda Vargas E, Baute Pareta N. Modificación de conocimientos sobre la enfermedad diarreica aguda en un área de salud del municipio de II Frente. MEDISAN [Internet]. 2010 [citado 8 Jun 2013];14(8). Disponible en:

[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol\\_14\\_8\\_10/san04810.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_8_10/san04810.htm)

20.- Peña Pérez L. Valdés Suárez N. Ávila Peña Y. Mariño Cano H. Ferrer Rosales LE. Enfermedades diarreicas agudas complicadas en el Hospital Pediátrico “Raimundo Castro Morales”, Puerto Padre, 2006-2008 Rev. Electrónica Zoilo Marinello Vidaurreta [Internet]. 2012 [citado 8 Jun 2013];16(7). Disponible en:

[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol\\_16\\_7\\_12/san05712.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_16_7_12/san05712.htm)

21.- Duany Machado OJ, Mejías Sánchez Y, Collot Gutiérrez JJ. Diarrea, brote en menores de 5 años Rev Cubana Hig Epidemiol [citado 8 Jun 2013];46(3). Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032008000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032008000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

22.- Ávalos Chumpitaz A. Boletín Epidemiológico EsSalud -GCPS-OPIS, Lima 2012 Bol. EPI N ° 02 – 2012. Disponible en:

[www.essalud.gob.pe/noticias/boletinepidem\\_2012\\_2.pdf](http://www.essalud.gob.pe/noticias/boletinepidem_2012_2.pdf)

23.- Secretaría de Salud Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud Dirección General de Epidemiología México. 2012. Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de la Enfermedad Diarreica Aguda mediante la Estrategia de Núcleos Trazadores

24.- Amaya, KS., Valle, CS. Elaboración de un manual de limpieza y sanitización utilizando como parámetro la higiene de las mantas de cocina en hogares del Distrito 2 de San Salvador 2011. [Revista en internet] [Acceso 17 agosto 2014]. Disponible en: <http://ri.ues.edu.sv/2356/>.

25.- Alonso, E. Estudio de la influencia del lavado en la reducción de la transferencia de escherichia coli en la cocina del consumidor 2013. [Revista

en internet] [Acceso 12 agosto 2014]. Disponible en:  
<http://riunet.upv.es/handle/10251/33761>.

26.- Cisneros G, F. Teorías y Modelos de Enfermería. Universidad del Cuaca  
Programa de Enfermería Fundamentos de Enfermería.

## **ANEXOS (MATRÍZ E INSTRUMENTOS)**

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADOR	INSTRUMENTO
¿Cuál es la relación entre conocimientos y prácticas de enfermedades diarreicas agudas en madres de niños menores de 5 años con episodios de diarreas en Fonavi San Martín IV etapa – Ica – 2015?	Determinar la relación entre conocimientos y prácticas de enfermedades diarreicas agudas en madres de niños menores de 5 años con episodios de diarreas en Fonavi San Martín IV etapa – Ica – 2015	<p>1. Determinar la relación entre los conocimientos sobre las enfermedades diarreicas agudas que tienen las madres de niños menores de 5 años con las prácticas de cuidado en la preparación de alimentos.</p> <p>2. Determinar la relación entre los conocimientos sobre las enfermedades diarreicas agudas que tienen las madres de niños menores de 5 años con los episodios de diarreas agudas en sus hijos.</p> <p>3. Determinar la relación entre las prácticas de cuidado en la preparación de alimentos con los episodios de diarreas agudas en los niños menores de 5 años.</p>	<p>Existe correlación entre el nivel de conocimiento sobre enfermedades diarreicas y las prácticas de cuidado en la preparación de alimentos</p> <p>Existe correlación entre el nivel de conocimiento sobre enfermedades diarreicas y el número de episodios de diarrea aguda.</p>	<p><b>INDEPENDIENTE</b></p> <p>Conocimiento sobre enfermedad diarreica aguda</p> <p>Prácticas de cuidado en la preparación de alimentos</p>	<p>-Causas</p> <p>-Formas de contagio</p> <p>-Trato de la deshidratación</p> <p>-Prevención</p> <p>-Preparación higiénica de alimentos</p> <p>-Lavado de manos</p> <p>-Higiene domiciliaria</p>	<p>Formulario de encuesta</p> <p>Ficha de observación</p>
			<p>Existe correlación entre las prácticas de cuidado en la preparación de alimentos y los números de episodios de diarrea aguda</p>	<p><b>DEPENDIENTE</b></p> <p>Episodios de enfermedades diarreicas agudas</p>	<p>-Número de episodios por año</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p>





Buenos días/tardes, soy estudiante de Enfermería de la Universidad “Alas Peruanas” mi nombre es Axely Quijandria Maldonado.

Estimada madre de familia , la presente encuesta es anónima y tiene como único fin, el de recopilar datos sobre conocimientos y prácticas sobre Enfermedades Diarreicas Agudas tienen las madres de niños menores de 5 años que acuden al Centro de Salud de Fonavi San Martin IV Año 2014 .

Datos que serán utilizados para una investigación de la Universidad “Alas Peruanas”.

Para ello le solicito responda la siguiente encuesta, marcando con una ( X ), la alternativa que mejor te represente.

La información que usted me proporcione es de vital importancia para mi investigación.

Le agradeceremos brindarnos un minuto de su tiempo y responder las siguientes preguntas:

- 1.- N° de ficha
- 2.- Hasta que mes le dio lactancia materna exclusiva? .....
- 3.- Cuantos episodios de diarrea presentó su niño por año?  
(1 a 2 por años) (de 3 a 4 por año) (de 5 a más por año)

### **CONOCIMIENTOS SOBRE ENFERMEDADES DIARREICAS**

- 1.- La diarrea es una enfermedad que se contagia por medio de?
  - a).- El aire
  - b).- La contaminación ambiental
  - c).- La contaminación de los alimentos
  - d).- Las visitas que se recibe en la casa
- 2.- El agente que transmite con mayor frecuencia la diarrea es?

a).- Las moscas

b).- Las cucarachas

c).- Las hormigas

d).- Las polillas

3.- ¿Cuál es la importancia de la solución de SRO o suero casero durante la diarrea del niño?

a) Para que suba de peso

b) Para que le calme la diarrea

c) Para recuperar líquidos y sales minerales perdidos.

d) Para que le calme la sed

4.- El consumo de líquidos durante la diarrea debe de:

a) Aumentar

b) Disminuir

c) Mantenerse

d) Suspenderse

5.- La diarrea no es causada por?

a).- Bacterias

b).- Virus

c).- Parásitos

d).- Garrapatas

6.- La mejor forma de prevenir las diarreas son:

a).- Lavado de ropa

b).- Lavado de manos

c).- Lavado de platos

d).- Lavado de cucharas

### **CALIFICACIÓN**

2 o más respuestas correctas.....baja

3 a 4 respuestas correctas.....media

5 a 6 respuestas correctas.....alta

## **PRACTICAS DE HIGIENE EN LA PREPARACIÓN E INGESTIÓN DE ALIMENTOS**

1.- Se lava las manos antes de preparar los alimentos?

(Siempre o casi siempre)

(AVECES)

(Nunca o casi nunca)

2.- Protege los alimentos cubriéndolos con servilletas?

(Siempre o casi siempre)

(AVECES)

(Nunca o casi nunca)

3.- Elimina las moscas del lugar donde se preparan e ingieren los alimentos?

(Siempre o casi siempre)

(AVECES)

(Nunca o casi nunca)

4.- Lava las manos del niño antes que empiece a alimentarse

(Siempre o casi siempre)

(AVECES)

(Nunca o casi nunca)

5.- Lava los alimentos crudos antes de su cocción?

(Siempre o casi siempre)

(AVECES)

(Nunca o casi nunca)

6.- Lava los platos antes de servir los alimentos?

(Siempre o casi siempre)

(AVECES)

(Nunca o casi nunca)

### **CALIFICACIÓN**

(Siempre o casi siempre) .....3 puntos

(AVECES) .....2 puntos

(Nunca o casi nunca).....1 punto

6 a 10 .....Mala

11 a 14 .....Regular

15 a 18 .....Buena



