

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
UNIDAD CENTRAL
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA



“NIVEL DE INFORMACION SOBRE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS DE LOS RESPONSABLES DEL CUIDADO DE LOS NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS EN LAS UCSF SAN SEBASTIAN Y UCSF TEPETITAN, DEPARTAMENTO DE SAN VICENTE, EN EL PERÍODO DE JUNIO A AGOSTO DE 2015”.

Informe Final Presentado Por:
Gabriela Esmeralda López Velásquez
Leticia Noemí Meléndez Morales
Katerine Ximena Chacón Ávalos

Para Optar al Título de:
DOCTOR EN MEDICINA

Asesor:
Dra. Cecilia Suazo Cañas

San Salvador, 5 de noviembre de 2015

INDICE

	Página
RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN	2
OBJETIVOS.....	4
MARCO TEÓRICO	5
HIPÓTESIS.....	17
DISEÑO METODOLÓGICO.....	18
RESULTADOS	26
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	56
CONCLUSIÓN	61
RECOMENDACIONES.....	63
CRONOGRAMA.....	65
BIBLIOGRAFIA.....	66
ANEXOS.....	67

RESUMEN

La presente investigación es acerca del nivel de información que tienen los responsables de los menores de 5 años de edad, sobre signos y síntomas de alarma de las diarreas. Se realizó en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar, en adelante UCSF, de los municipios de San Sebastián y Tepetitán, del departamento de San Vicente, en el período de junio a agosto de 2015.

Es un estudio descriptivo y transversal, en el cual se elaboró una encuesta para la recolección de datos que de acuerdo al puntaje obtenido, clasificó a los responsables del niño/a menor de 5 años en niveles de información acerca de los signos y síntomas de alarma de las diarreas. Para San Sebastián la muestra fue conformada por 226 personas y el resultado es que predomina el nivel de información medio con más de la mitad de la frecuencia (56%). Le continúa en frecuencia, con un 30%, el nivel bajo de información y solamente 14% logró el nivel alto. Para Tepetitán, la muestra es de 131 personas y el resultado es que el 59% clasifican en el nivel medio de información, 33% en nivel alto de información y 8% en nivel bajo. Concluyéndose que en ambos municipios, los responsables de los menores de 5 años saben identificar la diarrea y buscar ayuda médica temprana, sin embargo se les dificulta el reconocimiento de los signos y síntomas de alarma de las diarreas.

1. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se registran alrededor de 750 a 1000 millones de episodios de diarreas al año en niños menores de 5 años. Considerándose la deshidratación la complicación más frecuente y grave y la responsable del 60 al 70% de las defunciones. (1)

En El Salvador, la diarrea fue la cuarta causa de morbilidad de egreso hospitalario y la tercera de mortalidad en el menor de un año, así mismo es la segunda causa de morbilidad y la tercera causa de mortalidad en el menor de cinco años, para el año 2010. (2)

El Ministerio de Salud (MINSAL) reportó a través del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (VIGEPES) en el año 2012 para el departamento de San Vicente un total de 9,264 casos de diarrea y gastroenteritis, de los cuales 5,000 casos son niños menores de 5 años. El mismo departamento finalizó el 2013 con un total de 9,680 casos, de los cuales 5,078 fueron en menores de 5 años. Para el año 2014 en total se notificaron 8,324 casos de los cuales 4,424 afectaron a menores de 5 años. Para 2015, hasta la semana epidemiológica 14 (que comprende desde el uno de enero hasta el 11 de abril de 2015) se reportan en San Vicente 1,772 casos de diarrea y gastroenteritis, de los cuales 1,283 casos de los niños/as menores de 5 años. Volviéndose así, un problema relevante para la salud pública. (3)

Cabe mencionar que en 1997 se adoptó la Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) por El Salvador, sin embargo desde 2009 con la introducción de la Reforma de Salud, se ha mostrado mayor vigilancia de su cumplimiento con lo que se ha logrado mejorar el conocimiento de la comunidad sobre los signos de alarma de las enfermedades diarreicas debido a que incluye un componente de educación durante la atención de todos los niños/as, independientemente de su gravedad. (4)

La presente investigación es acerca del nivel de información que tienen los responsables de los menores de 5 años sobre signos y síntomas de alarma de las enfermedades diarreicas. Se realizó en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar, en adelante UCSF, de los municipios de San Sebastián y Tepetitán, del departamento de San Vicente, en el período de junio a agosto de 2015.

Las implicaciones prácticas que tiene esta investigación están centradas en informar a las Unidades Comunitarias de Salud Familiar que forman parte de la investigación sobre las principales dificultades que se identifiquen en la población sobre la información que poseen acerca de la diarrea y con ello proponer iniciativas de educación que conlleven una mejora en la salud de los menores de 5 años, tomando en cuenta que las medidas de prevención resultan ser más fáciles y económicas en comparación con los costos que genera el tratamiento médico y el manejo de las complicaciones a nivel hospitalario.

Por todo lo expresado con anterioridad, el núcleo de investigación decidió elegir esta temática, porque considera que es un tema relevante y un problema de salud pública que incide negativamente en la salud de los niños/as menores de 5 años inmersos en este fenómeno.

2. OBJETIVOS

Objetivo general

- Investigar el nivel de información sobre signos y síntomas de alarma de las enfermedades diarreicas que conocen los responsables de los niños/as menores de 5 años que consulten en las UCSF de los municipios de San Sebastián y Tepetitán, departamento de San Vicente en el período de junio a agosto de 2015.

Objetivos específicos

- Clasificar el nivel de información de los responsables de los niños/as menores de 5 años de edad acerca de los signos y síntomas de alarma de las enfermedades diarreicas que consulten en las UCSF San Sebastián y Tepetitán en el periodo de junio a agosto de 2015.

- Identificar variables epidemiológicas y factores asociados al apareamiento de diarrea en niños/as menores de 5 años de edad en los municipios de San Sebastián y Tepetitán en el período de junio a agosto de 2015.

3. MARCO TEORICO

CONCEPTO DE DIARREA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la diarrea como la presencia de heces líquidas en número de tres o más deposiciones en 24 horas.

También se ha definido como el aumento en el volumen, la frecuencia y disminución de la consistencia de las heces respecto al hábito usual de cada individuo. La frecuencia diaria normal de las evacuaciones y su consistencia pueden variar de acuerdo a la edad y dieta del paciente. (1)

CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE DIARREA

DIARREA AGUDA: consiste en un aumento del 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.

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 autolimitado que dure menos de 14 días.

Generalmente se considera la existencia de diarrea cuando hay más de 2 deposiciones menor consistencia en un período de 24 horas. Esta definición puede ser imprecisa por la variabilidad en el volumen, frecuencia y consistencia de las 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 los niños menores de 3 meses, y que el ritmo intestinal puede variar con el tipo de alimentación. (5)

DIARREA PERSISTENTE: es la diarrea, con o sin sangre, que empieza en forma aguda y dura 14 días o más. Cuando hay algún grado de deshidratación o deshidratación grave, la diarrea persistente se clasifica como grave. (5)

DISENTERÍA: es la presencia de una o más deposiciones de menor consistencia que lo usual, con presencia de sangre macroscópica, en un período de 24 horas. (5)

EPIDEMIOLOGIA DE LA DIARREA EN LA INFANCIA

Los trastornos diarreicos dan cuenta de una gran proporción (18%) de muertes en la infancia, con 1.8 millones de muertes por año globalmente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) sospecha que hay >700 millones de episodios de diarrea anualmente en niños menores de 5 años de edad en los países en desarrollo. Aunque la mortalidad global puede estar disminuyendo, la incidencia global de diarrea sigue sin cambios en aproximadamente 3,2 episodios por niño/año.

Desde el descubrimiento del virus Norwalk, primer virus identificado como agente etiológico de gastroenteritis en humanos, se han identificado 4 grandes categorías de estos virus: rotavirus, astrovirus, adenovirus entéricos y calcivirus humanos. Las infecciones por rotavirus (la causa vírica identificable más común que provoca gastroenteritis en todos los niños) dan cuenta de al menos el 35% de los episodios de diarrea acuosa graves y potencialmente mortales, con una estimación de 500,000 muertes por año en todo el mundo debidas a infecciones por rotavirus.

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.

Las enfermedades diarreicas pueden tener un impacto significativo sobre el desarrollo psicomotor y cognitivo en los niños jóvenes. Los episodios tempranos y repetidos de diarrea en la infancia durante los períodos del desarrollo crítico, especialmente cuando se asocian con malnutrición, coinfecciones y anemia, pueden tener efectos a largo plazo sobre el crecimiento longitudinal, así como sobre las funciones físicas y cognitivas. (5)

ETIOLOGIA DE LA DIARREA

La gastroenteritis se debe a la infección adquirida por la vía fecal-oral o por la ingestión de alimentos o agua contaminados. Las gastroenteritis se asocian con pobreza, ambiente higiénico deficiente y escasos índices de desarrollo. Los enteropatógenos que son infecciosos en un pequeño inóculo (*Shigella*, *Escherichia coli*, *norovirus*, *rotavirus*, *Giardia lamblia*, *Cryptosporidium parvum*, *Entamoeba histolytica*) pueden ser transmitidos por contacto de persona a

persona, mientras que otros, como el cólera son generalmente consecuencia de la contaminación del alimento o del abastecimiento de aguas.

Los organismos *Salmonella*, *Shigella* y, muy notablemente, los diversos organismos de *E. coli* productores de diarrea son los patógenos más comunes en los países en desarrollo. *Clostridium difficile* (por la producción de toxina) se halla ligado a la diarrea asociada a antibióticos y a la colitis pseudomembranosa, aunque la mayoría de los casos de diarrea asociada a antibióticos negativa a *C. difficile* en adultos puede ser debida a *Klebsiella oxytoca* productora de citotoxina. (5)

Otro origen de la diarrea lo son las infecciones parasitarias, además son un problema de salud pública, debido a que suelen causar anemia por deficiencia de hierro, malabsorción de nutrientes y diarrea, entre las principales afecciones. Frecuentemente, la elevada prevalencia de parasitosis, está relacionada con la contaminación fecal del agua y suelo o de los alimentos, aunado a deficientes condiciones sanitarias y socioculturales.

FISIOPATOLOGIA

En términos generales, la diarrea se produce cuando el volumen de agua y electrolitos presentado al colon exceden a su capacidad de absorción, eliminándose de forma aumentada por las heces, esto puede deberse a un aumento en la secreción y/o una disminución en la absorción a nivel del intestino delgado, o más infrecuentemente, a una alteración similar a nivel del colon.

En determinados casos se da la penetración de la barrera mucosa por un antígeno extraño. Por otra parte los microorganismos pueden dañar al enterocito produciendo una disminución en la absorción de electrolitos, una pérdida de las hidrolasas del borde en cepillo. La lesión por daño directo de la célula epitelial tiene lugar en las infecciones por agentes virales como el Rotavirus, aunque en este caso una proteína viral actuaría como enterotoxina. También se produce lesión vellositaria en infecciones agudas por protozoos como: *Giardia lamblia*, *Cryptosporidium parvum* y *Microsporidium*. Todo ello conduce a una pérdida aumentada de agua y electrolitos en heces.

La gran pérdida de agua y electrolitos puede derivar en un cuadro de deshidratación. Esto es más frecuente en el niño pequeño por tener mayor área

de superficie corporal en relación con el peso del adulto y, por lo tanto, unas mayores pérdidas insensibles. Además existe un flujo intestinal de agua y electrolitos más cuantioso. Otros factores que influyen en la afectación nutricional son la disminución en la ingesta calórica, por la hiporexia concomitante, la restricción alimentaria habitualmente infringida, y la posible mal absorción de nutrientes secundaria a la lesión intestinal.

Aunque, generalmente se trata de un proceso leve y autolimitado, la principal complicación es la deshidratación, ocasionalmente se puede presentar una diarrea prolongada como consecuencia de: intolerancia a la lactosa, sensibilización a las proteínas de la leche de vaca y sobrecrecimiento bacteriano. (7)

FACTORES ASOCIADOS A LA DIARREA

Los factores que aumentan la susceptibilidad del huésped son: la edad más joven, la malnutrición, la inmunodeficiencia, la poca alimentación con lactancia materna o el destete precoz con introducción de leche artificial en edades tempranas de la vida, las infecciones previas, el uso indiscriminado de algunos medicamentos, manipulación inadecuada de los alimentos, no hervir el agua de consumo, no lavarse las manos frecuentemente.

Existen otros factores predisponentes como el bajo peso al nacer, hacinamiento, los tabúes alimentarios en cuanto a la ablactación y el mal manejo de un episodio diarreico por parte de la madre o el personal que atiende al niño que hace que el mismo tenga una evolución inadecuada presentándose complicaciones o que se prolongue por las mismas causas llevando a un deterioro del estado nutricional del niño. (8)

TRANSMISIÓN

El principal mecanismo de transmisión de los patógenos causantes de la diarrea es la vía fecal- oral, siendo el agua y los alimentos los vehículos de la mayoría de los contagios.

Los agentes infecciosos causantes de la diarrea, generalmente se transmiten por vía fecal- oral, que incluye la ingestión de agua o alimentos contaminados y el contacto directo con la heces. Por otra parte el parasitismo intestinal es una infección intestinal que se transmite por la ingestión de

quistes de protozoos, huevos o larvas de gusanos o por la penetración de larvas por vía transcutánea desde el suelo. (5)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

El cuadro clínico de las diarreas de origen viral suele estar precedido por el apareamiento de vómitos, una vez instalado el cuadro diarreico, este se caracteriza por evacuaciones líquidas abundantes, sin moco ni sangre, suele también encontrarse eritema en el área perianal.

En el cuadro clínico de las diarreas de etiología bacteriana se encuentran en pocas ocasiones vómitos, las evacuaciones no suelen ser tan voluminosas como las provocadas por virus y suelen acompañarse de moco y/o sangre. Puede existir también dolor abdominal intermitente. (2)

DIAGNÓSTICO CLINICO

La diarrea es un proceso autolimitado en el que, en la mayoría de los casos, solo es necesaria una valoración del paciente mediante una adecuada historia clínica y cuidadosa exploración clínica para establecer las indicaciones pertinentes. La gravedad de la diarrea está en la relación con el grado de deshidratación, por lo que es necesaria una valoración lo más exacta posible de esta para evitar tanto un retraso en el tratamiento como intervenciones innecesarias. (9)

Por lo anterior, a continuación se describe la deshidratación.

DESHIDRATACION

Se emplea la palabra deshidratación para designar el estado consecutivo a la pérdida en grado variable de agua y/o solutos y se observa en diarrea severa y vómitos incoercibles.

La deshidratación no es solo la pérdida de agua, sino también la pérdida o déficit de electrolitos.

Semánticamente y de una forma simplificada, podemos decir que un niño con deshidratación presentará los siguientes síntomas y signos, que son los más comunes:

- Sed
- Fontanela o “mollera” hundida
- Ojos hundidos, secos, llanto sin lágrimas
- Boca seca
- Irritabilidad
- Fiebre

Causas más frecuentes de la deshidratación:

- Disminución del aporte de agua y electrolitos.
- Aumento de las pérdidas por:

Evaporación: sudoración excesiva, fiebre, disnea.

Evacuaciones líquidas

Vómito o succión gástrica

Fístulas

Grados de deshidratación: según el grado de pérdida de peso corporal, la deshidratación se divide en 3 grados, cuya sintomatología depende del grado de hipovolemia, así puede encontrarse:

GRADO I: pérdida del 3-5% del peso corporal

GRADO II: pérdida del 6-9% del peso corporal

GRADO III: Pérdidas de más del 9% de peso corporal si no se corrige, aparecen fenómenos de shock (10)

NIVEL DE INFORMACIÓN ACERCA DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE DIARREA

Uno de los principales problemas asociados a la mayor gravedad de las enfermedades en niños menores de 5 años atendidos en los servicios de salud es la falta de conocimiento de los padres y otros responsables del cuidado de los niños al respecto de los signos de alarma que indican que el niño debe ser visto por un personal de salud. En muchos países se ha observado que aun cuando los servicios y el personal de salud están accesibles a la población, los niños enfermos no son llevados para ser atendidos por estos, sino que son

tratados en el hogar con remedios caseros. En algunos casos, los niños también son vistos por curanderos u otros, y manejados con etnoprácticas. La demora en la consulta al servicio de salud puede provocar un agravamiento de la enfermedad. Por esta razón es muy importante que la comunidad, y en especial las personas que tienen niños/as a su cargo, conozcan los signos de alarma que debe observar en un niño cuando está enfermo para concurrir inmediatamente al servicio de salud en caso de que aparezcan. (3)

Criterios de apoyo diagnóstico

Clínico en primera instancia y determinación del estado de hidratación.

Examen general de heces, si por clínica no se puede determinar etiología y prueba azul de metileno (si está disponible). El coprocultivo está indicado en pacientes con choque por diarrea o ante falla terapéutica del antibiótico inicial cuando corresponda. (9)

La solicitud de coprocultivo se justifica en cuadros disentéricos o si la diarrea aguda persiste con deposiciones líquidas.

Existen métodos serológicos que permiten el diagnóstico de algún entero patógeno: el enzimoimmunoensayo (ELISA), serotipados con anticuerpos comerciales para *Escherichia coli* enteropatógena (ECEP), algunas cepas de *Shigella* y *Salmonella*, detección de toxinas bacterianas in vivo e in Vitro que son técnicas muy sensibles para realizar en un laboratorio clínico. (8)

Diagnóstico diferencial.

Apendicitis perforada en lactantes, perforación intestinal, errores innatos del metabolismo, alergia digestiva, infecciones respiratorias virales (diarrea secundaria), meningitis, sepsis. (9)

TRATAMIENTO Y MEDIDAS GENERALES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN CLÍNICA.

PLAN A.

En los niños con diarrea pero sin deshidratación que se encuentren alertas y capaces de tolerar la vía oral el manejo debe ser ambulatorio:

Continuar dando lactancia materna más frecuentemente y durante más tiempo cada vez. Mantener otros alimentos lácteos o agua limpia.

Ofrecer 10-15 ml/kg de suero oral por cada deposición diarreica, aumentando a tolerancia.

Administrar de forma práctica para los pacientes menores de dos años 50 a 100 ml después de cada evacuación y para el niño mayor de dos años 100 a 200 ml después de cada evacuación.

No permitir los zumos de frutas ni bebidas carbonatadas (ya que incrementa el riesgo de deshidratación).

Utilizar sales de rehidratación oral como líquido suplementario (idealmente de baja Osmolaridad (60-75 mEq/L)

Administrar Zinc 10mg/5ml, dar en los niños menores de seis meses de edad: 5ml VO cada día; y en niños mayores de 6 meses hasta 59 meses de edad: 10 ml VO cada día durante diez a catorce días.

Continuar la alimentación indicada para la edad. (4)

PLAN B

Se utiliza para manejar al paciente con diarrea que presenta deshidratación clínica no severa y se llevará a cabo en una unidad de rehidratación oral (URO) del centro de salud donde esté siendo atendido.

La deshidratación debe ser tratada con sales de rehidratación oral, por un periodo de cuatro horas, hasta un adecuado grado de hidratación.

Si existiera alguna contraindicación o se evidencia falla de la terapia oral se podrá llevar a cabo a través de la administración intravenosa de líquidos.

La cantidad de suero oral (idealmente de baja osmolaridad) para el niño con deshidratación debe ser de 75ml/kg a pasar en cuatro horas. Si no se conoce el peso se pueden administrar líquidos de acuerdo a la siguiente tabla:

Volumen de suero oral a administrarse durante las primeras cuatro horas.

Volumen de suero oral a administrarse durante las primeras cuatro horas.

Edad	0 a 4 meses	4 a 11 meses	1 a 2 años	2 a 4 años
Peso	2 a 6 Kg	6 a 10 Kg	10 a 12 Kg	12 a 19 Kg
Mililitros	200 a 400 ml	400 a 700 ml	700 a 900 ml	900 a 1400ml

Continuar la lactancia materna y alimentación habitual.

Considerar la posibilidad de complementar con los líquidos habituales (Incluyendo la leche o el agua, pero no jugos de frutas o (bebidas gaseosas) si un niño tolera y no tiene vómito.

Monitorear la respuesta a la terapia de rehidratación oral cada hora, hasta completar las cuatro horas, dejando registro en expediente.

Toma de examen general de heces mientras está en la unidad de rehidratación oral.

Una vez se corrige la deshidratación, se debe pasar a plan A (Si gana peso).
(4)

PLAN C

Asegurar una vía de acceso intravenoso, si falla después de tres intentos colocar vía intraósea para la resucitación hídrica.

Iniciar con Lactato de Ringer o SSN IV o intraósea a 20 ml/kg cada cinco a veinte minutos de acuerdo a la gravedad de cada caso. Esta cantidad puede repetirse hasta que el volumen del pulso, la perfusión capilar y el estado mental retornen a la normalidad.

Ante la falta de respuesta, luego de tres cargas sin evidenciar pérdidas hídricas, se debe evaluar el uso de aminas vasoactivas, por lo que es necesario que sea administrado en un hospital que cuente con los recursos necesarios, y continuar la administración efectiva de líquidos durante el mismo.

Si el paciente responde bien, mejora su estado de conciencia y se observa con buen color y sin dificultad respiratoria se debe completar la reposición del déficit hasta 100 ml/kg (que equivale al 10% de pérdida de peso corporal) y a esto agregar sus líquidos de mantenimiento según Holliday-Segar, con electrolíticos según requerimientos diarios. Si no se puede determinar los niveles séricos de electrolitos recomendable el uso de soluciones enteras 0.9%

en pacientes mayores de siete años y NaCl 0.45% en Dextrosa al 5% para pacientes menores de cinco años. Esta solución debe contener cloruro de potasio 20 mEq/L pasarla en seis horas y vigilar el inicio adecuado de la micción a un ritmo de 1cc/Kg/hora, luego intentar la terapia de rehidratación oral e iniciar la alimentación normal.

Una vez se corrija la deshidratación se debe pasar a la fase de hidratación por vía oral utilizando sales de rehidratación oral. (9)

Fórmula de Holliday Segar para el cálculo de líquidos de mantenimiento.

Fórmula de Holliday Segar para el cálculo de líquidos de mantenimiento.	
Peso (Kg)	Kcal o ml por día
De 0 a 10 Kg	100 ml por Kg por día
De 11 a 20 Kg	1000 ml + 50ml por cada Kg arriba de 10Kg, al día
Mayor de 20 Kg	1500 ml + 20ml por cada Kg arriba de 20Kg, al día

(11)

Las siguientes condiciones se deben tomar en cuenta como indicaciones de terapia parenteral (PLAN C):

Deshidratación severa o estado de choque.

Vómitos persistentes (Prueba de tolerancia de vía oral positiva: Presencia de vómito repetido al administrar 15 ml de suero oral cada quince minutos en tres ocasiones).

Imposibilidad para reponer un alto volumen de pérdidas líquidas.

Estupor, coma o cualquier alteración del estado mental que impida la deglución segura de líquidos.

Distensión abdominal por íleo paralítico u obstrucción intestinal.

Fracaso del plan B.

Otros:

Uso de sulfato de Zinc.

El uso de Zinc reduce considerablemente la duración y severidad de la diarrea por lo cual se debe indicar a los niños y niñas con diarrea aguda así: niños/as de 6 meses hasta los 59 meses de edad 20 mg (10 ml) al día durante catorce días. Para los pacientes menores de seis meses UNICEF y OMS recomiendan 10 mg (5ml) al día durante catorce días.

Uso de antibióticos o antiparasitarios en la diarrea.

Los casos de diarrea aguda no disintérica, deben ser tratados únicamente con suero oral y alimentación temprana. Solo se debe indicar tratamiento antibiótico empírico por disentería (Shigella como agente más frecuente no sin olvidar que en presencia de Salmonellas, Yersinia enterocolitica, Campylobacter yeyuni, Vibrio cholerae y Clostridium difficile también se debe utilizar antibióticos).

Ambulatoriamente se recomienda Trimetoprim - Sulfametoxazol a 10 mg/Kg/día dividido en dos dosis, si es necesario un antibiótico parenteral se utilizará Ampicilina 50 a 100 mg/Kg/día dividido en cuatro dosis, ambos tratamientos durante cinco días. (9)

Complicaciones:

Deshidratación, sepsis, desequilibrio hidroelectrolítico, enterocolitis, perforación intestinal, desnutrición hipoglucemia, invaginación, intolerancia a los carbohidratos. (9)

Niveles de atención en El Salvador

Independientemente del nivel de atención donde se presenta el paciente, si este llega en condición clínica grave (choque o deshidratación severa), este deberá ser estabilizado y referido al nivel correspondiente de acuerdo a la capacidad de la red.

Primer nivel de atención, Ecos familiar: Se debe de tratar al paciente con diarrea sin deshidratación de forma ambulatoria (PLAN A) con control cada veinticuatro horas mínimo en tres ocasiones. El personal del Ecos especializado, tratarán a los pacientes con diarrea y deshidratación o intolerancia a la vía oral aplicando el PLAN B, siempre y cuando la capacidad instalada lo permita.

Segundo nivel de atención: Se debe de manejar al paciente con diarrea con deshidratación que necesite manejo parenteral.

Tercer nivel de atención: Se debe de manejar al paciente con deshidratación grave, patología subyacente que comprometan la vida (choque refractario, necesidad de ventilación asistida, manejo quirúrgico y/o cuidados intensivos). (9)

Medidas preventivas y educación en salud.

Muchos países en desarrollo luchan contra grandes cargas de enfermedad diarreica, las estrategias preventivas pueden ser relevantes para evitar la incidencia de casos.

PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN MATERNA EXCLUSIVA

La alimentación a pecho exclusiva protege a los lactantes muy jóvenes de la enfermedad diarreica por la promoción de la inmunidad pasiva y por la reducción de la ingesta de alimento y agua potencialmente contaminados.

MEJORA DE LAS PRACTICAS DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

Hay una fuerte asociación inversa entre una alimentación complementaria apropiada e inocua y la mortalidad en los niños de edades comprendidas entre los 6 y 11 meses. Los alimentos complementarios deben introducirse a los 6 meses de edad, mientras que la alimentación a pecho materna debe continuar al menos hasta el año de vida. La suplementación con vitamina A reduce la mortalidad infantil en un 34%; la mejora en el estado de la vitamina A reduce la frecuencia de diarrea grave.

INMUNIZACIÓN FRENTE A ROTAVIRUS

La mayoría de los lactantes adquiere la diarrea por rotavirus en las primeras etapas de la vida; una vacuna frente a rotavirus efectiva tendría un gran efecto sobre la reducción de la mortalidad por diarrea en los países en desarrollo.

MEJORA DEL AGUA Y DE LAS INSTALACIONES SANITARIAS Y PROMOCION DE LA HIGIENE PERSONAL Y DOMÉSTICA (5)

4. HIPOTESIS

Los responsables de niños/as menores de 5 años de edad tienen un nivel bajo de información acerca de los signos y síntomas de alarma de las enfermedades diarreicas.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Se realizó un estudio de investigación de tipo descriptivo y transversal.

5.2 PERÍODO DE INVESTIGACIÓN

El período de investigación incluyó desde junio a agosto de 2015.

5.3 UNIVERSO

El universo lo constituyó toda persona responsable de niños/as menores de 5 años que consultó en la UCSF de San Sebastián y Tepetitán, del departamento de San Vicente en el período de junio a agosto de 2015.

5.4 MUESTRA

Para determinar la muestra se utilizó la fórmula para población finita. El total de niños/as menores de 5 años de edad para el municipio de San Sebastián es de 549 niño/as y para Tepetitán es de 198 niños/as.

Fórmula para muestra de población finita (12)

$$n = \frac{Z^2 p q N}{(N-1) E^2 + Z^2 p q}$$

En donde:

n : muestra a determinar

N: población que se conoce

Z: nivel de confianza con el que se trabajará, el cual es requerido para generalizar los resultados hacia la población de la cual se extrajo la muestra (constante 1.96)

p: sucesos positivos que teóricamente se esperan (constante= 0.5)

q: eventos negativos que teóricamente se espera que sucedan (constante =0.5)

E: error muestral aceptado de antemano (constante=0.05)

Desarrollo de fórmula por municipio

San Sebastián

$$n = 3.84 (0.5) (0.5) (549) / (548) (0.0025) + (3.84) (0.5) (0.5) = 226$$

Tepetitán

$$n = 3.84 (0.5) (0.5) (198) / (197) (0.0025) + (3.84) (0.5) (0.5) = 131$$

Determinada la muestra de cada uno de los municipios, las unidades de análisis fueron seleccionadas mediante el tipo de muestreo probabilístico utilizando el método de muestreo aleatorio al azar, tomando en cuenta los siguientes criterios:

Criterio de inclusión:

- Toda persona responsable de niño(s)/a(s) menor(es) de 5 años que asistió a control infantil o consulta por morbilidad en la UCSF de San Sebastián y Tepetitán, en el Departamento de San Vicente en los meses de junio a agosto de 2015.
- Toda persona responsable de niño(s)/a(s) menor(es) de 5 años dispuesto a participar en el proceso de investigación.

Criterios de exclusión:

- Toda persona responsable de niño(s)/a(s) menor(es) de 5 años que lo lleva a control infantil o consulta por morbilidad en las UCSF de San Sebastián y Tepetitán durante el período de investigación y que no desee participar en el estudio de investigación.
- Toda persona que asiste a las UCSF para consulta por morbilidad o control de niño(s)/a(s) de 5 años de edad o mayor(es) de 5 años de edad.

5.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivos	Definición Conceptual	Definición Operacional	Variable Dependiente	Variable Independiente	Indicador	Valor	Instrumento	Técnica
Clasificar el nivel de información de los responsables de los niños/as menores de 5 años de edad acerca de los signos y síntomas de alarma de las enfermedades diarreicas.	<p>Información: es un conjunto organizado de datos procesados que constituyen un mensaje que cambia el estado de conocimiento del sujeto o sistema que recibe dicho mensaje</p> <p>Signo: manifestaciones objetivas, clínicamente fiables y observados en la exploración médica.</p> <p>Síntoma: referencia subjetiva que da un enfermo de la percepción que reconoce como anómala o causado por una enfermedad.</p>	<p>Nivel de información: conocimiento que poseen los individuos adquiridos en base a la experiencia de episodios previos de diarrea.</p> <p>Signo de alarma: Hallazgos de la exploración física relacionados con la gravedad de la diarrea</p>	Nivel de información	Signos y síntomas de alarma de las diarreas	Nivel de información	<p>Alto, medio o bajo de acuerdo al puntaje obtenido.</p> <p>Evidenciar: Boca seca</p> <p>Ojoshundidos</p> <p>Llanto sin lágrimas</p> <p>Vómitos persistentes</p> <p>Sangre o ligones en las heces</p> <p>No responde a estímulos</p>	Encuesta	Entrevista

		Síntomas de alarma: manifestación es clínicas que el paciente expresa, no comprobables relacionados con la gravedad de la diarrea.						
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Objetivos	Definición Conceptual	Definición Operacional	Variable Dependiente	Variable Independiente	Indicador	Valor	Instrumento	Técnica
Identificar factores asociadas y variables epidemiológicas al apareamiento de diarrea en niños/as menores de 5 años de edad	<p>Diarrea: es la presencia de heces líquidas en número de tres o más deposiciones en 24 horas. OMS</p> <p>Factores asociados con las diarreas: característica o exposición de un individuo que aumenta su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. OMS</p>	<p>Diarrea: aumento en el volumen, la frecuencia y disminución de la consistencia de las heces respecto al hábito usual de cada individuo</p> <p>Factores asociados a las diarreas: características o condiciones de vida que favorecen el apareamiento de diarrea</p>	Diarrea	Factores asociados al apareamiento de diarrea	Frecuencia de episodios de diarrea en el año	<p>Ninguna vez en el año.</p> <p>1 a 3 veces al año.</p> <p>3 a 5 veces al año.</p> <p>Más de 5 veces al año.</p>	Encuesta	Entrevista
					Factores asociados	<p>Acceso al transporte desde el hogar</p> <p>Manejo del agua</p> <p>Manejo de la basura</p> <p>Hábitos higiénicos</p>		

	<p><u>Variable epidemiológica</u> característica, condición o atributo susceptible de ser medido y que puede acoger diversos valores según el observador</p>	<p><u>Variable epidemiológica</u>: característica o atributo propias del objeto de estudio</p>		<p>Variable epidemiológica</p>	<p>Variables epidemiológicas o datos personales</p>	<p>Edad del entrevistado</p> <p>Edad del menor de 5 años</p> <p>Genero</p> <p>Escolaridad</p> <p>Lugar de procedencia</p>		
--	--	--	--	---------------------------------------	--	---	--	--

5.5 FUENTES DE INFORMACION.

Fuente primaria: Adultos responsables del menor de 5 años que colaboró con responder una encuesta por medio de la entrevista durante la consulta médica.

Fuentes secundarias: revisión bibliográfica.

5.6 TECNICAS DE OBTENCION DE INFORMACION.

Se utilizó como técnica de obtención de la información la entrevista.

5.7 HERRAMIENTAS PARA LA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

Como herramienta para la obtención de la información se elaboró una encuesta en el cual se recopiló, al inicio, las variables epidemiológicas y los factores asociados más comunes para la aparición de diarrea y a continuación se enumeraron 11 preguntas combinadas, 8 de opción múltiple y 3 de respuesta abierta, de las cuales la número 7 se encuentra excluida de puntaje. Todas las preguntas se han elaborado de forma sencilla con la finalidad de que sean comprensibles para personas de cualquier nivel de estudios. La encuesta se focalizó en indagar principalmente tres aspectos de la diarrea: signos y síntomas de alarma de las diarreas, las variables epidemiológicas y los factores asociados al apareamiento de la diarrea.

Se calificaron las preguntas de opción múltiple n° 1, 2, 3, 4, 5, 8 y 10 con solo una opción de respuesta correcta y con el equivalente a 1 punto por cada respuesta acertada. Las respuestas n° 6 y 9, de respuesta abierta, tienen el valor de 2 puntos cada una. Y la pregunta n° 11 que abarca un cuadro con 10 afirmaciones de las cuales, cada una toma el valor de 0.1.

El nivel de información se clasificó según la siguiente tabla de puntuación, tomando en cuenta que para los puntajes con números decimales se realizó aproximación al inmediato superior si se encontraban superiores al 0.6.

NIVEL DE INFORMACION	INTERVALO DE PUNTAJE
NIVEL DE INFORMACION ALTO	12 A 8 PUNTOS
NIVEL DE INFORMACION MEDIO	7 A 4 PUNTOS
NIVEL DE INFORMACION BAJO	MENOS DE 4 PUNTOS

5.8 MECANISMOS DE CONFIDENCIALIDAD Y RESGUARDO DE LOS DATOS

Entre los mecanismos de confidencialidad está el hecho que la encuesta no requiere el nombre de la persona entrevistada, solamente se recopilieron datos personales que permitieron evidenciar la presencia de variables epidemiológicas y factores asociados a la diarrea.

5.10 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para la tabulación y análisis de la información se emplearon los programas del paquete de Microsoft Office: Excel y Word 2010.

6 RESULTADOS

6.1 RESULTADOS OBTENIDOS EN LA UCSF SAN SEBASTIAN

6.1.1 VARIABLES EPIDEMIOLOGICAS Y FACTORES ASOCIADOS AL APARECIMIENTO DE LAS DIARREA, UCSF SAN SEBASTIAN

TABLA 1.CONSULTA POR DIARREA AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA EN LA UCSF SAN SEBASTIAN

¿CONSULTA POR DIARREA?	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	66	29%
NO	160	71%

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

ANÁLISIS: Al momento en que se entrevistó a las personas que conforman la muestra, solamente 66 personas refirieron que buscaban atención médica para el niño/a por diarrea. Las restantes 162 personas manifestaron que acudían a consulta en esa ocasión por otras causas.

TABLA 2.EDAD DEL ENTREVISTADO RESPONSABLE DEL MENOR DE 5 AÑOS EN LA UCSF SAN SEBASTIÁN

RANGOS DE EDAD	FRECUENCIA SIN DIARREA	PORCENTAJE	FRECUENCIA CASOS DE DIARREA	PORCENTAJE
14-24 años	62	27%	32	14.2%
25-35 años	47	21%	15	6.6%
36-46 años	27	12%	12	5%
47-57 años	8	3.6%	3	1.6%
58-68 años	11	5%	2	0.8%
69-79 años	4	2%	2	0.8%
80 o más años	1	0.4%	0	0%
TOTAL	160	71%	66	29%

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

ANÁLISIS: De las 226 personas que conforman la muestra de la UCSF San Sebastián, se contabilizaron 94 personas entre los 14 a 24 años y 62 personas entre los 25 a 35 años de edad, además son también las edades más frecuentes que asisten a la UCSF con niños/as con diarrea. Las 70 personas restantes de la muestra se encuentran distribuidas en las edades de los 36 años en adelante.

TABLA 3. SEXO DE LA PERSONA ENTREVISTADA EN LA UCSF SAN SEBASTIAN

Sexo	Frecuencia sin diarrea	Porcentaje	Frecuencia casos de diarrea	porcentaje
Femenino	136	60%	58	26%
Masculino	24	11%	8	3%
Total	160	71%	66	29%

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

ANÁLISIS: En la UCSF San Sebastián, las mujeres son las que más asisten a consulta con los niños menores de 5 años, ya sea por diarrea o no. Solamente el 14% de los entrevistados fueron hombres.

TABLA 4. NIVEL DE ESCOLARIDAD DEL ENTREVISTADO EN LA UCSF SAN SEBASTIAN

NIVEL DE ESCOLARIDAD	FRECUENCIA SIN DIARREA	PORCENTAJE	FRECUENCIA CASOS DE DIARREA	PORCENTAJE
NINGUNA	20	9%	16	7%
BASICA	102	45%	37	16.3%
MEDIA	33	15%	12	5.3%
SUPERIOR	5	2%	1	0.4%
TOTAL	160	71%	66	29%

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

ANÁLISIS: En cuanto al nivel de escolaridad, la mayoría de los entrevistados han asistido a un centro escolar y han recibido educación básica, la cual incluye cualquier grado desde primero a noveno. Se observa además la tendencia a la disminución de los casos de diarrea en cuanto mayor es el nivel de escolaridad.

TABLA 5. PARENTESCO DEL RESPONSABLE DEL NIÑO/A MENOR DE 5 AÑOS ENTREVISTADO, UCSF SAN SEBASTIAN

PARENTESCO DEL ENTREVISTADO O CON EL NIÑO/A	FRECUENCIA SIN DIARREA	PORCENTAJE	FRECUENCIA A CASOS DE DIARREA	PORCENTAJE
Madre	94	41.7%	40	17.7%
Padre	25	11%	3	1.3%
Abuelo/a	22	10%	12	5.3%
Otros	19	8.3%	11	4.7%
Total	160	71%	66	29%

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

ANÁLISIS: Las personas que más asisten a la UCSF San Sebastián con los niños/as son sus propias madres, los abuelos/as ocupan el segundo grupo en frecuencia. La categoría “otros” abarca a tías/os, niñera, primos, hermanos, etc. En el período de junio a agosto fueron las madres de los niños/as quienes consultaron por diarrea.

TABLA 6. EDAD DEL MENOR DE 5 AÑOS QUE ASISTIÓ A CONSULTA POR MORBILIDAD O A CONTROL INFANTIL EN LA UCSF SAN SEBASTIAN

EDAD DEL MENOR DE 5 AÑOS	FRECUENCIA SIN DIARREA	PORCENTAJE	FRECUENCIA CASOS DE DIARREA	PORCENTAJE
1 día a menor de 1 año	28	12%	10	4.4%
1 año a menor de 2 años	25	11%	17	7.5%
2 años a menor de 3 años	35	16%	15	6.6%
3 años a menor de 4 años	29	13%	16	7%
4 años a menor de 5 años	43	19%	8	3.5%
TOTAL	160	71%	66	29%

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

ANÁLISIS: En la distribución por edad de los niños que asistieron a consulta por morbilidad o a control infantil, se puede observar que hay 2 rangos de edad con mayor cantidad de niños, los cuales son de 2 años a menor de 3 años y de 4 años a menor de 5 años. En cuanto a los niños/as que asistieron enfermos de diarrea, las edades de 1 año a menor de 2 años de edad fue el rango con mayor número de casos.

TABLA 7. LUGAR DE RESIDENCIA DEL MENOR DE 5 AÑOS, UCSF SAN SEBASTIAN

RESIDENCIA	FRECUENCIA SIN DIARREA	PORCENTAJE	FRECUENCIA CASOS DE DIARREA	PORCENTAJE
URBANO	53	23.6%	23	10%
RURAL	107	47.4%	43	19%
TOTAL	160	71%	66	29%

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

ANÁLISIS: Se observa que más de la mitad de la muestra de esta investigación proviene del área rural del municipio de San Sebastián, el cual está conformado por 9 cantones, en los cuales también se encuentra la mayoría de los casos de diarrea. El casco urbano se distribuye en 5 barrios.

TABLA 8. MANEJO DE LA BASURA DE LOS ENTREVISTADOS EN LA UCSF SAN SEBASTIAN

MANEJO DE LA BASURA	FRECUENCIA SIN DIARREA	PORCENTAJE	FRECUENCIA CASOS DE DIARREA	PORCENTAJE
La entierran	30	8.5%	11	4.8%
La queman	86	38%	40	17.8%
Tren de aseo	40	17.8%	11	4.8%
Reciclan	7	2.3%	2	0.8%
Otros	12	4.4%	2	0.8%
total	160	71%	66	29%

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

ANÁLISIS: El manejo de la basura es un factor asociado al apareamiento de las diarreas por la contaminación y la proliferación de vectores, así es de notar que los casos de diarrea se relacionan con el manejo de los desechos sólidos en la misma comunidad por diferentes métodos al tren de aseo.

TABLA 9. ACCESO A SERVICIO DE AGUA POTABLE DE LOS ENTREVISTADOS, UCSF SAN SEBASTIAN

AGUA POTABLE	FRECUENCIA SIN DIARREA	PORCENTAJE	FRECUENCIA CASOS DE DIARREA	PORCENTAJE DE
SI	121	53.5%	53	23.4%
NO	39	17.5%	13	5.6%
TOTAL	160	71%	66	29%

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

En la tabla 9 se observa que en la mayoría de los usuarios que se entrevistaron cuenta con el servicio de agua potable en sus casas, incluso los casos de diarrea. Las personas que aun no gozan de este beneficio deben de conseguir el agua por otros medios como lo es comprarla, obtenerla de pozo o de alguna quebrada cercana al hogar.

TABLA 10. EDAD HASTA LA QUE RECIBIÓ LACTANCIA MATERNA EL MENOR DE 5 AÑOS QUE CONSULTÓ EN LA UCSF SAN SEBASTIÁN

EDAD	FRECUENCIA SIN DIARREA	PORCENTAJE	FRECUENCIA CASOS DE DIARREA	PORCENTAJE
Más de 2 años	13	6%	3	1.3%
1 año a 2 años	51	22.5%	12	5.3%
6 meses a 1 año	10	4.4%	31	13.7%
Hasta 6 meses	26	11.5%	12	5.3%
0 meses a 3 meses	23	10%	4	1.7%
No recibió	24	10.6%	1	0.4%
No sabe	13	6%	3	1.3%
Total	160	71%	66	29%

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

ANALISIS: En esta tabla se muestran rangos de edades hasta las cuales recibieron lactancia materna los menores de 5 años que son parte de la investigación, el período de 1 año a 2 años de edad es el más frecuente en el cual los destetaron seguido por 6 meses a un año. Con igualdad de frecuencia

las categorías de “más de 2 años” y “no sabe” cuentan con 13 niños cada una y son las de menor frecuencia. En cuanto a los casos de diarrea, los niños/as que se destetaron entre los 6 meses a un año de edad son los que más se presentaron enfermos.

TABLA 11. . MEDIDAS DE HIGIENE QUE LOS RESPONSABLES DE LOS MENORES DE 5 AÑOS PRACTICAN PARA PREVENIR LA DIARREA, UCSF SAN SEBASTIAN

MEDIDAS DE HIGIENE	FRECUENCIA SIN DIARREA	FRECUENCIA CAOS DE DIARREA
Lavado de manos frecuente	111	60
Uso de puriagua o hervir el agua	23	10
Lavar frutas y verduras antes de consumirlas	21	25
Tapar los alimentos	31	17
Aseo del hogar	26	15
Otros	11	7
No sabe	3	8

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

ANALISIS: La mayoría de las personas mencionaron que promueven en sus niños/as el lavado de manos frecuente, otras de las medidas preferidas fueron lavar las frutas y verduras antes de comerlas, mantener los alimentos tapados y mantener aseado el hogar. De las 226 personas de la muestra, solamente 11 no saben que son las medidas las medidas de higiene y no pudieron mencionar ni una. En cuanto a ser factores asociados al aparecimiento de las diarreas, las medidas de higiene que mencionaron las personas que asistieron con sus niños/as enfermos de diarrea muestran que tienen un conocimiento básico de las mismas, sin embargo no se sabe si en realidad las practican.

6.1.2 RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE NIVEL DE INFORMACION ACERCA DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA DE DIARREA, UCSF SAN SEBASTIAN

TABLA 12. DEFINICION DE DIARREA DE ACUERDO A LA EXPERIENCIA DE LOS RESPONSABLES DE LOS NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS, UCSF SAN SEBASTIAN

DEFINICION DE DIARREA.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HECES BLANDAS SIN IMPORTAR EL NUMERO DE LAS DEPOSICIONES AL DIA	77	34%
HECES LIQUIDAS SIN IMPORTAR EL NUMERO DE VECES QUE LAS PRESENTE	93	41%
HECES LIQUIDAS O BLANDAS CON MAYOR FRECUENCIA A LAS NORMALES	56	25%
TOTAL	226	100%

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

Análisis: En la tabla 12 observa que el 41% de personas entrevistadas considera que la definición de diarrea son heces líquidas, similar al agua sin importar el número de veces que está se presente; así el 34% definen diarrea como deposiciones blandas; y solo el 25% de los encuestados, de acuerdo a su experiencia, definen diarrea como las deposiciones líquidas o blandas con mayor frecuencia que la que el niño presenta normalmente al día. Por lo anterior se observa que la minoría de los entrevistados de acuerdo a su experiencia tiene una definición acertada de diarrea, y que la mayoría consideran diarrea cuando las deposiciones son líquidas sin importar el número de veces que las presente.

TABLA 1 3. TIEMPO QUE ESPERA PARA CONSULTAR CUANDO EL MENOR DE 5 AÑOS TIENE DIARREA, UCSF SAN SEBASTIAN

TIEMPO DE ESPERA PARA CONSULTAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO ESPERO NI UN DIA, CONSULTO EN LAS PRIMERAS HORAS	58	25%
DE 1 A 3 DIAS	140	61%
MÁS DE 3 DÍAS	28	14%
TOTAL	226	100%

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

Análisis: En la tabla 13 la mayoría de los entrevistados, con un 61%, consideran que de 1 a 3 días es un tiempo adecuado para consultar ante un episodio de diarrea, sin embargo un 25% refieren que consultan en las primeras horas ante la presencia de diarrea; el 14% de los entrevistados esperan más de 3 días para consultar. a pesar del riesgos de complicaciones.

TABLA 14. PERSONA A LA QUE CONSULTA PRIMERO PARA EL TRATAMIENTO DE LA DIARREA, UCSF SAN SEBASTIÁN

PERSONA CON LA QUE CONSULTA PRIMERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LAS ABUELAS/OS	29	12%
CURANDERO O SOBADOR	10	5%
MÉDICO	142	63%
AUTOMEDICACIÓN	45	20%
TOTAL	226	100%

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

Análisis: En la tabla 14 se visualiza que el 63% de los entrevistados refieren que cuando el niño o niña tiene diarrea acuden a la consulta médica para ser evaluado y tratado por un médico. En contraposición de un 20% que auto médica a los niños/as con antidiarreicos de venta libre recomendados por algún vendedor o conocido, y un 12% proporcionan remedios caseros recomendados por abuelos/as en base a su experiencia; sin embargo aun hay un 5% de personas que realizan etnoprácticas.

TABLA 15. FRECUENCIA ANUAL CON LA QUE EL MENOR DE 5 AÑOS SE ENFERMA DE DIARREA, EN LA UCSFSAN SEBASTIAN

EPISODIOS DE DIARREA AL AÑO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNA VEZ AL AÑO	19	8%
1 A 3 VECES POR AÑO	120	54%
3 A 5 VECES POR AÑO	60	26%
MAS DE 5 VECES POR AÑO	27	12%
TOTAL	226	100%

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

Análisis: La tabla 15 muestra que más de la mitad de los entrevistados, el 54%, respondieron que el niño/a a su cargo presenta de 1 a 3 episodios de diarrea al año, seguido de 3 a 5 episodios de diarrea al año con un 26%. El 12% se concentra en los niños que presentan más de 5 veces al año diarrea y el 8% de los que ninguna vez al año enferman de diarrea.

TABLA 16. SUSPENSION DE LA LACTANCIA MATERNA DURANTE LA DIARREA, UCSF SAN SEBASTIAN

SUSPENSION DE LA LACATANCIA MATERNA DURANTE LA DIARREA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
VERDADERO	137	61%
FALSO	89	39%
TOTAL	226	100%

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

Análisis: Se observa que más de la mitad (61%) de los encuestados consideran que es necesario suspender la lactancia a todo niño/a que presenta diarrea, y solo el 39% opinan lo contrario.

TABLA 17. SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA EN LAS ENFERMEDADES DIARREICAS SEGÚN LOS RESPONSABLES DEL CUIDADO DE LOS MENORES DE 5 AÑOS, UCSF SAN SEBASTIAN

SIGNO O SÍNTOMA DE ALARMA	FRECUENCIA
VOMITOS	93
FIEBRE	81
DOLOR DE CABEZA O ESTOMAGO	76
HECES CON SANGRE	34
FALTA DE APETITO	56
DESHIDRATACION	12
OJOS HUNDIDOS	12
MUERTE	25
NO SABE	70
OTROS	23

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

Análisis: Dentro de los diferentes signos y síntomas de peligro de diarrea que son conocidos por parte de los usuarios de UCSF San Sebastián los principales son: la presencia de vómitos, dicho por 93 de los entrevistados; Además 81 opinan que la presencia de fiebre es un signos importante y principal motivo de consulta, 76 entrevistados consideran que el dolor de cabeza y de estómago, sin embargo de los 226 entrevistados, 70 no saben ningún signo o síntoma de peligro. Otros signos y síntomas que mencionaron son: presencia de sangre en heces, falta de apetito, muerte, ojos hundidos y deshidratación.

TABLA 18. MANEJO DE LA FIEBRE POR LOS RESPONSABLES DE LOS MENORES DE 5 AÑOS EN UCSF SAN SEBASTIAN

TABLA 18.1 IDENTIFICACIÓN DE LA FIEBRE

FORMA DE IDENTIFICAR LA FIEBRE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COLOCA SU MANO EN LA FRENTE O MEJILLAS	62	77%
UTILIZA UN TERMOMETRO	14	17%
VERIFICA LA TEMPERATURA SOLO SI LO NOTA SUDOROSO	5	6%
NO VERIFICO TEMPERATURA PORQUE NO SUELE DARLES FIEBRE	0	0%
TOTAL	81	100%

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

ANALISIS: 62 de las 81 personas que identificaron a la fiebre como un signo o síntoma de peligro de las diarreas dijeron que identifican la fiebre solo con “tocar caliente” al niño de la cara y mejías. Sin embargo 14 personas verifican la presencia de fiebre con termómetro en casa y las restantes 5 personas solo investigan fiebre en los niños si los notan sudorosos.

TABLA 18.2 MANEJO DE LA FIEBRE

MANEJO DE LA FIEBRE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LO ABRIGO	29	36%
PONGO TRAJOS HUMEDOS, LO BAÑO Y DOY ACETAMINOFEN	30	37%
NO LO BAÑO PORQUE ES MALO	22	27%
NINGUNA DE LAS ANTERIORES	0	0%
TOTAL	81	100%

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

ANALISIS: El 37% da un manejo adecuado a la fiebre con medios físicos y acetaminofén; el resto refirió que abriga al niño para que no pase frío y no lo baña, con un 36% y 27% de frecuencia respectivamente.

TABLA 19. TIPOS DE BEBIDA QUE DEBE RECIBIR UN NIÑO CON DIARREA EN LA UCSF SAN SEBASTIAN

TIPO DE BEBIDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SUERO ORAL Y AGUA	134	59%
BEBIDAS COMO GATORADE O POWERADE, ETC	57	25%
CUALQUIER BEBIDA COMO CAFÉ O GASEOSAS	32	15%
OTROS	3	1%
TOTAL	226	100%

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

Análisis: se observa que más del 50% de los encuestados mencionan que niño/a que presenta diarrea es necesario brindar suero de rehidratación oral y agua; un 25% considera que se debe hidratar con bebidas rehidratantes de venta libre como marcas como “Gatorade” entre otras, y el 16% restante consideran que se deben brindar cualquier bebida que el niño desee, sea este café, gaseosa o cualquier otra bebida.

TABLA 20. PRINCIPAL COMPLICACION DE LA DIARREA, UCSF SAN SEBASTIAN

COMPLICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DESHIDRATACIÓN	47	21%
MUERTE	39	17%
PÉRDIDA DE PESO	70	31%
OTROS	40	18%
NO SABE	30	13%
TOTAL	226	100%

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

Análisis: para los usuarios entrevistados de la UCSF San Sebastián la principal complicación de la diarrea es la pérdida de peso, seguido de los que respondieron de manera acertada mencionando la deshidratación. Algunos mencionaron otras alternativas no relacionadas con las diarreas como dificultad para caminar y dolor en los huesos, y se encuentran concentrados en la categoría de “otros” y solamente 30 personas manifestaron abiertamente que “no saben” cuál es la principal complicación de la diarrea.

TABLA 21. DESCRIPCIÓN DE UN PACIENTE CON DESHIDRATACIÓN, UCSF SAN SEBASTIAN

DESCRIPCION DESHIDRATACION	DE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NIÑO CON DIARREA CON SANGRE		12	5%
NIÑO INQUIETO, LLORA CON ABUNDANTES LAGRIMAS		123	54%
NIÑO CON OJOS HUNDIDOS, LENGUA SECA, LLANTO SIN LAGRIMAS		91	40%
TOTAL		226	100%

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

Análisis: Para el 54% de los entrevistados la descripción de un niño/a deshidratado es aquel que llora con abundantes lágrimas y se muestra inquieto; el 40% consideran que es deshidratación cuando el menor presenta ojos hundidos, boca seca y llora sin lágrimas. Tan solo el 5% describe deshidratación como el hallazgo de sangre en las heces.

TABLA 22. SITUACIONES ANTE LAS CUALES LOS RESPONSABLES DE LOS MENORES BUSCAN ATENCIÓN MEDICA, UCSF SAN SEBASTIAN

VARIABLE	FRECUENCIA
VARIAS DEPOSICIONES ACUOSAS EN 1 Ó 2 HORAS	121
VOMITA CON FRECUENCIA	185
DIARREA PERSISTE MÁS DE 1 SEMANA	216
TIENE LOS HOJOS HUNDIDOS	190
SE NIEGA A COMER	136
TIENE FIEBRE	144
SE NIEGA A BEBER	160
PRESENTA SANGRE EN LAS DEPOSICIONES	134
PARECE ESTAR DEBIL O SOMNOLIENTO	161
TIENE MUCHA SED	216

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

ANALISIS: Esta tabla compila las situaciones que promueven en los responsables de los menores de 5 años la búsqueda inmediata de atención médica en cualquier nivel de atención o prestador de servicios, las principales fueron que el niño presente diarrea por más de 1 semana y que presente

mucha sed. Otras de las consideradas como signos de alarma altamente elegidas son los vómitos frecuentes y ojos hundidos.

6.1.3 CLASIFICACIÓN DEL NIVEL DE INFORMACIÓN SOBRE SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA DE LA DIARREA, UCSF SAN SEBASTIÁN

Se realizó la revisión de cada una de las encuestas realizadas a los responsables de los niños/as menores de 5 años en la UCSF San Sebastián clasificándolas según el puntaje obtenido.

TABLA 23. CLASIFICACION DEL NIVEL DE INFORMACION DE LOS ENTREVISTADOS, UCSF SAN SEBASTIÁN

NIVEL DE INFORMACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJO	68	30%
MEDIO	126	56%
ALTO	32	14%
TOTAL	226	100%

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

TABLA 23. En esta tabla se muestra que en el municipio de San Sebastián predomina nivel de información medio con más de la mitad de la frecuencia (56%). Le continúa en frecuencia, con un 30%, el nivel bajo de información y solamente 14% logró el nivel alto.

TABLA 24. NIVEL DE INFORMACIÓN BAJO

PUNTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 PUNTOS	0	0%
1 PUNTO	9	4%
2 PUNTOS	21	9%
3 PUNTOS	38	17%
Total	68	30%

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

TABLA 24. En el nivel de información bajo se concentran los puntajes menores de 4 puntos constituyendo un 30% del total y en el que la mayoría alcanzó un máximo de 3 puntos correctos de toda la encuesta dejando en

evidencia que poseen muy poca información sobre que es la diarrea y como identificar los signos y síntomas de alarma

TABLA 25. NIVEL DE INFORMACION MEDIO

PUNTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
4 PUNTOS	32	14%
5 PUNTOS	32	14%
6 PUNTOS	34	15%
7 PUNTOS	28	13%
Total	126	56%

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

TABLA 25. Los encuestados con nivel de información medio alcanzaron la puntuación de 4 a 7; se observa una distribución similar en cada puntuación individual de esta categoría que totaliza el 56% de la muestra.

TABLA 26. NIVEL DE INFORMACIÓN ALTO

PUNTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
8 PUNTOS	21	9%
9 PUNTOS	8	3.5%
10 PUNTOS	2	1%
11 PUNTOS	1	0.5%
12 PUNTOS	0	0%
Total	32	14%

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

TABLA 26. En el nivel de información alto se encuentran los puntajes de 8 a 12 y conforman la minoría de la frecuencia con tan solo el 14%, y son las personas que tienen información suficiente para identificar la diarrea y los signos y síntomas de alarma que la pueden acompañar.

6.2 RESULTADOS OBTENIDOS EN LA UCSF TEPETITAN

6.2.1 VARIABLES EPIDEMIOLOGICAS Y FACTORES ASOCIADOS AL APARECIMIENTO DE LAS DIARREA, UCSF TEPETITAN

TABLA 1. CONSULTA POR DIARREA AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA EN LA UCSF TEPETITAN

CONSULTA POR DIARREA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	36	27%
NO	95	73%

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

ANÁLISIS: En esta tabla se recopila información acerca si el motivo de la consulta se debió a un cuadro diarreico o no. Del total de consultas el mayor porcentaje no se debió a un cuadro diarreico (se incluyeron otros motivos como infecciones respiratorias, enfermedades de la piel o tracto urinario), un 28% si correspondió a cuadros diarreicos

TABLA 2. EDAD DEL ENTREVISTADO RESPONSABLE DEL MENOR DE 5 AÑOS EN LA UCSF TEPETITAN

RANGOS DE EDAD	FRECUENCIA SIN DIARREA	PORCENTAJE	FRECUENCIA CASOS DE DIARREA	PORCENTAJE
14-24 años	28	21.5%	12	9%
25-35 años	31	24%	14	10.5%
36-46 años	17	13%	2	1.5%
47-57 años	6	4.6%	5	4%
58-68 años	7	5.4%	2	1.5%
69-79 años	4	3%	1	0.5%
80 o más años	2	1.5%	0	0%
TOTAL	95	73%	36	27%

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

ANALISIS: En esta tabla se puede observar que del total de sujetos sometidos al estudio, el mayor porcentaje de edades se encuentra entre las personas de 25 a 35 años, lo que nos indica que el cuidado de dichos menores se encuentra a cargo de población adulta, coincide también con la mayor frecuencia de personas que asistieron a consulta por diarrea.

TABLA 3. SEXO DE LA PERSONA ENTREVISTADA EN LA UCSF TEPETITAN

Sexo	Frecuencia sin diarrea	Porcentaje	Frecuencia casos de diarrea	Porcentaje
Femenino	72	55%	26	19.5%
Masculino	23	18%	10	7.5%
Total	95	73%	36	27%

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

ANÁLISIS: La tabla 3 indica que del total de los entrevistados el mayor porcentaje corresponde al sexo femenino. Dicho porcentaje triplica al porcentaje del sexo masculino que se encuentra al cuidado de los menores

TABLA 4. NIVEL DE ESCOLARIDAD DEL ENTREVISTADO EN LA UCSF TEPETITAN

NIVEL DE ESCOLARIDAD	FRECUENCIA SIN DIARREA	PORCENTAJE	FRECUENCIA CASOS DE DIARREA	PORCENTAJE
NINGUNA	21	16%	4	3%
BASICA	42	32%	17	13%
MEDIA	21	16%	11	8%
SUPERIOR	11	9%	4	3%
TOTAL	95	73%	36	27%

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

ANÁLISIS: El mayor porcentaje de la muestra refiere haber recibido educación básica es decir, haber cursado algún grado de escolaridad entre primero a noveno grado, lo cual puede limitar la comprensión de las indicaciones impartidas por el personal de salud, siendo este mismo grupo el que presenta mayor frecuencia de los casos de diarrea. Las personas con formación universitaria constituyen el grupo de menor frecuencia en la muestra.

TABLA 5. PARENTESCO DEL RESPONSABLE DEL NIÑO/A MENOR DE 5 AÑOS ENTREVISTADO, UCSF TEPETITAN

PARENTESCO DEL ENTREVISTADO O CON EL NIÑO/A	FRECUENCIA SIN DIARREA	PORCENTAJE	FRECUENCIA A CASOS DE DIARREA	PORCENTAJE
Madre	46	35%	18	13.6%
Padre	4	3%	9	6.7%
Abuelo/a	14	11%	5	3.7%
Otros	31	24%	4	3%
Total	95	73%	36	27%

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

ANÁLISIS: En esta tabla se aprecia que las madres son las que más consultan con los niños/as, ya sea que acuden con diarrea o no.

TABLA 6. EDAD DEL MENOR DE 5 AÑOS QUE ASISTIÓ A CONSULTA POR MORBILIDAD O A CONTROL INFANTIL EN LA UCSF TEPETITAN

EDAD DEL MENOR DE 5 AÑOS	FRECUENCIA SIN DIARREA	PORCENTAJE	FRECUENCIA CASOS DE DIARREA	PORCENTAJE
1 día a menor de 1 año	27	21%	3	2.2%
1 año a menor de 2 años	13	10%	4	3%
2 años a menor de 3 años	21	16%	10	7.5%
3 años a menor de 4 años	17	13%	14	10.5%
4 años a menor de 5 años	17	13%	5	3.8%
TOTAL	95	73%	36	27%

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

ANÁLISIS: En la tabla 6 las edades de los pacientes se centra entre las edades de 2 hasta 4 años, siendo estos uno de los grupos más vulnerables al desarrollo de diversos grupos de enfermedades, cabe destacar, que no corresponde solo a niños con morbilidades, sino también a aquellos que

asistieron sanos a su control infantil. De los niños/as que consultaron con diarrea, la mayoría se encuentra entre las edades de 3 a 4 años, seguidas por el grupo de niños entre 2 a 3 años.

TABLA 7. LUGAR DE RESIDENCIA DEL MENOR DE 5 AÑOS, UCSF TEPETITAN

RESIDENCIA	FRECUENCIA SIN DIARREA	PORCENTAJE	FRECUENCIA CASOS DE DIARREA	PORCENTAJE
URBANO	54	41%	25	19%
RURAL	41	32%	11	8%
TOTAL	95	73%	36	27%

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

ANÁLISIS: Del total de la muestra, la mayor frecuencia de casos de diarrea corresponde a personas provenientes del área urbana, constituida por 3 barrios (Bo. San José, San Agustín y El centro). El área rural está constituida por 3 colonias, 2 cantones y 1 zona marginal.

TABLA 8. MANEJO DE LA BASURA DE LOS ENTREVISTADOS EN LA UCSF TEPETITAN

MANEJO DE LA BASURA	FRECUENCIA SIN DIARREA	PORCENTAJE	FRECUENCIA CASOS DE DIARREA	PORCENTAJE
La entierran	11	8.4%	9	7%
La queman	23	17.6%	9	7%
Tren de aseo	48	37%	18	13%
Reciclan	11	8.4%	0	0%
Otros	2	1.6%	0	0%
total	95	73%	36	27%

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

ANÁLISIS: El manejo de la basura es un factor asociado al apareamiento de las diarreas debido al contacto de los habitantes con vectores y a la falta de higiene del ambiente si no se realiza de forma adecuada, en esta tabla se observa que la mayoría de las personas refirieron contar con el servicio de tren de aseo.

TABLA 9. ACCESO A SERVICIO DE AGUA POTABLE DE LOS ENTREVISTADOS, UCSF TEPETITAN

AGUA POTABLE	FRECUENCIA SIN DIARREA	PORCENTAJE	FRECUENCIA CASOS DE DIARREA	PORCENTAJE DE
SI	73	56%	23	17%
NO	22	17%	13	10%
TOTAL	95	73%	36	27%

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

ANALISIS: La mayoría del municipio de Tepetitán cuenta con el servicio de agua potable. De los 36 niños/as con diarrea durante la entrevista, 23 cuentan con servicio de agua potable y solamente 13 aun no se benefician.

TABLA 10. EDAD HASTA LA QUE RECIBIÓ LACTANCIA MATERNA EL MENOR DE 5 AÑOS QUE CONSULTÓ EN LA UCSF TEPETITAN

EDAD	FRECUENCIA SIN DIARREA	PORCENTAJE	FRECUENCIA CASOS DE DIARREA	PORCENTAJE
Más de 2 años	15	11.5%	4	3%
1 año a 2 años	28	21.5%	13	10%
6 meses a 1 año	27	20.5%	9	6.7%
Hasta 6 meses	7	5.3%	4	3%
0 meses a 3 meses	6	4.7%	1	0.6%
No recibió	0	0%	0	0%
No sabe	12	9.5%	5	3.7%
Total	95	73%	36	27%

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

ANÁLISIS: De los menores de 5 años el intervalo más alto que ha recibido o se encuentra recibiendo lactancia materna es para el grupo entre 1 y 2 años de edad, seguido por los niños entre 6 meses y 1 año de edad; éstos son también los intervalos con mayor incidencia de diarrea. Según la información recopilada, un dato importante es que el 100% de los consultantes ha recibido leche materna en alguna etapa de su crecimiento y desarrollo.

TABLA 11. . MEDIDAS DE HIGIENE QUE LOS RESPONSABLES DE LOS MENORES DE 5 AÑOS PRACTICAN PARA PREVENIR LA DIARREA, UCSF TEPETITAN

MEDIDAS DE HIGIENE	FRECUENCIA SIN DIARREA	FRECUENCIA CAOS DE DIARREA
Lavado de manos frecuente	62	20
Uso de puriagua o hervir el agua	18	9
Lavar frutas y verduras antes de consumirlas	15	9
Tapar los alimentos	20	7
Aseo del hogar	6	4
Otros	3	2
No sabe	8	6

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

ANÁLISIS: En esta tabla se puede observar que se reconoce como principal forma de prevención de enfermedades el lavado de manos, también realizan otras acciones como hervir el agua, cubrir los alimentos ya preparados, además 3 personas en la categoría “otros” manifestaron que el desparasitarse 2 veces al año previene las diarreas. Las medidas menos referidas por la población incluyen el uso de puriagua y el aseo del hogar.

**6.2.2 RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE NIVEL DE INFORMACION
ACERCA DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA DE DIARREA, UCSF
TEPETITAN**

TABLA 12. DEFINICION DE DIARREA DE ACUERDO A LA EXPERIENCIA DE LOS RESPONSABLES DE LOS NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS, UCSF TEPETITÁN

DEFINICION DE DIARREA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HECES BLANDAS SIN IMPORTAR EL NUMERO DE LAS DEPOSICIONES AL DIA	20	15%
HECES LIQUIDAS SIN IMPORTAR EL NUMERO DE VECES QUE LAS PRESENTE	56	43%
HECES LIQUIDAS O BLANDAS CON MAYOR FRECUENCIA A LAS NORMALES	55	42%

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

ANÁLISIS: En la tabla 12 podemos observar que la mayor parte de la muestra define la diarrea como heces líquidas, sin importar el número de veces que la presente, definición equivocada respecto a la definición establecida por OMS, sin embargo existe una mínima diferencia respecto a las personas que si dan una definición adecuada.

TABLA 13. TIEMPO QUE ESPERA PARA CONSULTAR CUANDO EL NIÑO/A MENOR DE 5 AÑOS TIENE DIARREA EN LA UCSF TEPETITAN

TIEMPO DE ESPERA PARA CONSULTAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO ESPERO NI UN DIA, CONSULTO EN LAS PRIMERAS HORAS	39	30%
DE 1 A 3 DIAS	82	62.30%
MÁS DE 3 DÍAS	10	7.70%

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

ANÁLISIS: En la tabla 13 se puede observar como la mayor parte de los entrevistados coinciden que consultan en los primeros 3 días del cuadro diarreico del menor. Otro porcentaje representativo consulta en las primeras horas. Ambas acciones acertadas con el fin de prevenir las complicaciones de las EDA. Un menor porcentaje opinó que esperaría más de 3 días para asistir a la consulta.

TABLA 14. PERSONA A LA QUE CONSULTA PRIMERO PARA EL TRATAMIENTO DE LA DIARREA EN LA UCSF TEPETITAN

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

PERSONA CON LA QUE CONSULTA PRIMERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LAS ABUELAS/OS	12	9.%
CURANDERO O SOBADOR	11	8%
MÉDICO	96	74%
AUTOMEDICACIÓN	12	9%

ANÁLISIS: En la tabla 14 podemos observar que en primera instancia los responsables de los niños menores de 5 años acuden a la consulta médica en un 74%, otros deciden llevarlo donde los abuelos o automedicarlos con lo que puedan comprar en la farmacia a fin de parar la diarrea, sin tener en cuenta que estas acciones pueden alterar el desenlace de una diarrea. El menor porcentaje respondió que decide asistir a un curandero o sobador.

TABLA 15. FRECUENCIA ANUAL CON LA QUE EL MENOR DE 5 AÑOS SE ENFERMA DE DIARREA, EN LA UCSFTEPETITAN

EPIODIOS DE DIARREA AL AÑO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNA VEZ AL AÑO	18	14%
1 A 3 VECES POR AÑO	84	64%
3 A 5 VECES POR AÑO	26	20%
MAS DE 5 VECES POR AÑO	3	2%

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

ANÁLISIS: En esta tabla se observa que el 63.84% de la población respondió que su niño/a, sufre en promedio 1 a 3 episodios de diarrea por año, coincidiendo con los datos epidemiológicos reflejados en la literatura, donde se establece que normalmente los menores de 5 años sufren al menos 3 episodios por año. Un menor porcentaje asegura que sus niños sufren más de 5 veces al año. Dato que no genera confiabilidad dado que no cuentan con una definición clara sobre el término diarrea.

TABLA 16. SUSPENSIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA DURANTE UN EPISODIO DE DIARREA EN LA UCSF TEPETITAN

SUSPENSIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA DURANTE LA DIARREA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
VERDADERO	55	42.30%
FALSO	76	57.69%

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

ANÁLISIS: Ante el cuestionamiento de, si es necesario que los niños/as que se alimentan con leche materna suspendan su consumo al presentar diarrea, el 57.69% respondió que tal afirmación es falsa, ya que el niño debe seguir alimentándose de acuerdo a su edad. Sin embargo un porcentaje representativo expresa que si es necesaria su suspensión.

TABLA 17. SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA EN LAS ENFERMEDADES DIARREICAS SEGÚN LOS RESPONSABLES DEL CUIDADO DE LOS MENORES DE 5 AÑOS, TEPETITAN.

SIGNO O SÍNTOMA DE ALARMA	FRECUENCIA
VOMITOS	54
FIEBRE	47
DOLOR DE CABEZA O ESTOMAGO	43
OTROS	38
HECES CON SANGRE	25
NO SABE	19
FALTA DE APETITO	14
DESHIDRATACION	8
OJOS HUNDIDOS	4

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

ANÁLISIS: Esta tabla responde a una pregunta de tipo abierta, para que los encuestados pudieran expresar lo que ellos consideraban de importancia identificar en caso de una enfermedad diarreica. En orden descendente los aspectos con mayor frecuencia mencionados fueron vómitos, fiebre y dolor de cabeza o estómago.

TABLA 18. MANEJO DE LA FIEBRE POR LOS RESPONSABLES DE LOS MENORES DE 5 AÑOS TEPETITAN

TABLA 18.1 IDENTIFICACIÓN DE LA FIEBRE

FORMA DE IDENTIFICAR LA FIEBRE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COLOCA SU MANO EN LA FRENTE O MEJILLAS	37	78.72%
UTILIZA UN TERMOMETRO	9	19.14%
VERIFICA LA TEMPERATURA SOLO SI LO NOTA SUDOROSO	1	2.12%
NO VERIFICO TEMPERATURA PORQUE NO SUELES DARLE FIEBRE	0	0%

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

ANÁLISIS: En esta tabla es posible observar que la mayor parte de las personas respondió que efectúan la medición de la fiebre mediante el contacto físico de su piel con la del menor. Hecho que resulta demasiado subjetivo y entorpece su diagnóstico, ya que la temperatura de la piel es influenciada por múltiples factores. Un pequeño porcentaje expresa realizar la cuantificación mediante un termómetro, lo cual es esperado debido a que la población no tiene las características de escolaridad ideales para la correcta aplicación de la medición de temperatura corporal

TABLA 18.2 MANEJO DE LA FIEBRE

MANEJO DE LA FIEBRE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LO ABRIGO	6	12.76%
PONGO TRAJOS HUMEDOS, LO BAÑO Y DOY ACETAMINOFEN	32	68.08%
NO LO BAÑO PORQUE ES MALO	7	14.89%
NINGUNA DE LAS ANTERIORES	2	1.53%

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

ANÁLISIS: En esta tabla se puede observar que el mayor porcentaje de los encuestados respondió que la primera medida que llevan a cabo para disminuir la fiebre en casa es poner “trapos húmedos” bañar al niño y administrarle acetaminofén, acciones adecuadas en lo que asisten a la consulta y son evaluados por un médico. Porcentajes menores expresan no bañarlos y abrigoarlos, acciones inadecuadas que pueden poner en peligro la vida de un

niño, dado el riesgo de convulsión febril. El menor porcentaje expreso no llevar a cabo ninguna acción.

TABLA 19. TIPOS DE BEBIDA QUE DEBE RECIBIR UN NIÑO CON DIARREA, TEPETITAN

BEBIDAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SUERO ORAL Y AGUA	83	63.07%
BEBIDAS COMO GATORADE O POWERADE, ETC	40	30.76%
CUALQUIER BEBIDA COMO CAFÉ O GASEOSAS	6	4.61%
OTROS	2	1.53%

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

ANÁLISIS: En la tabla 19 se refleja que el mayor porcentaje de las personas expresa que la principal bebida que deben recibir los niños son el suero oral y el agua, medida muy importante a tomar en cuenta por los responsables dada la importancia de la restitución de líquidos y la prevención de la deshidratación. Un porcentaje relevante de estas personas opina que es adecuado el consumo de bebidas rehidratantes, sin embargo dicha acción no es considerada adecuada debido a que las pérdidas de volumen y electrolíticas son diferentes en un cuadro diarreico y durante el ejercicio físico. Otro porcentaje menor opina que lo importante es reponer líquidos sin importar como estos estén compuestos, lo cual los hace vulnerables a exacerbar dicho cuadro si se administras bebidas con alto contenido de carbohidratos no solubles (bebidas gaseosas, zumos de frutas, entre otros). Un menor porcentaje considera de importancia de consumo de otras bebidas tales como el agua de coco, agua de arroz, o algunos remedios caseros.

TABLA 20. PRINCIPAL COMPLICACION DE LA DIARREA EN UCSF TEPETITAN

COMPLICACION	FRECUENCIA
MUERTE	43
DESNUTRICION O PERDIDA DE PESO	40
DESHIDRATAACION	24
OTROS	14
NO SABE	10

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

ANÁLISIS: Esta tabla responde a una pregunta de tipo abierta, donde los encuestados pudieron expresar la o las complicaciones que consideraban de mayor gravedad. La mayor frecuencia de respuestas refleja como principal complicación LA MUERTE. Hecho que puede manifestarse en caso de no corregir la deshidratación. Sin embargo la deshidratación corresponde al tercer lugar en orden descendente de importancia. Entre otras situaciones que son preocupantes para la población se encuentran la desnutrición y pérdida de peso.

TABLA 21. DESCRIPCIÓN DE UN PACIENTE CON DESHIDRATACIÓN

DESCRIPCION DE DESHIDRATAACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NIÑO CON DIARREA CON SANGRE	30	23.07%
NIÑO INQUIETO, LLORA CON ABUNDANTES LAGRIMAS	26	20%
NIÑO CON OJOS HUNDIDOS, LENGUA SECA, LLANTO SIN LAGRIMAS	75	56.92%

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

ANÁLISIS: El mayor porcentaje de la población respondió que un niño deshidratado tiene como características principales ojos hundidos, lengua seca y llanto sin lágrimas. Hecho que resulta de importancia dado que saben identificar el momento oportuno para consultar, sin embargo otros porcentajes representativos no cuentan con la claridad de términos para responder como debe verse un niño deshidratado dado que expresa que es aquel que presenta deposiciones con sangre o si se muestra inquieto y llorando con abundantes lágrimas.

TABLA 22. SITUACIONES ANTE LAS CUALES LOS RESPONSABLES DE LOS MENORES BUSCAN ATENCIÓN MEDICA EN UCSF TEPETITAN

VARIABLE	FRECUENCIA
VARIAS DEPOSICIONES ACUOSAS EN 1 Ó 2 HORAS	104
VOMITA CON FRECUENCIA	92
DIARREA PERSISTE MÁS DE 1 SEMANA	92
TIENE LOS HOJOS HUNDIDOS	86
SE NIEGA A COMER	85
TIENE FIEBRE	81
SE NIEGA A BEBER	81
PRESENTA SANGRE EN LAS DEPOSICIONES	80
PARECE ESTAR DEBIL O SOMNOLIENTO	77
TIENE MUCHA SED	74

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

ANÁLISIS: Esta tabla reúne situaciones que generan alarma en los cuidadores y padres de familia, ante las cuales se ven obligados a buscar ayuda médica, la principal si el niño está presentando varias deposiciones acuosas en 1 o 2 horas. Otras situaciones consideradas como signos de alarma son si vomita con frecuencia o si la diarrea persiste más de 1 semana. Llama la atención el hecho de que a pesar que la población reconoce un niño deshidratado una de las respuestas con menor porcentaje es que el niño presente mucha sed, cuando es este uno de los principales factores que debe generar alarmar acerca del grado de deshidratación.

6.2.3 CLASIFICACIÓN DEL NIVEL DE INFORMACIÓN SOBRE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA DE LA DIARREA, UCSF TEPETITAN

TABLA 23. CLASIFICACION DEL NIVEL DE INFORMACION DE LOS ENTREVISTADOS, UCSF TEPETITAN

NIVEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJO	10	8%
MEDIO	77	59%
ALTO	43	33%
TOTAL	131	100%

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

ANÁLISIS: Mediante la revisión individual de cada encuesta fue posible establecer que los responsables de los menores de 5 años del municipio de Tepetitán tienen un nivel de información medio acerca de los signos y síntomas de alarma de las enfermedades diarreicas.

TABLA 24. NIVEL DE INFORMACIÓN BAJO

PUNTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 PUNTOS	0	0%
1 PUNTO	0	0%
2 PUNTOS	4	%
3 PUNTOS	6	%
TOTAL	10	8%

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

ANÁLISIS: TABLA 24. Las personas que conforman este grupo son aquellas que respondieron menos de 4 interrogantes del cuestionario al momento de la entrevista, de este porcentaje se observa que la mayoría de personas obtuvieron 3 puntos, con lo que se concluye que estas personas podrían tener problemas al asimilar las recomendaciones del médico.

TABLA 25. NIVEL DE INFORMACION MEDIO

PUNTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
4 PUNTOS	17	22%
5 PUNTOS	21	27%
6 PUNTOS	22	29%
7 PUNTOS	17	22%
TOTAL	77	59%

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

ANÁLISIS: TABLA 25. Las personas incluidas en esta categoría son aquellas que obtuvieron un puntaje entre 4 y 7. De este total de población se puede observar que el mayor porcentaje es para aquellos que obtuvieron un total de 28.57%

TABLA 26. NIVEL DE INFORMACIÓN ALTO

PUNTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
8 PUNTOS	19	44%
9 PUNTOS	11	25%
10 PUNTOS	8	19%
11 PUNTOS	3	7%
12 PUNTOS	2	5%
TOTAL	43	33%

FUENTE: ENCUESTA DE ENTREVISTA DIRIGIDO A MUESTRA

ANÁLISIS: TABLA 26. Las personas que se encuentran en este nivel de información el mayor porcentaje obtuvo un total de 8 puntos. Este grupo de personas cuenta con los conocimientos básicos para la identificación temprana de signos y síntomas de alarma.

7. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

7.1 DISCUSIÓN UCSF SAN SEBASTIÁN

La diarrea consiste en un aumento del 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.

En el presente trabajo de investigación se proporciona información acerca de las variables epidemiológicas, factores asociados al apareamiento de las diarreas y la clasificación del nivel de información acerca de los signos y síntomas de alarma de los responsables de los niños/as menores de 5 años.

Dentro de lo relevante de las variables epidemiológicas la baja escolaridad, edad más joven del entrevistado y el lugar de residencia influyen en la incidencia de las diarreas. Además los factores asociados al apareamiento de las diarreas, tales como, acceso al agua potable en el hogar, manejo de la basura, la mayor duración de la lactancia materna y la puesta en marcha de las medidas de higiene han intervenido en la disminución de la frecuencia de diarreas en el municipio.

En cuanto a la información que los responsables poseen sobre la diarrea se encuentra que no tienen un concepto correcto de lo que es diarrea, ya que la mayoría la describe como “heces líquidas” sin prestar mayor atención a la frecuencia de las deposiciones. Otro punto a señalar es el manejo de la diarrea, con un notable 63% de las personas que refieren buscar atención médica y la disminución de las personas que refieren recurrir a etnoprácticas, con tan solo el 5 % de la frecuencia.

Según la OMS, de 1 a 3 episodios de diarrea al año es el promedio de un niño/a menor de 5 años, mostrando la investigación que el 54% de los entrevistados refirió esta frecuencia anual de la morbilidad en su niño/a. A la población aun se le dificulta la identificación de los signos y síntomas de alarma que sean específicos para la diarrea, y presentan especial preocupación por la disminución del apetito descuidando la vigilancia de los signos de deshidratación.

En cuanto al nivel de información, para municipio de San Sebastián más de la mitad de la muestra clasifica en el nivel de información medio con un 56%. El nivel bajo de información contienen al 30% y solamente el 14% se encuentran en el nivel alto de información.

7.2 DISCUSION UCSF TEPETITÁN.

La presente investigación tiene como finalidad investigar el nivel de información sobre signos y síntomas de alarma de las enfermedades diarreicas que conocen los responsables de los niños y niñas menores de 5 años que consultaron en las UCSF de los municipios de San Sebastián y Tepetitán, departamento de San Vicente en los meses de junio a agosto de 2015; para lo cual se plantearon los siguientes objetivos: 1. Clasificar el nivel de información de los responsables de los niños menores de 5 años de edad acerca de los signos y síntomas de la alarma de las enfermedades diarreicas, 2. Identificar variables epidemiológicas y factores asociados al apareamiento de diarrea. El tipo de estudio fue descriptivo. La muestra fue seleccionada mediante fórmula para población finita, obteniendo un total de 131 personas para el municipio de Tepetitán. Cada uno de ellos fue entrevistado en forma individual utilizando como instrumento un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas a fin de investigar el nivel de conocimiento de las personas entrevistadas en base al total de preguntas respondidas de forma correcta.

Según la OMS, 1 de cada 5 muertes en los niños menores de 5 años de edad se deben a enfermedades infecciosas y trastornos nutricionales. Se registran aproximadamente entre 4 y 5 millones de defunciones por esta causa y alrededor de 750 a 1000 millones de episodios de diarrea al año. La gravedad de la diarrea está en relación con el grado de deshidratación, por lo que es necesaria una valoración lo más exacta posible de esta para evitar tanto un retraso en el tratamiento, como intervenciones innecesarias. De forma simplificada, un niño con deshidratación presentará comúnmente los siguientes signos y síntomas: sed, fontanela hundida, ojos hundidos, secos, llanto sin lágrimas, boca seca, irritabilidad y fiebre.

De acuerdo a lo investigado entre la población del municipio de Tepetitán se reconocen los siguientes datos, consideraron que entre los principales signos y síntomas que generarían alarma en ellos ante una enfermedad diarreica son: vómitos, fiebre, dolor de cabeza o estómago, heces con sangre, falta de apetito, entre otros. Lo que demuestra que si bien es cierto no responden de una forma exacta ante las situaciones mencionadas en el párrafo previo, reconocen aspectos siempre importantes en el contexto de una diarrea que no dejarían pasar desapercibidos y ante los cuales acudirían en busca de ayuda médica

La importancia del reconocimiento de tales circunstancias radica en el hecho de que las muertes por diarreas pueden ser prevenibles ni se determinan y tratan de forma adecuada sus complicaciones. Esto es bien conocido por los encuestados quienes reconocen como complicación directa de la diarrea la muerte, seguido por los trastornos nutricionales y deshidratación que aunque es reconocida de forma indirecta, se encuentra entre las 3 principales complicaciones conocidas por la población.

Otro dato destacado de esta investigación, es que, como se mencionó en el apartado anterior el mayor porcentaje de la población entrevistada tiene un nivel de escolaridad básica, lo cual constituyen una limitante para expresar de una forma adecuada sus conocimientos. Reconocieron de forma acertada las características de un niño con diarrea: ojos hundidos, boca seca y llanto sin lágrimas.

Por otra parte, se investigaron aquellos factores asociados al apareamiento de diarrea. Se menciona que los factores que aumentan la susceptibilidad huésped son la edad más joven, la malnutrición, inmunodeficiencia, poca alimentación con lactancia materna o el destete precoz con introducción de leche artificial en edades tempranas, manipulación inadecuada de los alimentos, no hervir el agua para el consumo diario o el aseo infrecuente de manos. Se enumeran además otros factores como el bajo peso al nacer, al hacinamiento, los tabúes alimentarios en cuanto a la ablactación y el mal manejo del episodio diarreico.

Entre las características encontradas principalmente en esta población destaca el hecho de que el nivel de educación es básico, no hay un manejo adecuado de los desechos sólidos, debido a que no todas hacen uso del tren de aseo, algunas personas optan por enterrarlos o quemarlos, acciones que promueven la acumulación y criaderos de vectores transmisores de enfermedades diarreicas. Otro aspecto destacado es que no toda la población tiene acceso a los servicios de agua potable, y en la mayoría de los casos no hay un tratamiento adecuado del agua de consumo humano. Sin embargo resalta el hecho de que los niños menores de 5 años en su totalidad han recibido lactancia materna, el mayor porcentaje expresa que lo hizo hasta los 2 años de edad, con lo podemos asegurar que se han transmitido gran cantidad de

anticuerpos que sin duda les brindaran protección mientras hay un desarrollo individual del sistema inmunológico.

Para finalizar fue posible conocer que la población reconoce como principal medida preventiva para la trasmisión de enfermedades el lavado de manos, por lo cual se incentiva a continuar practicándolo a diario.

8. CONCLUSIONES

8.1 CONCLUSIONES UCSF SAN SEBASTIAN

1. En el municipio de San Sebastián, el nivel de información acerca de los signos y síntomas de alarma de las diarreas de los responsables de los niños/as menores de 5 años es “nivel medio”, con lo cual logran identificar la diarrea y buscar atención médica oportuna, sin embargo presentan confusión y dificultad para reconocer los signos y síntomas de alarma.
2. Las variables epidemiológicas baja escolaridad, edad más joven y el lugar de residencia del responsable influyen en la incidencia de las diarreas. Además los factores asociados al surgimiento de diarreas, tales como, contar los servicios básicos en el hogar y que la mayoría de niños logran recibir inmunidad pasiva brindada por la lactancia materna intervienen en la disminución de la frecuencia de diarreas en el municipio.
3. Se concluye que la UCSF San Sebastián junto con otras instituciones, como los centros educativos y alcaldía, han realizado labores de promoción y educación en salud con las cuales los habitantes del municipio se han visto beneficiados en la disminución de las complicaciones de la diarrea.

8.2 CONCLUSIONES UCSF TEPETITAN

4. La población del municipio de Tepetitán responsable de los menores de 5 años cuenta con un nivel de información medio, acerca de los signos y síntomas de alarma de las enfermedades diarreicas.

5. La mayoría de los responsables de los menores de 5 años de edad cuentan con un nivel de escolaridad básico, lo cual en determinadas situaciones puede influir en el grado de asimilación de las recomendaciones emitidas por el personal de salud.

6. Debido al bajo porcentaje de niños y niñas que durante la entrevista cursaban con enfermedad diarreica, se concluye que las medidas de prevención promocionadas por la UCSF y adoptadas por la población han sido efectivas para su control.

9. RECOMENDACIONES

1. Adoptar la práctica continua de las medidas de higiene en el hogar y uso de puriagua colaborar con la promoción de las mismas en la comunidad con los vecinos y familiares.
2. Hacer promoción de la disponibilidad de puriagua en el centro de salud, para que la población conozca que puede ser utilizado como método de tratamiento para el agua de consumo diario.
3. Acudir a la consulta médica en caso de presentar diarrea o identificar cualquiera de los signos y síntomas de alarma, además de acatar todas las recomendaciones proporcionadas por el personal de salud
4. No automedicar ni consumir medicamentos antidiarreicos sin orden médica.
5. Presentarse al control de diarrea en 24-48 horas posterior a la primera consulta para ser reevaluado por el médico
6. Capacitar al personal de la UCSF en la identificación de la diarrea, medidas preventivas y sobre signos y síntomas de alarma de las diarreas para que sean promotores activos en sus lugares de residencia.
7. Priorizar en la consulta diaria la atención de las personas que presenten signos y síntomas de alarma.
8. Presentarse a los controles por morbilidad las veces que el médico indique.

9. Capacitar a todo el personal médico y administrativo de la UCSF para que todo aquel que tenga contacto con el paciente pueda identificar los signos comunes a la deshidratación para dar prioridad a estos en el caso de la consulta.

11. BIBLIOGRAFIA

- (1) Organización Panamericana de la Salud. Diarrea. Diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes graves de la infancia (0-5 años). 2° edición. 2004. p 51-64
- (2) Ministerio de Salud de El Salvador. Parasitismo intestinal. Guías clínicas de pediatría. San Salvador. Programa editorial MINSAL 2012. 132-138
- (3) Ministerio de Salud de El Salvador. VigEpES. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. [en línea] <vigepes.salud.gob.sv>[consulta : 15 de abril 2015]
- (4) Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos técnicos para la atención integral de niños y niñas menores de cinco años. San Salvador. Programa editorial MINSAL. 4° ed.2014
- (5) Kliegman R, Behrman R, Jenson H, Stanton B. DIARREA. Nelson, Tratado de pediatría. 18° ed. Barcelona: Elsevier; 2009. p 1605-1617.
- (6) Burgoa Rivero, C, Salas Mallea, A. Conocimientos y actitudes frente a signos de alarma en infecciones respiratorias y diarreicas en niños menores de 5 años. Rev Soc Bol Ped.2008.47 (2)72-76.
- (7) Román Riechmann E, Barrio Torres J, López Rodríguez MJ. Diarrea aguda. SEGHNPA-AEP. 2012; 11-19
- (8) De la Cruz M, Herrera, Pàrraga K ET al. Prácticas de la higiene y su relación con la prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda. Rev. FAC. MED Hum 2005; 5 (1) : 19-26
- (9) Ministerio de Salud de El Salvador. Diarrea y tratamiento de la deshidratación. Guías clínicas de pediatría. San Salvador. Programa editorial MINSAL 2012. P 89-96.
- (10) Trochez P. H B. Semiología pediátrica. Tegucigalpa: Editorial Universitaria; 1985. P 110-114
- (11) Manual Harriet Lane de pediatría ed. 18
- (12) Rosiel Melendez M. La muestra. Como preparar la tesis de graduación. San Salvador. 2012 p 20-39

ANEXOS

ANEXO2: MANIFESTACIONES CLINICAS PROGRESIVAS DE AUMENTO DE LA SEVERIDAD DE LA DESHIDRATACION

Manifestaciones clínicas progresivas de aumento en la severidad de la deshidratación				
Escenario	Puntos de revisión clínica	Deshidratación clínicamente no detectable (GEA sin deshidratación)	Deshidratación clínica (gea con deshidratación con 2 o más flechas rojas)	Choque clínico (GEA deshidratación severa: con uno o más flechas rojas)
Síntomas a distancia (interconsulta no presencial)	1. Apariencia	"Se ve bien"	"Se ve en mal"	"estado deteriorado"
	2. Estado de conciencia	Alerta y responde espontáneamente	Alteración de la capacidad de respuesta (Irritable, responde a la voz por su nombre)	Disminución del nivel de conciencia, letárgica o inconsciencia hasta no respuesta
	3. Micción	Normal de la producción de orina (2 -4 cc/kg/hora)	Disminución del gasto urinario bajo el valor basal normal	No micción en las últimas 6 horas
	4. Piel	Color de la piel sin cambios	Color de la piel sin cambios	Piel pálida o moteada
	5. T° de extremidades	Normales o calientes	Normales o calientes	Frialdad distal
Síntomas en el consultorio (a las anteriores se agregan)	6. Párpado inferior.	Ojos no hundidos	Ojos hundidos	Ojos hundidos
	7. Mucosas y sed.	Membranas mucosas húmedas (excepto después de una bebida), no hay sed.	Membranas mucosas secas y bebe ávidamente o con sed	Membranas mucosas secas, no puede beber
	8. Frecuencia cardíaca.	Normal para la edad	Taquicardia	Taquicardia
	9. Frecuencia respiratoria	Patrón de respiración normal para la edad	Taquipnea	Taquipnea
	10. Pulsos	Pulsos periféricos normales	Pulsos periféricos normales	Pulsos periféricos Débiles
	11. Circulación	Llenado capilar normal (menor de 2 segundos)	Llenado capilar normal (menor de 2 segundos)	Prolongación del tiempo de llenado capilar (mayor de 2 segundos)
	12. Piel y signo del pliegue cutáneo	Turgencia de la piel normal y no signo del pliegue	Reducción de la turgencia de la piel y signo del pliegue positivo (se retrae lentamente menor de 2 segundos)	Reducción de la turgencia de la piel y signo del pliegue positivo (se retrae muy lentamente mayor de 2 segundos)
	13. Presión arterial	Normal para la edad	Normal para la edad	Hipotensión (Bajo el Percentil 5 del valor de PA para la edad) =choque hipotensivo

Fuente: Modificado de: Clínica Guideline (April 2009 NSH-NICE, pág. 9) Diarrhoea and vomiting diagnosis, assessment and management in children younger than 5 years caused by gastroenteritis, y (MSPAS 2007, pág. 64) Guía de Atención de Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia en menores de 5 años.

ANEXO3: MANIFESTACIONES CLINICAS POR AGENTE ETIOLOGICO DE LA DIARREA PARASITARIA

Manifestaciones clínicas

Giardiasis	a) Asintomático	b) Giardiasis aguda: diarrea pastosa, líquida o esteatorreica, fétidas, vómitos, náuseas, distensión abdominal con dolor y pérdida de peso.	c) Giardiasis crónica: sintomatología subaguda, signos de malabsorción, desnutrición y anemia.
Amibiasis.	a) Amebiasis asintomática: representa el 90% del total.	b) Amebiasis intestinal invasora aguda o colitis amebiana disintérica: Deposiciones con contenido mucoso, hemático, tenesmo, deposiciones abundantes al principio y casi inexistente posteriormente, dolor abdominal tipo cólico. Pacientes desnutridos o inmunodeprimidos: casos de colitis amebiana fulminante, perforación y formación de amebomas con cuadros de obstrucción intestinal asociados.	c) Amebiasis intestinal invasora crónica o colitis amebiana no disintérica: dolor abdominal tipo cólico con cambio del ritmo intestinal, intercalando periodos de estreñimiento con deposiciones diarreicas, tenesmo leve, sensación de plenitud postprandial, náuseas, distensión abdominal, meteorismo y borborigmos.
Criptosporidiasis.	a) Asintomática.	b) Forma intestinal: cuadro autolimitado, frecuente en guarderías y piscinas durante epidemias. Puede ser más prolongado en pacientes con inmunodepresión. Deposiciones diarreicas acuosas con dolor abdominal, fiebre, náuseas, vómitos, signos de deshidratación, pérdida de peso.	c) Forma extraintestinal: en inmunodeprimidos (SIDA) con afectación de sistema respiratorio, hepatitis, artritis reactivas y afectación ocular.
Balantidium coli	a) Asintomática.	b) Infección Aguda: Náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea mucosa, sanguinolenta o acuosa	Episodios intermitentes y crónicos de diarrea, propagación a ganglios mesentéricos, pleura o hígado (raro), úlceras de intestino e invasión bacteriana secundaria.
Blastocystis hominis	a) Asintomática.	Distensión abdominal, flatulencia, diarrea leve o moderada con leucocitos o sangre en heces, dolor abdominal y náuseas.	

Oxiuriasis	Frecuentemente asintomática. Prurito anal o sensación de cuerpo extraño, invasión genital (vulvovaginitis), despertares nocturnos, sobreinfección secundaria a excoriaciones por rascado, dolor abdominal (menos frecuente).
Tricocefalosis (Trichuris-trichuria)	Asintomática. En pacientes inmunodeprimidos: dolor cólico y deposiciones diarreicas ocasionales, cuadros disenteriformes y prolapso rectal.
Ascariidiosis	Digestiva: dolor abdominal difuso, meteorismo, vómitos y diarrea. Respiratorio: desde sintomatología inespecífica hasta Síndrome de Löeffler (cuadro respiratorio agudo con fiebre de varios días, tos y expectoración abundantes y signos de condensación pulmonar transitoria). Otras: anorexia, malnutrición, obstrucción intestinal, absceso hepático.
Taenia saginata	Síntomas de tipo irritativa mecánica e inespecífica: meteorismo, náuseas, dolor abdominal, etc. Puede ocurrir salida de proglótides a nivel anal con molestia y prurito perineal, así como la observación del deslizamiento de las mismas dejando un líquido lechoso muy pruriginoso y muy rico en huevos.
Cisticercosis (Taenia solium)	Neurocisticercosis: epilepsia de aparición tardía, cefalea y signos de HIC, síndrome psicótico, meningitis aséptica, síndrome de los pares craneales, síndrome medular. Nódulos subcutáneos y musculares blandos y no dolorosos. Afectación oftálmica: generalmente unilateral. Si la larva muere, puede producir importante reacción inflamatoria y provocar importante reacción uveal, desprendimiento de retina y ceguera.
Absceso hepático amebiano	Malestar general, fiebre, escalofrío, dolor en hipocondrio derecho que puede irradiarse a hombro, epigastrio y espalda, hepatomegalia, náusea, vómito, diarrea, cólico.

Fuente: Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Infectología Pediátrica, 2010.

ANEXO4: AFICHE DE PLAN A DEL TRATAMIENTO DE LA DESHIDRATACION

TRATAMIENTO PARA LA DIARREA SIN DESHIDRATACIÓN

PLAN "A"

TODA NIÑA - NIÑO MENOR DE 2 MESES CON DIARREA DEBE REFERIRSE URGENTEMENTE AL ECOS ESPECIALIZADO O AL HOSPITAL DE LA RED

Dar consejería a la madre o cuidador de las cuatro reglas del tratamiento en la casa para prevenir la deshidratación

1

DARLE MAS LIQUIDOS DESPUES DE CADA EVACUACION (Todo lo que el niño - niña sujeta)



- **DAR LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES A LA MADRE O CUIDADOR**
 - ✓ Darlo al pecho con más frecuencia y durante más tiempo cada vez.
 - ✓ Darlo una o varias de las siguientes líquidos: solución de SRO, líquidos caseros de azúcar (como agua de arroz, agua de coces, refresco de mango) o agua segura.
 - ✓ **NO** dar bebidas gaseosas, ni líquidos azucarados, ni bebidas heladas para deportistas.
 - ✓ Lávase las manos y tróquelas con agua y jabón. Antes de preparar los alimentos, antes de alimentarlo, después de usar la letrina, después de cambiar al niño.
- **ENSEÑAR A LA MADRE O CUIDADOR A PREPARAR Y DAR SRO, ENTREGARLE DOS SOBRES DE SRO PARA USAR EN CASA Y DESECHAR EL SUERO-ORAL QUE NO UTILIZÓ EN 24 HRS)**

- **EXPLICAR A LA MADRE O CUIDADOR LA CANTIDAD DE LIQUIDOS QUE DEBE DARLE EN CASA**
 - ✓ Como preparar el SRO (diluendo un sobre en un litro de agua segura, recordándole como medir en litro).
 - ✓ Si no sujeta el suero, no debe preocuparse y ofrecer los otros líquidos recomendados de la siguiente manera:
 - Menor de 1 año: 30 a 100 ml (1/2 taza) después de cada evacuación.
 - Mayor de 1 año: 100 a 200 ml (1 taza) después de cada evacuación.
 - ✓ Administrar frecuentemente pequeñas sorbos de líquido con una taza y cucharita.
 - ✓ Si vomita, esperar 20 minutos y después continuar, pero más lentamente. Si presenta diarrea o más vómitos en una hora, consultar URGENTEMENTE al establecimiento de salud.
 - ✓ Continuar darle más líquido mientras sigue diarrea.

2

CONTINUAR DÁNDOLE PECHO Y ALIMENTACIÓN SEGÚN SU EDAD

- ✓ Dar alimentos suaves que le gustan. No grasosos.
- ✓ Dar alimentos secos crudos y cocidos.
- ✓ Recordarle a la madre que lavar un tiempo más de comida durante dos semanas después de haberse recuperado de la enfermedad.



3

NO AUTOMEDICAR

- ✓ **NO** automedicar (no dar antibióticos ni antidiarreicos) y otros líquidos que no sean recomendados por el personal de salud.
- ✓ **No** usar Analgésicos de prescripción médica.
- ✓ **No** llevarlo a los hospitales o centros de salud.



4

CUÁNDO REGRESAR INMEDIATAMENTE AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

- **CUÁNDO PRESENTE LOS SIGUIENTES SIGNOS DE PELIGRO DE LA DESHIDRATACIÓN**
 - ✓ No puede beber ni tomar el pecho
 - ✓ Letárgico o inconsciente
 - ✓ Ojos hundidos, signos de pliegue
 - ✓ Vómito toxéico
 - ✓ Aumenta las evacuaciones
 - ✓ Presencia heces con sangre

Evaluar el riesgo social, notificar y referir a la UCSP según lineamientos de referencia y retorno

<ol style="list-style-type: none"> 1. Diarrea en 24 horas con vómitos en vómitos de gran importancia: referir. 2. Hacer visitas a la madre o cuidador de la importancia de lavar el material de preparación de salud para darle seguimiento. 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Dos tratamientos de ZINC por 14 días + Planos de 5 meses: 10 mg, al día + Dos 6 meses a 1 año: 20 mg, al día 4. Enseñar a la madre la hoja recomendada de COCOP sobre los signos de peligro de la diarrea. 5. Recordar a la madre que la diarrea puede durar entre 7 a 14 días.
--	--

NO UTILIZAR ANTIEMÉTICOS, NI ANTIDIARRÉICOS

ANEXO5: AFICHE DE PLAN B DEL TRATAMIENTO DE LA DESHIDRATACION

TRATAMIENTO PARA LA DIARREA CON DESHIDRATACION PLAN "B"

TODA NIÑA - NIÑO MENOR DE 2 MESES CON DIARREA DEBE REFERIRSE URGENTEMENTE AL ECOS ESPECIALIZADO O AL HOSPITAL DE LA RED

Tratar la deshidratación en las Unidades de Rehidratación Oral (URO) de los establecimientos de salud

Administrar durante cuatro horas en el establecimiento de salud, la cantidad recomendada de SRO, evaluándolo cada hora y posteriormente dos horas más con Plan "A" para asegurar que se encuentre hidratado y pueda ser enviado a su casa.

- 1

PESARLO Y DETERMINAR LA CANTIDAD APROXIMADA DE SRO QUE DEBERÁ ADMINISTRARSE DURANTE CUATRO HORAS

 - La cantidad aproximada de SRO necesaria en ml para administrar en 4 horas, se calcula multiplicando el peso de la niña-niño en Kg, por 75 ml y se divide entre 4.
 - Hacer la demostración de la preparación y administración del SRO a la madre o cuidador, dando con frecuencia pequeños sorbos de SRO con una tasa y cucharita.
 - Verifique que ingiera la cantidad administrada de SRO por hora.
- 2

EVALUAR LOS SIGNOS VITALES Y LOS SIGNOS DE LA DESHIDRATACIÓN DE ACUERDO AL ESTADO CLÍNICO CADA HORA

 - Utilice la Hoja de Evaluación del tratamiento de la deshidratación por diarrea (Plan B)
 - Evalúe cada hora el estado de hidratación tomando signos vitales y evaluando los signos de la deshidratación.
 - Si presenta dos signos de deshidratación grave, REFERIR URGENTEMENTE al Ecos Especializado u Hospital de la Red.
 - Si vomita, espere 20 minutos y después continúe; pero más lentamente.
 - Si continúa vomitando referirlo inmediatamente al Ecos Especializado u Hospital de la Red.
 - Si es posible realizar vena a hidratar antes de referir; 20 cc /kg cada 20 minutos en Pls de 3.
 - Si cuenta con laboratorio tomar Examen General de Heces (EGH), Prueba de Azú de Metileno (PAM), Hemograma Completo y General de Orina en la primera hora y decidir el tratamiento según resultado.


- 3

REEVALUAR CUATRO HORAS DESPUÉS:

 - Reevaluar y clasificar la deshidratación, según signos vitales y los signos de la deshidratación.



Si continúa deshidratado, ordene espeso venoso y referirlo inmediatamente al Ecos Especializado u Hospital de la Red; no olvidar evaluar el riesgo social.
- 4

Si está hidratado continuar la hidratación oral con Plan A por dos horas más en el establecimiento y evaluar el riesgo social.



- 5

SI POSTERIOR A LAS SEIS HORAS SE ENCUENTRA HIDRATADO:

 - Alta y control en 24 horas en el establecimiento.
 - Enseñarle como preparar la solución de SRO en casa.
 - Demostrarle la cantidad de SRO que debe administrarse para terminar el tratamiento en casa.
 - Entregarle 2 sobres de SRO.
 - Dar la lista de las recomendaciones del Plan A de Tratamiento de la Diarrea y verificar que la madre las comprenda.




NO UTILIZAR ANTIEMÉTICOS NI ANTIDIARRÉICOS

TRABAJO DE GRADUACION

“Nivel de información sobre signos y síntomas de alarma de las enfermedades diarreicas de los responsable

s

**del cuidado de los niños/as menores de 5 años en las UCSF San Sebastián y UCSF Tepetitán,
departamento de San Vicente, en el período de junio a agosto de 2015”**

Br. Katerine Ximena Chacón Ávalos
Br. Gabriela Esmeralda López Velásquez
Br. Leticia Noemí Meléndez Morales

Solicitud de participación

Metodología: se realizará una entrevista estructurada a los responsables del cuidado de los niños/as menores de 5 años en las UCSF San Sebastián y UCSF Tepetitán, departamento de San Vicente, en el período de junio a agosto de 2015.

Beneficios: conocer acerca de los signos y síntomas de alarma de las enfermedades diarreicas en los niños/as menores de 5 años y de esta manera implementar estrategias a corto y mediano plazo para la reducción de las mismas y de sus complicaciones.

Riesgos: las participantes no presentaran riesgos debido a que no se realizaran procedimientos invasivos durante la investigación.

Confidencialidad: el encargado que sea parte de este estudio, no proporcionara su nombre y su identidad no será expuesta, ya que la entrevista que se realizara será de forma anónima.

FIRMA:

El siguiente cuestionario es parte del trabajo de investigación de la carrera de doctorado en medicina con tema **“NIVEL DE INFORMACIÓN SOBRE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS DE LOS RESPONSABLES DEL CUIDADO DE LOS NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS EN LAS UCSF SAN SEBASTIAN Y UCSF TEPETITAN, DEPARTAMENTO DE SAN VICENTE, EN EL PERÍODO DE JUNIO A AGOSTO DE 2015”**. Por favor seleccionar la respuesta que más se acerque a sus conocimientos, de antemano, gracias.

DATOS PERSONALES	
SEXO: F M	¿CONSULTA EN ESTA OCASIÓN POR DIARREA?: SI NO
EDAD DEL ENTREVISTADO: _____ AÑOS	
NIVEL DE ESCOLARIDAD:	¿CÓMO MANEJA LA BASURA?, describa:
PARENTESCO CON PACIENTE MENOR DE 5 AÑOS: _____	TIENE ACCESO A AGUA POTABLE: SI NO Si su respuesta es no, ¿cuál es el tratamiento que da al agua?, describa: _____

7. Si entre los signos y síntomas de alarma que mencionó se encuentra fiebre:

7.1 Cuando su niño/a ha presentado diarrea, ud verifica la temperatura corporal de la siguiente forma:

- a. Coloca su mano en la frente o mejías del niño/a para sentir si está “más caliente de lo normal”.
- b. Le mide la temperatura con termómetro en casa cuando ud piensa que puede estar enfermo.
- c. Verifica la temperatura del niño solamente si le dice que “se siente bien caliente” y lo nota sudoroso.
- d. No verifico su temperatura corporal porque no suele darles fiebre a los niños menores de 5 años que presentan diarrea.

7.2 ¿Qué acciones son efectivas para disminuir la fiebre en casa cuando su niño/a la presenta?

- a. Lo mantengo bien abrigado para que no pase frío.
- b. Lo baño, le doy acetaminofén y le pongo “trapitos” mojados en la frente.
- c. No lo baño porque es malo bañarlos con fiebre.
- d. Ninguna de las anteriores.

8. ¿Qué tipo de bebidas debe recibir un niño/a con diarrea?

- a. Suero oral y agua
- b. Bebidas rehidratantes como Gatorade, powerade, etc.
- c. Cualquier bebida que el niño/a desee, incluso café y gaseosas.
- d. Otros.

9. Para ud, ¿Cuál es la complicación más grave de la diarrea?

10. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones corresponde a la descripción de un paciente con deshidratación?

- a. Niño/a que presenta diarrea con sangre.
- b. Niño/a que llora con abundantes lágrimas y se muestra inquieto.
- c. Niño/a que presenta ojos hundidos, lengua seca, llanto sin lágrimas.

11. Favor responder si o no ante las siguientes situaciones por las cuales buscaría atención médica

Hace varias deposiciones acuosas en una o 2 horas	SI	NO
Presenta sangre en las deposiciones	SI	NO
Vomita con frecuencia	SI	NO
Tiene fiebre	SI	NO
Tiene mucha sed	SI	NO
Se niega a comer	SI	NO
Se niega a beber	SI	NO
Tiene los ojos hundidos	SI	NO
Parece estar débil o somnoliento	SI	NO
La diarrea persiste más de una semana	SI	NO