

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**FACTORES QUE PREDISPONEN A LAS
ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN NIÑOS
MENORES DE CINCO AÑOS EN EL HOSPITAL
MILITAR CENTRAL DE OCTUBRE A DICIEMBRE 2016**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

GLADYS INGRID INGA CASTILLO

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

LIMA – PERÚ

2017

ASESOR
Dr. JORGE THORBERRY VALDEZ

AGRADECIMIENTO

El presente informe de tesis se ha presentado gracias a la orientación y sugerencias de mi asesor el Dr. Jorge Thornberry Valdez

A docentes quienes han sabido guiarme y compartieron sus conocimientos en las diversas áreas y especialidades que pasamos durante estos 7 años.

DEDICATORIA

A Dios por iluminar mi camino y por estar conmigo en cada paso que doy.

A mis padres, que sin su apoyo no hubiera logrado llegar a este momento.

A mi hijo quien me inspira a ser mejor cada día, para ser su ejemplo a seguir, demostrándole que todo lo que se desea con el corazón se puede conseguir luchando y sin dejarse vencer.

RESUMEN

Objetivo: Determinar los Factores que predisponen a las EDAS en pequeños con edad menor de cinco años en el HMC de Octubre a Diciembre 2016.

Material y método: Es un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal y retrospectivo, conformado por 702 niños que se atendieron en el servicio de pediatría del Hospital Militar Central de Octubre a Diciembre 2016 y la muestra estuvo conformada por 45 pequeños con edad menor de 5 años con diagnóstico de EDA.

Resultados: Logramos encontrar en este estudio que un 62% de las madres provienen de zona urbana; un 82% tienen como grado de estudio secundaria, el 47% son madres separadas y el 66% son ama de casa; el 95% cuenta con servicios básicos completos. En los niños el 29% de EDA se da entre 1-2 años. El 62% son de sexo masculino; y el índice de masa corporal es peso normal en el 80%. El 76% de los niños tenían antecedentes de disentería, y un 71% presentaron fiebre; un 71% de los niños tuvieron más de 5 deposiciones al día. El 76% de los niños presentan alimentación complementaria y un 69% empezó a ingerir alimentos después de los 6 meses y un 76% de los niños comparten utensilios con la familia.

Conclusión: Con este estudio puedo concluir que los resultados obtenidos son semejantes con otros estudios que se encuentran mencionados en el marco teórico, y los factores clínicos son más predisponentes en pequeños con edad menor de 5 años con diagnóstico de EDA, es necesario resaltar que se tiene que profundizar las investigaciones para reconocer cual es la predisposición de otros factores en este grupo poblacional.

Palabras Claves: niños, Enfermedades Diarreicas Agudas, alimentación y fiebre.

ABSTRACT

Objective: To determine the Factors that predispose to Acute Diarrheal Diseases in children under five at the Central Military Hospital from October to December 2016.

Material and method: It is a descriptive, cross-sectional and retrospective study, made up of 702 children who were attended in the pediatric service of the Central Military Hospital from October to December 2016 and the sample consisted of 45 children under 5 years with diagnosis of Acute Diarrheal Diseases.

Results: The study found that 62% of the mothers came from urban areas; 82% have a secondary education degree, 47% are separated mothers and 66% are housewives; 95% have basic services. In children, 29% of EDA is given in 1-2 years. 62% are male; And the body mass index is normal weight at 80%. 76% of the children had a history of dysentery, and 71% had a fever; 71% of children had more than 5 bowel movements per day. 76% of the children presented complementary feeding and 69% started eating food after 6 months and 76% of the children shared utensils with the family.

Conclusion: With this study I can conclude that the results obtained are similar to other studies that are mentioned in the theoretical framework, and clinical factors are more predisposing in children under 5 years of age with a diagnosis of Acute Diarrheal Diseases, it is necessary to emphasize that Has to deepen the investigations to recognize which is the predisposition of other factors in this population group.

Key Words: children, Acute Diarrheal Diseases, feeding and fever.

PRESENTACIÓN

La EDA es uno de los problemas de salud más comunes en el mundo, y más aún en los países en vías de desarrollo, por lo general es una enfermedad que se auto limita y obedece a múltiples orígenes, el cual afecta a todos los grupos etarios, pero el más vulnerable es el grupo de pequeños de 5 años a menos. En estudios realizados por la OMS y la UNICEF, Se encontró que, en el Continente Americano, más de 1:3 muertes de pequeños de esa edad se deben a esta enfermedad, especialmente las infecciosas y trastornos nutricionales¹.

Se encontraron ciertos factores de riesgo (FR) que contribuyen a obtenerla son: los neonatos de bajo peso (RNBP), menores de tres meses de edad, madres adolescentes, el bajo nivel educativo de las madres, el destete precoz, una deficiente higiene propia y del hogar, etc. En los países subdesarrollados se reporta que esta enfermedad es con mayor frecuencia la causante principal de muertes en niños de 5 años a menos². En el año 2010 en los Estados Unidos la incidencia de EDA en pequeños con edad menor de 5 años es de 1,3 a 2,3 acontecimientos por año, y anualmente esta afección lleva a la muerte a más de 300 pequeños. El 10% de los pacientes que ingresan cada año por diarrea son de este grupo etario, y el gasto económico directo en los nosocomios y en las consultas ambulatorias se evalúa que anualmente puede llegar a ser más de \$2 billones por año. Al año se reportan en Estados Unidos 200 millones a más casos de EDA³.

El agente principal causante de diarrea aguda en Latinoamérica es por rotavirus que ocasiona 15.282 muertes, y anualmente se hospitalizan 75.000 niños, basado en información de la OPS⁴. En nuestro país, la enfermedad diarreica aguda se encuentra entre las primeras tres causas de mortalidad y morbilidad en el grupo etario ya antes mencionado. Se encontró que en algunas zonas del Perú la incidencia de enfermedad diarreica supera al

promedio mundial que es de 4,38 episodios por niño al año⁷. Se ha logrado reconocer 436,779 casos de EDA en el país en el intervalo de los años 2010 a 2013, y de ese total de casos 10,000 fueron en menores de 5 años⁵. En la capital, Lima se han reportado 110,553 casos de EDA, en el mismo período anual, de los cuales el 42,62 % se da en menores de 5 años⁸, y en la región Lima-Sur, en el año 2012 se registraron 30,290 casos siendo notificados 25,000 episodios de EDA en pequeños de 5 años a menos. Las Diarreas fueron la quinta causa de morbilidad en los consultorios externos en infantes de 1 año y en pequeños de 1 - 4 años, de enero a diciembre del 2014, según el MINSA⁶.

Es por eso que decidí así que se vio la necesidad de investigar la presente investigación titulada “Factores que predisponen a las EDA en pequeños de cinco años a menos en el HMC de Octubre a Diciembre 2016”.

El presente estudio se divide en 5 capítulos:

Capítulo I: Presenta el problema, expresa el planteamiento del problema, la formulación del problema, justificación, objetivos, propósitos.

Capítulo II: Que trata del marco teórico y que consta de antecedentes, bases teóricas, hipótesis, variables, definición operacional de términos.

Capítulo III: Con materiales y métodos, trata del tipo de estudio, área de estudio, población y muestra, técnica e instrumentación de recolección de datos, diseño de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos.

Capítulo IV: Trata sobre resultados y discusión.

Capítulo V: Se las conclusiones encontradas y las recomendaciones para cada una de las conclusiones, finalmente se presenta bibliografía y anexos.

ÍNDICE	pág.
CARATULA	i
ASESORA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
PRESENTACIÓN	vii
ÍNDICE	ix
LISTAS DE TABLAS	xi
LISTA DE GRÁFICOS	xii
LISTA DE ANEXOS	xiii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.3 JUSTIFICACIÓN	3
1.4 OBJETIVOS	4
1.4.1 OBJETIVO GENERAL	4
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
1.5 PROPÓSITO	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	6
2.2 BASES TEÓRICAS	9
2.3 HIPÓTESIS	18
2.4 VARIABLES	18
2.5 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	18

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1 TIPO DE ESTUDIO	20
3.2 ÁREA DE ESTUDIO	20
3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	20
3.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	22
3.5 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	23
3.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	23
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	
4.1 RESULTADOS	24
4.2 DISCUSIÓN	31
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 CONCLUSIONES	40
5.2 RECOMENDACIONES	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
BIBLIOGRAFÍA	48
ANEXOS	49

LISTA DE TABLAS

		Pág.
Tabla 01	FACTORES DEMOGRÁFICOS DE LA MADRE EN LAS EDAS EN PEQUEÑOS DE CINCO AÑOS A MENOS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE OCTUBRE A DICIEMBRE 2016	24
Tabla 02	FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS EN LAS EDAS EN PEQUEÑOS DE CINCO AÑOS A MENOS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE OCTUBRE A DICIEMBRE 2016	26
Tabla 03	FACTORES CLÍNICOS EN LAS EDAS EN PEQUEÑOS DE CINCO AÑOS A MENOS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE OCTUBRE A DICIEMBRE 2016	28
Tabla 04	LAS PRÁCTICAS ALIMENTARIAS EN LAS EDAS EN PEQUEÑOS DE CINCO AÑOS A MENOS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE OCTUBRE A DICIEMBRE 2016	29

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 01 FACTORES DEMOGRÁFICOS DE LA MADRE EN LAS EDAS EN PEQUEÑOS DE CINCO AÑOS A MENOS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE OCTUBRE A DICIEMBRE 2016	25
Gráfico 02 FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS EN LAS EDAS EN PEQUEÑOS DE CINCO AÑOS A MENOS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE OCTUBRE A DICIEMBRE 2016	27
Gráfico 03 FACTORES CLÍNICOS EN LAS EDAS EN NIÑOS PEQUEÑOS DE CINCO AÑOS A MENOS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE OCTUBRE A DICIEMBRE 2016	28
Gráfico 04 LAS PRÁCTICAS ALIMENTARIAS EN LAS EDAS EN PEQUEÑOS DE CINCO AÑOS AA MENOS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE OCTUBRE A DICIEMBRE 2016	30

LISTA DE ANEXOS

Pág.

Anexo 01 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	50
Anexo 02 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	52
Anexo 03 VALIDEZ DE INSTRUMENTOS- EXPERTOS	54
Anexo 04 MATRIZ DE CONSISTENCIA	60

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad diarreica aguda (EDA) es importante para la salud pública ya que es uno de los principales motivos de muerte en menores de 5 años. Este rango etario es muy importante para el futuro de los niños ya que si no se controlan cuidadosamente pueden llegar a afectar desfavorablemente su futuro. Se encontró que la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad les da una inmunidad natural a varias infecciones, luego se continúa con la lactancia materna ya no exclusiva por seis meses más donde se le incluye otros alimentos para un buen estado de salud. Hay una “ventana de tiempo crítica” la cual abarca desde el nacimiento hasta los dos años y cualquier falla en el crecimiento, presencia de deficiencia de algún micronutriente y algunas enfermedades que son comunes en la niñez que se dan en ese lapso es difícil revertirla.

Se ha podido observar que la pobreza es uno de los principales factores y también un determinante para la desnutrición a lo que se suma la falta de desagüe y de agua potable. La mayoría de los casos de EDAS inician a partir de los 6 meses de vida debido a que inician la alimentación complementaria, salvo que usen biberones en los primeros 6 meses de vida ya que transmiten infecciones fácilmente por su difícil limpieza; principal patógeno en ellas es la *E. coli*⁸.

La deshidratación grave es la complicación principal que lleva a la muerte a los niños con EDA ya que ellos pierden líquidos rápidamente a lo que se le agrega la falta de conocimiento sobre la enfermedad por parte de los padres, los cuales buscan ayuda cuando la enfermedad ya presenta complicaciones y luego de haber sido tratados en casa dependiendo de sus tradiciones y creencias.

La OMS lucha hace muchos años contra las infecciones intestinales de las diversas etiologías. En los países en vías de desarrollo una infección diarreica por agente viral puede llegar a ser mortal. Se estima que en estos países anualmente son infectados 100 millones de niños por rotavirus y de 600.000 a 1 millón fallecen por gastroenteritis debido a este virus⁷.

El desarrollo del presente trabajo permite realizar un estudio a través de la obtención de datos específicos que tienen como finalidad, determinar los Factores que predisponen a las EDAS en pequeños de cinco años a menos en el Hospital Militar Central de octubre a diciembre 2016.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son los Factores que predisponen a las EDAS en pequeños de cinco años a menos en el Hospital Militar Central de Octubre a Diciembre 2016?

1.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Cuáles son los Factores demográficos de la madre en las EDAS en pequeños de cinco años a menos en el Hospital Militar Central de Octubre a Diciembre 2016?
- ¿Cuáles son los Factores Epidemiológicos en las EDAS en pequeños de cinco años a menos en el Hospital Militar Central de Octubre a Diciembre 2016?
- ¿Cuáles son los Factores clínicos en las EDAS en pequeños de cinco años a menos en el Hospital Militar Central de Octubre a Diciembre 2016?

- ¿Cuáles son las prácticas alimentarias en las EDA en pequeños de cinco años a menos en el Hospital Militar Central de Octubre a Diciembre 2016?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Teórica: La enfermedad diarreica aguda (EDA) está relacionada con la pobreza a causa de una deficiente higiene y la mala nutrición sobre todo en la niñez. Las EDAS están asociadas a múltiples variables; las cuales son: ambientales, sociales, culturales y económicas que influyen, originan y prolongan la enfermedad; a lo que se le agrega el escaso entendimiento de las madres sobre las EDA, quienes buscan una consulta tardíamente.

Práctica: Los medios de comunicación y centros de salud transmiten una información insuficiente acerca de este mal, por lo que tenemos que brindar una información más detallada a las madres sobre esta enfermedad para reducir la prevalencia que se viene presentando. Esta investigación va a ayudar a comprender mejor el problema y a buscar acciones que ayuden a enfrentar el problema, mejorando la atención hacia los niños tanto en los establecimientos de salud como en el hogar y reducir su prevalencia.

Metodológica: Se podrá usar esta investigación en futuros estudios relacionados al tema, como referencia documental.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los Factores que predisponen a las EDA en pequeños menores de cinco años en el Hospital Militar Central de Octubre a Diciembre 2016.

1.4.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Estimar los Factores demográficos de la madre en las EDA en pequeños de cinco años a menos en el Hospital Militar Central de Octubre a Diciembre 2016.
- Identificar los Factores Epidemiológicos en las EDA en pequeños de cinco años a menos en el Hospital Militar Central de Octubre a Diciembre 2016.
- Describir los Factores clínicos en las EDA en pequeños de cinco años a menos en el Hospital Militar Central de Octubre a Diciembre 2016.
- Conocer las prácticas alimentarias en las EDA en pequeños de cinco años a menos en el Hospital Militar Central de Octubre a Diciembre 2016.

1.5 PROPÓSITO

Esta investigación tiene el propósito de proporcionar a las autoridades del Hospital Militar Central y a los pediatras que laboran en dicha institución una información válida y confiable ya que es un problema de actualidad, el tema que se escogió en esta investigación es vigente y con mayor importancia en el ámbito de Salud Perinatal.

Podremos conocer los factores que predisponen a las EDAS en pequeños de cinco años a menos. Para reflexionar y estimular a buscar un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado para disminuir la morbimortalidad neonatal.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

German Losino Vicente⁸, realizó un estudio descriptivo y transversal para evaluar la prevalencia de diarrea aguda infantil en chicos menores de 5 años que concurren al centro de salud “Las Américas” en Mar de Plata en el año 2013, se basó en una encuesta donde buscaba datos sociodemográficos y nutricionales de los niños afectados con EDA. Donde obtuvo que las EDAS están fuertemente relacionadas a la pobreza y a la higiene personal y familiar. Corrobora que la lactancia materna exclusiva y prolongada actúa como protector del niño en especial en niños menores de dos años quienes son los más susceptibles a esta enfermedad. Y otro punto principal que encontró fue que la falta de desagües, de refrigeradores y de la forma en que eliminan sus desechos también tienen un alto grado en la prevalencia para las EDAS en este grupo etario.

Zamora Cristhian⁹, realizó un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo de corte transversal, para encontrar la frecuencia y los factores asociados a la EDA en pequeños; en el Hospital Naval de Guayaquil durante los meses de Mayo a Noviembre del 2015; encontró que el nivel socioeconómico, la calidad de agua y el lavado de manos se encuentran directamente relacionados con las EDAS. En el grupo etario con el que trabajo logro observar que un factor predisponente a las EDAS es el consumo de alimentos no preparados en el hogar siendo estos niños los que más problemas de desnutrición presentaron y son más susceptibles a presentar sus complicaciones.

Alparo Indhira y Col¹⁰, realizaron un estudio de casos y controles incidentes para encontrar los factores de riesgo para EDA con

deshidratación grave en pacientes de 2 meses a 5 años, para la revista Sociedad boliviana pediátrica en el año 2014. Donde se observa que los niños de 18 meses de edad son los mas predispuestos a complicarse con una deshidratación grave secundaria a una EDA. Demostró que la lactancia materna sirve como un factor protector frente a las EDAS en niños menores de 24 meses, conjuntamente a la vacunación completa antirotavírica. Corroboró que el nivel educativo de la madre influye en salud de los niños, de igual manera la falta de servicios básicos. Y motiva a que en los centros de salud a dar charlas frecuentes a los padres sobre los signos de alerta de deshidratación y de como prevenir las EDAS en sus hogares.

Molina Silvia¹¹, realizo un estudio observacional, analítico y retrospectivo para evaluar los factores asociados a deshidratación en pequeños de 5 años a menos con EDA atendidos en el Hospital San José en el año 2013 al 2015. Con este estudio busco encontrar que factores llevan a una deshidratación a un niño con EDA, toma esta complicación porque es la responsable de llevar a la muerte a los niños de este grupo etario si no son tratados a tiempo y con la terapéutica correcta. Encontró que los niños menores de 2 años son los más susceptibles a presentar las complicaciones del EDA. Logro encontrar tres factores epidemiológicos principales asociados a la deshidratación que es ser lactantes, cuando son de sexo masculino y que tuvieron bajo peso al nacer. Uno de los motivos que llevan a las complicaciones es la ausencia o escasa rehidratación oral ya sea por la falta de conocimiento o por falta de atención oportuna en un establecimiento de salud.

Olivera Ruben¹² realizo un estudio descriptivo, observacional, prospectivo de corte transversal para evaluar el nivel de conocimiento sobre EDA en madres de pequeños de 5 años a menos en el Hospital

Vitarte en el año 2015, donde encontró que hay un mal conocimiento sobre la enfermedad, sus complicaciones y sobre que hacer frente a una EDA. Logro encontrar que el grupo más vulnerable eran los niños cuyas madres tenían menos de 26 años a lo que se le agrega si sus estudios están incompletos. Otro defecto en el conocimiento es sobre como identificar una deshidratación y sobre la importancia de acudir a un centro de salud, debido a que un buen grupo de madres no tienen el conocimiento claro de que es una diarrea ni a que se debe. También encontró en su investigación que un grupo de madres retirarían la leche materna durante el proceso de EDA ya que piensan que la leche materna no ayuda, y también que retirarían algunos alimentos durante el proceso. Este estudio es importante ya que nos revela la realidad sobre los conocimientos de la población sobre esta enfermedad la cual se puede prevenir tan fácilmente si se tiene los conocimientos adecuados y básicos sobre ella.

Mariños-Anticona Carlos y Col¹³ realizaron un estudio en base a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2012, para buscar los determinantes sociales de la EDA, como reconocer el riesgo y la protección para la intervención sanitaria multivalente en los pequeños de 3 años en el Perú para la revista peruana de epidemiología en el año 2014, donde encontró cuatro factores de riesgo a nivel nacional y uno de protección: padecer infección respiratoria aguda (IRA), vivir en la región de la selva baja, vivir en la región de la selva alta y tener los cuidados de una madre joven; y el determinante de protección es la LME hasta los 6 meses de edad como mínimo. Pero se logró encontrar otros factores para cada macro región según como fueron divididas las regiones para fines de este estudio donde se pudo encontrar otros factores de riesgo como la fuente de agua que consumen, el almacenamiento de sus desechos, si se lavan o no las manos luego de ir al baño y otro factor de protección que aparece en algunas macro

regiones es si se pusieron o no la vacuna antirotavírica y si fue con dosis completa o no. Por tal motivo se debe de tratar de llevar más información sobre la como prevenir la enfermedad en esas zonas y educar más a las madres jóvenes y motivar a la lactancia materna exclusiva en todos los sectores del país.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

La OMS ha descrito a la EDA como la existencia de 3 o más deposiciones en un día, a lo que se le agrega la reducción de la consistencia normal y con un curso menor a 14 días. La enfermedad diarreica aguda (EDA) se puede dar en cualquier etapa de la vida, pero la etapa que tiene una mayor predisposición a desarrollar la enfermedad y que son más susceptibles a que se compliquen como sepsis, deshidratación y muerte son los lactantes y pequeños menores de cinco años. La reducción de la consistencia de las deposiciones en niño es el diagnóstico más importante y sobre todo en los lactantes que normalmente tienen una cifra cuantiosa de deposiciones.¹⁴

Esta enfermedad casi siempre se autolimita y puede atacar diversos órganos produciendo una inflamación de la mucosa, si es del estómago junto con la inflamación del intestino delgado se le denomina gastroenteritis, si solo es del intestino delgado de denomina enteritis, tiene diversa etiología, lo que lleva a un cambio de la consistencia de las heces que pueden volverse laxas o acuosas.

La enfermedad diarreica aguda esta entre los problemas primordiales que dañan a la población infantil y que lleva a un requerimiento significativo de la demanda de los servicios de salud. Se estima que siete de cada diez pequeños de 5 años a menos han presentado este padecimiento.

Esta es una de las patologías que forman parte de los problemas más significativos de morbilidad infantil, y los países en vías de desarrollo son los más perjudicados. Se puede encontrar tres mecanismos de transmisión: mediante los alimentos, por medio del agua y de persona a persona¹⁶.

2.2.2 ETIOLOGÍA

La enfermedad diarreica aguda es una enfermedad que se debe a la presencia de virus, bacterias u hongos, y la capacidad patogénica es dependiente a la cantidad de estos y a su capacidad de fijación, enterotóxica, invasiva o citotóxica.

Mayormente se debe a: *Campylobacter*, *Salmonella* y *Shigella*, las cuales son responsables del 80% de las infecciones.

- Virus: Los principales son: a) rotavirus, b) adenovirus entéricos y c) virus con un diámetro de 20 a 30nm.
- Bacterias: Las principales son: *E. coli*, *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter jejuni*, *Clostridium difficile*, *V. cholerae*.
- Parásitos: Provocan diarreas en menor intensidad, pero frecuentemente se encuentra en el estado de portador asintomático. Tenemos: *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*, *Cryptosporidium*, *Isospora* y *Balantidium coli*.
- Hongos: Se encuentran en pacientes inmunodeprimidos y el más común es la *Candida albicans*¹⁷.

2.2.3 FISIOPATOLOGÍA

La diarrea, se produce cuando hay cambios en el paso de los fluidos y los electrolitos en el intestino delgado y/o grueso. El enterocito, tiene varios transportadores los cuales se encuentran en el espacio intraluminal y en el intersticio, donde se movilizan azúcares y iones, los cuales producen la absorción de nutrientes y mantiene el equilibrio eléctrico adecuado¹⁸.

Para que se pueda secretar cloro se debe tener señales intracelulares y extracelulares, y necesita del AMPc, GMPc, calcio intracelular en las proteínas que lo transporta y en los canales de cloro, que se ubican a la altura de las criptas en el intestino delgado. Las células endocrinas, paracrinas e inmunes regulan el intercambio mucosal e intestinal las cuales obedecen al sistema nervioso entérico, por neuronas secretomotoras que finalizan en la lámina propia y fomenta el avance de iones Cl a la luz intestinal, por medio de una difusión pasiva de Na⁺ y agua por la intensificación de la osmolaridad intraluminal³⁴. Los intermediadores primordiales en la respuesta neuroendocrina son: el péptido intestinal vasoactivo, la 5-hidroxitriptamina y la acetilcolina¹⁸.

Se puede catalogar en tres mecanismos:

- a. **Diarrea osmótica:** se debe a que hay una importante carga de solutos osmóticamente activos los cuales aumentan el traslado del contenido acuoso en dirección a la luz intestinal. Es una diarrea secundaria producida por la intolerancia a azúcares o por el uso de laxantes osmóticos¹⁸.
- b. **Diarrea secretora:** Ataca en casi el 70% de los casos a niños. Se produce por la toxina A del cólera, que se une a receptores definidos en el enterocito, activa la adenilciclase que aumenta los niveles del AMP-c intracelular aumentando la secreción de Cl, y transporta volúmenes considerables de agua y sodio. En una enteritis por rotavirus, la toxina NSP4 es la responsable de la hipersecreción, que lleva al aumento de los niveles de calcio intracelular activando los canales de Cl¹⁸.
- c. **Diarrea invasiva:** Ocurre cuando el patógeno se adhiere al enterocito, y cuando llega al espacio intracelular, provoca la apoptosis de las uniones intercelulares, comienza a replicarse en el interior de la célula o en el espacio intersticial, lesionando la mucosa. Se produce por Shigella, Campilobacter, E. histolytica y Clostridium¹⁸.

2.2.4. CLÍNICA

La consistencia de las deposiciones cambia y aumenta la frecuencia. Se le agrega sintomatologías como fiebre, vómitos, dolor abdominal, falta de apetito, síntomas respiratorios y en ocasiones hasta llegar a afectar al sistema nervioso central. La asociación de vómitos con síntomas respiratorios es de etiología viral. El rotavirus produce mayor cantidad de vómitos y conlleva a la deshidratación más que cualquier otro virus. Los síntomas que se encuentran en una infección bacteriana son fiebre mayor de 40°C, potente dolor abdominal, se observa sangre en las heces y hay signos de afectación del SNC.

La consecuencia principal de la EDA es la deshidratación y de esta depende el tratamiento y su diagnóstico, se divide en tres: leve (se pierde menos del 3% del peso corporal), moderada (se pierde del 3 al 9% del peso corporal) y grave (la pérdida es mayor del 9% del peso corporal) ¹⁹.

2.2.4.1 DESHIDRATACIÓN

Se debe a la pérdida de líquidos y solutos en el cuerpo humano. El 75 a 80% de deshidratación se da en lactantes menores de 12 meses y de 90% a más en menores 18 meses.

Cuando se presenta un evento diarrea se pierde agua y electrolitos (sodio, cloruro, potasio y bicarbonato) y lo mismo pasa con los vómitos, el sudor, la orina y la respiración; y como efecto de lo mencionado se produce la deshidratación²⁰.

Podemos dividir la deshidratación en tres:

a. Deshidratación incipiente²⁰:

- No tiene signo y tampoco síntomas.

b. Deshidratación moderada²⁰:

- Sed.
- Conducta intranquila o irritable.

- La elasticidad de la piel disminuye.
- Ojos hundidos.

c. Deshidratación grave²⁰:

- Los síntomas se agravan.
- Choque, pérdida parcial del conocimiento, falta de diuresis.
- Extremidades frías y húmedas, pulso rápido y débil, tensión arterial baja o no detectable y palidez.²⁰

La deshidratación grave es muy peligrosa ya que si no se restituye el agua y los electrolitos perdidos puede llevar a la muerte, la restitución se realiza con una SRO o de forma intravenosa.

2.2.5 DIAGNÓSTICO

La evaluación de los niños que acuden a un servicio de salud y a la consulta externa debe ser meticuloso y tener una anamnesis y realizar una exploración física bien detallada, dirigida a una Enfermedad Diarreica Aguda. Hay información valiosa en el niño con EDA, que ayuda a catalogar la seriedad y poder dilucidar el manejo y explicar el diagnóstico²¹:

- La cantidad de días en que progresa la diarrea.
- La existencia de sangre en las heces. El método de como se ha restituido el líquido eliminado.
- La presencia de casos nuevos de cólera en la localidad.
- Tratamiento reciente con antibiótico y otro medicamento.
- Presencia de llanto y palidez en el lactante.
- Alimentación del niño.

Clasificación según durabilidad:

- Aguda (no más de catorce días).
- Persistente (mayor a catorce días).

Clasificación por severidad: leve cuando el gasto fecal es menor a 5 ml/kg/hora, moderado gasto fecal de 5 a 10 ml/kg/hora, y severa más de 10 ml/kg/hora de gasto fecal. Fisiopatológicamente se divide en: diarrea secretora, osmótica, citotóxica e invasora²¹.

La diarrea aguda es un suceso que se autolimita, por lo que mayormente solo se necesita una valoración adecuada del paciente con la historia clínica y examen físico para que se logre proceder adecuadamente. El grado de deshidratación lleva a que la diarrea se agrave, por lo que se necesita una valoración exacta para que de esa forma evitar intervenciones innecesarias lo que llevaría a un retraso en el tratamiento ²².

Uno de los exámenes utilizados para el diagnóstico es el coprocultivo el cual solo se realiza en diarrea persistente o también cuando se necesita tratamiento antibiótico, que se da en pacientes inmunodeprimidos o que presenten una enfermedad crónica de base. Para solicitarlo se deben tener ciertos criterios: de 10 a más deposiciones en las últimas 24 horas, sangre o moco en las deposiciones, dolor abdominal importante, fiebre elevada, si tienen como precedente haber viajado a países que presentan un gran riesgo de diarrea bacteriana o si se supone de una infección parasitaria, si es una infección por virus el examen se debe realizar rápidamente para poder comprobar el origen viral de la diarrea²³.

2.2.6. TRATAMIENTO

Actualmente se utiliza las SRO como tratamiento primordial en pequeños con EDA. La más recomendada son las SRO hipotónicas, porque poseen un aproximado de 60 mmol/l de Na⁺ o también las soluciones de osmolaridad reducida con 75 mmol/l de Na⁺ que es recomendada por la OMS. Deben ser iniciadas tan pronto como sea posible, y se recomienda que sean administradas fraccionadamente, en dosis reducidas, cada 2-3 minutos²⁴.

Las dosis que se aconsejan son: sin deshidratación, de 10 ml/kg en cada deposición que realice, de 2 ml/kg por cada vómito que presente, con consumo libre fragmentada entre cada ocasión. En la deshidratación leve, más 10 ml/kg en cada deposición, se da de 30-50 ml/kg en cuatro horas, y lograr recuperar la pérdida. En deshidratación moderada, 75-100 ml/kg para resarcir la pérdida. Si el paciente no tolera por vía oral se de pasar a la administración de SRO por sonda nasogástrica en lugar de una vía intravenosa²⁵.

La rehidratación intravenosa se realiza solo en niños en los que no se les puede o no toleran la administración de los líquidos por vía oral²⁵.

Científicamente no hay certeza sobre la terapia nutricional. Los niños que no presentan deshidratación deben mantener su alimentación habitual, pero, si se encuentra deshidratación, se aconseja un tiempo de ayuno (con administración de SRO) 4-6 horas como máximo antes de retomar la alimentación²⁵.

En lactantes que reciben lactancia materna, no se les debe retirar ya que reduce la fuerza y el tiempo de la enfermedad²⁶.

En niños mayores la comida es normal, pero evitando las comidas ricas en azúcares refinados o las comidas muy grasosas. No se debe utilizar fármacos como los antieméticos y antibióticos debido a que la mayoría de los casos se deben a virus y algunos casos son por bacterias que se suelen autolimitar²⁷.

Se llega a utilizar la ciprofloxacina como tratamiento empírico de primera línea en pacientes donde se sospeche de diarrea invasiva con deterioro del estado general, y se usa este antibiótico se utiliza en primera línea en pacientes con diarrea aguda por Shigella. La azitromicina es una terapia de segunda línea. La OMS sugiere utilizar suplementos de zinc en los niños con EDA²⁸.

2.2.7. PREVENCIÓN

El lavado de manos es una de las formas para disminuir la prevalencia de diarreas hasta en un 50% y evita aproximadamente 1 millón de muertes anuales, También aconsejando a los padres y cuidadores en mejorar la calidad del agua y otras medidas higiénicas, otra forma para evitar la EDA es mediante las inmunizaciones contra el rotavirus en los lactantes. Se debe dar lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de vida, un mejor manejo de los alimentos y descartar adecuadamente las excretas²⁹.

2.2.8 FACTORES DE RIESGO

Hay factores de riesgo que incrementan la posibilidad de enfermar y que hasta pueden llevar a la muerte como son una deficiente higiene personal, desnutrición proteico energética, inexistencia o prácticas inapropiadas de lactancia materna, peso bajo al nacimiento, esquema de vacunación incompleto, un bajo conocimiento por parte de la madre sobre la higiene familiar, madres adolescentes, contaminación fecal del agua y de alimentos, baja cantidad de vitamina A³⁰.

a. Factores socio-económicos

- Hacinamiento, no tener agua potable, falta de refrigerar los alimentos, inapropiado manejo de las excretas.
- Falta de información adecuada.
- La difícil llegada a los centros de salud.
- Problemas para manejar a los pacientes con los cuidados necesarios.
- Analfabetismo, desocupación³¹.

b. Factores del huésped

- Niños con edad menor a un año.
- La poca lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida.

- Uso de biberones.
- Desnutrición.
- Inmunosupresión³¹.

Se conoce como se puede prevenir esta enfermedad al igual que su tratamiento específico que se basa en la rehidratación oral, pero aún hay lugares donde indican la hidratación endovenosa en pacientes con deshidratación leve, y donde también utilizan antimicrobianos y antidiarreicos indiscriminadamente, por este motivo se debe insistir y transmitir a los médicos, para que apliquen el tratamiento adecuado y en el momento oportuno³².

c. Factores Clínicos asociados

- **Vómitos:** Se elimina todo lo que se encuentre en el estómago y de la parte superior del duodeno es expulsado por la boca. Cuando hay vómitos excesivos y reiterados llevan a la deshidratación y puede deberse a una causa más grave³³.
- **Deposiciones:** al aumentar la cantidad de deposiciones hay más pérdida de líquidos lo que lleva a una deshidratación. Cuando aumenta la frecuencia de deposiciones sueltas o líquidas a lo que normalmente realiza una persona se denomina diarrea. Cuando es mayor a 5 veces por día aumenta el riesgo de deshidratación incrementando la morbimortalidad de los pacientes³⁴.
- **Presencia de fiebre:** provoca una hiperpnea por la acidosis que se produce, lo que lleva a un aumento de las pérdidas insensibles de agua y si es mayor a la al límite superior reabsorción renal compensatoria lleva a la deshidratación³⁵.
- **Ausencia de rehidratación oral:** se divide en fases la primera se realiza en los primeros 30 a 60 minutos, para restituir la pérdida del volumen. Si hay presencia de vómitos o distensión abdominal, se realiza la hidratación por sonda nasogástrica dando de 20-30 mL/kg/hora. Cuando la cantidad eliminada de

deposiciones supera los 10 g/kg/hora, va acompañada de alteración neurológica, sepsis o íleo se realiza rehidratación parenteral³⁶.

- Lactante: edad menor a 24 meses, estadísticamente están la mayoría de los casos de morbimortalidad y aumenta a menor edad del paciente³⁶.

2.3 HIPÓTESIS

No hay hipótesis en este trabajo por ser una investigación descriptiva.

2.4 VARIABLES

2.4.1 VARIABLE DEPENDIENTE:

Enfermedades diarreicas agudas

2.4.2 VARIABLE INDEPENDIENTE:

Factores predisponentes

2.5 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

- **Deshidratación:** Se debe a que el cuerpo humano pierde líquidos y solutos.
- **Diarrea:** Cuando presentan tres o más deposiciones líquidas o blandas por día.
- **Diarrea aguda:** Es cuando hay mayor número de deposiciones y/o cuando consistencia disminuye, se establece rápidamente.
- **Fiebre:** Temperatura corporal central mayor de 38°C.
- **IMC:** Es la división entre el peso (Kg) y la altura (m) de la persona.
- **Sales de rehidratación oral:** Es una solución en base a sodio y glucosa, donde se disuelve 1 sobre de la solución en 1 litro de agua potable.

- **Educación Sanitaria:** Es la enseñanza-aprendizaje, donde se fomentan prácticas adecuadas de higiene para preservar la salud, y prevenir las enfermedades diarreicas agudas.
- **Grado de estudio:** Es el grado que tienen los padres, responsables del cuidado del menor y del niño.
- **Sexo:** Característica anatómica, biológica y fisiológica que diferencia al hombre de la mujer.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Este proyecto de investigación es descriptivo transversal y retrospectivo.

Descriptivo, ya que ordenan los resultados de las observaciones sobre fenómenos o situaciones dadas³⁸.

Transversal, se evalúan las variables simultáneamente haciendo un corte en el tiempo ³⁸.

Retrospectivo: porque indaga sobre el hecho ocurrido antes del estudio, puesto que se revisarán historias clínicas³⁸.

3.2 ÁREA DE ESTUDIO

Este trabajo se realizó en el Hospital Militar Central en el distrito de Jesús María, en el servicio de emergencia de pediatría.

El Hospital Militar Central es una Institución de Salud de mayor complejidad, cuenta con población asignada, y brinda atención a la población urbana y rural perteneciente a la familia militar, busca solucionar las primordiales dificultades de la salud y brinda los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación imprescindibles para lograr solucionarlos.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1 Población:

Está constituida por 702 pequeños atendidos en el servicio de pediatría del área de emergencias del Hospital Militar Central de Octubre a Diciembre 2016.

3.3.2 Muestra:

Estuvo conformada por 45 pequeños menores de 5 años con diagnóstico de EDA, durante el período de Octubre a Diciembre 2016 en el servicio emergencia de pediatría del HMC en horario de 24 horas al día.

3.3.3 Criterio De Inclusión Y Exclusión

Inclusión:

- Pacientes menores de 5 años.
- Pacientes con diagnóstico de Enfermedad Diarreica Aguda.
- Pacientes atendidos en el servicio de emergencia de pediatría del HMC de Octubre a Diciembre 2016.
- Historia clínica accesible y con datos completos para el estudio.

Exclusión

- Pacientes mayores de 5 años.
- Pacientes sin el diagnóstico de EDA.
- Pacientes que hayan sido atendidas en otra institución diferente al servicio de pediatría del Hospital Militar Central de Octubre a Diciembre 2016.
- Historia clínica inaccesible y con datos incompletos para el estudio.

3.3.4 Muestreo:

No probabilístico intencionado.

3.3.5 Unidad de análisis: Pequeños menores de 5 años con diagnóstico de EDA.

3.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Coordinando previamente con el área docencia e investigación del Hospital Militar Central fui al ambiente de archivos de Historias Clínicas durante los meses de Octubre a Diciembre 2016, en horario de lunes a sábado de 8:00 a 14:00 horas, hasta completar la información requerida. La obtención de los datos se realizó mediante la Historia Clínica Perinatal de cada niño que fue diagnosticado con Enfermedad Diarreica Aguda.

El instrumento para la recolección de datos fue elaborado por la autora (anexo 2) empleado en el presente estudio se dio la validación por 3 expertos (anexo 3) la ficha de datos, que constaba de preguntas cerradas, el cual consta de las siguientes partes.

I. FACTORES DEMOGRÁFICOS DE LA MADRE

1. Procedencia (2 Ítems)
2. Grado de estudio (5 Ítems)
3. Estado Civil (4 Ítems)
4. Ocupación (4 Ítems)
5. Servicios básicos (3 Ítems)

II. FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS

6. Edad (5 Ítems)
7. Sexo (2 Ítems)
8. Índice de masa corporal (IMC) (3 Ítems)

III. FACTORES CLÍNICOS

9. Antecedentes personales de disentería (2 Ítems)
10. Presencia de fiebre (2 Ítems)
11. Frecuencia de deposiciones (2 Ítems)

IV. PRÁCTICAS ALIMENTARIAS

12. Alimentación (3 Ítems)
13. A partir de qué mes apporto alimentación complementaria (2 Ítems)

14. En que utensilio prepara los alimentos (2 Ítems)

El cuestionario estuvo constituido por 14v preguntas. **(Anexo 2)**

3.5 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se requirió al Director del Hospital Militar Central autorización de forma escrita, una vez aprobada acerque a la Oficina de capacitación a recogerlo, ya con el permiso en mano me acerque a la oficina de archivo de historias clínicas en los horarios sugeridos hasta que obtuve toda la información necesaria de las historias clínicas.

3.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Cuando ya tuve toda la información volqué la información a una base de datos realizada en SPSS y se realizó el análisis estadístico correspondiente.

Se procedió a tabular los resultados y a analizar las proporciones de las variables categóricas de estudio y realicé los gráficos de barras en el programa Ms Excel 2010 que nos permiten tener una visión panorámica de los resultados, las tablas de salidas para identificar los datos de los objetivos, se utilizó frecuencias relativas y absolutas para las variables de tipo categórica, y para las variables de tipo numérico y continuo se generaron tablas con medidas de tendencia central.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

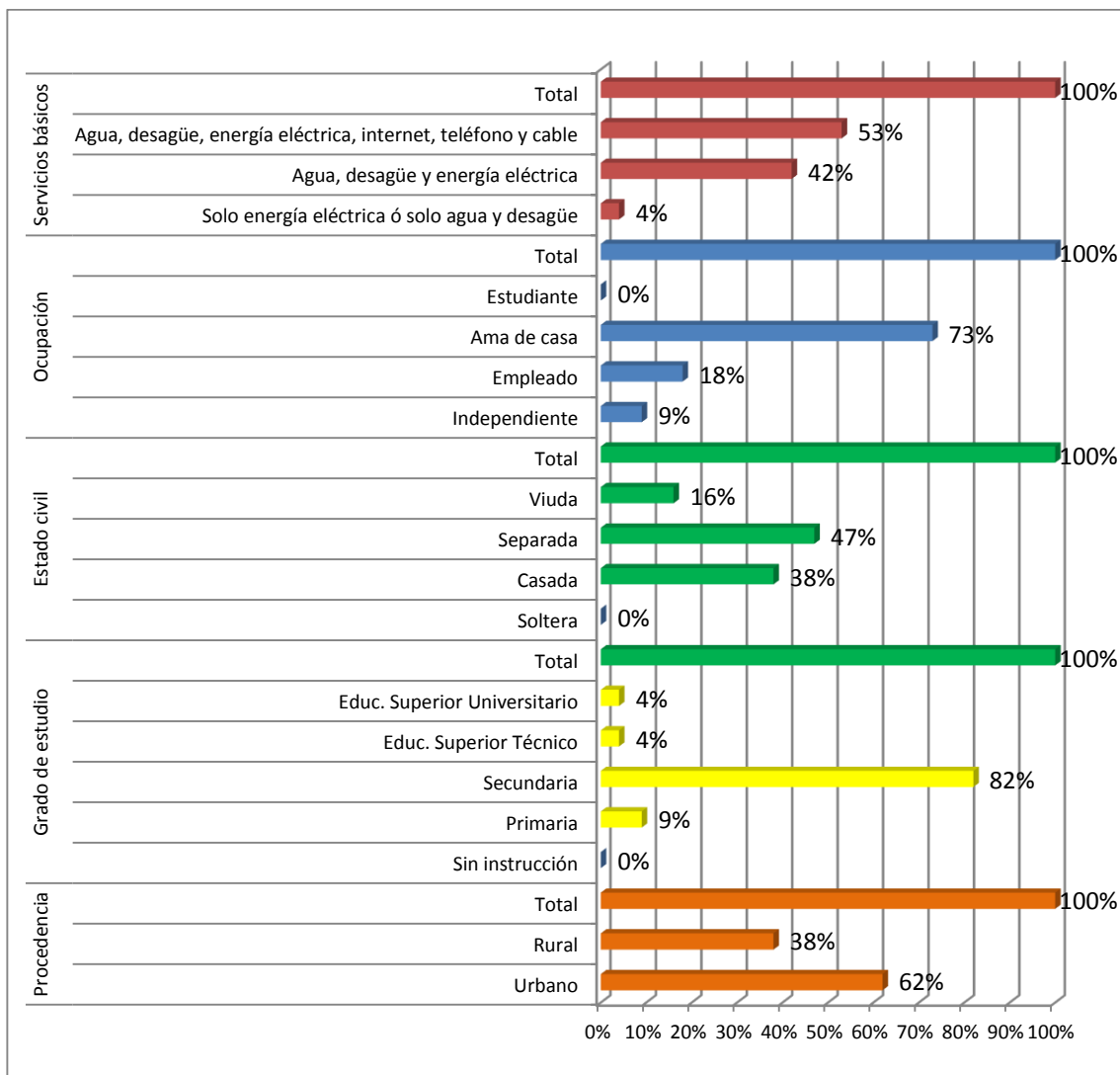
4.1 RESULTADOS

Tabla 01
FACTORES DEMOGRÁFICOS DE LA MADRE EN LAS EDA EN
PEQUEÑOS DE CINCO AÑOS A MENOS EN EL HOSPITAL MILITAR
CENTRAL DE OCTUBRE A DICIEMBRE 2016

FACTORES DEMOGRÁFICOS DE LA MADRE		N	%
Procedencia	Urbano	28	62%
	Rural	17	38%
	Total	45	100%
Grado de estudio	Sin instrucción	0	0%
	Primaria	4	9%
	Secundaria	37	82%
	Educ. Superior Técnico	2	4%
	Educ. Superior Universitario	2	4%
	Total	45	100%
Estado civil	Soltera	0	0%
	Casada	17	38%
	Separada	21	47%
	Viuda	7	16%
	Total	45	100%
Ocupación	Independiente	4	9%
	Empleado	8	18%
	Ama de casa	33	73%
	Estudiante	0	0%
	Total	45	100%
Servicios básicos	Solo energía eléctrica o solo agua y desagüe	2	4%
	Agua, desagüe y energía eléctrica	19	42%
	Agua, desagüe, energía eléctrica, internet, teléfono y cable	24	53%
	Total	45	100%

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.
AUTOR: EALABORACION PROPIA

Gráfico 01
FACTORES DEMOGRÁFICOS DE LA MADRE EN LAS EDA EN
PEQUEÑOS DE CINCO AÑOS A MENOS EN EL HOSPITAL MILITAR
CENTRAL DE OCTUBRE A DICIEMBRE 2016



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.
 AUTOR: EALABORACION PROPIA

Interpretación de la tabla y grafico 01:

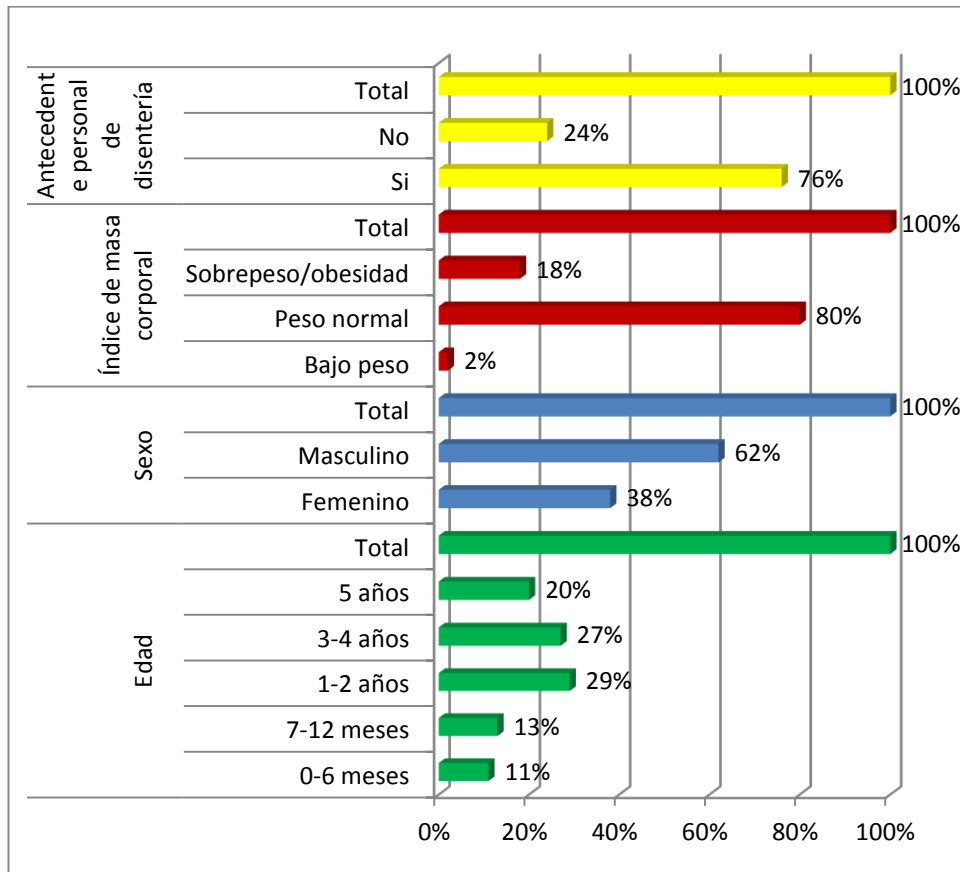
Se observa que en las madres provienen de zona urbana teniendo un 62% (28); grado de estudio secundaria siendo un 82% (37); madres separadas con 47% (21); son ama de casa el 66% (39) y poseen servicios básicos completos 95% (43).

Tabla 02
FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS EN LAS EDA EN PEQUEÑOS DE CINCO AÑOS A MENOS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE OCTUBRE A DICIEMBRE 2016

FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS		N	%
Edad	0-6 meses	5	11%
	7-12 meses	6	13%
	1-2 años	13	29%
	3-4 años	12	27%
	5 años	9	20%
	Total	45	100%
Sexo	Femenino	17	38%
	Masculino	28	62%
	Total	45	100%
Índice de masa corporal	Bajo peso	1	2%
	Peso normal	36	80%
	Sobrepeso/obesidad	8	18%
	Total	45	100%
Antecedente personal de disentería	Si	34	76%
	No	11	24%
	Total	45	100%

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.
 AUTOR: EALABORACION PROPIA

Gráfico 02
FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS EN LAS EDAS EN PEQUEÑOS DE CINCO AÑOS A MENOS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE OCTUBRE A DICIEMBRE 2016



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.
 AUTOR: EALABORACION PROPIA

Interpretación de la tabla y gráfico 02:

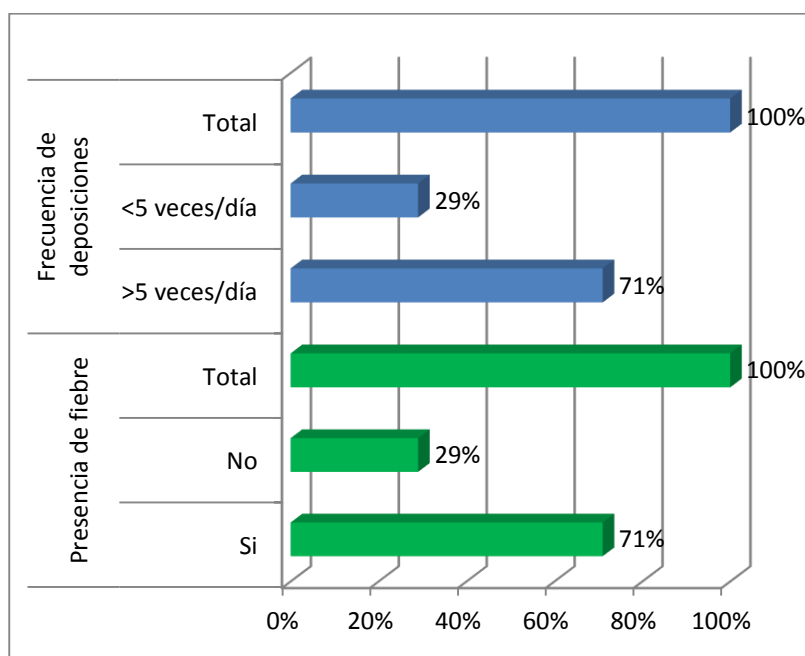
Se observa que el 29% (13) de edad se da entre 1-2 años. Y un 62% (28) son de sexo masculino; y su índice de masa corporal es peso normal con 80% (36).

Tabla 03
FACTORES CLÍNICOS EN LAS EDAS EN PEQUEÑOS DE CINCO AÑOS
A MENOS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE OCTUBRE A
DICIEMBRE 2016

FACTORES CLÍNICOS		N	%
Presencia de fiebre	Si	32	71%
	No	13	29%
	Total	45	100%
Frecuencia de deposiciones	>5 veces/día	32	71%
	<5 veces/día	13	29%
	Total	45	100%

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.
 AUTOR: EALABORACION PROPIA

Gráfico 03
FACTORES CLÍNICOS EN LAS EDA EN PEQUEÑOS DE CINCO AÑOS A
MENOS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE OCTUBRE A
DICIEMBRE 2016



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.
 AUTOR: EALABORACION PROPIA

Interpretación en la tabla y grafico 03:

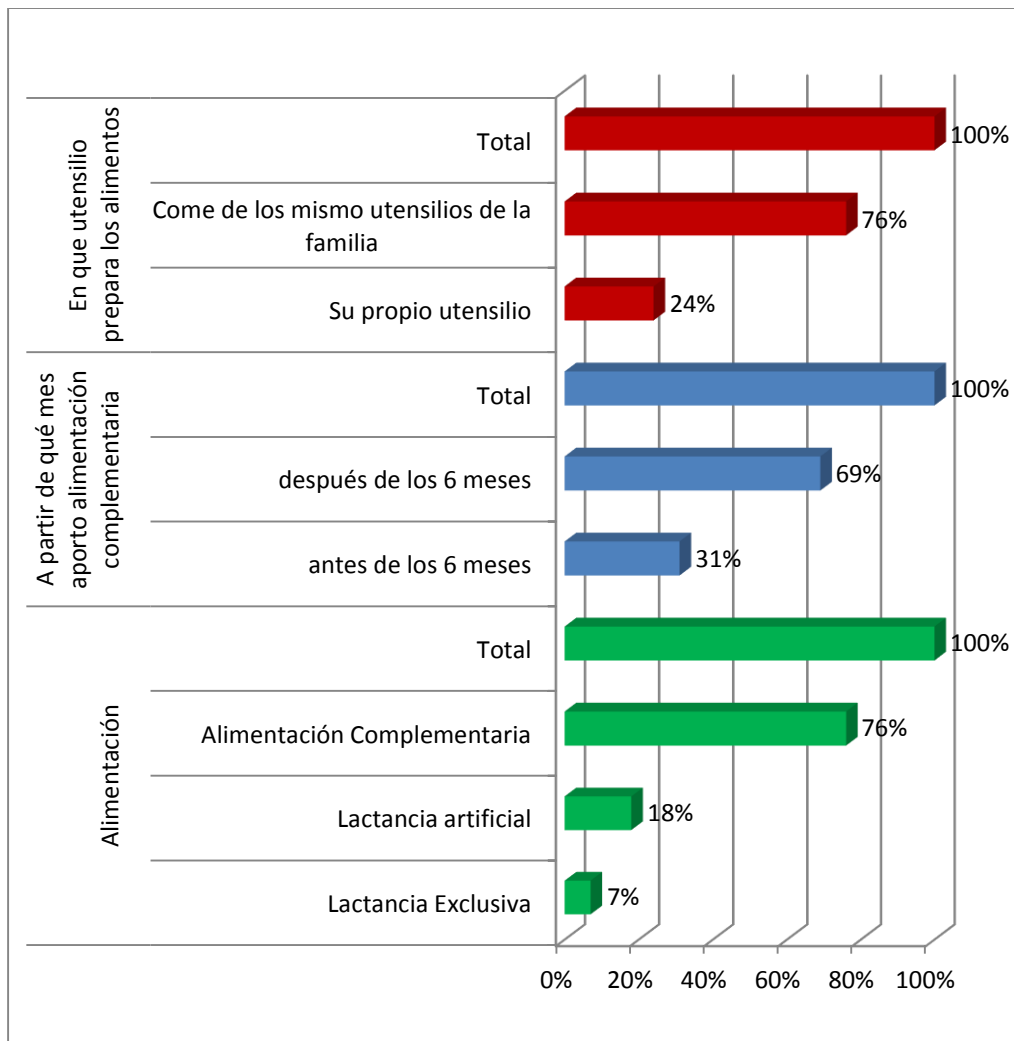
Se observa que los niños tuvieron antecedente personal disentería un 76% (34), presentando fiebre un 71% (32) y tuvieron deposiciones más de 5 veces/día con un 71% (32).

Tabla 04
LAS PRÁCTICAS ALIMENTARIAS EN LAS EDAS EN PEQUEÑOS DE CINCO AÑOS A MENOS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE OCTUBRE A DICIEMBRE 2016

LAS PRÁCTICAS ALIMENTARIAS		N	%
Alimentación	Lactancia Exclusiva	3	7%
	Lactancia artificial	8	18%
	Alimentación Complementaria	34	76%
	Total	45	100%
A partir de qué mes aporto alimentación complementaria	antes de los 6 meses	14	31%
	después de los 6 meses	31	69%
	Total	45	100%
En que utensilio prepara los alimentos	Su propio utensilio	11	24%
	Come de los mismos utensilios de la familia	34	76%
	Total	45	100%

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.
AUTOR: EALABORACION PROPIA

Gráfico 04
LAS PRÁCTICAS ALIMENTARIAS EN LAS EDAS EN PEQUEÑOS DE CINCO AÑOS A MENOS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE OCTUBRE A DICIEMBRE 2016



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.
 AUTOR: EALABORACION PROPIA

Interpretación en la tabla y grafico 04:

Se observa que el 76% (34) presentan alimentación complementaria y empiezan después de los 6 meses a ingerir alimento con un 69% (31) y los niños comen de los mismos utensilios de la familia con un 76% (34).

4.2 DISCUSIÓN

En la actualidad se sigue presentando un elevado número de casos de enfermedades diarreicas agudas (EDA) por ese motivo sigue siendo de preocupación en la salud y uno de los motivos primordiales de morbimortalidad en menores de 5 años. Se encuentra que hay un elevado número de niños que sufren complicaciones graves que se derivan de esta enfermedad, y que se encuentran predispuestos a los múltiples factores.

Con respecto a los factores demográficos de las madres evaluamos:

La procedencia donde encontramos que el 62% de las madres son de procedencia urbana y el 38% son de procedencia rural, de igual forma que en el estudio de Zamora donde el 73.6% también procedían de zona urbana y solo el 25.9% de los casos eran de procedencia rural, lo que no concuerda mucho con otros estudios ya que usualmente este es un problema que mayormente se encuentra en las zonas rurales, por las condiciones de vida de las personas que habitan en esas zonas, ya que usualmente carecen de agua potable, desagüe y a veces no eliminan sus desechos de forma adecuada lo que eleva la prevalencia de las EDAS y otras infecciones en los niños menores de 5 años que viven en esas zonas.

El grado de estudio de la madre donde encontré que el 9% solo habían culminado el nivel primario, el 82% de las madres solo tenían secundaria completa, el 4% de las madres tenían educación superior técnica y otro 4% de madres tenían educación superior universitaria; resultados semejantes que obtuvo Alparo en su estudio donde el 86.7% de las madres tenían secundaria completa y solo el 13.3% de las madres tenían estudio superior; pero a diferencia del estudio realizado por Olivera donde el 7.01% de las madres tenían primaria completa, el 5.73% de las madres tenían primaria incompleta, el 28.66% de las madres tenían secundaria completa, el 36.31% de las madres no habían culminado la secundaria, el 12.10% de las madres tenían

educación superior completa y el 10.19% de las madres no habían culminado su educación superior; demostrando que la falta de estudios por ende la falta conocimientos básicos ayudan a que los niños no reciban los cuidados adecuados por parte de sus madres y aumentan la prevalencia de EDAS en los niños especialmente en los menores de 5 años lo cual es demostrado en este estudio ya que la mayoría solo tenían secundaria al igual en el estudio de Alparo y Olivera.

El estado civil de las madres en los niños con EDA en este punto encontré que 38% de las madres eran casadas, la mayoría de las madres eran separadas en un 47%, y el 16% de las madres eran viudas; lo que fue diferente en el estudio de Olivera donde encontró que el 15.92% de las madres eran casadas, el mayor porcentaje eran madres con una relación de convivencia en un 61.78%, el 15.56% eran solteras y solo el 5.73% de las madres eran divorciadas. Lo cual no demostró ser un factor principal para EDAS si el niño tiene o no una familia nuclear bien constituida.

La ocupación de la madre en este trabajo encontré que el 9% de las madres son trabajadoras independientes, el 18% de las madres eran trabajadoras dependiente, la mayoría de las madres eran amas de casa en un 73%; a diferencia del estudio de Olivera donde encontró que el 75.16% eran madre trabajadoras, el 19.11% de las madres eran estudiantes y solo el 5.73% de las madres eran amas de casa, Al observar este punto en mis resultados la mayoría de las madres eran amas de casa lo que no concuerda con el estudio de Olivera donde encontró que la mayoría de las madres eran trabajadoras, y se puede decir que se debe a la diferencia entre las poblaciones tomadas para los trabajos que realizamos, en mi población la mayoría como se ve son amas de casa, pero de este grupo un gran número tiene un personal a cargo de los niños o personal que prepara los alimentos lo que probablemente lleva a que ese personal no está bien entrenado o educado para poder preparar los alimentos o que no esté orientado sobre la limpieza adecuada con los niños y otro motivo es que la misma madre no tienen la información adecuada sobre

el cuidado de la higiene durante la preparación de los alimentos de los niños por diversos motivos; en cambio en el estudio de Olivera se puede comprobar que al tener una madre que trabajar probablemente dejan a sus niños en guarderías, o los dejan con otras personas encargadas, o se los llevan al trabajo, y al ser alimentados en la calle hay un mayor riesgo a la forma en que preparan los alimentos puede que no cumplan con las medidas necesarias de higiene al preparar los alimentos y si es que la madre prepara los alimentos y los lleva para el niño debe de tener conocimiento sobre la forma adecuada para su conservación evitando que se malogre para que el niño pueda alimentarse con alimentos en optima condición y de esta forma evitar las infecciones. Y con respecto a las guarderías el personal que trabaja ahí también debe de ser educado en sobre EDAS para evitar el contagio de los niños tanto por los alimentos o de persona a persona.

Los servicios básicos en mi estudio al buscar si las persona cuentan o no con estos servicios completos encontré que el 4% de las familias afectadas solo poseían solo energía eléctrica o solo agua y desagüe, el 42% de las familias afectadas tenían agua, desagüe y energía eléctrica, el 53% de las familias afectadas tenían agua, desagüe, energía eléctrica, internet, teléfono y cable; al comparar con el estudio de Alparo se encontraron similitudes donde el 83.3% de las familias de niños con EDA también poseían desagüe y el 16.7% de las familias afectadas tenían pozo séptico o eliminan sus excretas al aire libre, de igual modo en el estudio de Zamora donde encontró que el 81.7% de los niños afectados vivían con todos los servicios básicos y el 21.8% de las familias no contaban con los servicios básicos, y Losino Vicente en su estudio encontró que el 24% de los niños afectados no tenían desagüe en sus hogares, pero el 76% d las familias afectadas si tenían desagüe en sus hogares. Resultados que no concuerdan con la teoría ya que un factor principal para EDA es la falta de desagüe y de agua potable, y el mayor porcentaje en todos los estudios se encontró que niños con EDA si contaban con los servicios básicos, Con esta información podemos atribuir que uno de

los factores predisponentes para las EDAS está más relacionado con la higiene de la persona y de la familia, ya que al contar con agua potable puede llevar una higiene adecuada lavando las manos al preparar los alimentos, de hacer la limpieza tanto del hogar como al realizar el cambio de pañales y luego de que los niños terminen de jugar y luego de ir al baño.

Con respecto a los factores epidemiológicos en las EDAS:

Al evaluar la edad más susceptible para EDAS de los niños encontré que el 11% de los casos se dieron en niños de 0 – 6 meses, el 13% fueron niños de 7 – 12 meses, el rango etario más afectado fue de 1 - 2 años de edad con el 29% de los casos, seguido con un 27% de los casos en los niños de 3 – 4 años y un 20% de los casos en niños de 5 años; resultados similares se encontró en el estudio de Losino Vicente donde el 23.5% de los niños tenían de 1 – 6 meses, el 14.7% de los casos en niños de 7 – 12 meses, el rango etario más afectado eran los niños de 13 - 24 meses con un 35.3%, el 14.7% de los casos se dio en niños de 25 – 36 meses, el 8.8% de los casos en niños entre 37 – 48 meses y el 2.9% de los niños afectados tienen entre 49 – 60 meses; en el estudio de Alvaro también se logró encontrar que los niños más afectados son los niños menores de 18 meses con un 80% de los casos estudiados y un 29% de los casos eran mayores de 18 meses, en el estudio de Molina se encontró que el 73.8% de los casos se dieron en lactantes y el 26.19% de los casos fueron en niños preescolares, concluyendo que el grupo etario de niños menores de 2 años son los más susceptibles a tener complicaciones de las EDAS y como principal complicación esta la deshidratación que es la que lleva a la muerte a los niños afectados con EDA, y más aún si es que no se toma las medidas necesarias para prevenir y si no se da el tratamiento adecuado a su tiempo.

El sexo en mi estudio se observó que el sexo más afectado fue el masculino con un 62% y el 38% de los niños afectados fueron de sexo femenino; resultados similares encontró Losino Vicente en su estudio donde el 61% de

la muestra eran de sexo masculino y el 39% de la muestra eran niñas, de igual forma en el estudio de Molina se observa que el 63.4% de los niños afectados eran de sexo masculino y el 35.7% de los casos eran de sexo femenino. Corroborando en todos los estudios el resultado que obtuvo Molina en su estudio donde constato que el sexo masculino tiene mayor predisposición a padecer complicaciones al presentar una EDA como la deshidratación, lo que aumenta si se le agrega que sea lactante y que tenga bajo peso.

El índice de masa corporal en mi estudio encontré que el 2% de los niños afectados tenían bajo peso, el 80% de los niños afectados se encontraron dentro de lo normal, y el 18% de los casos tenían sobre peso/obesidad; resultados similares se encontró en el estudio de Alparo donde el 56.7% de los niños tenían un IMC normal, el 43.3% de los niños presentaban alguna alteración en el índice de masa corporal (IMC); y en el estudio de Molina también se encontraron resultados similares donde el 36.9% de los niños presentaron un índice de masa corporal (IMC) bajo, el 47.6% de los niños afectados se encontraban con un índice de masa corporal (IMC) normal y un 15.5% de los niños afectados tenían sobrepeso/obesidad y Losino Vicente también encontró en su estudio que el 84% de los niños afectados tenían un índice de masa corporal (IMC) normal, el 2% de los niños afectados presentaron un índice de masa corporal (IMC) bajo y el 14% de los niños afectados tenían un índice de masa corporal (IMC) alto. Lo que no se relaciona con la teoría la cual dice que los niños más afectados y que tiene mayor probabilidad a presentar complicaciones como la deshidratación son los niños desnutridos por ende con un índice de masa corporal (IMC) bajo ya que estos niños al no estar bien alimentados pierden líquidos y electrolitos con mayor facilidad, pero en mi estudio como en los otros la mayoría de los niños afectado presentaban un índice de masa corporal (IMC) normal.

Antecedente personal de disentería en mi estudio se observó que el 76% de los niños afectados tenían como antecedente personal disentería y el 24% de los niños afectados no tenían como antecedente personal disentería; a

diferencia del estudio de Molina donde el 60.7% de los niños afectados no tenían antecedente de disentería y solo el 39.3% de los niños afectados de su estudio tenían ese antecedente. Por lo cual no podemos asegurar que ese sea un factor predisponente principal para EDA en niños menores de 5 años que hayan tenido o no antecedente de disentería.

Con respecto a los factores clínicos de las EDAS en los niños menores de 5 años:

Presencia de fiebre en mi trabajo vemos que el 71% de los niños afectados presentaron fiebre y el 29% de los niños afectados no presentaron fiebre, resultados similares al estudio de Molina donde el 64.3% de los niños afectados presentaron fiebre y el 35.7% de los niños afectados no presentaron fiebre, logrando ver que un elevado número de niños con EDA presentaron fiebre durante el proceso; pero en el estudio de Alvaro se observó que solo el 16.7% de los niños afectados presentaron fiebre y el 83.3% de los niños afectados no presentaron fiebre. Lo que nos lleva a decir que la fiebre no es un factor predisponente principal para las EDAS.

Frecuencia de las deposiciones en mi estudio obtuve que el 71% de los niños afectados tuvieron una frecuencia de las deposiciones mayor a 5 veces por día, el 29% de los casos presentaron una frecuencia de deposiciones menor de 5 veces por día; resultados similares se encontró en el estudio de Alvaro donde el 91.7% de los casos presentaron una frecuencia mayor a 5 deposiciones liquidas al día, y el 8.3% de los casos presentaron una frecuencia menor de 5 deposiciones al día; pero en el estudio de Molina el 65.5% de los niños afectados presentaron una frecuencia de 5 veces a menos de deposiciones al día y el 34.5% de los casos presentaron una frecuencia menor de 5 deposiciones liquidas al día. Los resultados en los estudios son similares y el problema si no se controla a tiempo esta frecuencia de diarreas en el niño lo va a llevar a una deshidratación la cual puede complicarse en severa si se le agrega a las diarreas fiebre y también si es que presentan

vómitos los cuales complican más la EDA, y si la frecuencia de los vómitos son más de 3 veces por día y si todo estos síntomas se dan en niños menores de 2 años los puede llevar a la muerte en menos tiempo, y más aún si se une a la falta de recibir el tratamiento adecuado y oportuno según la gravedad. Lo que lleva a la importancia de que la madre esté informada correctamente sobre los signos y síntomas de una deshidratación en los niños para que puedan acudir a un centro de salud más cercano a tiempo y recibir el tratamiento adecuado y oportuno.

Con respecto a las practicas alimentarias en las EDAS:

La alimentación en mi estudio encontré que el 7% de los niños afectados recibían lactancia materna exclusiva, el 18% de los niños afectados recibían lactancia artificial y el 76% de los niños afectados en este estudio tenían alimentación complementaria, del mismo modo en el estudio de Losino Vicente donde obtuvo que el 21% de los niños afectados recibían lactancia materna exclusiva, el 32% de los niños afectados tenían alimentación complementaria, el 12% de los niños afectados tenían lactancia artificial y el 32% eran niños afectados solo recibían alimentación, según los estudios respecto a este punto, usualmente afecta a los niños que ya reciben alimentación complementaria o que solo reciben alimentación, y los problemas en estos casos se deben a las condiciones de como preparan sus alimentos y de la higiene del lugar como de los utensilios que usan para prepararlos, o si es que su alimentación la reciben en la calle donde no se sabe en qué condiciones preparan los alimentos o si es que son bien conservados para evitar su descomposición o contaminación. Otro motivo es por la limpieza de los biberones, por eso también podemos encontrar niños que toman formula con EDA; porque en otros estudios se encontró que los biberones son considerados como uno de los principales motivos en provocar infecciones gastrointestinales en los niños ya que son difíciles de limpiar y no todos los padres o cuidadores han recibido la información de cómo mantener la limpieza adecuada de los biberones. Otro punto con respecto a la

alimentación en los niños que reciben alimentación complementaria es el tipo de alimentos que reciben hay casos en que los niños reciben alimentos no recomendados por los pediatras dependiendo de la edad del niño, los cuales alteran su salud. Con esos resultados se logra concluir que los responsables principales de esto son los padres y de las personas que se encargan de cuidar y alimentar a los niños en el caso que sus padres trabajen.

A partir de que me aportó alimentación complementaria en mi estudio encontré que el 31% de los niños afectados iniciaron antes de los 6 meses de edad y el 69% de los niños afectados iniciaron su alimentación complementaria después de los 6 meses de edad, al igual que en el estudio de Alparo donde el 36.7% de los niños afectados iniciaron antes de los 6 meses de edad y el 63.3% de los casos comenzaron la alimentación complementaria después de los 6 meses de edad. Acá podemos reiterar lo observado en el punto anterior donde se confirma que las infecciones gastrointestinales usualmente inician con la incorporación de la alimentación complementaria en los niños y si esta inicia antes de los 6 meses los niños son más propensos a presentar EDAS, como se menciona en el estudio de Alparo y de Mariños la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida ayuda a reducir la presencia de EDAS y de otras infecciones ya que da una inmunidad natural para muchas infecciones y Mariños encontró que si los niños recibieran lactancia materna exclusiva completa se podría evitar el 6% de las EDAS. Por eso hay que promover más y educar más a las poblaciones sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva para sus niños, y fomentar a los padres a que no le den ningún tipo de alimento y/o bebida a los niños antes de los seis meses de edad para que puedan desarrollar un buen sistema inmune reduciendo las tasas de EDAS en el país. En que utensilios preparan los alimentos de los niños, en mi estudio encontré que el 24% de los niños afectados tienen sus propios utensilios y que el 76% de los niños afectados comen con los mismos utensilios de la familia, lo cual no es recomendable ya que al ser niños están más predispuestos a

contagiarse de cualquier infección que pueda tener algún miembro de la familia, estos utensilios deben de tener una buena higiene y se deben de guardar en lugares limpios libres de cualquier contaminante posible. Los utensilios utilizados en la preparación de los alimentos de los niños que están iniciando su ablactancia deben de estar adecuadamente aseados y el agua que se utilice en su preparación debe de ser potable para asegurar que no tenga ningún tipo de contaminación que altere la salud del niño.

Un punto importante y algo en común que se ha podido llegar con los resultados de este estudio y de los estudios tomados como antecedentes es que uno de los factores predisponentes principales para la EDA es la higiene, se puede ver que en la mayoría de los puntos se puede responsabilizar a la higiene tanto personal como familiar la presencia de esta enfermedad en los niños, la cual se podría prevenir con simplemente un buen lavado de manos durante la preparación de los alimentos, al cambiar entre alimentos cocidos de crudos, luego de sacar la basura, al cambiar los pañales, luego de ir al baño, cada vez de que le niño termine de jugar o cuando regresan de la calle.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

De la investigación realizada, se concluye:

1. Que las madres provienen de zona urbana en un 62%; teniendo como grado de estudio secundaria el 82%, siendo madres separadas el 47%, siendo ama de casa el 66% y poseen servicios básicos completos 95%.
2. En los niños el 29% de los casos de diarreas agudas de edad se presenta entre 1-2 años.
Un 62% son de sexo masculino.
El índice de masa corporal es normal en el 80% de los niños con enfermedad diarreica aguda.
Se observa que los niños tuvieron como antecedente personal disentería en un 76%.
3. Un 71% de niños afectados presentaron fiebre
Un 71% de niños afectados presentaron deposiciones diarreicas más de 5 veces/día.
4. El 76% tienen alimentación complementaria.
El 69% inicio la ablactancia después de los 6 meses.
El 76% de los niños afectados utilizan los mismos utensilios que utiliza la familia para ingerir alimentos.

5.2 RECOMENDACIONES

Al equipo del Servicio de pediatría, del Hospital Militar Central, se le recomienda:

1. Información, Educación y comunicación (IEC) Dirigidas a los padres de familia, niñeras y familiares cercanos para prevención y conocimiento de signos de alarma para EDA y deshidratación en los pequeños de 5 años a menos.
2. El personal de salud encargado de atender a niños menores de 5 años debe estar bien entrenado en el manejo adecuado de enfermedad diarreica aguda.
3. La alimentación complementaria debe realizarse de acuerdo a las indicaciones del pediatra.
4. Se debe enseñar a los padres y a las personas encargadas de la crianza de pequeños menores de 5 años, que el menaje utilizado para la alimentación de este grupo poblacional debe ser adecuado, personal y manejado con buena condición de higiene y limpieza.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez, M. Fernández Ermus, R. Sacerio Cruz, M. Jones Llamas, E. Modificación de conocimientos sobre EDAS en escolares de la Secundaria Básica “Francisco Maceo Osorio”. MEDISAN [Internet]. Jul 2012 [citado 10 Ene 2013];16(7). Disponible: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_16_7_12/san05712.htm
2. Fuentes Díaz Z, Rodríguez Salazar O, Salazar Diez M, Rodríguez Hernández O. Factores de riesgo de las EDAS en menores de cinco años. AMC [Internet]. 2008 Abr [citado 10 Ene 2013];12(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552008000200004&lng=es.
3. Ghimir Madhu E, Pradhan Vardhan Y, Maskey Mahesh K. Communitybased interventions for diarrhoeal diseases and acute respiratory infections in Nepal. Bull World Health Organ [Internet]. 2010 [citado 11 Ene 2013];88(3). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2828786/>
4. OPS [Internet]. Washington, DC: OPS/OMS; 2008 [citado 11 Ene 2013]. Disponible en: http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/IB_2008_sp.pdf
5. MINSA – Dirección General de Epidemiología. EDA, Perú 2013. Sala Situacional 2013 (SE) N°: 20. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/vigilancia/sala/2013/SE20/edas.pdf>

6. MINSA – Dirección General de Epidemiología. EDA, Perú 2013. Sala Situacional 2012 (SE) Nro: 24. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/boletines/2012/24.pdf>
7. OMS y Unicef lanzan plan para disminuir número de muertes en niños de 5 años a menos, [citado 18 de enero de 2014], Disponible en: <http://www.eluniverso.com/2013/04/11/1/1384/oms-unicef-lanzan-plan-disminuirnumero-muertes-menores-5-anos.html>
8. Germán Losino Vicente. En su investigación titulada “Prevalencia de diarrea aguda infantil en chicos de 5 años a menos que concurren al Centro de Salud “Las Américas””. Para Optar el Título Profesional de Licenciado En Nutrición. Mar del Plata en el año 2013.
9. Zamora Verduga Cristhian. En su investigación titulada “Frecuencia y Factores asociados a la EDA en Niños; Hospital Naval de Guayaquil, Mayo-Noviembre 2015.” Para Optar El Título Profesional De Médico. Guayaquil, Ecuador 2016.
10. Alparo Herrera Indhira. En su investigación titulada “Factores de riesgo para EDA con deshidratación grave en pacientes de 2 meses a 5 años”. En revista sociedad boliviana pediátrica 2014; 53 (2): 65 – 70.
11. Molina Rivera Silvia Helen. En su investigación titulada “Factores asociados a Deshidratación en pequeños de 5 años a menos con EDA atendidos en el Hospital San José 2013-2015”. Para Optar El Título Profesional de Médico Cirujano. Lima-Perú 2016.
12. Olivera Ruiz, Rubén. En su investigación titulada “Nivel de conocimiento sobre EDA en madres de pequeños de 5 años a menos

en el Hospital Vitarte 2015". Para: Optar el Título de Médico Cirujano. Lima-Perú 2016.

- 13.** Mariños Anticona, Carlos. "Determinantes sociales de la EDA, como identificar el riesgo y la protección para la intervención sanitaria multivalente en los pequeños de tres años a menos en el Perú. En: Revista Peruana de Epidemiología, vol. 18, núm. 1, septiembre, 2014, pp. 1-8 Lima, Perú.

- 14.** Román Riechmann Enriqueta. Diarrea aguda - Asociación Española de Pediatría [citado 15 de enero de 2013], Disponible en https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/diarrea_ag.pdf

- 15.** Blanco, F. EDA En: Manual de diagnóstico y terapéutica en pediatría. Costa Rica. Editorial de la universidad de Costa Rica. 2003; p. 166.

- 16.** Torrus, D. enfermedades diarreicas de transmisión hídrica. El cólera como paradigma de EDA. En: Medicina humanitaria. España. Editorial Díaz de Santos. 2005; p. 267.

- 17.** Cubero, I., Machado, I., Fernández, E. Deshidratación aguda en pediatría. Actualización del protocolo de rehidratación en el SUE, Bol. SPAO 2013; 7 (4) 148- 153.

- 18.** Marin, A., Jaramillo, B., Gómez, R., Gómez, U. Manual de pediatría ambulatoria / Manual of Ambulatory Pediatrics. Bogotá. Editorial Medica Internacional. 2008; p:265.

- 19.**Rodríguez, S., Mejía, N. Guías de pediatría práctica basadas en la evidencia. 2da edición. Bogotá-Colombia: Editorial Médica Panamericana. 2009.
- 20.**De la torre, M., Molina, J. Vómitos. En: Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Urgencias Pediátricas SEUP-AEP. España. Asociación Española de Pediatría. 2010 pp: 264-270.
- 21.**Riverón, R., Mena, M. Desequilibrio hidroelectrolítico y ácido-base en la diarrea. Rev Cubana Pediatr. 2000; 72(3): 170-182.
- 22.**Marca, S., Mejía, H., Tamayo, L. Factores de riesgo para la deshidratación severa en niños menores de 5 años. CUADERNOS. 2004; 49 (1): 29-35.
- 23.**Mendoza, A. El formidable reto de la resistencia bacteriana a los antibióticos. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. 2011; 54 (1):18-27.
- 24.**Jhonnell Alarco, J.; Aguirre-Cuadros, Eduardo Y Álvarez Andrade, Esmilinia V. Conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención en un asentamiento humano de la provincia de Ica, Perú. Rev Clin Med Fam [online]. 2013, vol.6, n.1, pp. 25-31. ISSN 1699-695X
- 25.**Vásquez, Lina; Herrera, Demian Y Segura, Mabel. Conocimientos sobre hidratación oral por las madres de pacientes de 1 a 5 años de vida con enfermedad diarreica aguda: República Dominicana. Horiz. Med. [online]. 2014, vol.14, n.3, pp. 24-27.

- 26.** Reyes-Tur Y, Rey-Camacho Y. Conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención. Revista de Ciencias Médicas de La Habana [revista en Internet]. 2009 [citado 2015 Nov 8]; 15(1): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/418>
- 27.** Cervantes Baute, Isidra De La Caridad; Bosch Govea, Mariela y Armero Pérez, Graciela. Valoración del conocimiento de las madres sobre las diarreas y su prevención. Rev Cubana Enfermer [online]. 2001, vol.17, n.1, pp. 56-59.
- 28.** Lacruz-Rengel, María A et al. Conocimiento materno sobre estrategias básicas de prevención en EDA. Arch Venez Puer Ped [online]. 2012, vol.75, n.4, pp. 113-117.
- 29.** Delgado MF, Sierra CH, Calvache JA, Ríos ÁM, Mosquera C, Salas I y cols. Conocimientos maternos sobre signos de peligro en EDA en el marco de la estrategia AIEPI. Colombia Médica 2006; 37: 293-298.
- 30.** Medina, R; Labrador, M; Goyri, R. Conocimiento de las madres cuidadoras ante un niño con EDA en hogares de cuidado diario. Col. med. Estado Táchira; 18(1):4-13, ene.-mar. 2009.
- 31.** Custodio D., Custodio H., Nivel de Conocimientos y Conducta Materna sobre el manejo de la diarrea en el hogar en pequeños de 5 años a menos que son atendidos en el servicio de URO en el Instituto Nacional de Salud del Niño en el año 2010, Lima; s.n; 2010. 63 p.
- 32.** Jibaja Correa, Félix; León Moreyra, Karina; Loli Méndez, Karla; Loyola Astete, Cristian; Lozano Mas, Leidy; Luna Matos, Antonio. Rol de la

lactancia materna exclusiva como factor protector de las EDAS en niños de 0-12 meses en el periodo Setiembre-Noviembre 2009 en el Instituto Nacional de Salud del Niño. Lima; s.n; 2009. 21 p.

- 33.** Flores Santillán, C., & Espinoza Urcia, C. A. (2015). Conocimiento sobre EDA en madres de pequeños de 5 años a menos. Nido Children's House, 2015. Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú.
- 34.** Lapeira Panneflex, Patricia; Acosta Salazar, Diana. Conocimientos y prácticas sobre enfermedades diarreicas y respiratorias entre madres de una institución de salud. DUAZARY, [S.I.], v. 11, n. 1, ago. 2014.
- 35.** Nolte Rickards, K., & Linares Moscoso, J. P. (2015). Nivel de conocimiento y prácticas de prevención frente a la EDA. Hospital Central Fuerza Aérea del Perú, 2015. Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú.
- 36.** Pertuz Meza Y. Incidencia y factores de riesgo asociados a EDA por rotavirus, Santa Marta, 2012. Hacia promoc. salud. 2014; 19(2): 26-37.
- 37.** Gonzales S., Carlos et al. Guía de práctica clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda infecciosa en pediatría Perú - 2011. Rev. gastroenterol. Perú [online]. 2011, vol.31, n.3, pp. 258-277. ISSN 1022- 5129.
- 38.** Gómez, Marcelo. Introducción a la metodología de la investigación científica. Editorial Córdoba. Argentina. 2006 Pag.88.

BIBLIOGRAFÍA

- Gómez, Marcelo. Introducción a la metodología de la investigación científica. Editorial Córdoba. Argentina. 2006 Pag.88.

ANEXOS

ANEXOS
Anexo 01
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES
UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala utilizada	Fuente
Sexo del niño	Característica anatómica, biológica y fisiológica que diferencia al hombre de la mujer	Género gramatical propio de la mujer o del hombre	Cualitativo	Masculino Femenino (nominal)	Encuesta realizadas por estudiante de la Universidad San Juan Bautista
Grado de estudio de la madre	Es el nivel más alto de estudios realizados o que este cursando	El nivel de instrucción es el grado alcanzado desde inicial hasta primaria.	Cualitativa Ordinal	Sin educación Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Educación superior técnica Educación superior universitaria. (nominal)	Encuesta realizadas por estudiante de la Universidad San Juan Bautista

Edad del niño	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la persona.	Todas las etapas en que se divide la vida humana:	Cuantitativo	0 - 6 meses 6 - 1 año 1 - 2 años 2 - 3 años 3 - 4 años 4 - 5 años (nominal)	Encuesta realizadas por estudiantes del V ciclo de la Asociación Universidad San Juan Bautista
AGUA	Formula química H ₂ O. Primordial para preservar la vida en la tierra.	Agua limpia adecuada para el consumo humano	Cualitativo	Conexión domiciliaria Cisternas Pozos (nominal)	Encuesta realizadas por estudiantes del V ciclo de la Asociación Universidad San Juan Bautista



ANEXO 2

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA HOSPITAL MILITAR CENTRAL

solicita brindar datos para la realización del trabajo de investigación que tiene como finalidad determinar los Factores que predisponen a las EDA en pequeños menores de cinco años. Los datos brindados serán utilizados de forma estrictamente confidencial.

Autora: GLADYS INGRID INGA CASTILLO.

FECHA:

HC:

I. FACTORES DEMOGRÁFICOS DE LA MADRE

1. Procedencia:
Urbano ()
Rural ()

2. Grado de estudio:
Sin instrucción ()
Primaria ()
Secundaria ()
Educ. Superior técnico ()
Educ. superior universitario ()

3. Estado Civil:
Soltera ()
Casada ()
Separada ()
Viuda ()

4. Ocupación:
Independiente ()
Empleado ()
Ama de casa ()
Estudiante ()

5. Servicios básicos:
Solo energía eléctrica o solo agua y desagüe. ()
Agua, desagüe y energía eléctrica. ()
Agua, desagüe, energía eléctrica, internet, teléfono, cable. ()

II. FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS

6. Edad
a. 0-6 meses () 7 – 12 meses () 1 - 2 años () 3 - 4 años () 5 años ()
7. Sexo
a. Femenino () Masculino ()
8. Índice de masa corporal (IMC)
Bajo peso ()
Peso normal ()
Sobrepeso/obesidad ()

III. FACTORES CLÍNICOS

9. Antecedentes personales de disentería
a. Si ()
b. No ()
10. Presencia de fiebre
a. Si ()
b. No ()
11. Frecuencia de deposiciones
a. >5 veces/día ()
b. <5 veces/día ()

IV. PRÁCTICAS ALIMENTARIAS

12. Alimentación
a. Lactancia exclusiva ()
b. Lactancia artificial ()
c. Alimentación complementaria ()
13. A partir de qué mes aporto alimentación complementaria
a. Antes de los 6 meses ()
b. Después de los 6 meses ()
14. En que utensilio prepara los alimentos
a. Su propio utensilio ()
b. Come de los mismos utensilios de la familia ()

ANEXO 3
VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR EXPERTO

ESTUDIO DE FACTORES QUE PREDISPONEN A LAS ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE OCTUBRE A DICIEMBRE 2016

ANEXO 3
VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR EXPERTO

ESTUDIO DE FACTORES QUE PREDISPONEN A LAS ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE OCTUBRE A DICIEMBRE 2016

N°	DIMENSIONES / ITEMS	PERTINENCIA		RELEVANCIA		CLARIDAD		SUGERENCIA
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
I	FACTORES DEMOGRÁFICOS DE LA MADRE							
1	¿Es importante saber la procedencia de la madre?	✓		✓		✓		
2	¿Considera importante el grado de estudio de la madre?	✓		✓		✓		
3	¿Es importante el estado civil de la madre?	✓		✓		✓		
4	¿Tiene influencia la ocupación de la madre?	✓		✓		✓		
5	¿Tiene relevancia los servicios básicos en relación al estudio?	✓		✓		✓		
II	FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS							
6	¿Es importante considerar las edades de los niños?	✓		✓		✓		
7	¿Es importante saber el sexo de los niños?	✓		✓		✓		
8	¿Tiene importancia saber el índice de masa corporal de los niños?	✓		✓		✓		
III	FACTORES CLÍNICOS							
9	¿Tiene importancia saber los antecedentes de los niños?	✓		✓		✓		
10	¿Considera importante la presencia de fiebre en los niños?	✓		✓		✓		
11	¿Considera importante la frecuencia de deposiciones que presenta los niños?	✓		✓		✓		
IV	PRÁCTICAS ALIMENTARIAS							
12	¿Es importante saber el tipo de alimentación de los niños para el estudio?	✓		✓		✓		

13	¿Es importante saber desde cuando ingiere alimento los niños en el estudio?	✓		✓		✓	
14	¿Es importante saber en qué utensilio prepara los alimentos de los niños en el estudio?	✓		✓		✓	

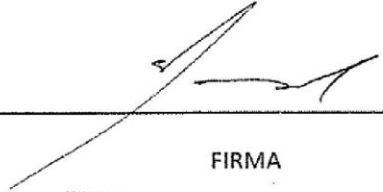
Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable (X) Aplicable después de corregir() No aplicable()

Lima, 10 de febrero del 20 17

Apellidos y nombres del juez evaluador: Blácido Trujillo Linceda
 DNI: 07234763

Especialidad del evaluador: Pediatría



FIRMA

NA. 618065500
 Lincoln F Blácido Trujillo
 MEDICO PEDIATRA
 CMP 18196 RNE 11962

ANEXO 3
VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR EXPERTO

ESTUDIO DE FACTORES QUE PREDISPONEN A LAS ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE OCTUBRE A DICIEMBRE 2016

N°	DIMENSIONES / ITEMS	PERTINENCIA		RELEVANCIA		CLARIDAD		SUGERENCIA
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
I	FACTORES DEMOGRÁFICOS DE LA MADRE							
1	¿Es importante saber la procedencia de la madre?	✓		✓		✓		
2	¿Considera importante el grado de estudio de la madre?	✓		✓		✓		
3	¿Es importante el estado civil de la madre?	✓		✓		✓		
4	¿Tiene influencia la ocupación de la madre?	✓		✓		✓		
5	¿Tiene relevancia los servicios básicos en relación al estudio?	✓		✓		✓		
II	FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS							
6	¿Es importante considerar las edades de los niños?	✓		✓		✓		
7	¿El importante saber el sexo de los niños?	✓		✓		✓		
8	¿tiene importancia saber el índice de masa corporal de los niños?	✓		✓		✓		
III	FACTORES CLÍNICOS							
9	¿Tiene importancia saber los antecedentes de los niños?	✓		✓		✓		
10	¿Considera importante la presencia de fiebre en los niños?	✓		✓		✓		
11	¿Considera importante la frecuencia de deposiciones que presenta los niños?	✓		✓		✓		
IV	PRÁCTICAS ALIMENTARIAS							
12	¿Es importante saber el tipo de alimentación de los niños para el estudio?	✓		✓		✓		

13	¿Es importante saber desde cuando ingiere alimento los niños en el estudio?	✓		✓		✓	
14	¿Es importante saber en qué utensilio prepara los alimentos de los niños en el estudio?	✓		✓		✓	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable (X) Aplicable después de corregir() No aplicable()

Lima, 10 de 02 del 20 17

Apellidos y nombres del juez evaluador: Liendo Chocano Maria Elena

DNI: 07916906

Especialidad del evaluador: Pediatría

Liendo
 Dra. MARÍA ELÉNA LIENDO CHOCANO
 NEURÓ - PEDIATRA
 C.M.P. 24548 R.N.E. 15790

FIRMA

ANEXO 3
VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR EXPERTO

ESTUDIO DE FACTORES QUE PREDISPONEN A LAS ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE OCTUBRE A DICIEMBRE 2016

N°	DIMENSIONES / ITEMS	PERTINENCIA		RELEVANCIA		CLARIDAD		SUGERENCIA
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
I	FACTORES DEMOGRÁFICOS DE LA MADRE							
1	¿Es importante saber la procedencia de la madre?	✓		✓		✓		
2	¿Considera importante el grado de estudio de la madre?	✓		✓		✓		
3	¿Es importante el estado civil de la madre?	✓		✓		✓		
4	¿Tiene influencia la ocupación de la madre?	✓		✓		✓		
5	¿Tiene relevancia los servicios básicos en relación al estudio?	✓		✓		✓		
II	FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS							
6	¿Es importante considerar las edades de los niños?	✓		✓		✓		
7	¿El importante saber el sexo de los niños?	✓		✓		✓		
8	¿tiene importancia saber el índice de masa corporal de los niños?	✓		✓		✓		
III	FACTORES CLÍNICOS							
9	¿Tiene importancia saber los antecedentes de los niños?	✓		✓		✓		
10	¿Considera importante la presencia de fiebre en los niños?	✓		✓		✓		
11	¿Considera importante la frecuencia de deposiciones que presenta los niños?	✓		✓		✓		
IV	PRÁCTICAS ALIMENTARIAS							
12	¿Es importante saber el tipo de alimentación de los niños para el estudio?	✓		✓		✓		

13	¿Es importante saber desde cuando ingiere alimento los niños en el estudio?	✓		✓		✓	
14	¿Es importante saber en qué utensilio prepara los alimentos de los niños en el estudio?	✓		✓		✓	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable (X) Aplicable después de corregir() No aplicable()

Lima, 10 de FEBRERO del 2017

Apellidos y nombres del juez evaluador: GARCIA Zuñiga ELIZABETH
 DNI: 08500888

Especialidad del evaluador: PEDIATRIA


 JEFE DE PEDIATRIA
 NA 805260300
 DRA. ELIZABETH GARCIA Z.
 Medico Pediatra HMC
 CMP 19433 - RNE 9995
 FIRMA

ANEXO N° 04
MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO	JUSTIFICACIÓN	VARIABLES INDICADORES	METODOLOGIA	INFORMANTE
PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	JUSTIFICACIÓN TEÓRICA	V. INDEPENDIENTE	TIPOS DE INVESTIGACION	FUENTE
¿Cuáles son los Factores que predisponen a las EDAS en pequeños de cinco años a menos en el Hospital Militar Central de Octubre a Diciembre 2016?	Determinar los Factores que predisponen a las EDA en pequeños de cinco años a menos en el Hospital Militar Central de Octubre a Diciembre 2016.	La enfermedad diarreica aguda (EDA) está relacionada con la pobreza a causa de una deficiente higiene y la mala nutrición sobre todo en la niñez. Las EDAS están asociadas a múltiples variables; las cuales son: ambientales, sociales, culturales y económicas que influyen, originan y prolongan la enfermedad	Factores predisponentes	Descriptivo, Transversal Retrospectivo	Ficha De Recolección De Datos
PROBLEMAS ESPECIFICOS	OBJETIVOS ESPECIFICOS	JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA	V.DEPENDIENTE	POBLACION	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Cuáles son los Factores demográficos de la madre en las EDAS en pequeños de cinco 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimar los Factores demográficos de la madre en las EDAS en pequeños de cinco años a menos en el Hospital Militar Central 	Los medios de comunicación y centros de salud transmiten una información insuficiente acerca de este mal, por lo que tenemos que brindar una información más detallada a las madres	Enfermedades diarreicas agudas	Estuvo conformada por 45 niños atendidos en el servicio de pediatría del Hospital Militar Central de	

<p>años a menos en el Hospital Militar Central de Octubre a Diciembre 2016?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Cuáles son los Factores Epidemiológicos en las EDAS en pequeños de cinco años a menos en el Hospital Militar Central de Octubre a Diciembre 2016? ▪ ¿Cuáles son los Factores clínicos en las EDAS en pequeños de cinco años a menos en el Hospital Militar Central de Octubre a Diciembre 2016? 	<p>de Octubre a Diciembre 2016.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar los Factores Epidemiológicos en las EDAS en pequeños de cinco años a menos en el Hospital Militar Central de Octubre a Diciembre 2016. ▪ Describir los Factores clínicos en las EDAS en pequeños de cinco años a menos en el Hospital Militar Central de Octubre a Diciembre 2016. ▪ Conocer las prácticas alimentarias en las EDAS en pequeños de cinco años a menos en el 	<p>sobre esta enfermedad para reducir la prevalencia que se viene presentando.</p>		<p>Octubre a Diciembre 2016.</p>	
---	---	--	--	----------------------------------	--

<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Cuáles son las prácticas alimentarias en las EDAS en pequeños de cinco años a menos en el Hospital Militar Central de Octubre a Diciembre 2016? 	<p>Hospital Militar Central de Octubre a Diciembre 2016</p>				
--	---	--	--	--	--