

UNIVERSIDAD DE SONORA
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

**“FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES
GASTROINTESTINALES EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS”**

TESIS

Como requisito para obtener el título de:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

TODO-LO-ILUMINAN

PRESENTAN

AGUIRRE AGUAYO DALIA MELISSA

ZAZUETA BELTRÁN LUIS FERNANDO

DIRECTORA

M.C. MARCELA PADILLA LANGURÉ

ASESORES

DR. JULIO ALFREDO GARCÍA PUGA

M.C. CLAUDIA FIGUEROA IBARRA

Hermosillo, Sonora a Abril del 2016.

Repositorio Institucional UNISON



**"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"**



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	i
DEDICATORIAS	ii
ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICAS	iii
RESUMEN	iv
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I	3
1.1 Justificación	3
1.2 Planteamiento del problema	5
1.3 Pregunta de investigación	7
1.4 Objetivos	8
1.5 Definición de términos	9
CAPÍTULO II	
2.1 Marco referencial	10
2.2 Marco empírico	19
CAPÍTULO III	21
3.1 Metodología	21
3.2 Tipo de estudio	21
3.3 Población muestreo y muestra	21
3.4 Criterios de inclusión	21
3.5 Criterios de exclusión	22
3.6 Procedimiento de recolección de la información	22
3.7 Plan de análisis de resultados	23
3.8 Programas a utilizar para análisis de datos	23
3.9 Consideraciones éticas	23
CAPÍTULO IV	25
4.1 Resultados	25
CAPÍTULO V	44
5.1 Discusión	44
5.2 Conclusiones y sugerencias	47
CAPÍTULO VI	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y WEBGRAFÍA	49
ANEXO	52
1) Anexo 1.- Consentimiento informado	53
2) Anexo 2.- Cuestionario: Encuesta Conocimientos sobre diarrea	54

ÍNDICE DE GRÁFICAS Y TABLAS

Gráfica no. 1	Lugar de procedencia del usuario	26
Gráfica no. 2	Enfermedades asociadas que presenta el usuario	27
Gráfica no. 3	Ocupación del padre o tutor del usuario	29
Gráfica no. 4	Visita del usuario fuera de los lugares que frecuenta	30
Gráfica no. 5	Fuente probable con la que el usuario se contagió	31
Gráfica no. 6	Fecha de inicio de síntomas del usuario	32
Gráfica no. 7	Grado de desnutrición que presenta el usuario	33
Gráfica no. 8	Fármaco que recibe el usuario	34
Gráfica no. 9	Número de días que el usuario tiene con diarrea	35
Gráfica no. 10	Frecuencia y días con vómito	37
Gráfica no. 11	Condiciones de la vivienda	39
Gráfica no. 12	Conocimientos de padres o tutores sobre la diarrea	41
Gráfica no. 13	Alimentos que pueden consumir los usuarios que presentan diarrea	42
Gráfica no. 14	Conocimiento del uso de SVO en caso de diarrea y su preparación	42
Gráfica no. 15	Nivel de conocimiento de los padres/tutores sobre diarrea	43
Tabla no. 1	Edad y sexo del usuario	25
Tabla no. 2	Edad y nivel académico del padre o tutor del usuario	28
Tabla no. 3	Fecha de ingreso y egreso del usuario a HIES	33
Tabla no. 4	Presencia de fiebre y tipo de tratamiento que recibe el usuario	34
Tabla no. 5	Grado de deshidratación y planes de hidratación en el usuario	38
Tabla no. 6	Higiene en casa del usuario y práctica del lavado de manos	40

AGUIRRE AGUAYO DALIA MELISSA
ZAZUETA BELTRÁN LUIS FERNANDO

RESUMEN

TÍTULO DEL ESTUDIO:

Factores de riesgo de enfermedades gastrointestinales en niños menores de 5 años

No. de páginas: 64

La presente investigación tiene como **objetivo** identificar los factores de riesgo que están presentes en los niños menores de 5 años que presentan enfermedades gastrointestinales y se encuentran recibiendo tratamiento médico en el Hospital Infantil del Estado de Sonora (HIES). El estudio se llevó a cabo en el periodo comprendido de Febrero del 2015 a Enero del 2016. **Metodología:** estudio de tipo descriptivo y de corte transversal. Para recopilar la información se utilizó un cuestionario de 8 apartados y 62 preguntas, de las cuales 26 fueron abiertas, 18 dicotómicas y 18 pluricotómicas elaborado ex profeso por el equipo de investigadores. La muestra constó de 51 participantes seleccionados por conveniencia. **Resultados:** El pico más alto de edad es de menores de un año 26%(13) de los cuales el 22%(11) son de este sexo masculino y al llegar a los cinco años disminuye de forma importante al 6% (3) igualmente al 2%(1) en los varones. 55% (28) de los usuarios son procedentes de la ciudad de Hermosillo, el 31% (16) es de la ciudad de Guaymas, el 10% (5) procede de Empalme y el 4% (2) pertenece al poblado Miguel Alemán. El 10%(5) de los usuarios presenta desnutrición Leve, el 4%(2) Moderada, 4%(2) grave, 72%(37) no presenta desnutrición. El nivel de conocimientos de los padres/tutores sobre la diarrea dieron como resultado que la mayoría, 80%(41), tiene nivel regular y el 20%(10) es malo. El 80% de las condiciones en las que habita el niño son buenas, mientras que el 20% es regular. Por lo que es posible que el niño haya contraído EGI en su propia casa. **Conclusión:** El estudio permite concluir en base a los resultados obtenidos que los conocimientos que poseen los padres respecto a las enfermedades gastrointestinales pueden fungir como un factor de riesgo para el desarrollo de los padecimientos. Es importante que los padres o tutores de los niños lleven a cabo acciones de autocuidado de manera efectiva que permitan la reducción de las incidencias del menor de padecer trastornos gastrointestinales en el hogar.

Descriptores: Factores de riesgo, enfermedades gastrointestinales, menores de 5 años.

INTRODUCCIÓN

La salud es el estado de bienestar físico, mental y social completo y no meramente la ausencia de alguna enfermedad (OMS, 2013). La salud pública, por otra parte previene enfermedades prolongando así, la vida, protegiéndola y mejorándola (CONAGUA, 2008).

En México, diversos factores entre ellos económicos, ambientales, de salubridad y socioculturales, hacen que las enfermedades gastrointestinales presenten alta prevalencia. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud, se estima que para el año 2000 ocurrieron 130, 894,650 episodios correspondiendo 1.35 eventos de diarrea por habitante al año.

Cerca de un 80% de las muertes por diarrea ocurren en los menores de 2 años y del total de todas defunciones, el 18% se relacionan con la diarrea. La primera causa de muerte por diarrea es la deshidratación, la cual sucede por la pérdida de líquido y electrolitos en las heces.

En México la Información Epidemiológica de las Enfermedades Diarreicas es recabada por diversas fuentes tanto para los casos como para las defunciones. Existen a la fecha dos sistemas que recaban la información; uno está basado en los casos notificados por las unidades médicas en todo el país (Sistema de Notificación Semanal) y el otro (Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones) que recaba información de las muertes. Además, ambos forman parte del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE, 2012).

El presente trabajo de investigación, tiene como objetivo conocer la percepción de los padres o tutores sobre los factores de riesgo que intervienen para que los niños menores de cinco años, presenten enfermedades gastrointestinales. El trabajo consta de VI capítulos. Después de la introducción, en el capítulo I se presenta la justificación, planteamiento del problema, pregunta de investigación, objetivos. El capítulo II muestra el marco referencial constituido por los principales conceptos y literatura de apoyo utilizados para el análisis del tema. El capítulo III contiene la metodología donde se muestra: Tipo de estudio, población, muestreo y muestra, criterios de inclusión, criterios de exclusión, procedimiento de recolección de la información, plan de análisis de los resultados, programas a utilizar para análisis de datos y consideraciones éticas.

En el capítulo IV se observan los gráficos, resultado de los cuestionarios aplicados a los familiares de los usuarios que presentan enfermedades gastrointestinales que se encuentran recibiendo tratamiento médico en el Hospital Infantil del Estado de Sonora (HIES). Se valoraron con los factores: alimentación del usuario, estado y hábitos de higiene que se presentan en la casa donde habita el usuario, educación de los padres o tutores del usuario. El capítulo V se compone por discusión, conclusiones y sugerencias hacia el personal de salud y familiares o tutores y como último, el capítulo VI donde se encuentra las referencias bibliográficas utilizadas y los anexos que conforman en su totalidad el trabajo de investigación.

CAPÍTULO I

1.1 JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades diarreicas son la segunda causa de muerte en niños menores de cinco años, y ocasionan la muerte de 760 000 millones de niños cada año. La diarrea puede durar varios días y puede privar al organismo del agua y las sales necesarias para la supervivencia. La mayoría de las personas que fallecen por enfermedades diarreicas en realidad mueren por una grave deshidratación y pérdida de líquidos. Los niños malnutridos o inmunodeprimidos son los que presentan mayor riesgo de enfermedades diarreicas potencialmente mortales según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013).

Las enfermedades diarreicas en México ocupan uno de los primeros lugares como causa de morbilidad en población menor de cinco años de edad, generando el 20% de la demanda de consulta en los servicios de salud y el 10% de las hospitalizaciones pediátricas. Este grupo de edad presenta entre 2 y 4 episodios diarreicos al año (Secretaría de Salud, 2012).

El 38% de la población mexicana, del orden de 40 millones de personas, se enferma todos los años, y 82% de esas afecciones, 33 millones de personas, se debe a enfermedades transmisibles, de este 38% de morbosidad, 5.5 millones de personas corresponden a enfermedades infecciosas intestinales. Estas son la 20ª causa de muerte en México, la 4ª causa de muerte en niños menores de 5 años y la 1ª causa de muerte en niños mayores de 1 año y menores de 5 años. La tasa de enfermedades infecciosas intestinales lejos de disminuir, aumenta y presenta variaciones de difícil explicación. Eso significa que la higiene y la disposición de excretas presentan deficiencias que es necesario atender de acuerdo con la Comisión Nacional del Agua (CONAGUA, 2008).

En Sonora, al igual que en otras partes de la República Mexicana, persisten infecciones como la parasitosis intestinal, ello, a pesar del avance y penetración de las campañas en la población infantil. Existen diversos factores de riesgo para contraer el padecimiento, entre ellos, la falta de higiene, cuando esta no se lleva a cabo o no es bien implementada. Las medidas de higiene como el aseo personal, el de la vivienda o del entorno, tienen por objetivo la conservación de la salud y la prevención de enfermedades (Román, 2014).

Debido a lo antes mencionado, se considera importante llevar a cabo la presente investigación, con el fin de conocer la percepción de los padres o tutores sobre los factores de riesgo que intervienen en la presencia de enfermedades gastrointestinales en la población infantil que asiste a recibir atención médica en el Hospital Infantil del Estado de Sonora (HIES), en el periodo comprendido de Febrero 2015 a Enero del 2016.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El síndrome diarreico agudo es un problema de salud pública, tanto en adultos como en niños, en los primeros es causa de alta morbilidad e inasistencia laboral. Según datos de la OMS, esta patología constituye una de las cinco etiologías, que producen más de 8 millones de muertes infantiles en los países en desarrollo (Burgos, 2012).

En la actualidad, las enfermedades gastrointestinales (EGI) en niños, son un problema extendido a nivel mundial, sobre todo aquellas que están relacionadas con *Helicobacter Pylori* (Hp). En el mundo existen varias cepas Hp que pueden ser muy patógenas para el ser humano, y existen varios factores tanto ambientales como del huésped que determina la severidad de la enfermedad. En los niños, la prevalencia de infección por Hp varía entre 10% y 80% en diferentes poblaciones a nivel mundial. Para la edad de 10 años, más del 50% de los niños del mundo ya fueron infectados. Por lo tanto, la identificación de los mecanismos de transmisión de ese grupo etario es de fundamental importancia (Perales, 2011).

La edad, etnia, género, geografía y estatus socioeconómico son algunos de los factores que influyen en la incidencia y prevalencia de enfermedades gastrointestinales. La prevalencia general es alta en los países en desarrollo y más baja en los países desarrollados. Dentro del mismo país puede haber una variación igualmente amplia en cuanto a la prevalencia entre las poblaciones urbanas de mayor nivel económico y las poblaciones rurales (Organización Mundial de Gastroenterología, 2010).

De acuerdo con datos de la SS (2012). En los últimos 30 años de revisión de la morbilidad de las enfermedades diarreicas agudas se observa un incremento de la tasa de

incidencia por estos padecimientos debido a la mejora en la notificación de los casos que se presentan.

Gracia Vázquez, et al., en 2007, realizaron un estudio con el objetivo de evaluar aspectos relacionados con enfermedades gastrointestinales (EGI), en donde los resultados mostraron que el 60% de la población las ha padecido de una a tres veces al año, el 19% de cuatro a seis veces y un valor tan alto como 14 % más de siete eventos anuales; solamente el 6% no recuerda haber padecido EGI en el último año. El 58% de los encuestados que sufrieron en el último año EGI las asocian con el consumo de algún alimento. Los alimentos más frecuentemente nombrados como responsables de la enfermedad fueron: carne, pollo, leche y platillos preparados fuera del hogar. Los síntomas más frecuentes mencionados por los participantes afectados fueron: diarrea y cólicos 65%; 16% presentó vómito.

Por lo anterior el siguiente estudio pretende conocer los factores de riesgo que presentan los niños menores de cinco años para padecer enfermedades gastrointestinales según la opinión de sus cuidadores principales como son los padres o tutores.

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores de riesgo percibidos por los padres o tutores de los niños menores de 5 años para padecer enfermedades gastrointestinales que se atienden en el Hospital Infantil del Estado de Sonora, en el periodo Febrero 2015 a Enero 2016?

1.4 OBJETIVOS

Objetivo general

Conocer la percepción de los padres o tutores sobre los factores de riesgo que intervienen para que los niños menores de cinco años atendidos en una unidad hospitalaria de tercer nivel, presenten enfermedades gastrointestinales.

Objetivos específicos

- Conocer características sociodemográficas del grupo de estudio.
- Identificar el nivel de conocimientos sobre la enfermedad gastrointestinal que poseen los padres o tutores.
- Describirlas prácticas higiénicas que realizan en el hogar y en la vida diaria los niños y los padres o tutores.
- Realizar valoración del estado de salud de los infantes.

1.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Factores de Riesgo: Característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido como la EGI.

Conocimientos: Conjunto de saberes racionales ciertos o probables que son adquiridos por medio el estudio de manera metódica, vivencias, experiencias propias, y pueden ser verificables con la realidad (Cheesman de Rueda, 2006).

Prácticas de Higiene: Actividad que se realiza de forma continuada conforme a reglas de higiene o aseo para conservar la salud y prevenir enfermedades.

Enfermedad Gastrointestinal: Enfermedad que afecta el estómago y los intestinos, generalmente ocasionada por bacterias, parásitos y virus (IMSS, 2015).

Deshidratación: Complicación de las EGI, caracterizada por pérdida de líquidos y solutos en el cuerpo humano, puede ser incipiente, moderada y grave (Botas, 2011).

CAPÍTULO II

2.1 MARCO REFERENCIAL

Las enfermedades gastrointestinales son uno de los principales problemas de salud pública en México. Se transmiten, ya sea por vía fecal-oral, o bien por el consumo de agua y alimentos contaminados. Afectan principalmente a la población infantil, y tanto su incidencia como su prevalencia dependen del nivel socioeconómico de los pacientes. Los agentes patógenos involucrados son virus, parásitos y bacterias. La búsqueda e identificación de éstos, en los laboratorios clínicos, se centra principalmente en patógenos clásicos como: Salmonella, Shigella, Escherichia, Vibrio, Campylobacter y Yersinia. Existen otros géneros involucrados en estas enfermedades, como Aeromonas, que en otros países se ha documentado como agente etiológico de enfermedades gastrointestinales y marcador de contaminación fecal en el agua (SSA, 2012).

Las infecciones agudas del tracto gastrointestinal figuran entre las enfermedades infecciosas más frecuentes en atención primaria. La participación de los distintos microorganismos difiere de unas áreas geográficas a otras, con variaciones estacionales y según el grupo de población estudiada. Entre las enfermedades del tracto gastrointestinal más frecuentes se encuentran las diarreas y entre los estados con mayor incidencia reportada se encontraban: Chiapas, Oaxaca, Guanajuato, Veracruz, Puebla, y el Distrito Federal (Laín, et., al 2015).

Se dice también que 90% de las enfermedades infecciosas intestinales son causadas por virus, fundamentalmente por el rotavirus. Este último es el más frecuente y peligroso por los altos índices de deshidratación que ocasiona, y por ser la infección más frecuente durante los meses fríos y secos. En el mundo, el rotavirus es la causa principal de

gastroenteritis aguda con diarrea grave y deshidratación; que afecta sobre todo a niños menores de cinco años (OMS, UNICEF, 2013).

El acceso al agua salubre y las buenas prácticas higiénicas son extremadamente eficaces para prevenir la diarrea infantil. El lavado de las manos con jabón reduce la incidencia de las enfermedades diarreicas en más de un 40%, convirtiéndose así en una de las intervenciones más costo-eficaz para reducir las muertes infantiles por esta enfermedad desatendida. No obstante, a pesar de los conocidos beneficios de la mejora del suministro de agua y del saneamiento, aproximadamente un 88% de los casos mundiales de enfermedad diarreica son atribuibles al agua insalubre, el saneamiento insuficiente y la mala higiene. Se ha calculado que en 2006 había 2,5 millones de personas que carecían de instalaciones sanitarias mejoradas y que aproximadamente una cuarta parte de la población de los países en desarrollo defecaba al aire libre (UNICEF, 2009).

Gastroenteritis Aguda (GEA)

Se puede definir la GEA como una inflamación de la mucosa gástrica e intestinal, habitualmente de causa infecciosa, que va a cursar clínicamente con un cuadro de deposiciones líquidas en número aumentado que suele acompañarse de vómitos, fiebre y dolor abdominal. Constituye una causa importante de morbilidad y mortalidad pediátrica en todo el mundo, produciendo 1,5 billones de episodios y 1,5 a 2,5 millones de muertes anuales en niños menores de 5 años.

GEA es una reducción en la consistencia de las evacuaciones (líquidas o semilíquidas) y/o un incremento en la frecuencia de las mismas (por lo general ≥ 3 en 24h),

pudiendo acompañarse de fiebre o vómito. Su duración es por lo general <7 días y, por definición, nunca más de 14 días. Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN/ESPID, 2009).

Etiopatogenia

La causa más frecuente de GEA en la edad pediátrica es la infección entérica, que puede estar originada por:

Virus fundamentalmente Rotavirus, y con menor frecuencia, Adenovirus, Calicivirus, Astrovirus. Constituyen la causa más importante de GEA en la infancia; especialmente en los países desarrollados.

Bacterias Salmonella, Campylobacter, Shigella, Aeromonas, Yersinia. Predominan en determinadas épocas del año y en niños mayores. Cobran especial relevancia en países en vías de desarrollo.

Parásitos Giardia lamblia. Estos gérmenes producen la GEA alterando la absorción y secreción de agua y electrolitos a nivel intestinal mediante tres mecanismos:

- **Enterotóxico** V. cholerae, E. coli. Liberación de toxinas que estimulan la secreción e inhiben la absorción a nivel del intestino delgado. Conlleva importantes pérdidas hidroelectrolíticas, con gran riesgo de deshidratación.
- **Entero invasivo** (Salmonella, Shigella, Campylobacter). Reacción inflamatoria en colon e íleon terminal. Da lugar a deposiciones numerosas con moco y, a veces, sangre, pero con menor riesgo de deshidratación por menores pérdidas hidroelectrolíticas.

- **Osmótico (virus):** invasión y descamación de los enterocitos de las vellosidades intestinales que conlleva una disminución de la absorción de agua y electrolitos (diarrea acuosa) así como de la actividad de las disacaridasas con la consiguiente mal absorción de carbohidratos (diarrea osmótica). Otras causas menos frecuentes de diarrea en niños son las infecciones no enterales en los primeros meses de vida (otitis media aguda, infecciones del tracto urinario) y la etiología no infecciosa: causas dietéticas y nutricionales (intolerancia a las proteínas de leche de vaca o gluten, introducción de nuevos alimentos inadecuadamente, dietas hiperconcentradas, híper o hipocalóricas), enfermedades inflamatorias intestinales (enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa), enfermedades sistémicas (fibrosis quística, hipertiroidismo), inmunodeficiencias, tumores como neuroblastoma, tóxicos como laxantes (Mosqueda, et.,al 2010).

Clínica

El síntoma principal de la GEA es la diarrea con aparición de heces de menor consistencia y/o mayor número, las cuales pueden contener moco y/o sangre. Otros síntomas que pueden aparecer son: náuseas, vómitos, dolor abdominal tipo cólico y fiebre. En general es un proceso auto limitado que suele resolverse en un periodo de unos 3 a 5 días.

Tratamiento

Las siguientes bases para el tratamiento de la GEA han sido revisadas recientemente, por la ESPGHAN en 2008:

- Utilización de soluciones de rehidratación oral para corregir la deshidratación.
- Uso de una solución hipotónica (60 mmol/l de sodio y 74-111 mmol/l de glucosa).
- Rehidratación oral rápida: 3-4 horas.
- Realimentación precoz, reiniciando una dieta adecuada para la edad, sin restricciones, tan pronto como se corrija la deshidratación.
- Mantenimiento de la lactancia materna.
- En caso de alimentación con fórmula, no se aconseja su dilución ni la utilización de fórmulas especiales (sin lactosa, hidrolizados).
- Suplementación con solución de rehidratación oral para las pérdidas mantenidas debidas a la diarrea.

Diarrea

Se define como diarrea la deposición, tres o más veces al día (o con una frecuencia mayor que la normal para la persona) de heces sueltas o líquidas. La deposición frecuente de heces formes (de consistencia sólida) no es diarrea, ni tampoco la deposición de heces de consistencia suelta y “pastosa” por bebés amamantados.

Las intervenciones destinadas a prevenir las enfermedades diarreicas, en particular el acceso al agua potable, el acceso a buenos sistemas de saneamiento y el lavado de las manos con jabón permiten reducir el riesgo de enfermedad. Las enfermedades diarreicas pueden tratarse con una solución de agua potable, azúcar y sal, y con comprimidos de zinc.

Hay tres tipos clínicos de enfermedades diarreicas:

1. Diarrea acuosa aguda, que dura varias horas o días, y comprende el cólera.
2. Diarrea con sangre aguda, también llamada diarrea disentérica o disentería.
3. Diarrea persistente, que dura 14 días o más.

Medidas para tratar las enfermedades diarreicas

Rehidratación oral: Solución salina de rehidratación oral (SRO), son una mezcla de solución glucosalina, cloruro de sodio 2.6 grs. citrato sódico 2.9 grs., 1.5 grs. de cloruro de potasio, glucosa 13.5 grs. en un litro de agua. Las SRO es el tratamiento de elección para reponer las pérdidas de agua y electrolitos causadas por la diarrea en niños con deshidratación leve o moderada. Se absorben en el intestino delgado y reponen el agua y los electrolitos perdidos en las heces. Es un método seguro gracias a que ha demostrado, ser rápido, económico, no agresivo y que permite la colaboración de los familiares (OMS, 2004).

Complementos de zinc: reducen un 25% la duración de los episodios de diarrea y se asocian con una reducción del 30% del volumen de las heces.

Rehidratación con fluidos intravenosos: en caso de deshidratación severa o estado de choque.

Alimentos ricos en nutrientes: el círculo vicioso de la malnutrición y las enfermedades diarreicas puede romperse continuando la administración de alimentos nutritivos incluida la leche materna durante los episodios de diarrea, y proporcionar una

alimentación nutritiva incluida la alimentación exclusiva con leche materna durante los seis primeros meses de vida a los niños cuando están sanos.

Consulta instituciones de salud: solicitar atención para el tratamiento de la diarrea persistente, cuando hay sangre en las heces y/o signos de deshidratación.

Complicaciones

La diarrea es un síntoma de infecciones ocasionadas por muy diversos organismos bacterianos, víricos y parásitos, la mayoría de los cuales se transmiten por agua con contaminación fecal. La infección es más común en lugares de escasez de agua limpia para beber, cocinar y lavar. Las dos causas más comunes de enfermedades diarreicas en países en desarrollo son los rotavirus y Escherichia Coli. Durante un episodio de diarrea, se pierde agua y electrolitos (sodio, cloruro, potasio y bicarbonato) en las heces líquidas, los vómitos, el sudor, la orina y la respiración. Cuando estas pérdidas no se restituyen, se produce deshidratación una de las amenazas más grave de las enfermedades diarreicas.

El grado de deshidratación se mide en una escala de tres:

1. Deshidratación incipiente o leve: (< 5% en el lactante; < 3% en el niño de mayor) sin signos ni síntomas.
2. Deshidratación moderada: (5-10% en el lactante; 3-7% en el niño mayor)
 - Sed
 - Comportamiento inquieto o irritable
 - Reducción de la elasticidad de la piel
 - Ojos hundidos.

3. Deshidratación grave: (> 10% en el lactante; > 7% en el niño mayor)
- Los síntomas se agravan
 - Choque, con pérdida parcial del conocimiento, falta de diuresis, extremidades frías y húmedas, pulso rápido y débil, tensión arterial baja o no detectable y palidez.
 - La deshidratación grave puede ocasionar la muerte si no se restituyen al organismo el agua y los electrolitos perdidos, ya sea mediante una solución de sales de rehidratación oral (SRO), o mediante infusión intravenosa.

Medidas de prevención y tratamiento

- El acceso a fuentes inocuas de agua de consumo
- Uso de servicios de saneamiento mejorados
- Lavado de manos con jabón
- Lactancia exclusivamente materna durante los primeros seis meses de vida
- Una higiene personal y alimentaria correctas
- La educación sobre salud y sobre los modos de transmisión de las infecciones
- La vacunación contra rotavirus.

La OMS (2004) específicamente recomienda un plan a seguir con base en los datos clínicos que presente el niño. El Plan A se implementa en pacientes sin deshidratación o deshidratación leve, plan B en casos con deshidratación moderada y plan C en enfermos con deshidratación grave (choque).

Plan A consiste en adiestrar a los familiares para que apliquen el ABC del tratamiento. Alimentación constante, bebidas abundantes y consulta educativa. La Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, (Para la atención a la salud del niño) recomienda ofrecer media taza (75 mL) de la fórmula propuesta por la OMS en el caso de niños menores de un año (administrada a cucharadas después de cada evacuación) y una taza (150 mL) en los mayores de un año. Esta fórmula consta de: sodio 90 mEq/L, potasio 20 mEq/L, bicarbonato 30 mEq/L, cloro 80 mEq/L, glucosa 111 mEq/L.

Plan B consiste en la rehidratación por vía oral. Se administrarán 100 mL/kg de peso de esta fórmula en dosis fraccionadas cada 30 minutos durante cuatro horas. No se recomienda el uso de otras soluciones como bebidas gaseosas, té o jugos, ya que por el contenido de los diversos solutos, no rehidratará adecuadamente al paciente, o incrementarán el gasto fecal al aumentar la secreción intestinal de líquido. Si se presenta vómito o distensión abdominal, se puede intentar infusión por sonda nasogástrica a razón de 20-30 mL/kg/hora. En los casos que se presente gasto fecal mayor a 10 g/kg/hora, alteración del estado neurológico, sepsis o íleo se debe iniciar rehidratación parenteral.

Plan C se inicia en pacientes con deshidratación grave o estado de choque. Se administra solución Hartmann o solución fisiológica al 0.9% por vía intravenosa en dosis de 50 ml/kg de peso durante la primera hora y 25 ml/kg/hora durante la segunda y tercera hora. La OMS y la Academia Americana de Pediatría (AAP) recomiendan la administración de solución Ringer lactato o solución fisiológica en dosis de 20 ml/kg de peso hasta que el pulso, la perfusión y el estado de conciencia regresen a la normalidad. Ambas terapias recomiendan cambiar a hidratación oral en cuanto el paciente lo permita, calculando el déficit de líquidos persistente (NOM, 1999).

2.2 MARCO EMPÍRICO

Los episodios diarreicos siguen patrones que se correlacionan con las estaciones o épocas del año, ante lo cual la SS en 2010, determinó que en un grupo de 1 a 4 años de edad presentó un aumento de los casos por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en las semanas epidemiológicas de la 13 a la 25, se registró un total de 1 145 226 de casos que representan el 20% del total de los mismos en toda la población mexicana. Por el contrario, la población menor de 1 año de edad registró un 7% de los casos con respecto al total (SS, 2012).

Moreno y Floreano, en 2012. Realizaron un estudio descriptivo en niños menores de 5 años, y encontraron que el 93.02% de los menores se lavan las manos después de ir al baño; indican que el 6.97% de los niños no lo hacen. El 100% de los niños ingieren alimentos y frutas lavadas.

En cuanto a las prácticas de acceso a la atención se realizó un estudio en Ecuador en 2011 a padres de usuarios menores de 5 años que se encontraban padeciendo alguna enfermedad gastrointestinal. Los resultados arrojaron que antes de llevar al usuario a consulta médica en caso de presentar diarrea, el 97% de los padres dan al usuario tratamiento a base de medicamentos, mientras que el 3% dijo usar suero oral. El 63% de madres encuestadas manifiestan que se lavan las manos antes de comer, el 27% indican que se lavan las manos después de hacer las necesidades, 7% se lava las manos para preparar los alimentos y en un 3% después de cambiar el pañal al niño. 57% de los padres de los usuarios desconocen la preparación del suero oral casero, en tanto 43% de éstos si conocen la forma de prepararlo (Cabezas, 2011).

En relación a la edad, Busto (2007), realizó un estudio en América Latina, y encontró un ingreso de 79 casos EDA en todas las edades, de las cuales 57 casos (72%) eran menores de un año, 25 menores de tres meses, 20 con edades entre 4 y 7 meses y 12 en el grupo de 8 a 12 meses.

En México, en un estudio para determinar los factores de riesgo por muerte de EDA se encontró una asociación entre esta y la falta de identificación de signos de peligro, y se ha demostrado que los niños menores de cinco años de edad presentan tres episodios de diarrea por año en promedio, constituyendo una de las causas más frecuentes de consultas médicas a esta edad, además el problema que representa la cantidad de pacientes mueren durante los episodios de diarrea y la mayoría de los que sobreviven quedan con algún grado de desnutrición (Delgado, et al., 2006).

CAPÍTULO III

3.1 METODOLOGÍA

En este capítulo se describe el diseño del estudio, la población, muestra y muestreo, procedimiento de selección de los participantes, criterios de inclusión y exclusión, mediciones, procedimientos de recolección de datos, consideraciones éticas y estrategias de análisis de resultados.

3.2 Tipo de estudio

Debido al objetivo de la investigación este estudio es de carácter cuantitativo, descriptivo y transversal.

3.3 Población, Muestreo y Muestra

La población de interés fueron padres o tutores de niños menores de 5 años que presentaron alguna enfermedad gastrointestinal, atendidos en un hospital pediátrico de tercer nivel, la muestra fue no probabilística por conveniencia constituida por 51 padres o tutores que acudieron al servicio de hidratación oral.

3.4 Criterios de inclusión

- Padres o tutores con niños menores de 5 años de edad que presentan enfermedad gastrointestinal.
- Niños que reciban tratamiento médico en la unidad hospitalaria.
- Padres/tutores que acepten llenar el consentimiento informado.

3.5 Criterios de exclusión

- Padres con niños mayores de 5 años de edad.
- Menores de 5 años con patologías agregadas a las del estudio.
- Niños adscritos a otro servicio médico.

3.6 Procedimiento de recolección de la información

Para llevar a cabo el trabajo de investigación en primer lugar se obtuvo la autorización por parte de las autoridades del Hospital Infantil del Estado en Hermosillo (el director y personal encargado del área de enseñanza), a quienes se les explicó en qué consistía el procedimiento de aplicación de encuestas a los padres o tutores de los niños menores de cinco años que presenten enfermedades gastrointestinales.

Una vez obtenida la autorización se procedió a identificar a los sujetos de investigación y solicitar su participación en el estudio a los cuales en primer término se les informó sobre la investigación a realizar, y en el caso de obtener su autorización se les explicó y proporcionó un consentimiento informado (Anexo 1) para proceder a la aplicación del cuestionario, completado aplicado en el servicio en el que se encontraba el paciente, ello durante el horario matutino con un tiempo aproximado de llenado de 30 minutos.

Para el estudio se utilizó un cuestionario elaborado ex profeso (anexo 2) por el equipo de investigadores, con la finalidad de receptar información sobre los menores de 5 años que padecían alguna de estas enfermedades en el Hospital Infantil del Estado de Sonora, en Hermosillo, Sonora, el cual consta de 62 preguntas en 8 apartados (apartado 1. Datos sociodemográficos, 2. Antecedentes vacúnales, 3. Datos de padres o tutores, 4.

Antecedentes epidemiológicos, 5. Datos clínicos, 6. Características de la diarrea, 7. Hábitos higiénicos/básicos de la vivienda y 8. Conocimientos de los padres/tutores sobre la diarrea) de las preguntas 26 son abiertas, 18 dicotómicas y 18 pluricotómicas. Para evaluar el conocimiento se elaboraron 5 preguntas considerándose el siguiente parámetro: de 5 respuestas acertadas se considera “bueno”, de 4 a 3 “regular” y menor de 2 se considera “deficiente”.

3.7 Plan de análisis de los resultados

Debido a que la investigación fue de carácter descriptivo y transversal, el análisis de los datos fue mediante estadística descriptiva (frecuencias y porcentajes). Los datos analizados se presentan en gráficas y tablas.

3.8 Programas a utilizar para análisis de datos

Para el análisis descriptivo de la información los datos recolectados se capturaron y analizaron en el programa Excel 2007 Windows® de Microsoft office.

3.9 Consideraciones éticas

La presente investigación se rigió por el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (SS,1984), que de acuerdo a la misma esta investigación se considera sin riesgo de acuerdo a lo expuesto en el artículo 17 fracción I; según se estipuló en el artículo 14 fracción V donde prevalecerá el criterio del respeto a la dignidad y la protección de derechos y bienestar; expresado mediante el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación (14, fracción V, artículo 16), entendiéndose que el consentimiento informado es el acuerdo por escrito, firmado por los padres mediante el cual se autoriza su participación en la investigación, con el pleno

conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna (artículo 20).

CAPÍTULO IV

4.1 RESULTADOS

El siguiente trabajo de investigación se realizó en el Hospital Infantil del Estado de Sonora, con domicilio en Reforma No. 355 entre avenida 11 y 8, colonia ley 57. La unidad brinda servicios de salud de tercer nivel a la población infantil abierta y en casos especiales a los que se encuentran afiliados a otros servicios de salud. Cuenta con horario matutino de 7:00 am a 2:00 pm, vespertino de 2:00 pm a 9:00 pm y turno nocturno de 9:00 pm a 7:00 am, además de jornada acumulada.

Aspectos sociodemográficos

Los aspectos sociodemográficos constituyen determinantes importantes de la incidencia y evolución de la muestra.

Tabla no. 1
Edad y sexo del usuario
Hospital Infantil del Estado de Sonora
2015 – 2016

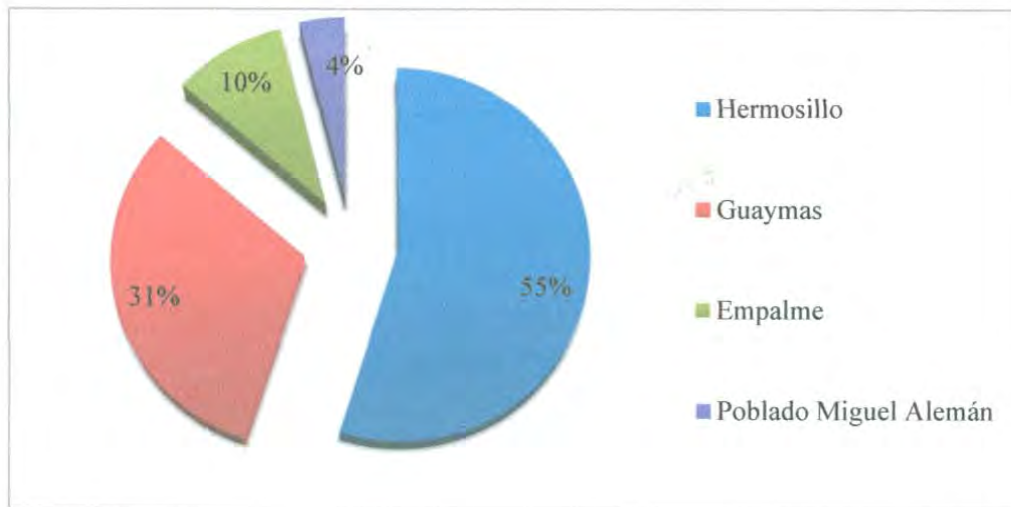
Edad	Sexo	
	Femenino	Masculino
Menor a 1 año	4%(2)	22%(11)
1 año	6%(3)	12%(6)
2 años	10%(5)	8%(4)
3 años	6%(3)	12%(6)
4 años	10%(5)	6%(3)
5 años	4%(2)	2%(1)
TOTAL	38%(20)	62%(31)

Fuente: Encuesta conocimientos sobre diarrea (ECD)

n: 51

De acuerdo a los datos se encontró que existe una distribución relativamente similar por grupos de edad y el sexo masculino, con el pico más alto en los menores de un año 26% (13) de los cuales el 22% (11) son de este sexo y al llegar a los cinco años disminuye de forma importante al 6% (3) igualmente al 2% (1) en los varones.

Gráfica No. 1
Lugar de procedencia del usuario
Hospital Infantil del Estado de Sonora
2015 – 2016



Fuente: ECD

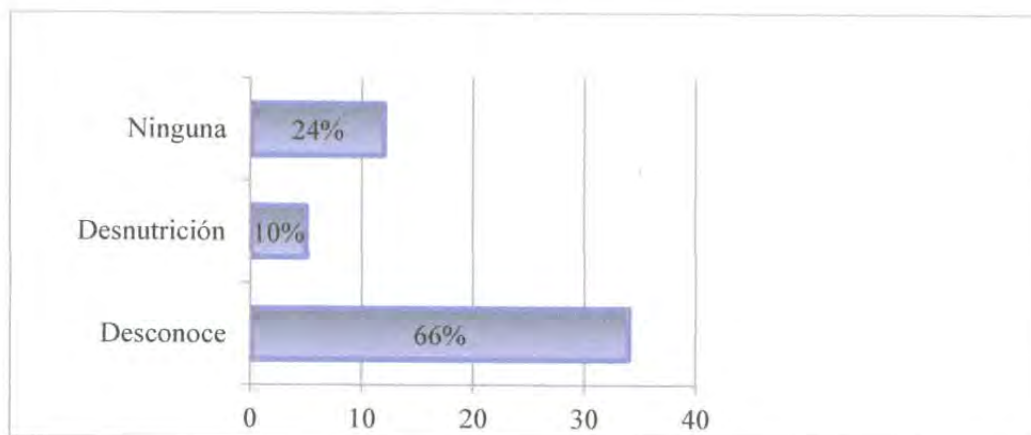
n: 51

El 55% (28) de los usuarios son procedentes de la ciudad de Hermosillo, el 31% (16) es de la ciudad de Guaymas, el 10% (5) procede de Empalme y el 4% (2) pertenece al poblado Miguel Alemán, pertenecientes al Estado de Sonora. Probablemente el número de casos de EGI disminuye al igual que el tamaño de la localidad en la que viven.

Antecedentes del niño

Enfermedades o padecimientos del sistema inmune previos del usuario antes de encontrarse hospitalizado que pueden ser un factor predisponente en el niño para presentar EGI.

Gráfica No. 2
Enfermedades asociadas que presenta el usuario
Hospital Infantil del Estado de Sonora
2015– 2016



Fuente: ECD

n: 51

El 66% (34) de los tutores del usuario desconocen si este presenta alguna enfermedad asociada, siendo el porcentaje más alto, lo que revela un factor de riesgo importante para que el niño presente EGI; el 10% (5) presenta desnutrición, el 24% (12) contestó que el usuario no presenta enfermedades asociadas.

Datos de los padres o tutores

Datos personales sobre los padres o tutores de los menores para la localización de factores de riesgo.

Tabla no.2
Edad y nivel académico del padre o tutor del usuario
Hospital Infantil del Estado de Sonora
2015 – 2016

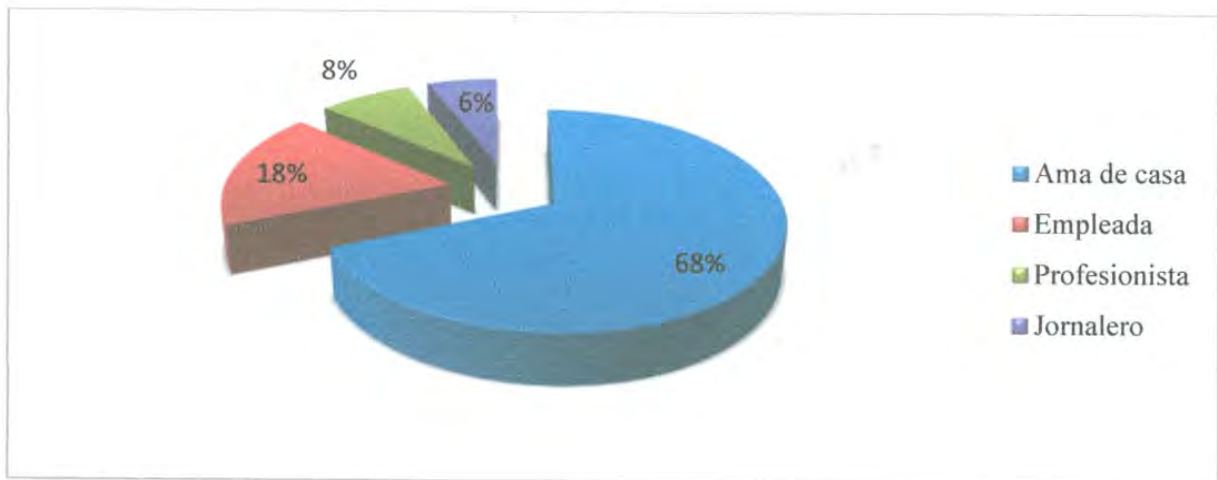
Edad del padre o tutor	Nivel académico					TOTAL
	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Universidad	No contesta	
15 a 25 años	10%(5)	22%(11)	11%(6)	4%(2)	0%(0)	48%(24)
26 a 35 años	2%(1)	16%(8)	10%(5)	14%(7)	2%(1)	44%(22)
36 a 45 años	2%(1)	4%(2)	0%(0)	4%(2)	0%(0)	8%(5)
TOTAL	14%(7)	42%(21)	21%(11)	21%(11)	2%(1)	100%(51)

Fuente: ECD

n: 51

En los 3 grupos de edad el nivel académico de más prevalencia es de secundaria, predominado por el grupo de edad de 15 a 25 años; lo que a nivel educativo puede ser un factor determinante para la falta de información sobre EGI y su prevención.

Gráfica No. 3
Ocupación del padre o tutor del usuario
Hospital Infantil del Estado de Sonora
2015– 2016



Fuente: ECD

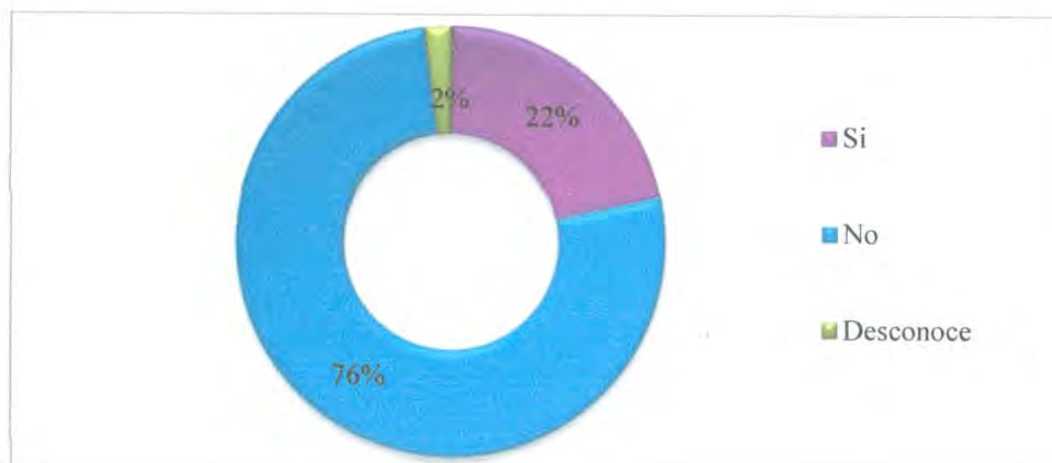
n: 51

La ocupación de los tutores es en 68% (35) ama de casa lo cual puede ser una fortaleza para el establecimiento de prácticas higiénicas, la detección de signos y síntomas en el niño, y la búsqueda de atención oportuna; 18% (9) es empleado en alguna empresa, 8%(4) trabaja como profesionista y el 6% (3) es jornalero.

Condiciones de los lugares que frecuenta el usuario

Identificar probables factores de riesgo en el entorno en el que se desarrolla el niño

Gráfica No. 4
Visita del usuario fuera de los lugares que frecuenta
Hospital Infantil del Estado de Sonora
2015– 2016

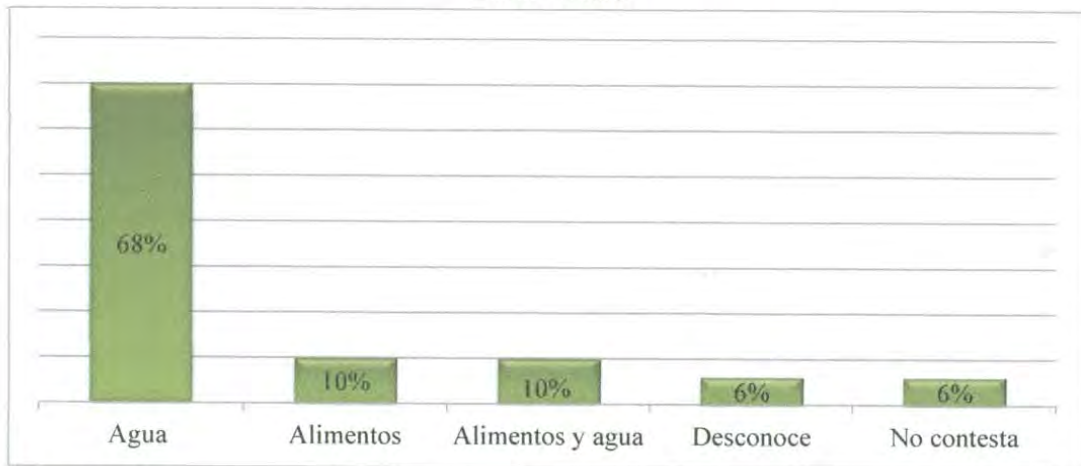


Fuente: ECD

n: 51

Los tutores afirman que el 22% (11) de los usuarios visitaron otro lugar fuera de los lugares que frecuenta (hogar, escuela, guardería, etc.), por lo que es probable que este grupo de niños probablemente haya estado expuesto a factores de riesgo que le hicieron presentar EGI. 76% (39) dijo que su hijo(a) no visitó ningún lugar de destino y el 2% (1) desconoce esta información. El 48% (24) de los usuarios fueron probablemente contagiados en su propio hogar, por lo que es posible que los padres/tutores sepan la posible fuente de contagio, el 30% (15) en guardería, 8% (4) en la escuela.

Gráfica No. 5
Fuente probable con la que el usuario se contagió
Hospital Infantil del Estado de Sonora
2015– 2016



Fuente: ECD

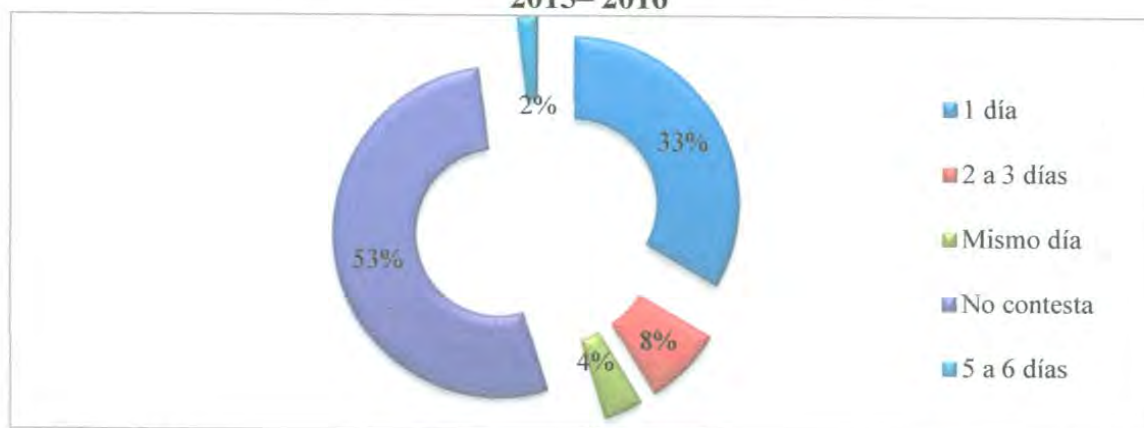
n: 51

La fuente probable en donde se contagió el usuario, en su mayoría, es agua con 68% (35) por lo que, según la gráfica anterior, más de la mitad pudo haberla consumido en casa; el 10% (5) fue por alimentos, 10% (5) agua y alimentos, el 6% (3) desconoce y el 6% (3) no contestó.

Datos clínicos

La comprensión de estos datos ayuda a entender el comportamiento del padecimiento que tiene el usuario para evitar complicaciones y tomar acciones para los síntomas presentes.

Gráfica No. 6
Fecha de inicio de síntomas del usuario
Hospital Infantil del Estado de Sonora
2015– 2016

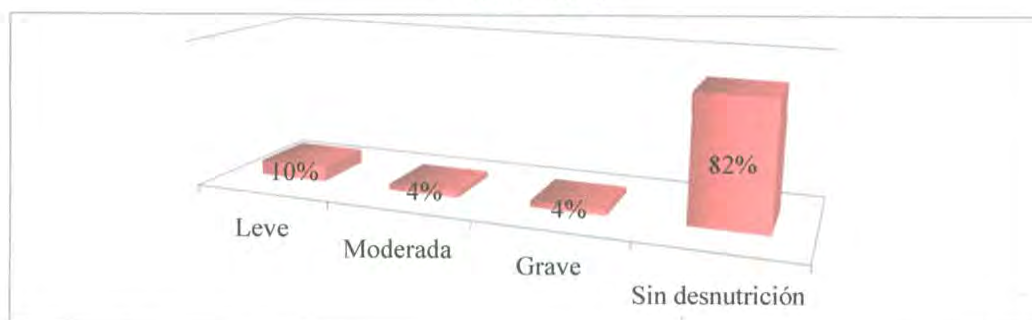


Fuente: ECD

n: 51

Según los padres o tutores, el 33% (16) de los usuarios presentó síntomas después de un día de haber consumido los alimentos de probable contagio, 8% (4) fue de 2 a 3 días después, 4% (2) en el mismo día de consumo, 2% (1) 5 a 6 días y el 53% (26) no contestó, al ser ésta la de mayor porcentaje y que marca un probable desconocimiento de este dato, puede significar que los padres/tutores no notaron los síntomas presentes hasta que el niño inició con la manifestación de EGI.

Gráfica No. 7
Grado de desnutrición que presenta el usuario
Hospital Infantil del Estado de Sonora
2015– 2016



Fuente: ECD

n: 51

El 10% (5) de los usuarios presenta desnutrición Leve, el 4% (2) Moderada, 4% (2) grave, 82% (42) no presenta desnutrición.

Tabla no. 3
Fecha de ingreso y egreso del usuario a HIES
Hospital Infantil del Estado de Sonora
2015– 2016

Fecha de ingreso después de inicio de síntomas	Egreso				TOTAL
	Mismo día	1 día	2 días	Sin egreso	
Mismo día	22%(11)	8%(4)	4%(2)	10% (5)	43% (22)
1 día	20%(11)	2%/(1)	2%(1)	10% (5)	35%(18)
2 días	4% (2)	0%(0)	0%(0)	8% (4)	12%(6)
3 días	2% (1)	0%(0)	0%(0)	4% (2)	6%(3)
4 días	0% (0)	0%(0)	0%(0)	4% (2)	4%(2)
TOTAL	48%(25)	10%(5)	6%(3)	36%(18)	100%

Fuente: ECD

n: 51

El 47% (24) de los usuarios ingresó al hospital 1 a 2 días después de que comenzaron los síntomas, el 43% (22) ingresó el mismo día, 10% (5) de 3 a 4 días, este porcentaje es el que tiene mayor posibilidad de presentar alguna complicación en su padecimiento (deshidratación, desnutrición, etc.).

Tabla No. 4
Presencia de fiebre y tipo de tratamiento que recibe el usuario
Hospital Infantil del Estado de Sonora
2015– 2016

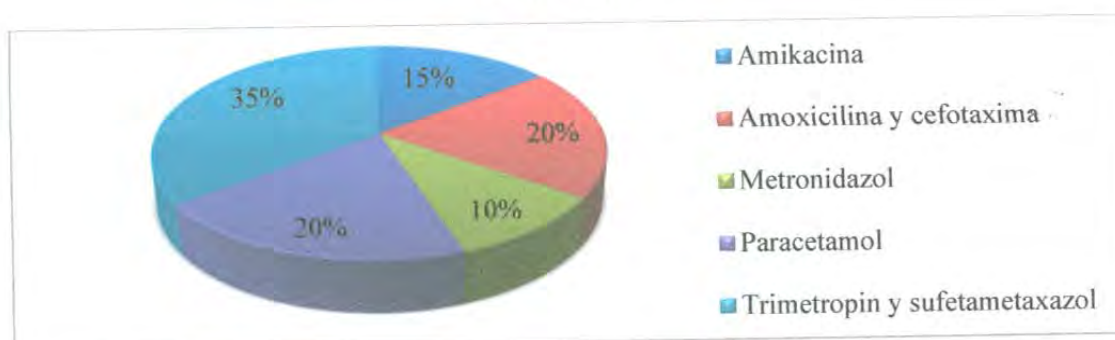
Tratamiento	Presencia de fiebre			TOTAL
	Sí	No	No contesta	
Fármaco	31%(16)	4%(2)	0%(0)	35%(18)
Sintomático	8%(4)	18%(9)	0%(0)	25%(13)
Ambas	16%(8)	2%(1)	0%(0)	18%(9)
No contesta	4%(2)	10%(5)	8%(4)	22%(11)
TOTAL	58%(30)	34%(17)	8%(4)	100%(51)

Fuente: ECD

n: 51

El 25% (13) de los usuarios recibe tratamiento sintomático, por lo que probablemente sea el grupo de personas que fueron egresados; el 35% (18) es tratado con fármacos, el 4% (2) recibe ambos tratamientos mientras que el 22% (11) no contesta. 58% (30) de los usuarios presenta fiebre y 34% (17) no presenta hipertermia.

Gráfica No. 8
Fármaco que recibe el usuario
Hospital Infantil del Estado de Sonora
2015– 2016



Fuente: ECD

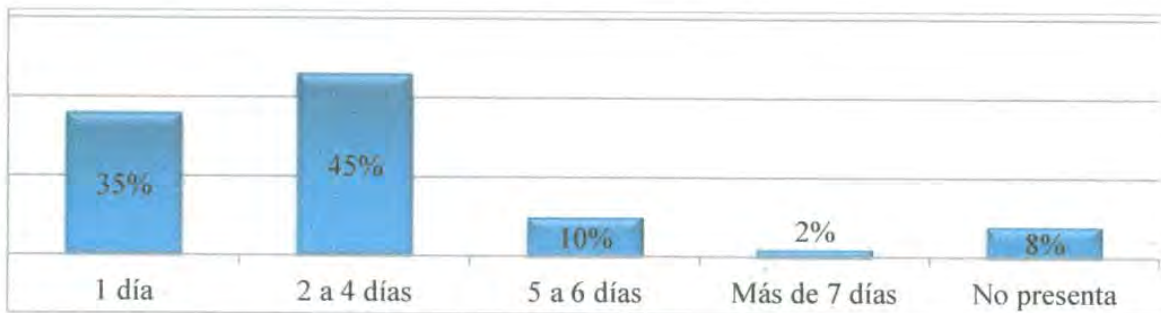
n: 51

De los usuarios que reciben tratamiento con antibiótico el 14% (7) se le administra Trimetropin y Sulfametoxazol, el 8% (4) Amoxicilina y Cefotaxima, 8% (4) Paracetamol, 6% (3) Amikacina, 4% (2) Metronidazol, 21% (11).

Presencia de diarrea

En este apartado se puede identificar el comportamiento de este padecimiento en el usuario.

Gráfica No. 9
Número de días que el usuario tiene con diarrea
Hospital Infantil del Estado de Sonora
2015– 2016



Fuente: ECD

n: 51

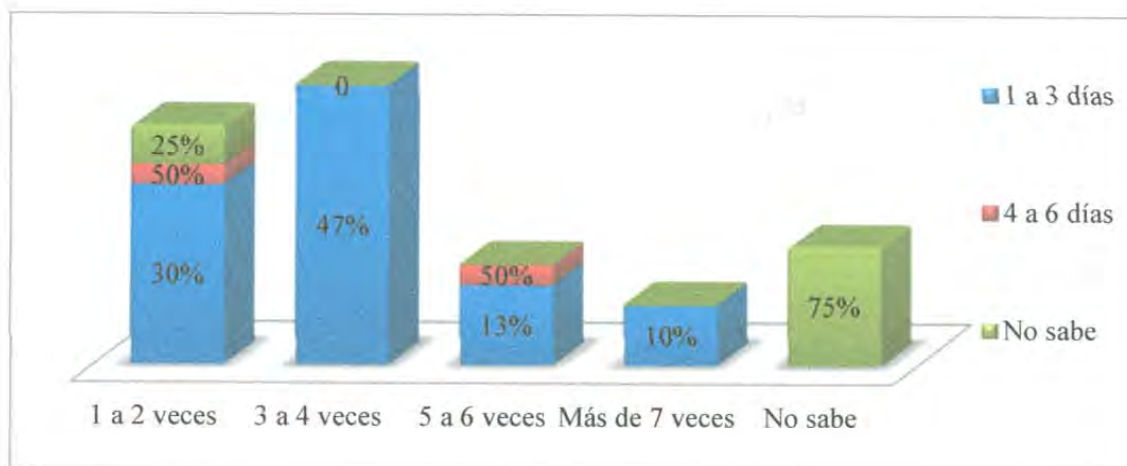
El 45% (23) tiene de 2 a 4 días con diarrea, el 35% (18) sólo tiene 1 día, 10% (5) tiene de 5 a 6 días, y 2% (1) más de 7 días, estos dos últimos porcentajes se encuentran en un mayor riesgo de presentar complicaciones y probablemente haya sido necesario su ingreso hospitalario.

De los usuarios que presentan evacuaciones diarreicas el 47% (22) tuvieron de 5 a 6 evacuaciones en 24 horas, caracterizadas en su mayoría, con 90% (20), por ser líquidas, el 5% (1) presentan sangre, y 5% (1) tienen ambas de las características anteriores. El 24% (11) tuvo más de 7 evacuaciones en 24 horas, caracterizadas en su mayoría, con 82% (9), por ser líquidas, el 9% (1) por tener presencia de sangre, y 9% (1) por ser dolorosas. El 19% (9) de los usuarios presentó de 3 a 4 evacuaciones en 24 horas, caracterizadas mayormente, con 78% (7), por ser líquidas y 22% (2) por tener presencia de sangre. El 4% (2) tuvo de 1 a 2 evacuaciones en 24 horas, caracterizadas con 50% (1) por ser líquidas y en

50% (1) por ser dolorosas. El 6% (3) desconoce en número de evacuaciones diarias, pero el 67% (2) se caracterizan por presencia de sangre y el 33% (1) restante no contestó.

Los grupos de niños que tienen entre cinco a seis evacuaciones o más de siete, tienen alto gasto de evacuaciones líquidas, por lo que se encuentran en mayor riesgo de presentar deshidratación.

Gráfica No. 10
Frecuencia y días con vómito
Hospital Infantil del Estado de Sonora
2015–2016



Fuente: ECD

n: 51

El 78% (40) de los encuestados dijeron que el usuario había presencia de vómito, el 30% (9) de 1 a 3 días con frecuencia de 1 a 2 veces en 24 horas, 47% (14) tuvo de 3 a 4 veces, 13% (4) 5 a 6 días con 10% (3) de más de 7 veces en 24hrs. El 5% (2) tuvo de 4 a 6 días con vómito con frecuencia de 50% (1) 1 a 2 veces en 24 horas y 50% (1) de 5 a 6 veces. El 20% (8) no sabe cuántos días con vómito tiene el usuario pero el 25% (2) dijo que la frecuencia era de 1 a 2 veces en 24 horas, mientras que el 75% (6) desconoce esa información.

La mayoría de los niños tiene de 1 a 3 días con presencia de vómito con frecuencia dominante de 3 a 4 veces cada 24 horas, por lo que es probable que presenten deshidratación.

Tabla No. 5
Grado de deshidratación y planes de hidratación en el usuario
Hospital Infantil del Estado de Sonora
2015– 2016

	Plan A	Plan B	Plan C	TOTAL
Grado de deshidratación				
Leve	63%(32)	8%(4)	0%(0)	71%(36)
Moderada	8%(4)	8%(4)	6%(3)	21%(11)
Grave	0%(0)	0%(0)	8%(4)	8%(4)
TOTAL	71%(36)	16%(8)	14%(7)	100%(51)

✦ Fuente: ECD

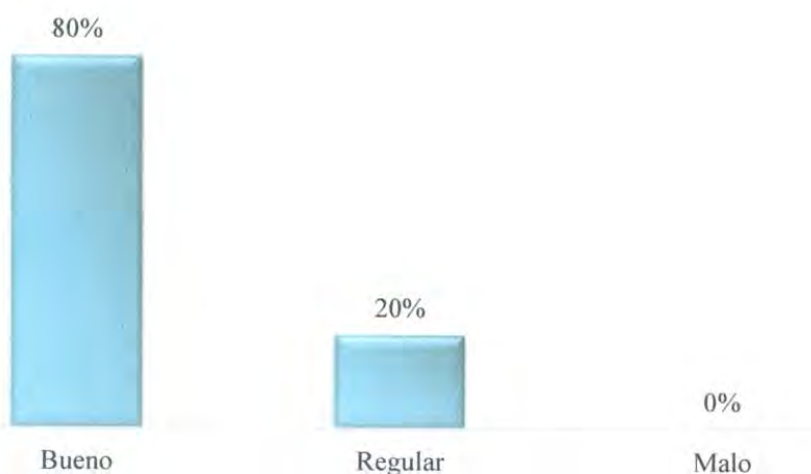
n: 51

De los usuarios que presentan deshidratación el 71% (36) es de grado Leve y al 63% (32) se le maneja con el plan de hidratación A, al 8% con plan B. El 21% (11) presenta deshidratación Moderada, y es manejado en 8% (4) con plan A, 8% (4) con plan B y 6% (3) plan C. El 8% (4) de los usuarios presenta deshidratación grave, y al 8% (4) se le maneja con el plan de hidratación C. Como se puede observar la mayoría de los niños fueron llevados con la presencia de datos de deshidratación leve lo que mejora el pronóstico de vida.

Hábitos higiénicos/básicos de la vivienda

Los hábitos higiénicos referidos por los padres o tutores se refieren básicamente a aspectos centrados en las prácticas que se llevan a cabo en los hogares con el propósito de mantener o no un ambiente saludable. Al respecto se presentan los siguientes resultados.

Gráfica No.11
Condiciones de la vivienda
Hospital Infantil del Estado de Sonora
2015– 2016



Fuente: ECD

n: 51

82% (41) de los usuarios vive en una casa hecha a base de concreto, 63% (32) del suelo de la casa cemento, 96% (49) cuenta con agua potable, 88% (45) el agua que consumen proviene de garrafón. 86% (44) cuenta con baño a base de drenaje.

Todo lo anterior referido dio como resultado que el 80% de las condiciones en las que habita el niño son buenas, mientras que el 20% es regular. Por lo que es posible que el niño haya contraído EGI en su propia casa.

Tabla No. 6
Higiene en casa del usuario y práctica de lavado de manos
Hospital Infantil del Estado de Sonora
2015– 2016

Higiene en casa	Se lavan alimentos antes de consumirse	Se lavan utensilios de cocina	Lavado de manos después de ir al baño (tutor)	Lavado de manos después de cambio de pañal (tutor)	Lavado de manos antes de preparar alimentos	Lavado de manos antes de comer (usuario)
Sí	92% (47)	86% (44)	84% (43)	59% (30)	88% (45)	76% (39)
No	4% (2)	14% (7)	16% (8)	29% (15)	8% (4)	14% (7)
A veces	4% (2)	0%	0%	2% (1)	0%	4% (2)
No contesta	0%	0%	0%	0%	4% (2)	6% (3)
No aplica	0%	0%	0%	10% (5)	0%	0%

Fuente: ECD

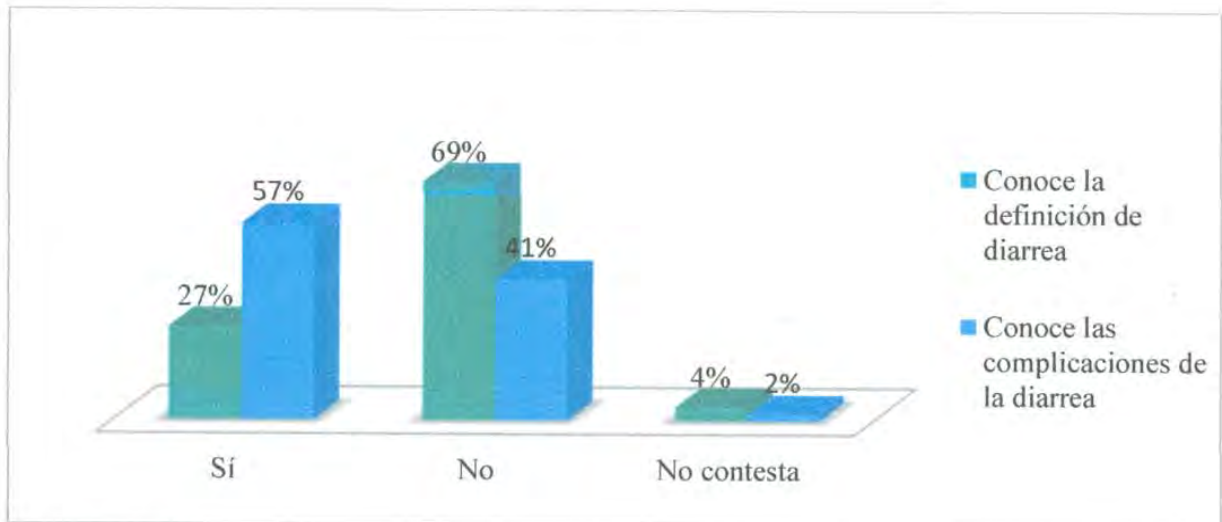
n: 51

Se cuestionó a los padres o tutores de los usuarios sobre la higiene en casa, el 92% (47) contestó que los alimentos se lavan antes de consumirse, 4% (2) dijo que no y el 4% (2) a veces. 86% (44) lava los utensilios de cocina y 14% (7) no lo hace. 84% (43) se lava las manos después de ir al baño, contrario al 16% (8). 59% (30) se lava las manos después de cambiarle el pañal al menor, 29% (15) no lo hace, 2% (1) lo hace a veces y 10% (5) no aplica ya que el usuario no usa pañal. 88% (45) se lava las manos antes de preparar los alimentos, 8% (4) no lo hace, 4% (2) no contestó. El 76% (39) dijo que los usuarios se lavan las manos antes de comer, 14% (7) no lo hace, 4% (2) lo hace a veces y 6% (3) no contestó.

Conocimientos de los padres o tutores sobre la diarrea

Medición de conocimientos sobre la diarrea e identificación de factores de riesgo.

Gráfica No. 12
Conocimientos de padres o tutores acerca de diarrea
Hospital Infantil del Estado de Sonora
2015– 2016

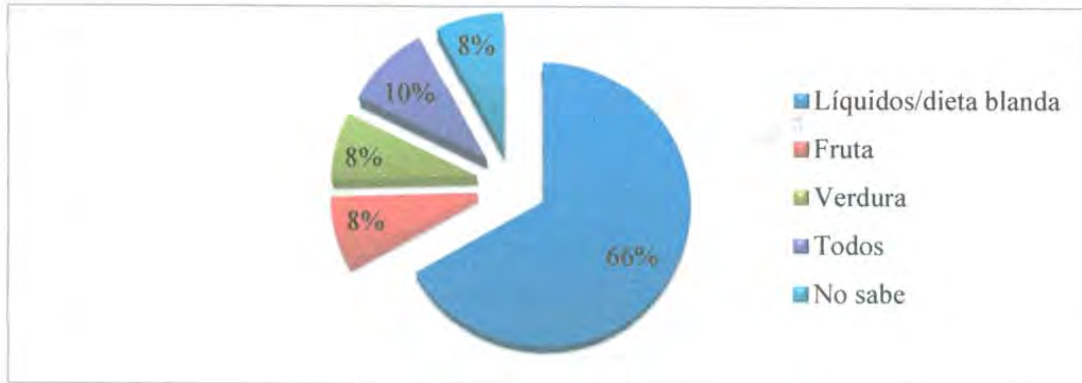


Fuente: ECD

n: 51

Se cuestionó a los padres o tutores sobre sus conocimientos sobre la diarrea y el 27% (14) y 57% (29) conoce la definición de esta enfermedad y sus complicaciones. 69% (35) dijo no conocer la definición y 41% (21) desconoce las complicaciones. No contestan la definición de diarrea y sus complicaciones 4% (2) y 2% (1) respectivamente.

Gráfica No. 13
Alimentos que pueden consumir los usuarios que presentan diarrea
Hospital Infantil del Estado de Sonora
2015– 2016

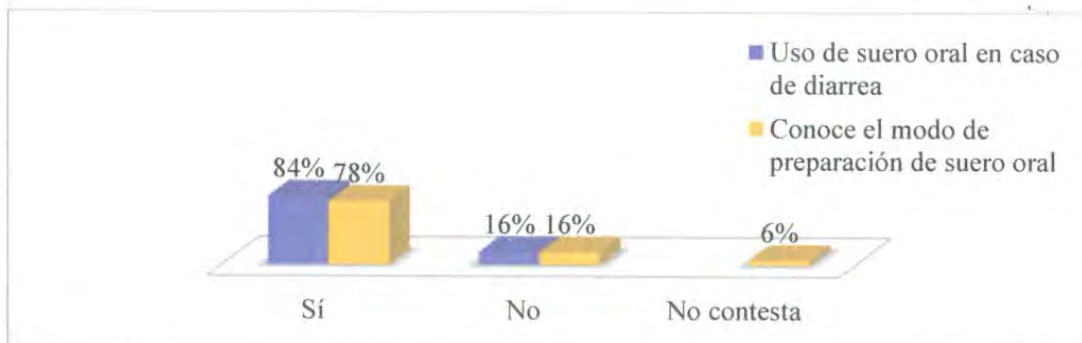


Fuente: ECD

n: 51

El 66% (34) de los padres o tutores dijo que el alimento que debe consumir el menor en caso de diarrea son líquidos, el 10% (5) dijo que puede consumir todo tipo de alimentos, 8% (4) frutas, 8% (4) verduras, y 8% (4) dijo no saber.

Gráfica No. 14
Conocimiento del uso del SVO suero en caso de diarrea y su preparación
Hospital Infantil del Estado de Sonora
2015– 2016

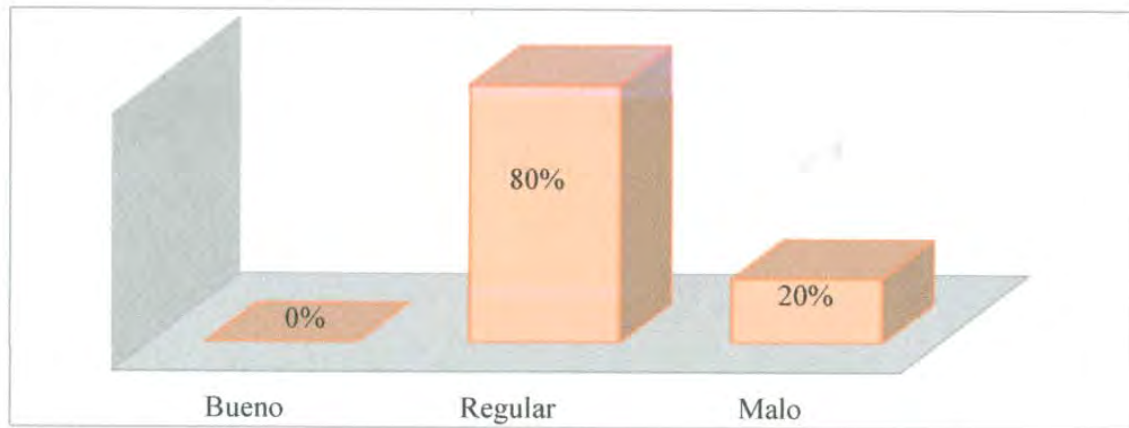


Fuente: ECD

n: 51

De los padres o tutores encuestados, el 84% (43) contestó que le da al usuario suero oral en caso de diarrea mientras que el 78% (40) conoce su preparación. 16% (8) hace uso de suero oral en caso de diarrea y 16% (8) no conoce su preparación. El 6% (3) no contestó sobre su conocimiento para preparar el suero.

Gráfica No. 15
Nivel de conocimiento de los padres/tutores sobre diarrea
Hospital Infantil del Estado de Sonora
2015– 2016



Fuente: ECD

n: 51

De acuerdo con los gráficos 13, 14 y 15, sobre conocimientos de los padres/tutores sobre la diarrea, dieron como resultado que la mayoría, 80% (41), tiene nivel regular y el 20% (10) es malo.

CAPÍTULO V

5.1 DISCUSIÓN

A nivel mundial se han logrado importantes avances en la reducción de la mortalidad de los menores de 5 años. En 2013 murieron 6.3 millones de menores de 5 años en comparación con 12.7 millones en 1990. Aunque la mortalidad se ha reducido y con ello las tasas de morbiletalidad, aún es necesario mantener programas de promoción y prevención a la salud de los niños y contribuir a mantener su bienestar.

Moreno (2012), realizó un estudio descriptivo en niños menores de 5 años con el propósito de conocer prácticas higiénicas en menores de cinco años. El 100% de los niños menores ingieren sus alimentos lavados. En este estudio el 92% lavan los alimentos antes de consumirlos, siendo muy poca la diferencia entre los resultados, por lo cual se infiere que la ausencia de esta práctica puede ser por falta de información y práctica por parte de los padres o tutores.

Se realizó un estudio en Ecuador en 2011 a padres de usuarios menores de 5 años que se encontraban padeciendo alguna enfermedad gastrointestinal. Los resultados arrojaron que al llevar al usuario a consulta médica en caso de presentar enfermedad gastrointestinal, el 97% de los usuarios reciben tratamiento a base de medicamentos, mientras que el 3% dijo recibir tratamiento sintomático (Cabezas, 2011). En el estudio realizado el 39% de los usuarios recibe tratamiento sintomático, el 35% es tratado con medicamentos, el 4% recibe ambos tratamientos. De esta manera se percibe que la atención que reciben los usuarios de ambos estudios, tienen una gran diferencia respecto a

tratamiento farmacológico, siendo más frecuente el trato con este enfoque en 2011 que en la actualidad, en donde se le da más atención al tratamiento sintomático.

La higiene se constituye como un factor importante en la prevención del desarrollo de infecciones gastrointestinales. En un estudio realizado en el año 2003, por Marcos., et al., arrojó los siguientes resultados: en 51% de la población estudiada el hogar en el que habitan está construido de ladrillo, con piso de cemento, no existían reservorios naturales de agua en las proximidades y el consumo de agua era en general potable. La eliminación de excretas las realizaban en servicios higiénicos propios a base de drenaje, sin embargo, algunos utilizaban letrinas o silos. En este estudio el 82% reside en casa a base de concreto, 63% cuenta con piso de cemento, 96% cuenta con agua potable, el 88% del agua que consume procede de garrafón, 86% realizan eliminación de excretas en servicio higiénico propio a base de drenaje, 10% lo hace en fosas, el 2% lo hace en el suelo y 2% no contestó la pregunta. Esta situación probablemente este mediada por las diferencias de las condiciones socioeconómicas entre las poblaciones, en las cuales el acceso al agua potable puede ser complicado, a la vez, los hábitos adquiridos en los núcleos familiares pueden determinar la diferencia, estas prácticas emergen de las nociones sobre las causas o no de enfermedad.

La higiene en la alimentación es fundamental para prevenir toxiinfecciones alimentarias. Los manipuladores de alimentos juegan un papel muy importante en ese sentido y por ello, deben mantener una higiene lo más completa posible. Un estudio elaborado por Londoño, et al., en 2008 tuvo como resultados los siguientes: sólo un 39 % lava los alimentos antes de consumirlos. Y en nuestro estudio el 92% lavan los alimentos antes de ser consumidos. Por lo anterior mencionado, detectamos que más del doble de

nuestra muestra realiza éstas prácticas, lo cual puede ser un fuerte punto de apoyo para enseñar a los padres o tutores sobre los diferentes tipos de prácticas higiénicas para prevenir la aparición de éste tipo de enfermedades en el usuario nuevamente.

El lavado de manos es una práctica de higiene personal para la prevención de enfermedades. Al indagar sobre ésta práctica, se obtuvieron las siguientes frecuencias de respuestas positivas: 97 % previa a la preparación de alimentos, 88 % previo a alimentar a los niños, 88 % antes de comer y 96 % después de ir al baño o cambiar pañales a un niño. En el presente estudio el 88% de los padres o tutores de los usuarios se lava las manos antes de preparar los alimentos, 84% después de ir al baño, 59% después de cambiarle el pañal al menor. Entre los niños que aún usan biberón un 76 % de los padres refirió lavarlo con agua y jabón y en nuestra investigación el 86% realiza esta práctica. La falta de prácticas de higiene y saneamiento en este estudio probablemente se deba a la gran falta de factores de riesgo que desconocen los padres o tutores de los usuarios o incluso a su condición académica.

En cuanto al factor de escolaridad de los padres o tutores del usuario tenemos que en el estudio Delgado et al., en 2008. Un 62% finalizó la educación secundaria mientras que en nuestro estudio el 41% la finalizó y fue el grado académico que presentó la mayoría, lo que lleva a pensar que el grado de escolaridad pudo ser un factor protector para evitar la presencia de las EGI.

5.2 CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

El estudio permite concluir en base a los resultados obtenidos que los conocimientos que poseen los padres respecto a las enfermedades gastrointestinales pueden fungir como un factor de riesgo para el desarrollo de los padecimientos. Es importante que los padres o tutores de los niños lleven a cabo acciones de autocuidado de manera efectiva que permitan la reducción de las incidencias del menor de padecer trastornos gastrointestinales en el hogar.

Por tanto es necesario focalizar y reforzar acciones de promoción a la salud y prevención de las enfermedades mediante:

1. Dar enfoque de la información sobre los principales factores de riesgo bajo el contexto de vida de los usuarios, esto es la información se particulariza a las necesidades de los padres.
2. Es necesario dar continuidad a la atención brindada por el personal de salud.
 - Brindar capacitación continua a los padres de familia, sobre la importancia de la sanidad de los alimentos antes de ser consumidos, manejo de la deshidratación, salud preventiva.
 - Dar seguimiento a los niños con mayor número de incidencias de ingreso hospitalario.
 - En cuanto al instrumento (cuestionario) considerar ampliar el rubro sobre el conocimiento con una mayor cantidad de ítems que determinen de manera más exacta el nivel de conocimiento de los padres o tutores y buscar su validez interna y externa del instrumento.

- En la sección II antecedentes vacunales, especificar con que vacunas cuenta el niño, si cumple con el esquema de vacunación completo para la edad y si tuvo alguna reacción secundaria a alguna de ellas.

CAPITULO VI

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y WEBGRAFIA

- Botas, Soto., I. Ferreiro, Marín., A. Soria, Garibay., B. (2011). Deshidratación en niños. 2016, *Artículo Médico* Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2011/bc113f.pdf>
- Busto, A., .R (2007). Morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda en lactantes contra lactancia materna. *Revista médica Electrónica*. 29(6). Recuperado de: <http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol6%202007/tema5.htm>.
- Burgos, Paul., A. (2012). Incidencia de los factores que determinan la Enfermedad Diarrea Aguda (EDA) por Rotavirus, en la ciudad de Guayaquil *Artículo Electrónico*. Recuperado de: <http://docplayer.es/4155970-Incidencia-de-los-factores-que-determinan-la-enfermedad-diarrea-aguda-eda-por-rotavirus-en-la-ciudad-de-guayaquil-paul-adrian-burgos-pazmino.html>
- Cabezas, Quinzo, M. (2011). Intervención educativa sobre prevención de enfermedades diarreicas agudas desde el enfoque AIEPI comunitario para madres con niños menores de cinco años del centro de educación inicial Lic. Alfonso Chávez Jara. Noviembre 2010 abril 2011". 2015, *Escuela Superior Politécnica de Chimborazo* 1(1) Recuperado de: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/2042/1/104T0005.pdf>.
- Cheesman, Rueda., S. (2006). Conceptos básicos en investigación. *Carolina Academia Coactemalensis Inter canteras Eris* Recuperado de: <https://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/conceptos.pdf>.
- CONAGUA. (2008). Interrelaciones Agua y Salud Pública en México. *Revista electrónica* 1(1) Recuperado de: [http://www.conagua.gob.mx/CONAGUA07/Noticias/OMM-PREMIA_064_Agua&Salud\(p\).pdf](http://www.conagua.gob.mx/CONAGUA07/Noticias/OMM-PREMIA_064_Agua&Salud(p).pdf).
- Delgado, Francisco., M. Hernán, Sierra., C. Calvache, Andrés., J. Ríos, María., Á. Mosquera, catalina. Salas, Ingrid. Agredo, Francisco. Meneses, Rubiel. (2006) Conocimientos maternos sobre Signos de Peligro en Diarrea Aguda. En el marco de la estrategia AIEPI. *Revista médica Electrónica* 37(4) Recuperado de: <http://www.bioline.org.br/pdf?rc06058>
- ESPGHAN/ESPID (2009) Enfermedad diarreica en pacientes pediátricos. *Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición*. Recuperado de: <http://m.exam-10.com/medicina/5106/index.html>

R.160154

- Lain, Miranda., E. Ruíz, Aliente., S. Marne, Trapero., C. y Revillo, Pinilla.,M.J. (2015) Gastroenteritis bacteriana en un área de Zaragoza *Artículo Electrónico* 17 (65) Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322015000100005&script=sci_arttext
- Gracia, Vázquez., Y, Arteaga Mac, Kinney Guillermo, Yeverino-Gutiérrez Myrna, Campos Camacho Liliana. (2007). Prevalencia de enfermedades gastrointestinales en estudiantes de la carrera de químico farmacéutico biólogo. *Universidad Autónoma de Nuevo León* (16) Recuperado de: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/A3_Res_Extenso_Y_Gracia.pdf
- IMSS. (2015). Enfermedades gastrointestinales. *Instituto Mexicano de Seguro Social* Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/transparencia/>
- Londoño, A.L., Mejía, S. & Gómez-Marín, J. E. (2008). Prevalencia y Factores de Riesgo Asociados a Parasitismo Intestinal en Preescolares de Zona Urbana en Calarcá, Colombia. 2016. *Rev. Salud Pública*. 11(1):72-81. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v11n1/v11n1a08.pdf>
- Marcos, Luis. Maco, Vicente. Terashima, Angélica. Samalvides Frine, Miranda., E y Gotuzzo, Eduardo. (2003). Parasitosis intestinal en poblaciones urbana y rural en Sandía, Departamento de Puno, Perú. *Parasitología Latinoamericana* 58 1-2 Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-77122003000100006&script=sci_arttext&tlng=pt.
- Moreno, Rosario., F. Solano, Glenda., A. (2012). Parasitosis intestinal en niños menores de 5 años en el barrio Atahualpa del cantón santa rosa en el periodo de julio 2011 – marzo 2012. *Universidad Técnica de Machala* Recuperado de: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/736>.
- Mosqueda, Peña.,R. Rojo, Conejo., P. (2010) Gastroenteritis Aguda. *Hospital Universitario*. Recuperado de: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/gastroenteritis_aguda.pdf
- NOM. (1999). NORMA Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño. 2016, de Norma Oficial Mexicana Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.html>.
- Organización Mundial de Gastroenterología (2010) Helicobacter pylori en los países en desarrollo. *Organización Mundial de Gastroenterología*. Recuperado de: <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/helicobacter-pylori-spanish-2010.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Enfermedades diarreicas. *Organización Mundial de la Salud* Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/>.

- Perales, María. Camiña, Máximo. Quiñones, Carmen (2002). Infección por *Campylobacter* y *Shigella* como causa de Diarrea Aguda Acuosa en niños menores de dos años en el distrito de la victoria, lima – Perú. *Revista de Salud Pública*. 19 (4): 186-192, Recuperado de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/medicina_experimental/v19_n4/infeccion.htm
- * Román, Pérez.Abril, Valdez., E. Cubillas,Rodríguez., M. Quihui, Cota., L. Morales, Figueroa., G. (2014) Aplicación de un modelo educativo para prevenir parasitosis intestinal *Artículo Electrónico* 22 (44) Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572014000200004
- Secretaría de Salud. (2012). Perfil Epidemiológico de las Enfermedades Infecciosas Intestinales. *Secretaría de Salud* Recuperado de: https://epidemiologiatlax.files.wordpress.com/2012/10/infecciosas-intestinales_-_junio12.pdf.
- UNICEF (2009). Estrategia para prevenir y tratar la diarrea. *UNICEF*. Recuperado de: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/childhood_deaths_diarrhoea_20091014/es/.

ANEXOS



Anexo 1



UNIVERSIDAD DE SONORA
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente, acepto participar en el protocolo de investigación titulado _____, en el servicio de _____ del Hospital Infantil del Estado de Sonora

El objetivo del estudio es conocer _____. Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder una encuesta donde se abordan los aspectos relacionados _____. La presente investigación no involucra ningún riesgo. El investigador se compromete a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme en el momento que considere conveniente y se me ha explicado que no se revelará mi identidad ni la de mi hijo (a) o tutorado (a) en las presentaciones ó publicaciones que se deriven de dicha investigación. Los datos personales serán manejados en forma confidencial.

Nombre _____

Firma _____

Investigador responsable _____

Correo electrónico _____



Anexo 2



UNIVERSIDAD DE SONORA
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES EN NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS

Objetivo: Conocer la percepción de los padres o tutores sobre los factores de riesgo que intervienen para que los niños menores de cinco años atendidos en una unidad hospitalaria de tercer nivel, presenten enfermedades gastrointestinales.

Este cuestionario es anónimo y voluntario. Con el fin de que los resultados sean lo más fiables posibles y puedan ser útiles para intervenir en la presencia de estos factores de la forma más adecuada. Pedimos sinceridad al contestar las siguientes preguntas, subrayando la respuesta seleccionada y escribiendo con letra legible en preguntas abiertas.

I.- DATOS DEL NIÑO

Fecha de nacimiento _____ Sexo _____ Domicilio actual (ciudad) _____.

II.- ANTECEDENTES VACUNALES

Su hijo (a) o tutorado (a) cuenta con cartilla de vacunación: 1) Sí 2) No 3) Desconoce

Enfermedades asociadas que padezca el niño: 1) Desnutrición 2) Diabetes Mellitus 3) Enfermedades oncológicas 4) VIH/SIDA 5) Desconoce.

Diagnóstico médico que presenta el usuario actualmente

III.- DATOS DE PADRES O TUTORES

Edad que tiene el padre, madre o tutor _____ Nivel académico _____
Ocupación _____ ¿Es usted indígena? _____
¿Habla alguna lengua indígena?(en caso de ser sí, responda cual lengua) _____

IV.- ANTECEDENTE EPIDEMIOLÓGICO

¿Ha visitado el niño lugares que no frecuenta normalmente en los últimos 30 días?: 1) Sí 2) No 3) Desconoce. Fecha de la visita _____

En su localidad existen personas con enfermedades similares a las que presenta el niño: 1) Sí 2) No 3) Desconoce

Sitio probable en donde se pudo contagiarse el niño: 1) Hogar 2) Escuela 3) Guardería 4) Otro sitio

Probable fuente de infección: 1) Agua 2) Alimentos

Tipos de alimentos que consume el niño: 1) Carnes 2) Mariscos 3) Frutas 4) Verduras 5) Otros

Sitio probable de consumo: 1) Hogar 2) Escuela 3) Guardería 4) calle

Fecha de consumo _____

V.- DATOS CLÍNICOS

Fecha de inicio de síntomas (después de consumo) _____ Manejo que recibe en el Hospital: 1) Ambulatorio 2) Observación/urgencias 3) Hospitalizado. Fecha de ingreso (después de inicio de síntomas) _____ Fecha de egreso _____

Lactancia materna durante los primeros 6 meses 1) Sí 2) No Peso: _____ Kg Talla: _____ cm

Grado de desnutrición: 1) Sin desnutrición 2) Leve 3) Moderada 4) _____

Presencia de fiebre: 1) Si 2) No Temperatura: _____ °C

Tratamiento que recibe el usuario: 1) Sintomático 2) Antibiótico

Antibiótico que recibe: _____

VI.- PRESENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE DIARREA (EVACUACIONES)

Duración en días de la diarrea: _____

Numero de evacuaciones en las últimas en las últimas 24 horas _____ Aspecto: 1) Agua de arroz 2) Con sangre 3) Con presencia de moco

Presencia de: 1) Dolor abdominal 2) Calambres 3) Vómito

Numero de emisiones de vómito en las últimas 24 horas _____ Duración de días con vómito _____

Presencia de deshidratación: 1) Sí 2) No

Tipo de deshidratación: 1) Leve 2) Moderada 3) Grave

Plan de hidratación: 1) Plan A 2) Plan B 3) Plan C

VII.- HÁBITOS HIGIÉNICOS/BÁSICOS DE LA VIVIENDA

Condiciones de la vivienda donde habita la familia y el niño

Material de que está hecha la vivienda: 1) Concreto 2) Cartón/lamina 3) Otros _____

Material del que está hecho el piso de la vivienda: 1) Tierra 2) Cemento 3) Otro

La vivienda cuenta con agua potable: 1) Sí 2) No. Procedencia del agua que consume: 1) Garrafón 2) Agua entubada 3) Río 4) Pozo

Tratamiento que recibe el agua que consume: 1) Clorada 2) Hierve 3) Filtra 4) Sin tratamiento

Lugar de eliminación de excretas en la vivienda: 1) drenaje 2) Fosa séptica 3) Suelo / Tierra

Lavan los alimentos antes de darlos al niño: 1) Sí 2) No

Lava el Biberón para dar alimentos al niño: 1) Sí 2) No 3) No aplica

El niño usa chupón: 1) Sí 2) No

Lava sus manos después de ir al baño: 1) Sí 2) No

Usted se lava sus manos después de cambiar los pañales del niño: 1) Sí 2) No

El niño (si aplica) se lava las manos antes de comer: 1) Sí 2) No

VIII.- CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES O TUTORES SOBRE LA DIARREA

¿Qué es la diarrea? _____

¿Conoce alguna complicación que le ocasionaría la diarrea a su hijo? 1) Sí 2) No
¿Cuál? _____

¿Qué alimentos le da al niño cuando presenta diarrea? _____

Si su niño está tomando leche materna la suspende si tiene diarrea 1) Sí 2) No

A usado el suero vida oral: 1) Sí 2) No

Le da SVO a su hijo cuando tiene diarrea: 1) Sí 2) No

¿Cómo lo prepara? _____

¡Gracias por su participación!