

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE
HUAMANGA**

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**ESCUELA DE FORMACION PROFESIONAL DE
ENFERMERIA**



**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES
DE 2 AÑOS EN RELACIÓN A LA ALIMENTACIÓN DURANTE LA DIARREA
AGUDA. CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL
HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA" DE
AYACUCHO, 2011.**

Tesis para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERIA

PRESENTADO POR:

Bach. GUTIERREZ DEL VILLAR, Jenny

Bach. MORALES NOLASCO, Nor Maribel

**AYACUCHO – PERÚ
2012**

DEDICATORIA

*Ante todo Agradezco a Dios por
Darme la dicha de vivir.
A mi madre, Hilda Del villar
por su esfuerzo y dedicación y darme
valor para realizarme.*

*"A la razón de mi existencia, Jefferson
Quien me estimula par cumplir con mis
aspiraciones
Yenny.*

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mis padres, porque creyeron en mi y porque me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final. Va por ustedes, por lo que valen, porque admito su fortaleza y por lo que han hecho de mí.

*"A la razón de mi existencia, a mis dos hijos
Bryan Anthony y Mari cielo Yadyra
Quienes me estimulan para cumplir con mis
aspiraciones".*

Not Maribel.

AGRADECIMIENTO

Nuestro especial agradecimiento a nuestra Alma Mater, La Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, por habernos dado la oportunidad de estudiar en su aulas y haber logrado nuestra anhelada profesión.

A la plana de docentes de la Facultad de Enfermería, por su abnegada dedicación en beneficio de nuestra formación profesional y sus atinadas enseñanzas impartidas en el difícil camino del saber.

A nuestro asesor, por habernos guiado la presente investigación.

Y a todas las personas que de una u otra manera contribuyeron en la conclusión del presente estudio.

CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS EN RELACIÓN A LA ALIMENTACIÓN DURANTE LA DIARREA AGUDA. CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA" DE AYACUCHO, 2012

Bach. JENNY GUTIERREZ DEL VILLAR y Bach. NOR MORALES NOLASCO

RESUMEN:

OBJETIVO: Determinar los conocimientos y prácticas de las madres de niños menores de 2 años en relación a la alimentación durante la diarrea aguda. Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho. **Material y Métodos:** La presente investigación es de un enfoque cuantitativo, de tipo aplicativo, de nivel descriptivo y de diseño transversal. La población estuvo constituida por todas las madres de niños menores de dos años que acuden al consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho, durante los meses de julio a setiembre del 2011. **Resultados:** 1. 63,3% de madres tienen conocimientos deficientes sobre alimentación durante las diarreas de niños menores de dos años. 2. El 70% de madres realizan prácticas inadecuadas. 3. El grado de instrucción influye en el nivel de conocimiento de las madres. 4. El 63,3% presentan episodios diarreicos es deficiente, 23,3% presentan episodios diarreicos de 1 – 3 y de 4 – 6 anuales respectivamente. 5. 56,7% de madres recibieron información sobre alimentación sostenida durante las diarreas del personal de salud y 23,3 % de sus amigas. **Conclusiones:** Se ha determinado que el conocimiento sobre alimentación durante las diarreas agudas es deficiente y su relación con la práctica es inadecuada.

PALABRAS CLAVES: Conocimiento y Práctica, Alimentación durante la diarrea.

**KNOWLEDGE AND PRACTICE OF MOTHERS OF CHILDREN UNDER 2
YEARS IN RELATION TO FOODS SUSTAINED DURING EPISODES OF ACUTE
DIARRHEA. OFFICE OF GROWTH AND DEVELOPMENT OF REGIONAL HOSPITAL "MIGUEL
ANGEL MARISCALL LERENA" AYACUCHO, 2012**

Bach. JENNY GUTIERREZ DEL VILLAR and Bach. MORALES NOR NOLASCO

SUMMARY:

OBJECTIVE: To determine the knowledge and practices of mothers of children under two years in relation to feeding during acute diarrhea. Growth and Development Clinic Regional Hospital "Miguel Angel Mariscal Llerena" de Ayacucho.

Material and Methods: This research is a quantitative approach, application type, descriptive level and crossover design. The population consisted of all mothers of children under two years attending the clinic the Growth and Development of Regional Hospital "Miguel Angel Llerena Marshal" of Ayacucho, during the months of July to September 2012.

Results: 1. 63.3% of mothers have poor knowledge about sustained feeding during diarrhea in children under two years. 2. 60% of mothers do regular practices. 3. The level of education influences the level of knowledge of mothers. 4. The frequency of diarrhea episodes is high, 23.3% of diarrhea episodes 1-3 and 4-6 years respectively. 5. 56.7% of mothers received information on sustained feeding during diarrhea from health staff and 23.3% of their friends. **Conclusions:** It has been determined that knowledge on complementary feeding is bad and its relationship to high positive practice.

KEYWORDS: diarrhea episodes, Food sustained

SUMARIO	PÁG.
DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTOS.....	ii
RESUMEN.....	iv
SUMARIO.....	vi
CAPITULO I:	
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO II:	
REVISION DE LA LITERATURA.....	8
CAPITULO III	
MATERIALES Y METODOS.....	29
CAPÍTULO IV:	
RESULTADOS Y DISCUSION.....	32
CAPITULO V	
CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES.....	54
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	56
ANEXOS	

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

Una adecuada alimentación durante la diarrea en los primeros años de vida es fundamental para asegurar el crecimiento y mantener la salud durante esta etapa. Apartir de los 6 meses de vida se debe iniciar una etapa conocida como alimentación complementaria (AC), donde se introduce alimentos diferentes a la leche materna de manera gradual y progresiva. La AC tiene por objetivo cubrir las necesidades nutricionales del niño, favorecer la interrelación madre-hijo, ayudar a la transición del lactante de una dieta líquida a la del consumo familiar y favorecer el establecimiento de hábitos saludables de alimentación. Para lograr lo anterior es importante que la madre tenga conocimientos y prácticas adecuadas en alimentación.

La alimentación debe introducirse en el momento adecuado, lo cual significa que todos los niños deben empezar a recibir otros alimentos, además de la leche materna, a partir de los 6 meses de vida. La alimentación debe ser suficiente, lo cual significa que los alimentos deben tener una consistencia y variedad adecuadas, y administrarse en cantidades apropiadas y con una

frecuencia adecuada, que permita cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento, sin abandonar la lactancia materna.

Los alimentos deben prepararse y administrarse en condiciones seguras, es decir, reduciendo al mínimo el riesgo de contaminación por microorganismos patógenos. Además deben administrarse de forma apropiada, lo cual significa que deben tener una textura adecuada para la edad del niño y administrarse de forma que respondan a su demanda, de conformidad con los principios de la atención psicosocial.

La OMS recomienda que los lactantes empiecen a recibir alimentos complementarios a los 6 meses, primero unas dos o tres veces al día entre los 6 y los 8 meses, y después, entre los 9 a 11 meses y los 12 a 24 meses, unas tres o cuatro veces al día, añadiéndoles aperitivos nutritivos una o dos veces al día, según se desee.

Las prácticas alimentarias inadecuadas son a menudo un determinante de la ingesta insuficiente más importante que la disponibilidad de alimentos en el hogar. La OMS ha elaborado un protocolo para adaptar las recomendaciones alimentarias que permite a los gestores de programas identificar las prácticas alimentarias locales, los problemas frecuentes relacionados con la alimentación y los alimentos complementarios adecuados.

El protocolo se basa en la información disponible y propone la realización de estudios a domicilio para probar las recomendaciones destinadas a mejorar la alimentación. La OMS recomienda que el protocolo se utilice para idear intervenciones que mejoren la alimentación complementaria y forme parte del

proceso de adaptación de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).

Por otro lado, la diarrea y la desnutrición son problemas prioritarios de salud pública, que afectan principalmente a los niños menores de dos años de los países en desarrollo. La diarrea causa mundialmente 4,6 millones de muertes infantiles anuales, de las cuales 70% ocurren por deshidratación, complicación más frecuente y grave de la enfermedad⁽¹⁾. Además, los sobrevivientes ven afectado su crecimiento y desarrollo. Se ha mostrado que los episodios repetidos de diarrea llegan a causar un retardo hasta de 25% en el crecimiento en talla de los niños. Se considera que 184 millones de niños menores de cinco años en el mundo presentan déficit severo de peso como resultado de la interacción entre la desnutrición y las enfermedades infecciosas gastrointestinales y respiratorias. Se estima que 90% de la desnutrición es causada por déficit tanto en cantidad como en calidad de alimentos, lo que está determinado por factores socioeconómicos y culturales; las restantes causas se atribuyen a enfermedades de tipo infeccioso. La mortalidad por desnutrición se incrementa exponencialmente al disminuir el peso para la edad⁽²⁾.

Un niño experimentará entre uno y tres episodios de diarrea aguda por año, en los tres primeros años de vida, cifra que asciende hasta diez por año en comunidades de extrema pobreza. En los países en desarrollo la letalidad por diarrea aguda infantil es elevada, en Perú las cifras de mortalidad por diarrea aguda han tenido una tendencia histórica al ascenso. La diarrea aguda,

entre nosotros, es una enfermedad típicamente estacional, con muy pocos casos en invierno y una elevada demanda de atenciones en verano.

En el grupo de 0 a 2 años de edad, las enfermedades infecciosas intestinales representan el 60% de los motivos de consulta externa, en establecimientos del Sector Salud. En el año 2010, la prevalencia de diarrea en los niños menores de 5 años fue de 15,4%. La prevalencia fue mayor en los niños de 12 a 23 meses de edad (25,5%), en el área rural (17,6%) y en la selva (25,0%). De otro lado, en el 2010, 68% de los niños menores de 5 años con diarrea recibieron la terapia de rehidratación oral y la proporción de casos de diarrea que recibieron tratamiento adecuado en los servicios de salud del MINSA aumentó de 7%.

En los hogares, el manejo nutricional de los niños enfermos está determinado por las ideas, las creencias y las prácticas de las madres, influenciadas en forma importante por las indicaciones médicas. Estos elementos cognitivos influyen directamente en la conducta diaria de las personas, sin ser sometidas a comprobación empírica, aún en sus formas más simples.

La diarrea aguda induce efectos adversos sobre la nutrición, por variadas causas: vómitos, mala absorción, hipercatabolismo, anorexia, y suspensión o dilución inmotivada de la alimentación. En este último caso hay claramente un factor iatrogénico, el que constituye hoy en día un serio problema global que conspira contra el tratamiento racional de la diarrea. Para minimizar los efectos adversos de la diarrea, la alimentación debe continuar

durante la enfermedad, ofreciéndole al niño tanto como desee comer. Ha sido bien documentado que la recuperación nutricional es superior cuando se les ofrece a los niños una ingesta dietética liberal durante la diarrea, que cuando se les restringe la alimentación. La alimentación continuada provee de proteínas y energía al paciente evitando así las carencias, ayuda a regenerar la mucosa intestinal y evita la suspensión de la lactancia materna. A pesar que, tradicionalmente, se ha tendido a restringir la alimentación del niño durante y después de un episodio de diarrea aguda, es importante considerar que no hay ninguna evidencia científica sólida que fundamente la suspensión, reducción o dilución de la alimentación normal del niño mientras éste tenga diarrea, o durante la convalecencia.

Habiendo evidenciado, durante nuestras prácticas pre- profesionales en los diferentes Centros y Puestos de Salud, incoherencias entre la práctica y conocimiento de la alimentación sostenida durante los episodios de diarreas agudas en niños menores de dos años, como futuras profesionales de salud, consciente de esta realidad asumimos nuestra responsabilidad frente a esta problemática y a fin de contribuir en la disminución de las altas tasas de morbi-mortalidad infantil por casos de diarrea, por ello es importante saber qué conocen y qué hacen las madres en lo que a alimentación se refiere durante los episodios de diarrea aguda en el niño menor de 2 años, y por tal motivo realizamos el presente estudio titulado: "CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS EN RELACIÓN A LA ALIMENTACIÓN DURANTE LA DIARREA AGUDA. CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ÁNGEL

MARISCAL LLERENA DE AYACUCHO, 2011, para cuyo efecto nos planteamos los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL:

Determinar los conocimientos y prácticas de las madres de niños menores de dos años en relación a la alimentación durante la diarrea aguda. Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho, 2011.

- Identificar los conocimientos de las madres de niños menores de dos años sobre la alimentación, durante la diarrea aguda. Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho, 2011.
- Identificar las prácticas que realizan las madres de niños menores de dos años sobre la alimentación, durante la diarrea aguda. Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho, 2011.
- Relacionar los conocimientos y las prácticas de alimentación durante la diarrea aguda de las madres de niños menores de dos años que concurren al consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho, 2011.

El diseño metodológico fue: Enfoque cuantitativo, de tipo aplicativo, de nivel descriptivo correlacional simple y de diseño transversal y prospectivo. La muestra estuvo constituida por 30 madres de niños menores de dos años que acudieron al consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Regional de Ayacucho. La hipótesis propuesta fue: Los conocimientos y prácticas de las

madres de niños menores de dos años sobre alimentación durante las diarreas agudas son deficientes e inadecuadas Consultorio de crecimiento y desarrollo del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho, 2011.

Como resultado importante señalamos que existe relación entre conocimiento y prácticas sobre alimentación durante las diarreas. En relación al Conocimiento el 63,3% de las madres de niños menores de 2 años en relación a la alimentación durante la diarrea aguda tienen un conocimiento deficiente y en la practica el 70,0% de las madres de niños menores de 2 años en relación a la alimentación durante la diarrea aguda tienen practicas inadecuadas, lo cual significa que hay mayor porcentaje tanto en conocimiento y práctica.

El análisis de datos se realizó aplicando la prueba estadística del coeficiente de correlación de Pearson, encontrando una correlación positiva alta($r=0.916$) habiéndose revalidando nuestra hipótesis y llegando a la conclusión de que existe relación entre conocimiento de alimentación durante la diarrea aguda en niños menores de dos años y la práctica ejecutada por las madres.

El presente trabajo está constituido Por: Introducción, Presentación y análisis de datos, conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

CAPITULO II

REVISION DE LA LITERATURA

ANTECEDENTES REFERENCIALES:

Como antecedente del estudio se cita la investigación titulada:

"Influencia de la educación sanitaria para la prevención de las diarreas agudas en niños" ⁽⁴⁾, realizado en Cuba, 2007. El objetivo planteado fue: Ofrecer una alternativa de educación sobre diarreas agudas en niños, adaptada a las condiciones locales y a las necesidades sentidas por las madres. Mediante un estudio cuasiexperimental, con una muestra o constituida por las madres de 96 infantes menores de 5 años con diagnóstico principal de enfermedad diarreica aguda durante el período comprendido desde el primero de enero al 31 de diciembre de 2007., entre otros, encontró los siguientes resultados.

1. Antes de la aplicación de la metodología educativa, un grupo importante de madres tenía deficiente higiene y bajo nivel de conocimientos con relación a las diarreas.

2. Después de la capacitación mejoraron los conocimientos, se modificaron hábitos y prácticas; las mujeres reconocieron la utilidad del suero oral en el tratamiento y prevención de complicaciones durante los episodios agudos de diarreas. Y finalmente llegaron a la siguiente conclusión: A pesar del corto tiempo transcurrido entre la aplicación de la experiencia educativa y la encuesta final, los hallazgos encontrados después de su aplicación demuestran que el programa aplicado puede mejorar los conocimientos de la población sobre las diarreas y sus complicaciones.

Asimismo se menciona el estudio, "Conocimiento, actitudes y prácticas adoptadas por las madres de los niños menores de 5 años ingresados al servicio de gastroenterología del Hospital Materno Infantil "Dr. Fernando Vélez Paiz", realizado en Nicaragua. 2008"⁽⁵⁾, el autor, planteándose entre otros el objetivo: Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres de los niños menores de 5 años al servicio de gastroenterología del HFVP en el mes de noviembre; mediante un estudio descriptivo de corte transversal, con una muestra constituida por 65 madres de los niños menores de 5 años que ingresaron al servicio de gastroenterología del HFVP con el diagnóstico de síndrome diarreico agudo; entre otros, encontró los siguientes resultados: 1. el 75.4% tenían entre 20 y 30 años, el 47.7% cursaron educación primaria. 2. El 52.3% Vivían en unión libre. 3. 62% procedían del casco urbano. 4. 75.4% de las madres eran amas de casa. 5. La edad que mas prevaleció en los niños fue de 1 a 3 años con 47.7%, seguido de los menores de 1 año. 6. De manera general se encontró que la mayoría de las madres tenían buen conocimiento sobre la diarrea, sin embargo al valorar áreas por separada se encontró que

existe falta de conocimiento en el manejo de la alimentación del niño durante la diarrea. 7. La mayoría de las madres encontramos que tiene una buena actitud en relación del manejo de la diarrea en el hogar, seguido de una muy buena actitud, además que de manera general mas madres tienen buenas prácticas en el manejo de la diarrea, sin embargo al valorar las practicas que tienen sobre la alimentación del niño durante la diarrea existe deficiencia. 8. La fuente de donde mayormente obtuvo información la madre acerca de la diarrea fue a través del personal de salud. Y finalmente concluye: y no administrar durante los episodios de diarrea ya que fue donde se encontró debilidades en la administración de alimentos durante la diarrea y por tanto erradicar las practicas de costumbres y creencias populares que se hacen en los niños con diarrea.

Del mismo modo, como relacionado al tema podemos citar el estudio titulado "Alimentación Sostenida Durante Diarrea Aguda en Niños Menores de Cinco Años"⁽⁶⁾ realizado en las comunidades rurales de México. 1998, entre otros se plantearon el siguiente objetivo: cuyo objetivo fue: Identificar alimentos locales con aceptabilidad cultural para nutrir a niños con diarrea aguda y probar su aceptación e impacto sobre el peso corporal en niños enfermos; mediante un estudio clínico con una muestra de de 54 niños, entre otros encontraron los siguientes resultados: las siguientes conclusiones 1. Los niños mostraron buena aceptabilidad a las dietas ofrecidas. 2. Se evitó la pérdida de peso de los niños con diarrea. 3. Se identificó las creencias de las madres acerca de la alimentación infantil durante episodios de la diarrea aguda, particularizando respecto a alimentos específicos que fueran ofrecidos y

suspendidos. 4. Se demostró el efecto de la alimentación sostenida sobre el peso de los niños durante un episodio de diarrea aguda. 5. De las madres encuestadas, 75% dijeron que restringían parcialmente la alimentación a sus niños durante la diarrea, pero que sí ofrecía algunos alimentos durante la enfermedad. El restante 25% afirmó que mantenía a sus hijos en ayuno completo durante periodos variables cuando se presentaba la fase aguda de la diarrea; dichos periodos variaban de 4 a 108 h (moda = 24 h, mediana = 36 h). 6. Las razones mencionadas, en 61% de los casos para dicha práctica fueron que "no es bueno que el niño coma cuando tiene diarrea"; 19% de las madres dijeron que lo hacían "por recomendación médica", y otro porcentaje similar adujo la "pérdida de apetito del niño". En cuanto a las madres que dijeron mantener la alimentación durante la enfermedad, 83% suspendía sólo algunos alimentos, en tanto que 16% comentó que mantenía la alimentación usual en forma completa durante la enfermedad. 7. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre las comunidades en relación con la aceptabilidad o rechazo de alimentos específicos. 8. Llamó la atención que 33% de las madres rechazaran ofrecer el seno materno durante el episodio de diarrea aguda. En su mayoría, estas madres fueron jóvenes (36%), analfabetas (70%), sin predominio de nivel socioeconómico, y adujeron como razones para suspender alimentos durante la enfermedad la creencia de que "no es bueno ofrecer alimentos" (69%) y el "consejo médico" (24%).

La investigación titulada: Conocimientos y actitudes frente a signos de alarma en infecciones respiratorias y diarreicas en niños menores de 5 años, La Paz Bolivia (2008) ⁽⁷⁾, con el Objetivo: determinar los conocimientos de las

madres de niños menores de 5 años sobre signos de alarma en infección respiratoria aguda (IRA) y enfermedad diarreica aguda (EDA) para concurrir a un servicio de salud. Mediante un estudio descriptivo transversal con una muestra de 79 madres de Cala-marca (La Paz, Bolivia) fueron seleccionadas aleatoriamente para una entrevista entre julio y septiembre de 2006. Se aplicaron estadísticas descriptivas para resumir los datos demográficos y presentar los conocimientos de las madres en torno a IRA y EDA. Los resultados encontrados fueron: La mayor proporción de madres entrevistadas tenía en promedio 28 años y un grado de escolaridad primario (79.8%). Con relación a EDA, aproximadamente la mitad reconoció la deshidratación severa (58.2%) y la disentería (59.5%) como signos de alarma. Aproximadamente el 75% indicó la preparación correcta de SRO pero, 51.9 % consideró que en niños con EDA debe suspenderse el pecho y la comida. En relación a IRA, aproximadamente un tercio consideró signo de alarma la dificultad respiratoria (39.8%) e idéntica la respiración rápida y la respiración ruidosa como signo de alarma en más del 50% de los casos (51.9% y 48.1% respectivamente). Sólo 35.7% acudiría a un centro de salud por estos síntomas en las primeras 24 horas. Dar líquidos y destapar la nariz fueron consideradas conductas saludables en IRA sólo en 55.7% de las encuestadas y concluye: Que la falta de reconocimiento de signos de alarma en madres del área rural podría ser un factor determinante de mayor morbilidad y mortalidad infantil. Los mensajes educativos sobre este tema deberían incluir material escrito.

A nivel nacional podemos citar la investigación titulada: "Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de

3 años en una comunidad de Lima (2010) ⁽⁸⁾”, cuyo Objetivo fue: Identificar conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre alimentación del niño menor de 3 años. Mediante un estudio observacional descriptivo, cuanticualitativo. Realizado en los Asentamientos Humanos del distrito de Villa María del Triunfo- Lima. Con Madres de niños menores de 3 años, Se aplicó un cuestionario de 10 preguntas cerradas con respuestas dicotómicas sobre conocimientos y 10 preguntas con categorías de respuesta en escala de Likert sobre actitudes en 161 madres, y para la fase cualitativa se realizó 28 entrevistas a profundidad y 4 grupos focales para identificar percepciones en 68 madres. Principales medidas de resultados: Nivel de conocimientos, tipo de actitudes y percepciones sobre lactancia materna (LM), alimentación complementaria (AC) y alimentación durante una enfermedad. Los Resultados encontrados fueron: 81% de participantes mostró nivel de conocimientos alto, 65% estuvo en total acuerdo con la LM exclusiva durante los 6 primeros meses de vida, 63% estaba de acuerdo con prácticas adecuadas en alimentación complementaria. La mayoría percibía que la LM debía ser hasta dos años, porque ayuda a la formación de órganos y para que el niño crezca sano; la AC se inicia a los seis meses, porque ayuda a la formación del estómago, el niño tiene más apetito y la LM ya no es suficiente; el consumo de alimentos de origen animal, frutas y verduras debía ser diario; durante la diarrea se brindaría abundante líquidos y mayor frecuencia de alimentos y en menor cantidad. Conclusiones: Las madres presentaron nivel de conocimientos alto (81%) y actitudes favorables (66,7%) sobre alimentación infantil, y sus percepciones en general coincidían con ello.

La investigación titulada: "Enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias y características de la alimentación de los niños de 12 a 35 meses de edad en el Perú (2004) ⁽⁹⁾, con el Objetivo de: Describir las características de las prácticas de alimentación y cuantificar las enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas en los niños de 12 a 35 meses en el Perú. Materiales y Métodos: La información formó parte de la Encuesta Nacional de Consumo de los Alimentos en Mujeres en Edad Fértil y Niños entre 12 y 35 meses en el año 2003. La muestra fue de 2908 niños (1514 varones y 1394 mujeres), cuyas madres fueron interrogadas sobre las características de alimentación complementaria. Resultados: A nivel nacional 21,2% de los niños presentó diarrea en las dos semanas anteriores a la encuesta, siendo las regiones de la selva las más afectadas. Además 17,1% de los niños en el país tuvo infección respiratoria aguda. A nivel nacional, la mediana de duración de lactancia materna exclusiva se dio a los 5 meses de edad. La mediana de duración total de lactancia materna a nivel nacional se dio a los 14 meses; mientras que la mediana de introducción de aguas azucaradas e infusiones a la alimentación infantil ocurrió a los 5 meses. La mediana de la frecuencia de alimentación fue de 4 veces al día. Además, 65,3% de las madres consideraron mejor ofrecer comidas espesas al niño. Aproximadamente 38% de las entrevistadas consideraron necesario agregar aceite a las preparaciones de los niños. Conclusiones: Existen aún elevadas prevalencias de enfermedades infecciosas, mientras que las características de alimentación del niño, aún no siguen los patrones recomendados, afectando la salud y nutrición de los niños del Perú.

A nivel local citamos el estudio titulado: "Practica de alimentación sostenida durante los episodios de diarrea aguda relacionado al conocimiento de las madres de niños menores de 2 años. Programa de crecimiento y desarrollo. Hospital Regional de Ayacucho. octubre - diciembre. 2005⁽¹⁰⁾". Cuyo objetivo fue: Determinar la relación de las prácticas y conocimientos de las madres sobre la alimentación sostenida durante los episodios diarreicos agudos del niño menor de dos años que acuden al consultorio del Programa de Crecimiento y Desarrollo. Hospital Regional de Ayacucho. 2005. Mediante una investigación aplicativa. Correlacionar, transversal y prospectiva, con una muestra de 164 madres, entre otros encontraron los siguientes resultados: 1. 55,6% de madres tienen un conocimiento regular sobre alimentación sostenida, de ellas, 36,5% realizan una práctica inadecuada y 19,1% adecuada; 26,9% tienen un nivel de conocimiento malo, de ellas, 17,4% realizan prácticas adecuadas de alimentación sostenida y 9,5% prácticas inadecuadas; 11,1% son madres con conocimiento bueno y todas ellas tiene una práctica inadecuada; finalmente un 3,2% de madres tienen un conocimiento óptimo y deficiente respectivamente, todas ellas realizan prácticas inadecuadas de alimentación sostenida.

BASE CONCEPTUAL

CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE ALIMENTACIÓN DURANTE LAS DIARREAS AGUDAS.

CONOCIMIENTO:

El conocimiento, implica datos concretos sobre las que una persona se basa para decidir lo que se debe o puede hacer ante una situación determinada. El término conocimiento se usa en el sentido de hecho, información, concepto; pero también como comprensión y análisis. Sin embargo el conocimiento no garantiza una conducta adecuada, pero es esencial para que las personas hagan consciente las razones para adoptar o modificar una determinada conducta. El conocimiento brinda un significado a las actitudes, creencias y prácticas ⁽¹¹⁾.

El conocimiento desde el punto de vista pedagógico, es un tipo de experiencia que incluye una representación vivida de un hecho. Es la facultad consciente o proceso de comprensión que es propio del pensamiento y de la percepción, incluyendo el entendimiento y la razón.

"Conocimiento de la Razón o saber propiamente dicha, que se refiere a las causas internas necesarias, generales y siempre inteligibles de la experiencia y modo de ser de las cosas y al ser en sí" ⁽¹²⁾.

Desde el punto de vista filosófico se define primero como un acto y segundo como u contenido. Como acto es la aprehensión de una cosa, una propiedad, un hecho, un objeto; por un sujeto consciente, entendiéndose como aprehensión al proceso mental y no físico. Sin querer decir con esto que para conocer estos objetos no sea necesario operar físicamente en ellos. Del

conocimiento como contenido asume que es aquel que se adquiere gracias a los actos de conocer al producto de la operación mental de conocer. Ese contenido significativo que el sujeto adquiere como consecuencia de la captación del objeto. Este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar una de otra. No son puramente subjetivas. Pueden independizarse del sujeto gracias al lenguaje, tanto para sí mismo como para otros sujetos. Distingue, además tres niveles de conocimiento: conocimiento vulgar, conocimiento científico y el conocimiento filosófico. Conocimiento vulgar es aquel adquirido y usado espontáneamente. Conocimiento científico aquel que se adquiere adaptando una actitud que se requiere de esfuerzo y preparación especial. Es caracterizado por ser selectivo, metódico, sistemático, explicativo, analítico, objetivado (apoyado en la experiencia), y el conocimiento filosófico de nivel superior, eminentemente problemático y crítico, incondicionado y al alcance universal. Este conocimiento esclarece el trabajo de la ciencia. Describe el fundamento de la verdad y pone a prueba todas las certezas, instruyéndonos sobre los alcances de nuestro saber⁽¹³⁾.

El conocimiento como un conjunto de ideas, conceptos, enunciados comunicados que pueden ser claros, precisos, ordenados, fundados, vagos e inexactos. En base a esto tipifica el conocimiento en: Conocimiento científico y conocimiento ordinario o vulgar. El primero lo identifica como un conocimiento racional, analítico, objetivo, sistemático y verificable a través de la experiencia. Y al conocimiento vulgar, como un conocimiento vago inexacto, limitado a la observación⁽¹⁴⁾.

En el libro "Filosofía", el autor, señala al filósofo Kant quién en su teoría del conocimiento dice que este está determinado por dos elementos: La intuición sensible y los conceptos: Intuición sensible se refiere a la percepción directa e inmediata del mundo externo mediante los sentidos, que van proporcionar datos empíricos. Conceptos se refiere a las categorías a priori que se elabora el entendimiento, independientemente de la experiencia sensible. Distingue dos tipos de conocimientos: El conocimiento puro y el conocimiento empírico. El primero, aquel que se desarrolla antes de la experiencia. El segundo aquellos elaborados a posteriori de la experiencia ⁽¹⁵⁾.

Luego de hacer un análisis de cada una de las definiciones encontradas en diferentes textos, para efectos del presente trabajo se consideró conveniente tener en cuenta la siguiente definición: " Conocimiento es el conjunto de informaciones que posee el hombre como producto de su experiencia, de lo que ha visto u oído y también de lo que ha sido capaz de inferir a partir de estos datos"⁽¹²⁾".

CONOCIMIENTO DE ALIMENTACION DURANTE LAS DIARREAS AGUDAS ALIMENTACION RECOMENDADA PARA NIÑOS CON DIARREA

Alimentación durante las diarreas:

La alimentación durante las diarreas agudas garantiza la recuperación nutricional y evita el deterioro. En niños con lactancia materna, ésta se debe mantener, pudiendo suplementarla con SRO entre tomas. Si toman lactancia artificial, se recomienda tras la fase de rehidratación (unas 4 horas), continuar con la misma fórmula sin diluir, pudiendo fraccionarla en más tomas.

Los niños mayores deben comer tan pronto como tengan apetito, con

alimentos variados y agradables adecuados a su edad. Se toleran especialmente bien los hidratos de carbono complejos, carnes magras, yogures, fruta y verduras, evitando alimentos grasos (retrasan el vaciamiento gástrico) y muy azucarados (producen efecto osmótico en la luz intestinal). La dieta astringente (plátano, arroz, manzana y pan tostado, dieta BRAT) es innecesariamente restrictiva pero puede ofrecerse como parte de la dieta normal del niño. Las dietas normales son más eficaces que las restrictivas y acortan la duración de la diarrea. En caso de vómitos, ofrecer dieta fraccionada y frecuente, suplementándola con SRO en cantidades muy pequeñas.

Lactancia:

No suspender la lactancia, puesto que es su único alimento del niño. Lo primero que hacen los padres cuando su hijo tiene diarrea es eliminar la leche de su alimentación.

"A diferencia de los adultos, a los niños con diarrea no se les suprime la leche. Por el contrario, cuando los pequeños presentan la enfermedad, es fundamental mantener una buena nutrición para facilitar la recuperación y evitar molestias mayores o complicaciones".

La OMS y la UNICEF recomiendan la siguiente fórmula de rehidratación por vía oral:

- Agua, 1 litro
- Glucosa 20 gramos
- Cloruro sódico, 3,5 gramos
- Cloruro potásico, 1,5 gramos
- Bicarbonato sódico, 2,5 gramos

Esta fórmula está comercializada en todos los países del mundo de forma estándar, en sobrecitos que hay que verter en una jarra con un litro de agua, agitar hasta su disolución y comenzar a beber inmediatamente, en pequeñas cantidades cada 1-2 horas. Pero a falta de esta posibilidad, existe el recurso de preparar una fórmula muy similar en casa, con lo siguiente:

- Agua, 1 litro
- Azúcar (para la glucosa), dos cucharadas soperas
- Sal (para el cloruro sódico), media cucharada de café
- Bicarbonato, media cucharada de café
- El zumo de un limón mediano (para el potasio)

La Dieta Antidiarreica o Astringente

Son aquellos que ayudan a demorar los movimientos del intestino y a disminuir la pérdida de agua en las heces. Dentro de la dieta astringente deben estar los que contengan pectina (es un tipo de fibra), entre ellos: guayaba, pera, manzana, zanahoria cocida, banano, plátano, ahuyama. Además, se pueden incluir alimentos que sean de fácil digestión y absorción como, por ejemplo, cereales refinados, pre-cocidos, fideos y pan tostado.

Es importante ofrecer alimentos en pequeño volumen y en forma fraccionada (más veces en el día). No se debe introducir comida distinta para el niño durante el período de diarrea, ya que esto podría desencadenar una intolerancia o alergia.

La alimentación en la diarrea ha de seguir unas normas dietéticas bastante precisas, con el objetivo de reducir la duración y las molestias de la

misma y requiere la prohibición de determinados alimentos y la reintroducción progresiva de otros. Se pueden establecer las siguientes fases en la dieta anti diarreica:

1. Periodo de ayuno absoluto entre 6 y 24 horas, utilizando solamente la fórmula de rehidratación por vía oral.
2. Iniciar la ingesta con agua de arroz o con agua de arroz y zanahoria, sémola o sopas finas de cereales refinados. Se recomienda, para evitar el reflejo gastrocólico que estimularía la defecación, comer poca cantidad y frecuentemente.
3. Luego se irá añadiendo, con mucha prudencia, arroz hervido, pollo o pescado hervido, pan blando tostado y jamón york. Antes de pasar a la alimentación normal se deben introducir el yogur, la carne o el pescado a la plancha, pequeñas cantidades de zanahoria o verduras hervidas y galletas tipo "María".

Dieta Astringente:

Muy rigurosa

Después de al menos 6 horas de ayuno total (no haber ingerido absolutamente nada): agua de arroz, agua, té flojo (sin o con muy poco azúcar). Alrededor de 125 cc (poco más de medio vaso de agua) cada 2-4 horas.

Rigurosa

Arroz hervido o harina de arroz (empezar con 3-4 cucharadas). Al cabo de 3-4 horas si se tolera bien, repetir añadiendo pollo o pescado hervido en poca cantidad.

Moderada

Añadir: yogur, pan blanco tostado, patata hervida, pasta de sopa, jamón york, manzana o pera hervidas, membrillo y zanahoria hervida. Cuando se tolere bien, añadir progresivamente: bistec de ternera, pollo, pescado blanco a la plancha; plátano y peras de agua. Más adelante puré de verduras. Y finalmente dieta normal.

Alimentos prohibidos

- Se evitará la fibra vegetal ya que aumenta el volumen intestinal y estimula el peristaltismo, es decir, la motilidad intestinal.
- Se evitará la leche, por su contenido en lactosa y por ser de digestión prolongada.
- Se suprimirán los guisos, fritos, embutidos y salados porque irritan la mucosa digestiva.
- Se evitarán las grasas por ser de digestión prolongada
- Se evitarán los estimulantes del reflejo gastrocólico y del peristaltismo: café, zumos de naranja azucarados.

Rehidratación:

- La rehidratación se basa en la restitución de la cantidad de agua, glucosa y electrolitos que se pierden a causa de la diarrea y es la primera medida a poner en marcha una vez diagnosticada.

PRACTICAS ALIMENTARIAS EN DIARREAS DE NIÑOS:

PRACTICA:

Generalmente a la práctica se le maneja como sinónimo de experiencia. Para que el ser humano ponga en práctica cierto tipo de conocimiento, sea científico o vulgar, es necesario en primera instancia a un primer acercamiento, contacto directo, mediante el uso de los sentidos y conductas psicomotrices. Es decir el experimento. No puede haber práctica de tal o cual conocimiento si antes no se tiene la experiencia. Esta es evaluada objetivamente mediante la observación de las habilidades psicomotoras del sujeto. Independientemente es evaluada por la conducta psicomotriz referida por el sujeto para el logro de sus objetivos.

"Desde el punto de vista filosófico, la experiencia presenta una serie de problemas propios de la filosofía sobre la naturaleza. Sin embargo no se duda de su existencia en la adquisición del conocimiento. Cuando Mario Bunge nos habla del conocimiento científico, nos dice que una de sus características es que sus enunciados tienen la facultad de ser verificables con la experiencia y que sólo ella puede decirnos si una hipótesis relativa a cierto grupo de hechos materiales es adecuado o no. Agrega además que la experiencia le ha señalado a la humanidad, que el conocimiento de hecho no es convencional. Que si se busca la comprensión y el control de los hechos debe partirse de la experiencia"⁽¹⁷⁾.

Las prácticas se definen como una respuesta establecida para cada situación común y son llamadas también hábitos. El comportamiento está

formado por prácticas, conductas, procedimientos, reacciones, es decir, todo lo que le acontece al individuo y de lo que él participa.

La diarrea se define como el aumento del volumen diario de heces, así como su frecuencia y liquidez asociado o no a vómitos y/o fiebre. La eliminación en el lactante de más de 12gr. por Kg/día, de deposiciones líquidas. También es la eliminación frecuente de heces sueltas y acuosas, generalmente debido al aumento de la motilidad del colon. El número de deposiciones varía según la dieta y la edad, pero en general se define la diarrea como tres o más deposiciones líquidas o blandas por día⁽¹⁸⁾.

En el estudio titulado "Influencia de los Patrones culturales en el Cuidado de las Madres a sus Hijos con diarrea y Vómitos. Villa el Salvador. Lima". Entre otras llegó a las siguientes conclusiones: 1. 80% de madres ofrecen "aguitas" de culén, de paico a los que atribuyen efecto medicamentoso 2. Los conocimientos de las madres sobre alimentación son erróneos⁽³⁾.

Asimismo la investigación titulado: "Manejo Casero de Líquidos en niños deshidratados por diarreas agudas", entre otras llegó a las siguientes conclusiones: 1. Un 57% de madres abandonó la lactancia materna exclusiva. 2. 19% de madres emplearon otras soluciones tales como panetela, té, anís, manzanilla, 3. Sólo un 39% de madres continuaron dando algún tipo de alimento al niño⁽¹⁹⁾.

DIARREA

Se define a la diarrea como el aumento de la frecuencia, contenido líquido, y volumen de las heces. Un niño experimentará entre uno y tres episodios de diarrea aguda por año, en los tres primeros años de vida, cifra

que asciende hasta diez por año en comunidades de extrema pobreza. En los países en desarrollo la letalidad por diarrea aguda infantil es elevada.

La mayor parte de los episodios de diarrea aguda remiten espontáneamente y duran de 3 a 7 días. Convencionalmente, se considera como diarrea prolongada a la que dura más de 14 días. Una alta proporción de niños que evolucionan hacia un curso prolongado presentan ya altas tasas fecales y deshidratación iterativa a los 5-7 días de evolución intrahospitalaria. Por ello, se ha propuesto el término de "diarrea en vías de prolongación" para los casos que sobrepasan los 7 días, con pérdidas fecales elevadas y deshidratación rebelde. Este concepto, permite poner en marcha una toma de decisiones apropiada, sin esperar a que la enfermedad cumpla con la definición convencional de "diarrea prolongada"⁽²⁰⁾.

Etiologías de Diarrea Aguda

A. Agentes más frecuentemente aislados ⁽²¹⁾:

- ☐ 1- Rotavirus *
- ☐ 2- Escherichiacolienteropatógena (ECEP) *
- ☐ 3- Campylobacterjejuni
- ☐ 4- Shigellæsp
- ☐ 5- Salmonellæsp
- ☐ 6- Cryptosporidiumsp
- ☐ 7- Escherichiacolienterotoxigénica (ECET)

Agentes aislados con menos frecuencia:

- ☐ 1- Escherichiacolienteroinvasora (ECEI)

- ☐ 2- Giardialamblia
- ☐ 3- Entamoebahistolytica
- ☐ 4- Yersiniaenterocolitica
- ☐ 5- Adenovirus entéricos
- ☐ 6- Virus Norwalk

Mecanismos de la diarrea

En el intestino delgado, ocurre absorción del agua y electrolitos por las vellosidades del epitelio y, simultáneamente, secreción de éstos por las criptas. Normalmente la absorción es mayor que la secreción, por lo que el resultado neto favorece ligeramente a la absorción, con lo que más del 90% de los fluidos que llegan al intestino delgado son absorbidos a lo largo del tracto gastrointestinal. Si se produce cualquier cambio en el flujo bidireccional, es decir, si disminuye la absorción o aumenta la secreción, el volumen que llega al intestino grueso pudiera superar la capacidad de absorción de éste, con lo que se produce diarrea. La diarrea acuosa puede producirse básicamente por dos mecanismos, que pueden sobreponerse en un mismo individuo. Éstos son:

- a) Secreción --> diarrea secretora
- b) Acción osmótica --> diarrea osmótica.

El rotavirus causa una lesión parcelar de las células absorptivas de la mucosa del intestino delgado, lo que da origen a mala absorción parcial y transitoria de nutrientes, como mecanismo inicial de la diarrea. Luego ocurre una proliferación rápida de las células inmaduras de las criptas, las que poseen

una actividad secretora predominante, con una insuficiente capacidad absorbente. Por ello es común que durante el curso de la enteritis aguda por rotavirus haya un cierto grado de pérdidas fecales (mala absorción) de diversos nutrientes. Como suelen preservarse amplias áreas de la mucosa con normalidad histológica y funcional, se considera que la mucosa no dañada compensa la disfunción de las áreas invadidas por el virus. La enfermedad es autolimitada, con un comienzo brusco con vómitos y fiebre, a los que sigue la diarrea, que dura de 5 a 7 días. Las tasas fecales son relativamente altas y la gran mayoría de estos pacientes se recuperan perfectamente con uso exclusivo de terapia de rehidratación oral (TRO) y una realimentación precoz, iniciada luego de la fase inicial de TRO.

Las cepas enterotoxigénicas de *E. coli* producen toxinas que inducen una elevada secreción intestinal de agua y electrolitos. En este sentido, el mecanismo aludido es semejante, cualitativamente, al producido por el *Vibrio cholera*. Sin embargo este último genera unas pérdidas fecales (por exacerbación del mecanismo secretor) aún más elevadas. Las cepas enteroadherentes de *Escherichiacoli* al adherirse estrechamente a la mucosa intestinal pueden destruir el ribete en cepillo de las células de la superficie sobre la cual se implantan. La *Shigella* y las cepas invasoras de *Escherichiacoli* invaden la mucosa y la *Shigella* además elabora una toxina secretogénica. El *Clostridiumdifficile*, que habitualmente se asocia con el uso de antibióticos, también elabora toxinas, las que afectan el intestino grueso ⁽²²⁾.

Complicaciones de la Diarrea Aguda

La deshidratación con acidosis es la complicación más común de la diarrea aguda. En la diarrea predominantemente secretora, el contenido intestinal presenta altas concentraciones de sodio y cloruros. En diarreas predominantemente osmóticas, el contenido de electrolitos es más bajo. En estos casos, la osmolaridad del contenido fecal depende principalmente de la presencia de sustratos orgánicos (hidratos de carbono no absorbidos, ácidos orgánicos de cadena media, etc.) La mayoría de las diarreas que causan excesivas pérdidas de líquidos resultan en una concentración isotónica de los espacios corporales (isonatremia). En niños desnutridos o con diarrea crónica o repetida, tiende a producirse hiponatremia. La deshidratación hipernatrémica, por otra parte, se ve raramente en la actualidad y su tratamiento requiere de una corrección más lenta y controlada de la deshidratación.

Se habla de deshidratación leve o inaparente, (que es la que más frecuentemente se produce en diarreas agudas), cuando las pérdidas de agua corporales son inferiores a 40-50 ml/kg de peso corporal. Hasta este límite de pérdida, aproximadamente, los signos clínicos objetivos de deshidratación son pocos. En primer lugar no se observa aún sequedad de las mucosas o disminución de las lágrimas. Sin embargo, puede haber aumento en la velocidad del pulso y una cierta palidez de la piel. El paciente se aprecia, además, algo sediento. En estos casos es correcto hablar de deshidratación "inaparente", porque, a pesar de la pérdida de agua corporal, ésta no se ha hecho todavía sentir en los índices objetivos del examen físico. Cuando la deshidratación alcanza a pérdidas de líquido corporal de 50 a 100 ml/kg de

peso, es corriente referirse a ella como deshidratación "moderada". Si las pérdidas superan los 100 ml/kg de peso se habla ya de deshidratación "grave". La acidosis es relativamente proporcional al grado de deshidratación. Esta clasificación ha tendido a perder vigencia con el tiempo, y se prefiere recurrir a clasificaciones más funcionales, generadoras por ello, de una pronta toma de decisiones, más que usar clasificaciones puramente descriptivas. Los signos clínicos de deshidratación se detallan en la tabla siguiente⁽²³⁾.

Evaluación del Estado de Hidratación de un paciente con Diarrea (*)			
	Plan A	Plan B	Plan C
Condición General	Bien, alerta	Irritable	Letárgico o inconsciente
Ojos	Normales	Algo hundidos	Muy hundidos y secos
Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
Mucosas orales	Húmedas	Secas	Muy secas
Sed	Bebe normalmente	Bebe ávidamente, está sediento	Bebe mal o no es capaz de hacerlo
Pliegue cutáneo	Vuelve a su estado normal rápidamente	Se retrae lentamente	Se retrae muy lentamente
Decisión	No tiene signos de deshidratación	Si tiene 2 o más signos de deshidratación, incluyendo al menos un signo destacado , hay deshidratación clínica.	Si tiene 2 o más signos de deshidratación, incluyendo al menos un signo destacado , hay deshidratación grave .
Tratamiento	Plan A	Pesar al paciente si es posible y usar Plan B	Pesar al paciente si es posible y usar Plan C, URGENTE
(*) Readings on Diarrhoea: A Student's Manual. WHO-Geneva, 2009			

CAPITULO III

3. MATERIAL Y METODOS

3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACION: La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN: El presente estudio es de tipo aplicativo.

3.3 NIVEL DE INVESTIGACIÓN: El presente trabajo es de nivel o alcance descriptivo.

3.4 DISEÑO O METODO: Transversal, prospectivo.

3.5 ÁREA DE ESTUDIO:

El presente estudio se llevará a cabo en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo del hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de la ciudad de Ayacucho, situado en la Av. Independencia 3° cuadra, aproximadamente a 500 metros norte de la Plaza Mayor de Ayacucho.

3.6 POBLACIÓN:

La población lo constituyeron todas las madres de niños menores de dos años que acuden al consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho, durante los meses de julio a setiembre del 2011.

3.7 MUESTRA: La muestra fueron 30 madres de niños menores de dos años que acudieron al consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho.

Criterios de Inclusión:

- Madres que acepten firmar el consentimiento informado
- Madres de niños menores de 2 años

3.8 TIPO DE MUESTREO:

El tipo de muestreo fue no probabilístico intencional.

3.9 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Considerando la naturaleza del problema y los objetivos para la recolección de datos, se optó por utilizar la técnica de la entrevista y la observación. Los instrumentos fueron el cuestionario y la guía de entrevista.

3.10 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS, PROCESAMIENTO, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS:

Antes de dar inicio a la recolección será necesario coordinar con la Unidad de Capacitación e Investigación del Hospital Regional Miguel Ángel

Mariscal Llerena de Ayacucho, a fin de contar con las facilidades necesarias para obtener la información requerida.

La recolección de datos se llevó a cabo en los meses de julio a setiembre.

3.12 PROCESAMIENTO, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS:

El procesamiento de los datos se realizó mediante el software Excel, y Spss. 17, los resultados se presentan en cuadros simples y de doble entrada.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

CUADRO N° 01

CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACION DURANTE LAS DIARREAS AGUADAS DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS.CONULTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA" DE AYACUCHO, 2011

CONOCIMIENTO	ESTADISTICOS DESCRIPTIVOS							%
	F	Fa	Fr	Fra	me	Dsv	VAR	
MUY BUENO	1	1	0,0333	0,0333				3,3
BUENO	10	11	0,3333	0,3666				33,3
DEFICIENTE	19	30	0.6333	1,0				63,3
T O T A L	30		1		10	9	81	100,0

FUENTE: Datos obtenidos por la aplicación del cuestionario a la muestra en estudio

El presente cuadro indica que, 63,3% de madres de niños menores de dos años con diarrea tienen conocimientos deficientes sobre alimentación durante el los episodios de diarrea, 33,3% de madres de niños menores de dos años con diarrea tienen conocimientos buenos sobre alimentación durante el los episodios de diarreicos y 3,3% de madres de niños menores de dos años con diarrea tienen conocimientos muy buenos sobre alimentación durante el los episodios de diarrea.

CUADRO N° 02

PRACTICA DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACION DURANTE LAS DIARREAS DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS, CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA" DE AYACUCHO, 2011

PRACTICA	ESTADISTICOS DESCRIPTIVOS							
	N°	Fa	Fr	Fra	me	DESV	VAR	%
ADECUADA	9	9	0,3	0,3				30,0
INADECUADA	21	30	1	0,9				70,0
T O T A L	30				15	4	16	100,0

FUENTE: Datos obtenidos por la aplicación del cuestionario a la muestra en estudio

El cuadro N° 02 indica que del 100,0% de la población muestral, 70,0% tienen una práctica inadecuada, 30,0% tienen una práctica adecuada.

CUADRO N° 03

CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACION DURANTE LAS DIARREAS DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS SEGÚN PRÁCTICA. CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA" DE AYACUCHO, 2011.

CONOCIMIENTO	PRACTICA DE ALIMENTACION					
	ADECUADA		INADECUADA		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MUY BUENO	1	3,3	0	0,0	1	3,3
BUENO	1	3,3	9	30,0	10	33,3
DEFICIENTE	7	23,3	12	40,0	19	63,3
T O T A L	9	30,0	21	70,0	30	100,0

FUENTE: Datos obtenidos por la aplicación del cuestionario y entrevista a la muestra en estudio.

El siguiente cuadro indica que del 100,0% de la muestra en estudio, 63,3% tienen conocimientos deficientes, de ellas, 40,0% realizan prácticas inadecuadas, 23,3% adecuadas; 33,3% tienen conocimientos buenos, de ellas, 30,0% realizan prácticas inadecuadas, 3,3% adecuadas; 3,3% de madres tiene conocimientos muy buenos, todas ellas realizan prácticas adecuadas.

CUADRO N° 04

CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACION DURANTE LAS DIARREAS DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS SEGÚN EPISODIOS DIARREICOS. CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA" DE AYACUCHO, 2011.

CONOCIMIENTOS	EPISODIOS DIARREICOS						T O T A L	
	1 - 3		4 - 6		> DE 6			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MUY BUENO	1	3,3	0	0,0	0	0,0	1	3,3
BUENO	5	16,7	4	13,3	1	3,3	10	33,3
DEFICIENTE	7	23,3	7	23,3	5	16,7	19	63,3
T O T A L	13	43,3	11	36,7	6	20,0	30	100,0

FUENTE: Datos obtenidos por la aplicación del cuestionario y entrevista a la muestra en estudio

El presente cuadro muestra que del 100,0% de madres, 63,3% tienen conocimientos deficientes, de ellas, 23,3% refieren que sus niños han tenido de 1 -3 y de 4 – 6 episodios diarreicos respectivamente, 16,7% más de 6 episodios anuales; 33,3% de madres tienen conocimientos buenos, de ellas 16,7% refieren que sus hijos han tenido de 1 -3 episodios diarreicos, 13,3% de 4 - 6 y 3,3% más de 6; 3,3% de madres tienen conocimiento muy bueno, todas ellas refieren que su hijo ha tenido de 1 – 3 episodios diarreicos.

CUADRO N° 05

CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACION DURANTE LAS DIARREAS DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN. CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA" DE AYACUCHO, 2011.

CONOCI- MIENTO	GRADO DE INSTRUCCION								T O T A L	
	SIN GRADO		PRIMARIA		SECUND.		SUPERIO R			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MUY BUENO	0	0,0	0	0,0	1	3,3	0	0,0	1	3,3
BUENO	0	0,0	1	3,3	5	16,7	4	13,3	10	33,3
DEFICIENTE	3	10,0	9	30,0	4	13,3	3	10,0	19	63,3
T O T A L	3	10,0	10	33,3	10	33,3	7	23,3	30	100,0

FUENTE: Datos obtenidos por la aplicación del cuestionario y entrevista a la muestra en estudio.

El siguiente cuadro muestra que, el 63,3% de madres tienen conocimientos deficientes respecto a la alimentación durante las diarreas de niños menores de dos años, de ellas, 30,0% tienen instrucción primaria, 13,3% de nivel secundario y 10,0% sin grado y superior respectivamente; 33,3% de madres tienen conocimientos buenos, de ella, 16,7% tienen secundaria, 13,3% superior y 3,3% primaria; 3,3% tienen conocimientos muy buenos y todos ellos tienen secundaria.

CUADRO N° 06

PRACTICA DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACION DURANTE LAS DIARREAS DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS SEGÚN FUENTE DE INFORMACIÓN. CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA" DE AYACUCHO, 2011.

FUENTE DE INFORMACION	ADECUADA		INADECUADA		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
AMIGAS	4	13,3	3	10,0	7	23,3
RADIO	0	0,0	1	3,3	1	3,3
T.V.	0	0,0	2	6,7	2	6,7
PERIÓDICO	0	0,0	1	3,3	1	3,3
PERSONAL DE SALUD	3	10,0	14	46,7	17	56,7
MÉDICO PRIVADO	2	6,7	0	0,0	2	6,7
T O T A L	9	30,0	21	70,0	30	100,0

FUENTE: Datos obtenidos por la aplicación del cuestionario y entrevista a la muestra en estudio

El presente cuadro muestra que, de la totalidad de la muestra en estudio, 56,7% de madres recibieron información, sobre la alimentación, del personal de salud, de ellas, 46,7% realizan prácticas inadecuadas, 10,0% adecuadas; 23,3% de madres recibieron información de sus amigas, de ellas, 13,3% realizan prácticas de alimentación adecuadas y 10,0% inadecuadas; 6,7% recibieron información de a través de la T.V. y médico particular respectivamente, las primeras realizan prácticas inadecuadas y las segundas prácticas adecuadas.

DISCUSION:

Luego de hacer un análisis de cada una de las definiciones encontradas en diferentes textos, para efectos del presente trabajo se consideró conveniente tener en cuenta la siguiente definición: "Conocimiento es el conjunto de informaciones que posee el hombre como producto de su experiencia, de lo que ha visto u oído y también de lo que ha sido capaz de inferir a partir de estos datos". La teoría que no conduce a la práctica es estéril y toda práctica es, por su parte, manifestación de una representación conceptual de la realidad. Es posible que los conceptos que justifican una práctica no estén explicitados o, incluso, que no sean percibidos por quienes actúan de acuerdo con una experiencia no analizada o por la mera aplicación de unos procedimientos y rutinas definidos por otros⁽¹⁵⁾.

La enfermedad diarreica aguda sigue siendo una causa importante de mortalidad en la niñez en el Perú. La prevalencia de diarrea entre niños menores de cinco años alcanza el 13,2 por ciento, dependiendo del sexo o el área urbana o rural, o de educación, la edad como entre los niños de 12 a 23 meses (22,7%) más activos y en contacto con el medio ambiente, y los niños de 48 a 59 meses de edad (5,8%).

En cuanto a características por departamento, se encuentra una menor prevalencia entre los niños que viven en Tacna (6,4%), Lima (8,6%), o en zonas frías como Puno (9,4%), mientras que en niños que viven en áreas tropicales la prevalencia es mayor, como es el caso de Loreto (28,9%), Madre de Dios (22,8%), San Martín (21,9%), y Ucayali (22,2%), Ayacucho (13,7%).

La frecuencia de diarreas no muestra variación con la educación de las madres que; la capacidad económica está ligeramente asociada con la prevalencia de la diarrea, siendo la ocurrencia de 16,3%. Otro factor importante es la fuente de agua para beber: cuando ésta es de fuente no mejorada la prevalencia es de 18,9%, comparada con la fuente mejorada, con la que es 12,3%. La diarrea con sangre se da sólo en el 2,0% de los niños, la que sube a 5,9% en Loreto, 4,4% en Ucayali, 4,0% en Apurímac y 3,8% en San Martín⁽²⁴⁾.

Las diarreas en los niños son en su mayoría de naturaleza infecciosa, pero de carácter auto limitado; sus principales complicaciones son la deshidratación y la desnutrición. Esta última puede verse agravada por la práctica común e inadecuada de disminuir o suspender la dieta habitual del paciente durante la diarrea, creando a su vez un círculo vicioso en el que ocurren alteraciones de la mucosa intestinal, malabsorción, diarrea prolongada y mayor desnutrición⁽²⁵⁾.

La deshidratación se puede prevenir o tratar con la terapia de hidratación oral, mientras que la desnutrición puede evitarse mediante prácticas sencillas que permitan al niño continuar con su alimentación acostumbrada. Desde 1948, Chung y Viscorova encontraron mayor ganancia ponderal y menor duración de la diarrea en niños en quienes se continuaba la alimentación, a diferencia de aquellos a los que se les interrumpía.

Desde entonces y hasta la fecha, debido a sus ventajas nutricionales sin efectos clínicos adversos, se ha enfatizado la necesidad de continuar la alimentación en los niños durante la diarrea.

A continuación se analizan las bases científicas y los conocimientos que avalan la importancia de la alimentación sostenida durante el episodio diarreico:

Las enfermedades diarreicas agudas en los niños son producidas en su mayoría por rotavirus, Escherichiacoli, Campylobacter, Salmonella y Shigella. La diarrea representa la respuesta del organismo frente a un agente agresor, ya que mediante las evacuaciones se eliminan virus, bacterias, toxinas o parásitos. La diarrea aguda de causa infecciosa, según sea el agente patógeno, se produce por varios mecanismos a diferentes niveles del tubo digestivo. La hipersecreción y la diarrea osmótica son los mecanismos más frecuentemente involucrados en la diarrea acuosa aguda ⁽²⁶⁾.

La hipersecreción es el resultado del movimiento neto de agua y electrolitos desde la mucosa intestinal hasta el lumen, y se traduce clínicamente como diarrea acuosa abundante que produce deshidratación, es producida principalmente por Vibrio cholerae, E. colienterotoxigénica, intoxicación alimentaria por Staphylococcus aureus o por Bacillus cereus, Yersinia enterocolitica y Aeromonas. Las enterotoxinas actúan en receptores específicos de la mucosa intestinal y a través de mediadores intracelulares que provocan aumento de secreción de agua y sal.

Durante los períodos de ayuno las concentraciones de las enzimas digestivas de la mucosa intestinal disminuyen dramáticamente, por lo que se ha especulado que sus bajos niveles podrían interferir con la absorción; sin embargo, se ha demostrado que a pocas horas de reanudar la alimentación hay aumento de la producción enzimática por las células intestinales. Las

secreciones pancreáticas son un potente estímulo para la hiperplasia de la mucosa intestinal, y la alimentación puede inducir suficiente secreción enzimática por el páncreas para mantener una mucosa intestinal casi normal.

El mantenimiento y la renovación de las células de la mucosa intestinal dependen del estímulo que proporcionan los alimentos. Los enterocitos de la porción media y del extremo de las vellosidades del intestino delgado con el estímulo de la lactosa producen lactasa, entre otras disacaridasas, la cual digiere a la lactosa y a sus componentes monosacáridos para poder ser absorbidos.

Las evidencias científicas mencionadas deben hacer cambiar el concepto del ayuno en el niño por el de ofrecer alimentos durante los episodios de diarrea, y en los niños deshidratados, inmediatamente después que mejore la deshidratación o inclusive antes si son desnutridos graves. El mantener la alimentación durante la diarrea favorece también la hidratación al proveer transportadores de sodio y agua, cuya absorción está totalmente conservada. Tal es el caso del almidón de arroz (panetela), que libera amilasa y amilopectina, las cuales se desdoblan en glucosa, aminoácidos y dipéptidos que favorecen la absorción intestinal de sodio y agua. Para evitar la hipokalemia se dan alimentos ricos en potasio: papas, plátano, zanahoria, aguas de frutas frescas o agua de coco verde.

Impacto nutritivo está dada, porque las enfermedades infecciosas en general producen daño nutricional y las diarreas, en particular, producen daño mayor pues se agregan otros factores. La diarrea puede causar desnutrición, porque: 1. Durante la diarrea se pierden parte de los nutrimentos y aumentan

los requerimientos nutritivos para reponer el daño a los tejidos; 2. El apetito usualmente disminuye en una persona con diarrea; y 3. El personal de salud puede contribuir a este proceso negativo al aconsejar, erróneamente, suspender o diluir los alimentos del paciente, incluso por varios días después que ha se curado, basado en la creencia de que el tránsito rápido del contenido intestinal, la reducción enzimática de las células intestinales y los daños ocasionados por los microorganismos, afectan la absorción de los alimentos durante la enfermedad. En la actualidad se reconoce que estas alteraciones existen sólo en casos de excepción por lo que no es necesario establecer restricciones rutinarias en la dieta ⁽²⁰⁾.

La información científica que apoya la alimentación sostenida, de niños, durante episodios de diarrea aguda, permite presentar a continuación las recomendaciones de La Sociedad Pediátrica Europea de Nutrición y Gastroenterología y la Academia Americana de Pediatría a través del subcomité sobre gastroenteritis aguda, recomiendan las siguientes normas respecto a la alimentación sostenida durante la diarrea aguda, sustentadas en el análisis de la literatura y en los lineamientos propuestos por la Organización Mundial de la Salud:

- a) Estimular al paciente a que coma todo lo que quiera de su dieta habitual, con mayor frecuencia que la acostumbrada para compensar la pérdida de apetito y porque los alimentos se digieren con más facilidad.
- b) En los niños mayores de seis meses de edad, agregar una o dos cucharaditas de aceite vegetal a los alimentos para proporcionar energía.

- c) No introducir nuevos alimentos mientras persista la diarrea.
- d) Evitar los alimentos hiperosmolares (muy azucarados) o los muy condimentados, y el uso de fórmulas basadas en polímeros de glucosa que suelen emplearse en niños desnutridos con enfermedades crónicas.
- e) Continuar la lactancia materna con más frecuencia que lo habitual. Si el niño no es alimentado al pecho, continuar la leche usual. Si el paciente vomita, se le dará más lentamente (a cucharaditas si no toma pecho) hasta que deje de vomitar ⁽²⁷⁾.

Dos de las complicaciones más frecuentes de la E.D.A. son deshidratación y desnutrición. La deshidratación es la pérdida de sales y agua del organismo a causa de la diarrea, los vómitos y la fiebre, el intestino delgado mantiene en gran parte intacta la capacidad de absorción de la glucosa durante la diarrea de cualquier etiología. El sodio y el agua son absorbidos junto con la glucosa y en ello se basa la terapia de rehidratación, la diarrea deteriora el estado nutricional en aquellos niños que lo padecen ⁽²⁸⁾.

"Los conocimientos de las madres son erróneos, ya que el 80% de madres ofrecen "agüitas" de culén, de paico, manzanilla, anís, etc., a los que atribuyen efecto medicamentoso y restringen la lactancia materna ⁽²⁹⁾.

Los resultados expuestos (CUADRO 01), muestran que un buen porcentaje(**63,3%**) de madres estudiadas desconocen la alimentación sostenida, mientras que pocas madres(33,3%) poseen conocimientos aceptables sobre la alimentación sostenida durante los episodios de diarrea aguda, lo que indica que las campañas realizadas por el sector salud sobre

prevención de EDA son inefectivos. Estos resultados concuerdan con los encontrados por autores mencionados.

Estudios realizados en Venezuela, reportan que los alimentos que se omitieron durante la diarrea, fueron granos, lácteos, huevos. La alimentación habitual la mantiene en un (63,2%) y un (35,1%) disminuye. De 23 madres que suministran lactancia materna el 17,3% la disminuye o suprime. La leche completa se disminuye o suprime durante el episodio en un 55%. En relación con la ingesta de líquidos se observó un incremento del mismo en el 75,4%. El 50,9% administró bebidas caseras siendo la más frecuente la infusión de manzanilla y agua de arroz tostado. (Lailen Batista .Prácticas alimentarias en niños menores de 2 años con diarrea aguda Ambulatorio, San Francisco, Estado de Lara, 2004)

Generalmente a la práctica se le maneja como sinónimo de experiencia. Para que el ser humano ponga en práctica cierto tipo de conocimiento, sea científico o vulgar, es necesario, en primera instancia, un primer acercamiento, contacto directo, mediante el uso de los sentidos y conductas psicomotrices. Es decir, el experimento. No puede haber práctica de tal o cual conocimiento si antes no se tiene la experiencia. Esta es evaluada objetivamente mediante la observación de las habilidades psicomotoras del sujeto. Independientemente es evaluada por la conducta psicomotriz referida por el sujeto para el logro de sus objetivos (RUSSELL, Bertrand.1988)

Desde el punto de vista filosófico, la experiencia presenta una serie de problemas propios de la filosofía sobre la naturaleza. Sin embargo, no se duda

de su existencia en la adquisición del conocimiento. Cuando Mario Bunge nos habla del conocimiento científico, nos dice que una de sus características es que sus enunciados tienen la facultad de ser verificables con la experiencia y que sólo ella puede decirnos si una hipótesis relativa a cierto grupo de hechos materiales es adecuado o no. Agrega además que la experiencia le ha señalado a la humanidad, que el conocimiento de hecho no es convencional. Que si se busca la comprensión y el control de los hechos debe partirse de la experiencia ⁽¹⁶⁾

La práctica de la salud pública está fuertemente influenciada por la cultura en la que se desarrolla. La dimensión valorativa es un factor importante para la aplicación de los instrumentos técnicos. Las características de los procesos sociales, incluidos los económicos y políticos, determinan las posibilidades y las oportunidades de intervención. Por otro lado, la disponibilidad de recursos y su calidad también definen las posibilidades de actuación.

La alimentación continua durante las diarreas consiste en no interrumpir la alimentación habitual; estimular al niño a que coma con mayor frecuencia para compensar la pérdida de nutrientes, agregar una o más cucharaditas de aceite vegetal a los alimentos para proporcionar energía, no introducir nuevos alimentos mientras persista la diarrea, sólo evitar los muy concentrados o azucarados y los muy condimentados. El mantener la alimentación durante la diarrea acelera la normalización de las funciones intestinales incluyendo la digestión y absorción de los alimentos. Favorece también la hidratación del paciente al proveer transportadores de agua para su absorción intestinal y

compensar la pérdida por la diarrea. Para evitar la deshidratación son efectivos los líquidos basados en alimentos, como la panetela de arroz o de maíz, las sopas de zanahoria, de lenteja o de papa, los caldos o consomés desgrasados, los jugos de frutas frescas, el agua de coco verde, el yogurt y las infusiones suaves, todos ellos de uso común en el hogar, incluso el agua simple, complementada con alimentos, puede ser útil mientras se consiga otros líquido.

El estudio, "Manejo Casero de Líquidos en niños deshidratados por diarreas agudas", refiere que el 57% de madres abandonan la lactancia materna exclusiva, 19% de madres emplearon otras soluciones tales como panetela, té, anís, manzanilla, etc. Demostrando desconocimiento sobre alimentación sostenida durante los episodios de diarrea aguda y sólo un 39% de madres continuaron dando algún tipo de alimento al niño ⁽²³⁾.

"De las madres encuestadas, 75% dijeron que restringían parcialmente la alimentación a sus niños durante la diarrea, pero que sí ofrecía algunos alimentos durante la enfermedad. El restante 25% afirmó que mantenía a sus hijos en ayuno completo durante periodos variables cuando se presentaba la fase aguda de la diarrea. En su mayoría, estas madres fueron jóvenes (36%), alfabetas (70%), sin predominio de nivel socioeconómico, y adujeron como razones para suspender alimentos durante la enfermedad la creencia que "no es bueno ofrecer alimentos" (69%) y el "consejo médico" (24%)" ⁽⁶⁾

En cuanto a la relación del conocimiento con la práctica de alimentación sostenida durante las diarreas en niños menores de dos años(CUADRO N° 3), el presente estudio, encontró una relación directa, así a un 63,3% de conocimiento deficiente sobre alimentación durante las diarreas, le corresponde 40,0% de prácticas inadecuadas, y 23,3% de prácticas

adecuadas. De lo que se deduce que la relación entre conocimiento sobre alimentación continua durante las diarreas y la práctica de las mismas es directa, es decir a un conocimiento bueno le debería corresponderle una práctica adecuada y viceversa. En consecuencia las madres refieren prácticas discordantes con la situación de salud de sus niños. De lo que podemos inferir la prevalencia de las complicaciones de las diarreas en nuestro medio.

Respecto al conocimiento de las madres sobre alimentación sostenida durante las diarreas y la frecuencia de episodios diarreicos (CUADRO N° 4), existe cierta relación directa, a mayor frecuencia de madres con desconocimiento sobre la alimentación durante las diarreas (63,3%), le corresponde una mayor frecuencia de episodios diarreicos (23,3% de 1 – 3 episodios, 23,3% de 4 – 6 episodios y 16,7% > de 6 episodios).

Al respecto, En México la enfermedad diarreica se encuentra en las primeras 10 causas de defunción, al igual que en el Estado de Morelos. Los niños menores de 5 años presentan entre dos y cuatro episodios diarreicos por año⁽²⁹⁾.

Sobre la relación entre conocimiento y número de episodios de diarrea, estudios realizados en Cuba refieren: 44,7% madres refieren un episodio por año, 32,0% dos veces y 23,1% tres veces por año, se distingue mayor frecuencia en madres con bajos conocimientos sobre alimentación durante las diarreas, asimismo es mayor en el área rural que en la urbana⁽³⁰⁾.

En relación a los conocimientos sobre la alimentación sostenida durante los episodios de diarrea y la prácticas, (CUADRO N° 5), se encontró que el

grado de instrucción no tiene relación con el conocimiento, puesto que el conocimiento malo se encuentra tanto en la madres sin grado como en la que tiene grado superior, en consecuencia podemos inferir que la instrucción no es un factor determinante del conocimiento bueno.

Al respecto, estudios realizados en Bolivia, refieren que las madres conocen más preparados caseros que farmacéuticos para tratar las diarreas, pero el conocimiento disminuye para las medicinas caseras y aumenta para los medicamentos comerciales cuando mayor sea el nivel de instrucción, que por ser una variable muy emparentada con el nivel socioeconómico, está reflejando mayor accesibilidad económica a productos farmacéuticos y a la consulta privada, en la que el médico, por la presión familiar para "cortar la diarrea", adopta como una solución expedita la prescripción de antibióticos y/o anti diarreicos, porque también es cierto que las bases de la rehidratación oral y el mantenimiento de la lactancia y la alimentación sólida durante la diarrea " han sido desarrollados después de que muchos médicos que ejercen en la actualidad salieron de la facultad de medicina"⁽³¹⁾.

Considerando la diarrea como un problema de salud pública en los países en desarrollo, por su alta carga de morbilidad y mortalidad. En el Perú, la diarrea aguda es la primera causa de mortalidad en niños de 1 a 2 años, y se relaciona con las complicaciones de las enfermedades, entre las cuales sobresale la pérdida de líquidos y electrolitos. Los episodios de diarrea pueden causar, precipitar o exacerbar la desnutrición, tanto de macro como de micronutrientes. Los efectos deletéreos de la diarrea sobre el estado nutricional del niño se producen por uno o más de los siguientes mecanismos:

Reducción en la ingestión dietética, absorción disminuida de nutrientes, aumento del catabolismo, pérdida directa de nutrientes por el intestino e ineficiencia metabólica, debida a deficiencias de micronutrientes.

En diversos estudios han demostrado que, entre las ventajas de la alimentación sostenida durante la diarrea, están la recuperación más rápida de la fisiología alterada, incluyendo la absorción intestinal; asimismo, los episodios diarreicos se hacen más cortos y hay mayor ganancia de peso de los niños durante y después del episodio diarreico. Con base en estas evidencias, la recomendación actual de la Organización Mundial de la Salud es que se mantenga la alimentación durante el episodio diarreico, dando preferencia a los alimentos a los que el niño está habituado. La mayoría de estos estudios están enfocados ya sea al uso de fórmulas lácteas hidrolizadas o elementales, o bien, los alimentos específicos, pero en ningún caso en el contexto de una dieta que se propone a las madres para que la preparen en el hogar.

Entre los profesionales existe controversia sobre las recomendaciones respecto a la alimentación del niño enfermo con diarrea aguda (CUADRO N° 6). La gran mayoría de madres recibió información del personal de salud (56,7%) y realizan prácticas inadecuadas (46,7%) y adecuadas (10,0%), muchas recibieron información de sus amigas (23,3%), de ellas 13,3% realizan prácticas adecuadas y 10,0% inadecuadas.

La posición tradicional se basa en el argumento de "dejar al intestino en reposo", suspendiendo los alimentos sólidos y lácteos por un periodo variable, durante el cual se inicia la reposición de líquidos y electrolitos, seguido de la reintroducción gradual de los alimentos a la dieta del

niño. Esta recomendación asume que la pérdida de nutrientes causa mala absorción de carbohidratos y grasas, acompañándose de gran pérdida de líquidos en las evacuaciones, acidosis, daño en la mucosa intestinal por incremento de la osmolaridad intraluminal, y proliferación bacteriana intestinal. No obstante, diferentes investigadores han cuestionado esta postura, considerando que pasa por alto el hecho de que la mala absorción no se presenta en toda la superficie intestinal. Aun en casos graves, existen zonas de mucosa intacta, que conservan la función de absorción. Estas zonas de intestino sano permiten que la alimentación sostenida, o la reintroducción temprana de la alimentación habitual una vez que la deshidratación se ha corregido, logre prevenir la desnutrición proteínico-energética e induce la reparación temprana de la mucosa intestinal. En relación con la deficiencia transitoria de disacaridasas, que limitan la absorción de lactosa, diversos estudios han mostrado que cantidades pequeñas de leche, aun sin diluir, no producen aumento de la diarrea ocasionada por la intolerancia a la lactosa, pero sí mejoran la condición nutricional. Por esta razón es posible mantener la lactancia materna con todas sus ventajas nutricionales e inmunológicas.

Los estudios que han comparado el manejo de la alimentación sostenida y la alimentación tardía en la enfermedad diarreica, han mostrado que la sostenida logra ganancia de peso, mayor absorción de nutrientes, y disminución en la frecuencia y duración de las evacuaciones diarreicas.

Con base en estas evidencias, el Programa Global para el Control de las Enfermedades Diarreicas, propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), recomienda para el manejo en el hogar: a) ofrecer líquidos en mayor

cantidad de la usual; b) continuar la alimentación habitual durante el episodio diarreico, ofreciéndola con mayor frecuencia; c) aumentar las cantidades de alimentos en la etapa de convalecencia, y d) orientar a los padres para acudir al centro de salud cuando aparezcan signos de alarma de la enfermedad. El manejo en los servicios de salud comprende a) la evaluación clínica del niño para orientar la terapia de hidratación (oral o intravenosa); b) la prescripción correcta de antibióticos, y c) el manejo dietético con alimentación sostenida, basada en la dieta habitual.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES:

1. Se ha determinado que el conocimiento sobre la alimentación durante las diarreas agudas tiene relación estrecha con la práctica que realizan las madres, la prueba de correlación de Pearson($r=.679$) nos indica una correlación positiva media alta, con lo cual revalidamos nuestra hipótesis de investigación.
2. La gran mayoría de madres (70,0%) realizan prácticas inadecuadas de alimentación durante las diarreas de niños menores de dos años. Lo cual indica que las madres no están preparadas para el cuidado de niños con diarrea.
3. La frecuencia de los episodios diarreicos referida por las madres es muy alta (56,7%). Lo cual probablemente ocasione alta frecuencia de deshidratación y desnutrición en la población infantil.

4. Un gran porcentaje de madres (63,3%) tienen conocimientos deficientes y un pequeño porcentaje buenos y muy buenos, lo que indica una falta de educación sanitaria y que probablemente sea un factor predisponente de la morbi-mortalidad en la población estudiada.

RECOMENDACIONES:

- 1.** AL MINSA: incidir en la modificación de las costumbres y creencias populares que afectan la salud del niño, a través de campañas publicitarias televisivas en la época pico de la diarrea en las horas que la madre se encuentre en casa.
- 2.** Instruir a las madres sobre el tipo de alimentos que se deben y no administrar durante la diarrea, a través de spots publicitarios en la televisión, afiches y a través de charlas educativas en los centros de salud, coordinado e impulsado por el MINSA.
- 3.** Utilizar medios audio visuales en los servicios de emergencia y medicina del Hospital Regional de Ayacucho para instruir a las madres de manera general sobre la diarrea, hacer énfasis en las complicaciones que se presentan por practicar las costumbres populares, y que tipos de alimentos de bebe de dar durante la diarrea.
- 4.** Incluir en los sílabos de las asignaturas de pre-grado dirigidos a capacitar al estudiante en como promover la educación en salud, principalmente sobre la alimentación adecuada que debe de recibir el niño con diarrea y el abordaje de los tabúes y creencias populares en la etiología de la diarrea.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. OMS- UNICEFF. Enfermedades Diarreicas. Centro de Prensa de la OMS. Nota descriptiva N° 330, agosto del 2009.
2. LANATA DE LAS CASAS, Claudio "Las Enfermedades Diarreica en el Perú". Lima. 2001
3. OPS/OMS PERÚ. estrategia de cooperación técnica, 2010 – 2014.
4. José Antonio Díaz Colina, Mirelys Díaz Colina. Influencia de la educación sanitaria para la prevención de las diarreas agudas en niños. policlínico comunitario "José Agustín Mas Naranjo del Municipio Primero de Enero, Cuba, 2007
5. Conocimiento, actitudes y prácticas adoptadas por las madres de los niños menores de 5 años ingresados al servicio de gastroenterología del HOSPITAL MATERNO INFANTIL "DR. FERNANDO VELEZ PAIZ" en el mes de noviembre del 2008. AUTOR: DR. VICTORIANO SANTIAGO LÓPEZ ARTEAGA TEISS PARA OPTAR EL GRADO DE ESPEICALIASTA. UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NICARAGUA
6. Martínez-Salgado H, Díez-Urdanivia S, Meneses-Díaz LM. Alimentación sostenida durante diarrea aguda en niños menores de cinco años. Salud Publica Mex 1998; 40:141-149.
7. Claudia V. Burgoa Rivero, Ariel A. Salas Mallea. Conocimientos y actitudes frente a signos de alarma en infecciones respiratorias y diarreicas en niños menores de 5 años, La Paz Bolivia (2008) Rev. bol. ped. v.47 n.2 La Paz jun. 2008.
8. Raquel Gamarra-Atero, Mayra Porroa-Jacobo, Margot Quintana-Salinas. Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad de Lima, AnFacmed. 2010; 71(3):179-83. Escuela Académico Profesional de Nutrición, Facultad de Medicina. Departamento de Nutrición, Facultad de Medicina, UNMSM. Lima, Perú. 2010.

9. Carlos Rojas D, MarlitYsla M, Vanesa Riega D, Olga Ramos H, Carmen Moreno P, Ivonne Bernui. Enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias y características de la alimentación de los niños de 12 a 35 meses de edad en el Perú. Rev. Perú. med. exp. salud pública v.21 n.3 Lima jul./set. 2004.
10. Gutiérrez Vargas, RuttRevollar Huamán, Juana Victoria. Práctica de alimentación sostenida durante los episodios de diarrea aguda relacionado al conocimiento de las madres de niños menores de 2 años. Programa de crecimiento y desarrollo. Hospital Regional de Ayacucho. octubre - diciembre. 2005". Tesis para optar licenciatura en Enfermería, Ayacucho, 2005
11. DICCIONARIO PEDAGÓGICO. 2000
12. SALAZAR BONDY 1989 REVISAR
13. BUNGE, 1986.
14. Enciclopedia Hispánica; 1994-1995.
15. RUSSELL. 1999
16. Avila Montes, Gustavo Adolfo; Henet, Kurt; Posas, Jairo; Thurston, Anita; Acosta, Maria Elena; Withson, Donald. Conocimientos y prácticas sobre nutrición infantil, enfermedades diarreicas y respiratorias en Lempira, Honduras / Knowledge and practices on child nutrition, diarrhoeal and respiratory illness in Lempira, Honduras. Rev. Médica Honduras. Abril-mayo. 2001.
17. Valenzuela Avendaño Guadalupe, Laborin Alvares Jesús F. La Evaluación de los factores psicosociales en la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas en comunidades Yaquis. RaXimhai, Enero-Abril, año/ vo3. No 1/2007.
18. Monografías. COM, Enfermedad diarreica aguda es todo proceso mórbido, cualquiera que sea su... tomado del sitio web, www.monografias.com/trabajo32/diarreas/diarreas.shtml-44k.
19. WHU WHU, Raúl "Manejo Casero de Líquidos en niños deshidratados por diarreas agudas". Lima. 2000.

20. Richards, L., Claeson, M.H. y Pierce, Terranova. Tratamiento de la diarrea aguda en niños: las lecciones aprendidas. *Pediatr Infect Dis J* 1993;12:5-9.
21. Schiller RL, Sellin JH. Diarrea. En: Feldman M, LS Friedman, LJ Brandt, eds. *Sleisengery las enfermedades gastrointestinales y del hígado* Fordtran. 9^a ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2010:cap15.
22. Semrad CE, Powell DW. Acercamiento al paciente con diarrea y malabsorción. En: Goldman L, Ausiello D, eds. *Cecil Medicine*. 23^a ed. Filadelfia, Pa: Saunders; 2007:cap143.
23. Bertot Poncel, Fonseca Vázquez, Chávez Laborde. Evaluación del riesgo de diarreas agudas en lactantes, *Medicina de familia (And)* vol.5, 1 feb. 2004.).
24. ENDES CONTINUA 2007-2008.
25. Isolauri E, Juntunen M, y col. 2000.
26. Kosek M, PP Yori, WK Pan, MP Olórtégui, Gilman RH, Perez J, et al. Epidemiología de *Shigella* altamente endémica resistente a los antibióticos en niños en el Perú Amazon. *Pediatrics*. 2008;122:e541-549
27. OMS. Enfermedades Diarreicas. Centro de Prensa de la OMS. Nota descriptiva N° 330, agosto del 2009
28. MINSA 2006
29. Liliana Marmolejo Saucedo. Enfermedad diarreica aguda EDA. Programas de infecciones respiratorias agudas y enfermedad diarreica aguda. Cuernavaca Morelos. México, 2009
30. Silvia León Pérez, Magda Alonso Cordero, Carlos Roque Mendoza. Morbilidad por enfermedad diarreica aguda en niños menores de un año: algunos elementos epidemiológicos. *Revista de Ciencias Médicas La Habana* 2007.
31. Murillo, Alberto y Belmonte Colona, Rubén. Las diarreas en Bolivia. Departamento nacional de Salud materno infantil. La Paz, Bolivia, 2006

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN
CRISTOBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE ENFERMERIA
N°
Código de la encuestadora
.....

ANEXO N° A

ENTREVISTA

Entrevista sobre conocimientos y prácticas de las madres de los niños con diarreas menores de dos años que acuden al consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho.

I. Datos Generales: No de encuesta: _____

1. Edad de la madre: _____
2. Edad del paciente: _____
3. No de hijos _____
4. Episodios de diarrea en el año: ____
5. Procedencia:
 - a) Urbana: _____ b) rural: _____
6. escolaridad de la madre:
 - a) Sin grado _____ b) primaria _____ c) secundaria _____ d) nivel superior _____
7. Profesión u ocupación de la madre: A) Ama de casa _____ b) Técnico _____
profesional _____ d) Comerciante _____ e) Oficinista _____ f) Obrera _____ g)
desempleada _____
8. Estado civil de la madre: a) Soltera _____ b) Casada _____ c) conviviente -----
9. Abastecimiento de agua: a) agua potable b) puesto comunitario c) poso _____
10. Eliminación de excretas: a) inodoro _____ b) escusado _____ c) aire libre _____

11. Fuente de información: Donde obtuvo información sobre la diarrea

- a. Amigos.
- b. Familiares
- c. Radio
- d. Televisión
- e. Periódico
- f. Personal de salud
- g. Médico Privado

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN
CRISTOBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE ENFERMERIA
N°
Código de la encuestadora
.....

ANEXO N° B

CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTO DE ALIMENTACION INFANTIL EN
DIARREAS AGUDAS

INSTRUCCIONES: Marque con un aspa(X) la respuesta correcta.

N°	Preguntas	Si	No	No sabe
1	La diarrea se define como el cambio en el número, volumen y consistencia de las heces con respecto al habito defeca torio normal			
2	La diarrea puede ser causada por bacterias, virus, parásitos, antibióticos, antibióticos, alimentos contaminados			
3	La diarrea puede ser causada por mal de ojo, golpe de calor, la salida de los dientes, empacho, le pegaron sol			
	En relación a ¿cuál es el tratamiento de la diarrea?			
4	Se debe de dar suero oral a reposición			
5	Se continua con la alimentación normal			
6	Tratamiento orientado según la causa si es viral, bacteriana, parasito			
7	El suero Oral es preparado (polvo) que se prepara con agua que contiene electrolitos que se pierden durante la diarrea.			
	En relación a ¿Cuál es la importancia del suero oral?			
8	Ayuda a prevenir la deshidratación			
9	Corrige la deshidratación causada por la diarrea			
10	Repone los electrolitos perdidos por la diarrea			
	En relación a ¿Cómo se usa el suero oral?			
11	Se prepara con agua hervida			
	En relación a ¿qué es lo primero que se debe de hacer cuando un niño está con diarrea?			
12	Darle suero oral inmediatamente			
13	Suspender la alimentación y continuar con la lactancia			
14	Brindar suero oral y suspender la lactancia			
15	Llevarlo inmediatamente a la unidad de salud más cercana			
	¿Cuáles son las complicaciones de la diarrea?			
16	Deshidratación			
17	Desnutrición			
18	Shock hipovolémico			
19	Íleo metabólico			
20	Invaginación intestinal			
21	Alteraciones electrolíticas			
	¿Cuáles son los signos de deshidratación?			
22	Llanto sin lagrimas			
23	Boca seca			
24	Mollera hundida			
25	Ojos hundidos			

26	Niño irritable			
27	Signo del pliegue positivo			
	¿Cuáles son los signos de peligro de la diarrea?	Si	No	No sabe
28	Vómitos			
29	Hipo actividad			
30	Diarrea con sangre			
31	No puede beber			
32	No puede beber			
33	Evacuaciones abundantes			
34	Somnoliento, irritable			
	¿Qué remedios caseros se pueden usar en la diarrea?			
35	Agua de arroz			
36	Agua de coco verde			
37	Suero casero			
38	Refrescos naturales			
	¿Qué remedios caseros no se pueden dar en la diarrea?			
39	Aceite fino			
40	Leche de magnesia con limón			
41	Apazote			
42	Purgantes			
	¿Qué alimentos se deben de emplear en un niño con diarrea?			
43	Pecho materno			
44	Frutas			
45	Verduras			
46	Puré de papas			
47	Dieta general			
48	Yogurt			
49	Pollo cocido con verduras			
	¿Qué alimentos están contra indicados en un niño con diarrea?			
50	Bebidas gaseosas			
51	Vegetales			
52	Alimentos y jugos enlatados			
53	Alimentos grasosos y frituras			
	¿Qué medidas higiénicas se deben de tomar en cuenta para prevenir la diarrea?			
54	Lavado de manos antes de preparar los alimentos y usar el baño			
55	Mantener bien tapados los alimentos			
56	Eliminar adecuada mente las excretas			
57	Lavar bien los alimentos(frutas y verduras) antes de prepararlos			
	¿En qué momento se debe de acudir a la unidad de salud cuando un niño se enferma con diarrea?			
58	Inmediatamente			
59	Cuando presente signos de deshidratación			
60	Cuando no tolera la vía oral			
61	Cuando el niño presenta más de 2 evacuaciones por hora, presenta fiebre y vómito			
	¿En qué circunstancias se deben de usar antibióticos y			

	desparasitantes en la diarrea?			
62	62) por indicación médica			
63	63) cuando exámenes de laboratorio revelen infección o parásitos			
64	64) cuando tenga disentería(diarrea con moco y sangre)			
	¿Qué costumbres populares no se deben de realizar en niños con diarrea?	Si	No	No sabe
65	Limpiar el estomago con purgantes			
66	Dar baños de alcohol y ruda			
67	Llevarlos al curandero			
68	Dar anti-diarreicos			
	¿Qué creencias populares conoce en relación a la causa de la diarrea?			
69	Empacho			
70	Mal de ojo			
71	Golpe de calor o frio			
72	Salida de los dientes			
	¿Qué medidas se deben de implementar en la prevención de la diarrea?			
73	No alimentar a los niños con biberones			
74	Dar lactancia materna			
75	Llevar vacunas al día			
76	Clorar agua si no es agua potable			
77	Tapar y cocer bien los alimentos			
78	¿A un niño con diarrea se le debe de continuar la lactancia materna?			
79	¿Se debe de suspender la leche y sus derivados a un niño con diarrea			
80	La única indicación para suspender la leche y sus derivados es en la intolerancia a la lactosa?			

ESCALA DE EVALUACION:

- Muy buen conocimiento.
- Buen conocimiento.
- Mal conocimiento.
- Muy mal conocimiento.

Cada preguntas vale a 1.25 pts. Con un total de 120 puntos, se categoriza en 4 escalas, se considera muy buen conocimiento de 81 a 100pts, bueno de 61 a 80 pts., malo de 51 a 60pts. Y muy malo menor de 50

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN
CRISTOBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE ENFERMERIA
N°
Código de la encuestadora
.....

ANEXO N° C
CUESTIONARIO SOBRE PRACTICA DE ALIMENTACION INFANTIL
EN DIARREAS AGUDAS

N°	ITEMS	Si	No
1	Dar suero oral a reposición		
2	Mantener la alimentación según la edad del niño en igual cantidad pero fraccionada		
3	Dar más líquidos de lo normal		
4	Suspender la leche y discontinuar el pecho materno		
5	Vigilar por los signos de alarma y deshidratación		
6	Cambiarle de leche por que la anterior le cayó mal		
7	Auto medicar al niño si la diarrea no desaparece		
	¿Que debe de practicar una madre al alimentar a su hijo con diarrea?		
8	Lavarle las manos antes de preparar los alimentos y antes de dar de comer a su hijo		
9	Dar menos comida de lo normal y dar más líquidos		
10	Dar alimentos ricos en grasa y frituras		
11	Sólo le debo de dar suero oral		
12	Darle sopa maggi y comidas enlatadas		
13	Le puedo dar jugos enlatados		
14	Le puedo dar jugos a base de cítricos		
15	Alimentarlo con biberón por que no le gusta tomar en vaso		
16	Suspender todos los derivados de la leche		
	¿Cómo debe de realizar la madre la rehidratación de su hijo?		
17	¿Debe de darse por cada evacuación y cada vez que el niño lo pida?		
18	Debe de darse en pachas		
19	Se lo debo de dar en vaso, con cucharita ó con jeringas aunque al niño no le guste		
	En relación a la prevención de la diarrea ¿Qué otras prácticas debe de realizar una madre?		
20	Lavarle siempre las manos al niño aunque no las vea sucias		
21	¿El no calentar bien los alimentos ya cocinados puede producirle diarrea a mi hijo?		
	¿Qué otras cosas más debiera de poner en práctica una madre ante un cuadro de diarrea aguda en su hijo?		
22	Llevarlo Al curandero si la diarrea no mejora.		
23	Dar una comida extra al día durante 1 semana para recuperación nutricional una vez que haya desaparecido la diarrea		
24	Si el niño presenta vómitos suspender el suero oral, y administrarle anti eméticos inyectados ó en supositorio		
25	Llevar al niño al control de niño sano en su centro de salud cuando haya desaparecido la diarrea.		

ESCALA DE EVALUACION

Muy buena práctica_____

Buena practica_____

Mala práctica_____

Muy mala practica_____

Cada ítem vale 4 pts. , el total suma 100 pts. Se categorizaron los resultados en 4 escalas en relación a la práctica: muy mala menor ó igual a 50 pts., mala de 51 a 60 pts., buena de 61 a 80 pts. Y muy buena mayor de 81 pts.)