



**FACULTAD
DE MEDICINA**
Universidad Nacional
del Nordeste

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE

***FACULTAD DE MEDICINA. CARRERA DE LICENCIATURA
EN ENFERMERIA.***

***MAESTRIA EN CIENCIAS DE LA ENFERMERIA
COMUNITARIA.***

Características socio familiares en niños menores de 5 años que consultan por diarreas agudas al centro de salud nivel II de la localidad de Colonia Benítez Chaco entre 2014-2016.

SANDOVAL ITATI PAMELA.

CORRIENTES, ARGENTINA, 2023.



**FACULTAD
DE MEDICINA**
Universidad Nacional
del Nordeste

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE

**FACULTAD DE MEDICINA. CARRERA DE LICENCIATURA EN
ENFERMERIA.**

**MAESTRIA EN CIENCIAS DE LA ENFERMERIA
COMUNITARIA.**

Características socio familiares en niños menores de 5 años que consultan por diarreas agudas al centro de salud nivel II de la localidad de Colonia Benítez Chaco entre 2014-2016.

DIRECTORA: DRA. FANTIN ALEJANDRA

MIEMBROS DEL TRIBUNAL EVALUADOR:

DICTAMEN Y EVALUACION DEL TRIBUNAL EVALUADOR:

AÑO: 2023.



RES - 2023 - 260 - CD-MED # UNNE

VISTO:

El Expte. N° 10-2023-06756, por el cual la Dirección de la Carrera de Posgrado "Maestría en Ciencias de la Enfermería Comunitaria" (Primera Cohorte) de esta Facultad eleva el Acta de la Defensa de Tesis de la maestrando ITATI PAMELA SAMANTA SANDOVAL; y

CONSIDERANDO:

Que por Resolución N° 1672/23-C.D, se integró el Tribunal de Tesis que evaluó la misma;

Que a fs. 2 del expediente, figura la copia del Acta de Defensa y Aprobación de la Tesis presentada por la maestrando SANDOVAL;

Que correspondería la aprobación del Acta y autorización para el inicio del trámite de otorgamiento del diploma correspondiente;

El Despacho favorable producido por la Comisión de Posgrado de esta Facultad;

Que el H. Cuerpo en su sesión ordinaria del dia 23-11-23, ha tomado conocimiento y aprobado sin objeciones el Despacho mencionado precedentemente;

EL H. CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE MEDICINA
DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE
EN SU SESIÓN DEL DÍA 23-11-23
R E S U E L V E :

ARTICULO 1º - Aprobar el Acta de "DEFENSA Y APROBACIÓN" de la Tesis presentada por la alumna ITATI PAMELA SAMANTA SANDOVAL, maestrando de la Carrera de Posgrado "Maestría en Ciencias de la Enfermería Comunitaria" (Primera Cohorte).

ARTÍCULO 2º.- Autorizar el inicio del trámite de otorgamiento del Diploma correspondiente a la maestrando ITATI PAMELA SAMANTA SANDOVAL.

ARTICULO 3º - Registrese, comuníquese y archívese.

Prof. DIANA INÉS CABRAL
SECRETARIA ACADÉMICA

Prof. MARIO GERMÁN PAGNO
DECANO

mih

Hoja de firmas



Sistema: ARAI-Documentos
Firmado por: UNNE Sudocu
Fecha: 19/12/2023 10:01:43
Razon: Cargado por SIU-Dокументos



Sistema: ARAI-Documentos
Firmado por: UNNE Sudocu
Fecha: 19/12/2023 13:53:43
Razon: Autorizado por MARIO GERMAN PAGNO



Sistema: ARAI-Documentos
Firmado por: UNNE Sudocu
Fecha: 19/12/2023 11:48:10
Razon: Autorizado por DIANA INES CABRAL

Dedicatoria

Este trabajo va dedicado en primer lugar a mis padres por apoyarme incondicionalmente a lo largo de mi carrera profesional y a toda mi familia por su amor, A mi directora de tesis Dra. Fantin Alejandra por su acompañamiento, a la Dirección de la Región Sanitaria N°3 y la Dirección del centro de salud de la localidad de Colonia Benítez no hubiera podido lograr que este trabajo fuera realizado, muchas gracias al Dr. Leandro Phipss y la Sra. Yamile Fernández por la confianza y una dedicatoria especial a mis docentes de la Maestría y compañeros de cursado.

¡MUCHAS GRACIAS!

Resumen

La diarrea aguda es una de las principales causas de muerte infantil en el mundo y el 99,6% de los casos ocurren en países en desarrollo donde 1/10 niños muere a causa de ella antes de cumplir cinco años. En la Argentina constituye un problema de salud pública ya que tiene repercusiones sobre nutrición y la hidratación del niño. Es reconocido mundialmente la importancia de una fuente de agua potable en el hogar y de un sistema de cloacas para la prevención de dicho síndrome.

Por el lado de la manipulación de los alimentos que consumen los niños, el cuidado con las prácticas de higiene durante la preparación de los alimentos es crítico para la prevención de enfermedades gastrointestinales.

El propósito del presente estudio fue describir las características socios familiares que presenta los pacientes menores de 5 años de edad con diarreas agudas atendidos en el centro de salud de nivel II de la localidad de Colonia Benítez Chaco durante el periodo 2014-2016.

La recolección de datos se realizó mediante formulario estructurado, que indagaba las variables según tipos de fuentes para el consumo del agua, tipos de eliminación de las excretas del hogar, ubicación geográfica de los domicilios de los pacientes, el nivel de instrucción del cuidador primario o tutor, las coberturas de vacunación de los niños con diarreas agudas y la frecuencia de la lactancia materna en los pacientes.

La investigación es de tipo cuantitativa, descriptivo, retrospectivo, transversal, observacional donde al universo se le aplicó un muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple y se obtuvo una muestra de 89 pacientes de niños menores de 5 años con diagnóstico de diarreas agudas. Objetivo general: Describir las características socios familiares presentes en niños menores de 5 años con diarreas agudas atendidos en el Centro de Salud NII de Colonia Benítez Chaco en el año 2014-2016

Metodología: Para los resultados se realizó un análisis univariado para todas las variables del estudio. Para las variables cualitativas categóricas, se calcularán

proporciones y frecuencias mientras que para las variables cuantitativas se presentarán medidas de tendencia central y dispersión.

Resultados:

Se realizaron 89 encuestas a los padres de niños menores de 5 años de edad que fueron atendidos en el centro de salud de la Localidad Colonia Benítez en la provincia del Chaco con diagnóstico de diarreas agudas durante el periodo 2014-2016 y se obtuvo como resultado que la media de edad de estos pacientes fue 2 con un DE 1,5 y la moda de 2.

Con respecto al sexo de los pacientes encuestados el 55,1 % fueron del sexo masculino.

Con respecto a la eliminacion de residuos de los domicilios se obtuvo que el 36 % tienen recolección municipal de residuos en sus domicilios mientras que el 43,8 % arrojan los residuos en terrenos baldíos de las zonas rurales de la localidad.

El 11,2 % de los padres de niños con diarreas prefieren enterrar sus residuos y solo el 9 % restante contesto que a sus residuos los queman por vivir en zona rural.

Según el área geográfica las casas que correspondían a zona rurales fueron 46 de las cuales 29 contaban con consumo de agua por perforaciones y 17 de ellas consumían de aljibes o pozos. En tanto la zona urbana fueron 43 los domicilios de los cuales todos consumían agua potable de red.

Con respecto al nivel de instrucción del cuidador primario o tutor el 41,6 % tenían el secundario incompleto, el 34,8 % terminaron el secundario, 12,4% abandonaron una carrera terciaria y solo el 11,2 lo finalizaron.

En cuanto a las coberturas de vacunación de los niños menores de 5 años con diarreas agudas se observó que el 75,3 % tenían su carnet de vacunación completo y el 24,7 no estaban completos.

Con respecto a la lactancia materna exclusiva se observó que 47 niños no tuvieron alimentación por lactancia materna y 42 niños si se alimentaron con lactancia materna en su etapa de lactantes.

En cuanto a la eliminación de excretas en los domicilios de los pacientes con diarreas agudas se obtuvo que el 50,6 usaban letrinas, el 2,2 % tenían baños con cloacas y el 47,2 % tenían pozos sépticos para eliminación de excretas

Conclusiones y recomendaciones.

La diarrea aguda del niño es una patología de alta prevalencia, la disponibilidad de agua potable, cloacas, el tratamiento de las aguas residuales antes de devolverlas a los cauces naturales van en el sentido correcto para disminuir las patologías infecciosas que se transmiten por vía fecal-oral. Asimismo, la mejor manipulación de los alimentos, la lactancia materna, las altas coberturas de vacunación, el correcto manejo de los residuos y su eliminación para evitar contaminación tanto en el hogar como en ambiente constituyen un aporte al bienestar sanitario de nuestros niños. Otro aporte es la educación sobre estos temas a la población y al equipo de salud quienes son los encargados de la vigilancia epidemiológica de este evento de notificación obligatoria. El buen Educar a los cuidadores primarios o tutores en el autocuidado para prevenir estas patologías es parte de nuestra obligación como equipo de salud.

Las recomendaciones que surgen de este trabajo realizado en terreno son:

Promover y prevenir los casos de diarreas agudas en niños con la educación para salud de cuidadores primarios, ámbitos escolares, servicios de salud para la disminución de las tasas de mortalidad infantil por esta causa.

Trabajar en conjunto con autoridades para la toma de decisiones de políticas de salud a nivel local que apoyen el tratamiento de casos de enfermedades diarreicas y sus complicaciones, y que amplíen el acceso al agua potable y a los servicios de saneamiento.

contribuir a la capacitación de agentes de salud, especialmente en el ámbito comunitario.

Contenido

CAPITULO I: INTRODUCCION	11
Planteamiento del problema:	12
Formulación del problema:	14
Objetivo general	15
Objetivos específicos	15
Hipótesis	16
Justificación de la investigación: aportes de los resultados al desarrollo regional y/o incremento del conocimiento	16
Alcance de las enfermedades diarreicas	35
Deshidratación	36
Causas	36
Respuesta de la OMS	41
CAPITULO III: DISEÑO METODOLOGICO	44
Diseño metodológico	45
Tipo de estudio o diseño	45
Instrumento de medición empírica	49
Plan de tabulación y análisis	49
CAPITULO IV: RESULTADOS	50
CAPITULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	56
BIBLIOGRAFÍA	60
Instrumento de recolección de datos:	67

Lista de siglas

DEA: Diarreas agudas

OPS: organización Panamericana de salud.

OMS: Organización mundial de la salud.

Nbi: Necesidades básicas insatisfechas

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para las infancias.

Prólogo

La reducción de la mortalidad en menores de cinco años en la Región de las Américas es fundamental para disminuir las grandes brechas entre países, áreas y grupos humanos, y lograr la equidad en el acceso a estrategias disponibles para la prevención y el tratamiento de las enfermedades, así como la promoción del crecimiento y el desarrollo saludable de la niñez relacionado con reducir la mortalidad en menores de cinco años.

El componente comunitario contiene orientaciones preventivas de salud para que las familias las incorporen en sus hábitos y se constituya así en prácticas de buena salud para un desarrollo saludable de los niños, orientaciones sobre cuidados adecuados en el hogar en caso de enfermedad y, lo más importante, orientaciones para detectar oportunamente los signos cuando se requiera traslado urgente a un servicio de salud.

Las enfermedades diarreicas y otras infecciosas se presentan con menor frecuencia en las niñas y niños con lactancia materna, que, en aquellos alimentados artificialmente, y el tiempo de enfermedad es más corto, reduciendo así el uso excesivo de medicamentos y el gasto de las familias. Con la leche materna los bebés no están expuestos a los riesgos de contaminación a través de biberones y tetinas artificiales, que no son desinfectados adecuadamente.

CAPITULO I: INTRODUCCION

Planteamiento del problema:

La OMS define diarrea aguda a la eliminación de heces líquidas y semilíquidas, en número de 3 o más en 12 horas, o bien de una sola deposición con mocos, pus o sangre. ⁽¹⁾

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF, hay alrededor de dos mil millones de casos de enfermedad diarreica a nivel mundial cada año, y 1.9 millones de niños menores de 5 años de edad fallecen a causa de diarrea anualmente, fundamentalmente en los países en desarrollo. ⁽¹⁾

En los países de recursos limitados, entre otras consecuencias directas de la diarrea infantil se incluyen desnutrición, disminución del crecimiento y trastornos del desarrollo cognitivo. ⁽²⁾

La falta de acceso a agua potable y saneamiento contribuye significativamente a la mortalidad infantil, por asociarse con diarreas y neumonía. Por ello, los niños son muy vulnerables a la privación de Agua, higiene y saneamiento. ⁽³⁾

El bajo nivel educativo de los adultos cuidadores, especialmente de la madre, puede influenciar negativamente las conductas de cuidado para con el niño o la niña, tales como la búsqueda de atención sanitaria, los hábitos de higiene, la buena alimentación y otras prácticas de prevención como la vacunación. ⁽³⁾

un número elevado de muertes por diarrea puede evitarse si se mejoran las prácticas de alimentación de los niños (especialmente la lactancia materna exclusiva durante los primeros 4 a 6 meses de vida, las prácticas de destete y la higiene de la preparación, conservación y manipulación de los alimentos); se progresará en proporcionar condiciones sanitarias básicas a la población (especialmente en lo que respecta a las fuentes de agua segura y la eliminación adecuada de las excretas); y se mejoran las prácticas de higiene personal y doméstica. ⁽³⁾

En el nivel del hogar y la familia, un aspecto de gran importancia para el cuidado del niño pequeño es el adecuado vínculo madre-hijo o relación entre el niño pequeño y el dador de cuidados. En esta relación, que a su vez depende de varias circunstancias, intervienen prácticas de crianza, como la capacidad de satisfacer las demandas de cuidado, alimentación y estímulo que necesita un ser humano

para desarrollar todo su potencial. Estas prácticas, que son las que dispensan las personas en el hogar, transforman la seguridad alimentaria y nutricional y los recursos sanitarios en crecimiento y desarrollo del niño.⁽³⁾

La Localidad de Colonia Benítez tiene aproximadamente 7000 habitantes incluidos la zona urbana y la zona rural

El Centro de Salud de la Localidad de Colonia Benítez es una institución de Atención Primaria de la salud con un nivel de complejidad II que atiende pacientes de todas las edades con diferentes problemáticas de salud, el grupo que prevalece en las consultas son niños, convirtiéndose en un lugar referente de atención sanitaria.

Las consultas por diarreas agudas han tenido un incremento del 20% durante el año 2014, teniendo en cuenta las características fisiológicas de los pacientes como ser deshidratación, desnutrición, fiebres, entre otros. En varias oportunidades pueden verse exacerbados por el consumo de agua no potabilizada, falta de higiene personal, entre otras condiciones favorables para el padecimiento.

Formulación del problema:

En mi tiempo trabajando en el centro de salud de nivel II de la localidad de Colonia Benítez Chaco he observado sobre todo en el periodo de estudio elegido un aumento en la frecuencia de casos de diarreas agudas en menores de 5 años de edad con distintas características sociales y familiares por lo que he decidido caracterizarlos.

Así, de esta manera surge el planteamiento del problema:

¿Qué características socios familiares están presentes en niños menores de 5 años de edad con enfermedades diarreicas agudas atendidos en el Centro de Salud NII de la Localidad de Colonia Benítez Chaco entre 2014-2016

Objetivo general

Describir las características socios familiares presentes en niños menores de 5 años con diarreas agudas atendidos en el Centro de Salud NII de Colonia Benítez Chaco en el año 2014-2016

Objetivos específicos

- Identificar los estilos de eliminación de excretas y de residuos en las viviendas de los niños menores de 5 años de edad con diarreas agudas.
- Describir las fuentes de consumo de agua de los niños menores de 5 años con la diarrea aguda.
- Identificar la ubicación geográfica de los niños menores de 5 años de edad con diarreas agudas.
- Identificar las particularidades educativas del cuidador primario de niños menores de 5 años de edad con diarreas agudas.
- Analizar las coberturas de vacunación de los niños menores de 5 años de edad con diarreas agudas
- Determinar la frecuencia de lactancia materna en niños menores de 5 años de edad con diarreas agudas.

Hipótesis

La diarrea aguda en menores de 5 años de edad es más frecuente en niños con madres con un bajo nivel de instrucción que habitan en viviendas sin abastecimientos de agua potable, sin recolección de residuos y correcta eliminación de excretas y se da con mayor frecuencia en niños que habitan en zonas rurales con bajas coberturas de vacunación que no hayan tenido lactancia exclusiva.

Justificación de la investigación: aportes de los resultados al desarrollo regional y/o incremento del conocimiento

La contribución de este proyecto ayudara a prevenir complicaciones futuras Ya que las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años. Son enfermedades prevenibles y tratables. Las enfermedades diarreicas matan a 760 000 niños menores de cinco años cada año. Una proporción significativa de las enfermedades diarreicas se puede prevenir mediante el acceso al agua potable, conocimientos de los padres y a servicios adecuados de saneamiento e higiene. En todo el mundo se producen unos 1700 millones de casos de enfermedades diarreicas cada año. La diarrea es una de las principales causas de malnutrición de niños menores de cinco años ⁽¹⁾

Este trabajo de investigación será muy útil para la comunidad, siendo imprescindible identificar los aspectos sociales, familiares, económicos y sanitarios, prácticas de higiene. Las prácticas de normas de higiene en la población es un problema que afecta en todos los estatus sociales de nuestra sociedad. La valoración por parte del profesional de enfermería mediante la identificación de factores epidemiológicos, asimismo la valoración permitirá identificar sus necesidades a fin de prevenir los riesgos ocasionados por las pérdidas de líquidos y de electrolitos necesarios en la regulación de la homeostasis de nuestro organismo. Desde el punto de vista social, la presente investigación se constituirá como un aporte significativo que permitirá reforzar la información que proporcione el profesional de enfermería coadyuvando a potenciar la labor de orientación a los padres o cuidadores del menor, que establezcan las medidas de prevención de la diarrea para continuar con los cuidados maternos para el buen vivir de la población.

**CAPITULO II:
MARCO REFERENCIAL Y MARCO TEORICO**

MARCO REFERENCIAL:

El centro de salud de nivel II de colonia Benítez pertenece a la región sanitaria N°3 del Ministerio de salud de la provincia del Chaco se encuentra en la Localidad de Colonia Benítez que tiene unos 3810 habitantes (INDEC 2010) distribuidos en zonas urbana y rural, está situado a unos 20 Km de la capital Chaqueña.

Durante el periodo de estudio en el centro de salud se atendieron unos 1158 pacientes por guardia y emergencias y 9636 por consultorios externos de medicina general de los cuales el 30% de los pacientes eran menores de 5 años de edad según los anuarios publicados de estadísticas sanitarias de la provincia del chaco.

Se registraron al sistema de vigilancia epidemiológico (sivila) durante el periodo estudiado en la región sanitaria III, 1004 casos de diarreas agudas en menores de 5 años de edad.

La vacunación contra el rotavirus en el centro de salud de Colonia Benítez se implementó en el mes de febrero del año 2015 a niños de 2 meses de edad y de 4 meses.

Con este encuadre teórico este trabajo pretende conocer las características socios familiares de los niños menores de 5 años de edad con diarreas agudas, entendiendo que es un problema de salud con alta tasa de mortalidad y la cual puede ser disminuida

MARCO TEORICO:

Definiciones:

La OMS define diarrea aguda a la eliminación de heces líquidas y semilíquidas, en número de 3 o más en 12 horas, o bien de una sola deposición con mocos, pus o sangre. Se la define como un aumento del contenido acuoso de la materia fecal que repercute en su consistencia siendo ésta suave o líquida, acompañado de un aumento del volumen o la frecuencia; Un exceso de agua en la materia fecal generalmente mayor a 200 mg. por día o mayor de 100 mg. por kg. Por día en lactantes.⁽¹⁾

La Sociedad Argentina de Pediatría define la diarrea aguda como una disminución de la consistencia o aumento de las deposiciones del niño o ambas características a la vez. La enfermedad diarreica aguda se puede definir fisiológicamente como un síndrome clínico de etiología diversa que se acompaña de la expulsión frecuente de heces, 3 o más en 24 horas, de menor consistencia de lo normal y a menudo se asocia a otros signos y síntomas como vómitos, náuseas, fiebre, dolor abdominal y anorexia.⁽¹⁾

En nuestro país la diarrea aguda es el tercer motivo de consulta después de la fiebre y tos en la atención primaria, representando un problema grave de salud pública; se estima que ocurren cerca de dos millones de casos de diarrea al año y 3,2 millones de muertes al año en niños menores de 5 años representando el 1,2% de ellas en este grupo etario; se considera que los niños menores a esta edad tienen 15 veces más riesgo de morir por estos problemas.⁽²⁾

Los agentes causales que los afectan generalmente se transmiten por vía fecal-oral y adoptan diversas modalidades, dependen de los vehículos y las vías de transmisión. En la Argentina constituye un problema de salud pública ya que tiene repercusiones sobre nutrición y la hidratación del niño. Es reconocido mundialmente la importancia de una fuente de agua potable en el hogar y de un sistema de cloacas para la prevención de dicho síndrome.⁽³⁾

Según la Sociedad Argentina de Pediatría la mayor parte de las diarreas se adquieren por transmisión a través de la ingesta de agua no segura o de alimentos contaminados. Entre las causas más frecuentes se señalan la mala manipulación y contaminación de los alimentos y condiciones higiénico-sanitarias deficientes. Otros factores que incrementan el riesgo de diarrea son el bajo peso al nacer y algunas enfermedades de base o intercurrentes como las enfermedades inmunosupresoras, entre otras.⁽³⁾

Por otro lado la Organización Mundial de la Salud llegó a la conclusión y coincide en que un acceso al agua salubre, buenas prácticas higiénicas y el lavado de las manos con jabón reducen la incidencia de las enfermedades diarreicas en más de un 40%, convirtiéndose así en una de las intervenciones más costo-eficaces para reducir las muertes infantiles por esta enfermedad desatendida⁽⁴⁾

Los factores de riesgo para contraer, prolongar o complicar la enfermedad diarreica pueden provenir de distintos lugares como el ambiente que se desarrolla la familia en torno a la fuente de agua que tenga el hogar y la administración de alimentos contaminados, un inadecuado manejo de excretas, hacinamiento, familiares con enfermedad diarreica, viajes, presencia de animales, condiciones higiénicas deficientes, mal medio social, bajo nivel de comprensión materna o madre adolescente.⁽⁵⁾

El estado nutricional influye notablemente en la duración del cuadro gastrointestinal ya que en pacientes desnutridos la velocidad de recuperación de la mucosa intestinal es más lenta y puede estar aumentada la susceptibilidad a diarreas prolongadas que deterioran aún más su estado nutricional.⁽⁶⁾

Los factores asociados a un mayor riesgo de enfermar e incluso de morir por enfermedades diarreicas son la higiene personal deficiente, desnutrición proteico energética, ausencia o prácticas inapropiadas de lactancia materna, peso bajo al nacimiento, esquema de vacunación incompleto, falta de capacitación de la madre para la higiene familiar, madres adolescentes, contaminación fecal del agua y de alimentos.⁽⁶⁾

A partir de 2009, la Organización Mundial de la Salud recomendó la incorporación de una vacuna antirotavirus a los calendarios nacionales de inmunización, intensamente en los países cuya tasa de mortalidad asociada a la diarrea en menores de 5 años sea mayor del 10%. ⁽⁷⁾

Previamente la Academia Americana de Pediatría había realizado un informe de voluntarios vacunados contra rotavirus en 1999 donde observó que su uso aumentó el riesgo de intususcepción después de recibir la vacuna rota Shield especialmente entre 1 a 2 semanas de recibir la inmunización.⁽⁷⁾

El comportamiento de la población ante la enfermedad es diferente de acuerdo con el tipo de comunidad en que reside. La ruralidad puede considerarse como desventajosa por múltiples factores, entre los que destacan las precarias condiciones de vida, el acceso difícil a los servicios de salud y la baja escolaridad. Consecuencia de lo anterior es la mayor mortalidad infantil. En 2003 la tasa de mortalidad en menores de cinco años fue de 70.5 % por cada 1000 habitantes en áreas rurales, contra 39.4% en áreas urbanas. ⁽⁷⁾

Es importante comentar la elevada frecuencia de suspensión de alimentación habitual en más de la mitad de los niños del área urbana, y en aproximadamente una tercera parte de los del área rural. Existen varios motivos que pueden explicar esta conducta de las madres: si bien se ha demostrado que la aceptación de alimentos en el niño disminuye durante el episodio diarreico, también es cierto que las creencias populares en muchas ocasiones favorecen la restricción de ciertos alimentos considerados "dañinos" o inclusive fomentan el ayuno. ⁽⁷⁾

Los niños menores de 5 años soportan un 40% de la carga atribuible a las enfermedades de transmisión alimentaria, que provocan cada año 125000 defunciones en este grupo de edad. Las infecciones diarreicas, que son las más comúnmente asociadas al consumo de alimentos contaminados, hacen enfermar cada año a unos 550 millones de personas y provocan 230000 muertes.⁽⁸⁾

La inocuidad de los alimentos, la nutrición y la seguridad alimentaria están inextricablemente relacionadas. Los alimentos insalubres generan un círculo vicioso de enfermedad y malnutrición, que afecta especialmente a los lactantes y a los niños menores de 5 años. ⁽⁹⁾

La pobreza impacta directamente en la salud de la gente. La falta de agua potable y de cloacas; los pozos negros saturados; los derrames de agua servida o contaminada con materia fecal; los grandes basurales; la proliferación de moscas y de insectos; la desnutrición; la falta de educación y de higiene son, entre otros, los factores que favorecen la propagación de un sinfín de enfermedades. Y el segmento más afectado es el de la niñez. ⁽⁹⁾

Enfermedad diarreica aguda en Argentina

En nuestro país durante el año 2000, la notificación de diarreas llegó casi a afectar al 18% de la población menor de 5 años. En algunas regiones como la Región Norte, se notificaron diarreas en el 25% de los pacientes de menos de 6 años, con ejemplos extremos como Salta y Jujuy, en que el número de episodios superó el 50% de dicha población. ⁽⁹⁾

Hasta 1980 las diarreas eran, en nuestro país, una de las primeras causas de mortalidad en los niños menores de 5 años. Sin embargo, a partir de ese año, en que se introdujo el uso de las Sales de Rehidratación Oral (SRO), se sostiene un descenso en la tasa de mortalidad específica, no habiendo diferencia en cuanto a ese comportamiento entre los menores de 1 año y los niños de 1 a 4 años. ⁽¹⁰⁾

Este descenso en la tasa de mortalidad específica por diarrea puede mostrar diferencias en algunas provincias. El empobrecimiento de la población y las malas condiciones de salud ambiental a las que esta población está expuesta, a las que los niños resultan especialmente susceptibles, son factores que han contribuido a marcar estas diferencias. Las provincias del norte son las que presentan las tasas más altas y las que, en términos relativos, han mostrado un mayor descenso, ya que el riesgo de morir por diarrea en 1980 era 26 veces mayor en esas provincias con respecto a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires mientras que esa razón se ha reducido a 9 veces en el año 2000. En 2004, el número de defunciones por esta

causa fue de 123 niños menores de 5 años, siendo un 94% más bajo que el que se había registrado un cuarto de siglo atrás.⁽¹¹⁾

La diarrea aguda sanguinolenta (DAS) se define como cualquier episodio de evacuación de consistencia disminuida (pastosa o líquida) en la que hay sangre visible (no se incluyen en esta definición los episodios de heces formadas con sangre en forma de estrías en su superficie, ni sangre visible solo al microscopio, ni heces de color oscuro que sugieren sangre digerida. Pueden ser causadas por agentes bacterianos, virales o parasitarios, con una forma de comienzo súbito y una duración no superior a 14 días. Los gérmenes causantes de DAS pueden ser potencialmente productores de Shigatoxina (stx). Estas toxinas, cuyos genes estructurales se encuentran en fagos codificados por cromosomas bacterianos, serían potencialmente predictoras del desencadenamiento de SUH en el 5 a 10% de los afectados⁽¹²⁾

La Dirección Nacional de Salud Materno Infantil promueve, desde el año 1994, la estrategia de las “Postas de Hidratación Oral”, con la aplicación de la terapia de hidratación oral (TRO) desarrollada por la OPS/OMS.⁽¹²⁾

ETIOLOGIAS:

Una gran proporción de las muertes por diarrea son originadas por patógenos fecales orales, estos son frecuentemente transferidos en las aguas servidas de letrinas y baños y cuando no son correctamente evacuados de la vivienda y tratados, pueden contaminar la superficie del suelo y las aguas subterráneas. De esta manera, el agua de bebida, el agua recreacional y hasta los alimentos pueden ser contaminados con los patógenos. Las excretas de animales también pueden transmitirlos⁽¹²⁾

La contaminación de los alimentos con *Shigella* puede provenir del contacto directo o indirecto con materia fecal de personas infectadas, a través de aguas contaminadas, plagas (moscas), o por falta de higiene y buenas prácticas del manipulador durante su preparación.⁽¹³⁾

Shigella crece en alimentos con bajo pH como frutas y verduras. Sobrevive durante mucho tiempo en alimentos de pH neutro, a temperaturas de heladera, en alimentos cerrados al vacío o bajo atmósferas modificadas, y en el agua.⁽¹²⁾

Es sensible a las temperaturas de cocción de los alimentos, pero bajo ciertas condiciones puede sobrevivir en los alimentos por largos períodos si la temperatura se mantiene en 25°C. Puede sobrevivir, por ejemplo, en la harina y en la leche pasteurizada hasta 170 días, en los huevos las almejas y los camarones por 150 días, en las ostras por 30 días, y en la clara de huevo por 20 días. Sin embargo, en la práctica muy raramente se puede aislar de los alimentos procesados, dado el tiempo transcurrido entre la recolección y el procesado de la muestra. ⁽¹³⁾

Los alimentos comúnmente asociados a la transmisión de la enfermedad son: Agua de consumo de fuente no segura, por ejemplo, agua de pozo contaminada por pozos ciegos, o agua de lagos o ríos sobre los que se vierten aguas residuales. Verduras y frutas provenientes de huertas donde se utilizan aguas servidas para el riego, Comidas que requieren mucha manipulación, que se sirven frías sin proceso de cocción y que ante falta de higiene del elaborador pueden contaminarse: ensaladas con ingredientes varios, vegetales crudos, lácteos y aves. ⁽¹³⁾

Ante brotes de origen alimentario con una fuente común se debe investigar de inmediato los casos, sobre todo ante la posibilidad de infección con *Shigella dysenteriae*, por su elevada mortalidad y resistencia a antibióticos. Cuando ocurre un brote de shigelosis en una comunidad, se deben promover medidas de higiene para evitar el contagio entre personas. Por ejemplo, si los casos provienen de una guardería, los esfuerzos deben coordinarse para mejorar las prácticas de lavado de manos e higienización del personal, de los niños y sus familias. Se debería también evitar que los niños que presenten algún síntoma asociado concurran a clases hasta tanto no remitan completamente los mismos. ⁽¹³⁾

En Argentina, la shigelosis no se encuentra tipificada como enfermedad de notificación obligatoria como tal, sino que es notificada a través de los eventos diarrea sin especificar o diarrea aguda sanguinolenta, dentro del grupo denominado “Eventos gastroentéricos” al Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria (SNVS) del Ministerio de Salud de la Nación. ⁽¹³⁾

Cada caso de diarrea aguda sanguinolenta es investigado por protocolo a través de un coprocultivo enviado a laboratorio, y el resultado es consolidado por intermedio de la L2 por el Sistema de Vigilancia por Laboratorio del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SIVILA) del Ministerio Salud de la Nación. ⁽¹³⁾

Para la vigilancia de subtipos circulantes y el estudio de brotes se utilizan técnicas moleculares.⁽¹³⁾

Factores de riesgo y protectores

Hay ciertos factores que pueden considerarse de riesgo, así como otros factores protectores para adquirir una diarrea, tanto inherentes a condiciones del sujeto como a condiciones socio- sanitarias:

Factores de riesgos:

- Factores socio-económicos: Hacinamiento, falta de acceso al agua potable, falta de posibilidades de refrigeración de los alimentos, sistema de eliminación de excretas ineficiente. Falta de acceso a información.
- Dificultad de acceso a los servicios de salud.
- Dificultad para aplicar los cuidados necesarios al paciente.
- Analfabetismo, desocupación.
- **Factores del huésped:**
 - Niños menores de un año
 - Falta de lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.
 - Uso de biberones
 - Desnutrición.
 - Inmunosupresión.
 - Edad del lactante: el lactante pequeño tiene más riesgo de deshidratación, por su composición corporal

Factores protectores

- Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.
- Alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses.
- Medidas higiénicas adecuadas⁽¹⁴⁾

A través del Programa de Monitoreo y Evaluación de Políticas Públicas, el Ministerio de Obras Públicas se propuso generar un sistema integral de monitoreo y evaluación que contribuya a la toma de decisiones en la materia sobre la base de evidencia.

Para ellos selecciono unas series de indicadores para analizar aspectos vinculados a la salud (enfermedades como gastroenteritis y malnutrición), a la vulnerabilidad social de los hogares (Necesidades Básicas Insatisfechas -NBI- y Barrios Populares) y a la cobertura de servicios de agua y cloaca como habilitantes para ciertas condiciones de salubridad e higiene. esos indicadores fueron: porcentajes de hogares con NBI, porcentajes de hogares con NBI2, Tasa de casos de diarrea en menores de 5 años por cada 100mil habitantes, Tasa de muertes por diarrea en menores de 5 años por cada 100mil habitantes. ⁽¹⁴⁾

Características clínicas según etiología

- a) Viral: generalmente afecta lactantes y niños pequeños, sobre todo en época otoñal, de comienzo brusco, con vómitos y fiebre que preceden en varias horas al comienzo de las deposiciones diarreicas. ⁽¹⁵⁾
- b) Bacteriana: más frecuente en época estival en niños mayores y con condiciones deficitarias de higiene personal, ambiental o alimentaria. Las diarreas acuosas, con moco y sangre, pueden corresponder a disentería y asociarse con síndrome urémico hemolítico (SUH). La mayoría son causadas por Shigella, E. coli enterohemorrágica productora de verotoxina símil Shigella y menos frecuentemente por Salmonella. En los casos de Shigella puede haber compromiso del sensorio, con o sin convulsiones, por la liberación de neurotoxina. ⁽¹⁵⁾

En algunas ocasiones Salmonella puede dar bacteriemia y focos a distancia.

Los cuadros diarreicos, asociados a contaminación alimentaria por toxina estafilococcica dan síntomas precoces luego de la ingesta, con pronta recuperación. En caso de Clostridium perfringens, el comienzo es más tardío (18 a 36 hs.), ya que luego de su multiplicación en el intestino, libera la toxina que provoca el cuadro. En algunos pacientes puede presentarse lo que se conoce como diarrea asociada a antibióticos, cuyo germe productor es Clostridium difficile. c) Parasitaria: Entamoeba histolytica puede causar diarrea mucosanguinolenta generalmente con poco compromiso del estado general. Cryptosporidium parvum y Giardia lamblia si bien se asocian a diarrea prolongada, pueden dar episodios de diarrea aguda. ⁽¹⁵⁾

Los Rotavirus son virus ARN, miembros de la familia Reoviridae; fueron descubiertos por la Dra. Ruth Bishop, en 1973 en Australia. Utilizando fundamentalmente las características inmunogénicas de la proteína de la cápside VP6 se han identificado 7 grupos antigenicos (A, B, C, D, E, F y G).⁽¹⁶⁾

Los virus del grupo A son los que producen infecciones habituales en el ser humano y constituyen causas importantes de diarrea del lactante. El grupo A consiste en dos subgrupos que tienen al menos 14 serotipos distintos, de los cuales los serotipos 1-4 son los aislados más frecuentemente.⁽¹⁶⁾

Los virus del grupo B han causado grandes brotes de gastroenteritis en adultos y niños, aunque sólo en China. Los virus del grupo C tienen distribución mundial, pero sólo se los ha hallado en baja prevalencia. Los virus de los grupos D y E han sido hallados sólo en animales.⁽¹⁶⁾

Las proteínas de cápside externa VP4 y VP7 inducen la producción de anticuerpos neutralizantes y se han utilizado para una clasificación dual en serotipos. Los serotipos definidos por la glicoproteína VP7 se denominan G y los definidos por la sensibilidad a las proteasas de la VP4, se denominan P. Los serotipos G1 al G4 y G9 del grupo A son los más frecuentes.⁽¹⁶⁾

Metodología diagnóstica específica

Dado el elevado número de partículas virales eliminadas en heces, el diagnóstico se realiza mediante la detección rápida de las mismas. Existen diversas pruebas comerciales de ELISA y de aglutinación del látex para detectar virus en las heces. Las pruebas de látex son más sencillas y económicas, pero poseen baja especificidad y sensibilidad. Por tal motivo, las técnicas de ELISA son las pruebas de elección. En los laboratorios de investigación, el virus también puede ser identificado en las heces por aislamiento viral y microscopia electrónica.⁽¹⁷⁾

Se puede efectuar el análisis epidemiológico de las cepas mediante la determinación de los patrones de migración del ARN viral en electroforesis en gel de poliacrilamida. Esta metodología es muy útil para caracterizar virus causantes de brotes en la comunidad o intra-hospitalarios. Recientemente, se han desarrollado técnicas de PCR que presentan una mayor sensibilidad que el ELISA,

pero que por su complejidad y costo sólo son utilizadas para la caracterización de cepas.⁽¹⁷⁾

Inmunización contra Rotavirus:

Para disminuir las tasas de mortalidad de diarreas por rotavirus el ministerio de salud pública de la nación argentina incorporó la vacunación gratuita y obligatoria contra el rotavirus en el año 2015. ⁽¹⁸⁾

- 1era dosis: a los 2 meses de vida.

Edad máxima para la administración de la primera dosis: 14 semanas y 6 días de vida.

- 2da dosis: a los 4 meses de vida.

Edad máxima para administración de la última dosis: 24 semanas ⁽¹⁸⁾

El motivo de lograr una inmunización contra Rotavirus está dado porque:

La infección ocurre por igual en países desarrollados y en vías de desarrollo. La mejoría de la higiene ambiental no controla la infección

- No hay disponible tratamiento antiviral efectivo.
- La mayor mortalidad ocurre en comunidades pobres con escasa cobertura médica. - Es una enfermedad de alto impacto familiar, social y económico Con la vacunación se busca una respuesta inmune a la infección natural para: Proteger contra diarrea moderada / grave. Prevenir la hospitalización y muerte. Reducir la mortalidad y el impacto socioeconómico. ⁽¹⁸⁾

Agente inmunizante:

Se dispone de dos vacunas por el momento. * Vacuna monovalente de virus vivos atenuados Vacuna a virus vivos atenuados humanos que contiene la cepa RIX4414. Monovalente, con especificidad G1 P1A, derivada de la cepa de origen 89-12 - Comparte epítopes neutralizantes contra la mayoría de los rotavirus humanos aislados en pacientes con gastroenteritis severa por rotavirus. - Se administra por vía oral (1 ml) ⁽¹⁸⁾

Se reconstituye con buffer de Carbonato de calcio. - Se administra en 2 dosis comenzando a las 6 semanas de edad, debiendo respetarse un intervalo de 4 semanas entre las dosis.

El esquema de vacunación debe haberse completado a las 24 semanas de edad. - Vacuna liofilizada que se almacena a 2-8º C - Tiene replicación intestinal y el virus se elimina por materia fecal entre el 15 y el 50% de los niños vacunados. La excreción del virus de la vacuna en heces ocurre luego de la vacunación, con un pico alrededor del séptimo día. Las partículas virales se detectaron en 50% de las heces posterior a la primera dosis y 4% de heces después de la segunda dosis. Al analizarse estas heces, 17% demostraron contener cepas vivas de la vacuna. (18)

Vacuna pentavalente a virus vivos atenuados Vacuna a virus atenuado reasociado con virus bovino (WC3) y proteínas de superficie de 5 serotipos humanos: G1, G2, G3, G4, y P 1 Administración por vía oral, no necesita ser reconstituida. Contiene un buffer líquido para neutralizar la acidez estomacal, se administra en 3 dosis a partir del mes con 1 o 2 meses de intervalos.

Todos los serotipos son un “reasociado” de genes humanos - bovinos (WC3) - No tiene replicación intestinal, habiéndose observado eliminación por materia fecal en el 9% de los vacunados con la primera dosis, siendo despreciable con las dosis posteriores. - Se presenta en estado líquido y se almacena en temperaturas de 2 a 8º C. (18)

Fisiopatología

La función más importante del intestino es la absorción de agua, electrolitos y nutrientes. El epitelio intestinal interviene también, a través del transporte hidrosalino, en otros procesos homeostáticos de gran importancia: la osmoregulación, el equilibrio hidrosalino, el mantenimiento de la concentración de Potasio y la regulación del volumen plasmático. (19)

Además, el intestino tiene procesos secretorios que cooperan con la digestión de los alimentos y con la protección contra agentes inmunológicos o infecciosos. El tracto gastrointestinal recibe cada día entre 8 y 10 litros de líquido, que son reabsorbidos en su mayor parte, quedando apenas unos 200 ml de agua en las heces. En la Diarrea se produce un desequilibrio entre la absorción y secreción intestinal de líquidos, como consecuencia del cual aumenta el volumen de las deposiciones. (19)

En el intestino, la absorción de agua se asocia a la de iones (como el Sodio). Por mecanismos activos y pasivos, el Sodio se transporta junto con el Cloro y la Glucosa. El agua sigue a los anteriores para mantener la osmolaridad intracelular. Estos mecanismos (producidos por la bomba ATPasa de Na/K, localizada en la membrana) dependen en gran parte de los gradientes de Na a través de la membrana apical de las células epiteliales intestinales. ⁽²⁰⁾

El K se absorbe mediante un mecanismo adicional, intercambiándose por iones H+ y Ca++. Puesto que, en la mayor parte de las diarreas, el mecanismo de cotransporte de Na+ y Glucosa permanece íntegro, el tratamiento de rehidratación por vía oral, con la administración de una solución de Sodio y Glucosa, permite no sólo el aporte de iones y nutrientes sino, además, la reposición hídrica de forma más eficaz que con la ingestión de agua solamente. Además de la función de absorción, el intestino tiene una función secretora. ⁽²⁰⁾

El Cloro se secreta en las criptas intestinales y, mediante un mecanismo pasivo, le siguen el Na+, K+, y agua. El CO3H- se secreta en el duodeno, el intestino delgado y el páncreas. En el intestino distal, el CO3H- es el ión dominante lo cual, probablemente a través de un mecanismo de intercambio, facilita la conservación de Cloro. Los mediadores neurohormonales influyen sobre la absorción-secreción de agua y de iones en el intestino delgado. ⁽²⁰⁾

El movimiento del colon es el principal regulador de la función de absorción y secreción, a la vez que condiciona la flora bacteriana, que tiene una importancia fisiológica esencial. En el ciego y el colon ascendente ocurre la mayor parte de la absorción, y allí tienen lugar movimientos antiperistálticos, por lo que el contenido intestinal se almacena más tiempo; mientras que en el colon transverso y descendente los movimientos peristálticos impulsan el contenido fecal en sentido distal. ⁽²¹⁾

Al igual que en el intestino delgado, en el colon existe un mecanismo de absorción de Na; sin embargo, en el colon la absorción se realiza mediante un mecanismo activo, dependiente de la ATPasa de Na+/K+, y no se acompaña de cotransporte de aniones, ni de intercambio de cationes. El transporte de iones y la motilidad, están regulados por mecanismos neurológicos y no neurológicos. El estímulo parasimpático aumenta el peristaltismo y la secreción de iones, mientras que el

estímulo adrenérgico, aumenta la absorción de iones e inhibe la estimulación colinérgica. ⁽²¹⁾

Prevención de las Diarreas:

La disminución de la morbilidad y mortalidad por diarrea aguda depende de la prevención:

Prevención primaria: comprende las medidas a implementar con el fin de evitar que el niño contraiga la enfermedad.

Prevención secundaria: comprende el buen manejo del episodio diarreico en lo referente al sostén o la recuperación de la hidratación y la nutrición adecuada. ⁽²²⁾

Prevención y Educación Comunitaria:

Para que un niño enferme intervienen distintos factores, tanto sociales, ambientales como biológicos. Por eso debemos tratar de prevenir la enfermedad diarreica por medio de estrategias como las siguientes:

- Educación para la salud y participación de la comunidad en la instalación de medidas de higiene, cuidado y seguimiento. ⁽²²⁾

Medidas higiénicas como:

- Lavado de manos antes de preparar alimentos y después de manipular carne cruda; y luego de ir al baño o cambiar los pañales, tocar animales o residuos, antes de comer.
- No bañar a los niños en aguas contaminadas. Cuidar que las piletas de natación privadas y públicas contengan agua adecuadamente clorada.
- Mantener la higiene de las manos de los niños.
- Asesorar sobre sistemas de provisión de agua segura.
- El agua de uso y consumo debe ser potable. Ante la duda, agregar dos gotas de lavandina por litro de agua o hervirla entre 2 y 3 minutos (ni más, ni menos).
- Educación alimentaria con énfasis en:
- Estimular la práctica del amamantamiento.

- La higiene en la preparación de alimentos, lavado de frutas y verduras. ⁽²²⁾
- Cocción de los alimentos: huevos (consistencia dura); carne bien cocida (especialmente la carne picada). Para ser consumidas, las carnes deben perder el color rosado.
- Constatar que las hamburguesas estén bien cocidas.
- No usar el mismo cuchillo, tabla o mesada donde se apoyó carne cruda para cortar otros alimentos, sin antes lavarlos con agua y detergente.
- Consumir solamente la leche, los derivados lácteos y los jugos que hayan sido pasteurizados.
- Conservar los alimentos frescos y cocidos en la heladera.
- Promoción de la discusión y resolución comunitaria de los problemas ambientales (por ejemplo, construcción de pozos para provisión de agua potable).
- Cuidados con respecto a la eliminación de las excretas: limpiar la letrina con lavandina diluida (luego, no tirar al pozo negro los restos de agua con lavandina); usar un tacho con tapa para descartar los papeles; eliminar los pañales descartables dentro de una bolsa cerrada.
- Tratamiento de residuos: es muy importante no acumular basura adentro, ni alrededor o cerca de la casa, y mantenerla en recipientes cerrados, para evitar moscas y roedores.
- Alertar sobre los peligros de la ingesta de medicamentos e infusiones caseras sin indicación médica. ⁽²²⁾

Educación a la comunidad y en especial a las madres acerca de cómo prevenir y detectar precozmente la diarrea o la deshidratación, y otros signos de alarma.

Control sanitario y medidas de Salud Pública:

- Control bromatológico de los alimentos y bebidas.
- Estudio del agua para consumo humano: químico y bacteriológico.
- Eliminación de residuos.
- Articulación con el área de Ambiente.
- La vigilancia epidemiológica es la base para la detección temprana de diarrea (Unidades Centinela).

- Difusión de mensajes preventivos a través de campañas de comunicación social, por diferentes medios.⁽²³⁾
- Garantizar el acceso a la atención de la salud, coordinando además los sistemas de referencia y contrarreferencia.
- Articulación de las acciones de salud con las políticas sociales.
- Aislamiento de los enfermos en caso de cólera y otras enfermedades contagiosas.⁽²³⁾
- **Medidas de Control en Hospitales y/o Comunidades Cerradas:**

- Lavado de manos antes y después de estar en contacto con el enfermo.
- Descartar los pañales de los niños con diarrea en recipientes impermeables. Bolsa negra.
- Limpiar la habitación y el material contaminado con soluciones de Hipoclorito de Sodio al 5% (lavandina).
- En caso de diarrea intrahospitalaria, cuidar la higiene y limitar la circulación del personal y de las visitas.⁽²³⁾

Aqua segura:

El agua para consumo humano (beber, cocinar, bañarse) debe ser segura, esto es, limpia y no contaminada (libre de agentes químicos y bacteriológicos).⁽²⁴⁾

El agua se contamina por:

La basura lanzada a los ríos, lagos y mares (residuos tóxicos).

El desagote de cloacas y las filtraciones desde pozos ciegos y cloacas hacia el agua subterránea.

Los plaguicidas y fertilizantes utilizados en la agricultura, que escurren con las lluvias hasta ríos y arroyos.

Los pesticidas y productos de limpieza usados en los hogares.

Los basurales a cielo abierto

Los elementos tóxicos naturalmente presentes en el suelo, cuando se disuelven en las aguas subterráneas.

Los desechos industriales, como plomo, nitritos y arsénico. ⁽²³⁾

¿Cómo podemos potabilizarla?

Potabilización por hervido:

Poner el agua al fuego hasta que suelte burbujas.

Dejar que hierva entre 2 y 3 minutos (ni más ni menos).

Dejarla enfriar sin destaparla. Si se va a pasar a otro recipiente, lavarlo previamente con agua hervida.

Potabilización con Cloro:

Agregar 2 gotas de lavandina concentrada por litro de agua, tapar el recipiente y dejar reposar 30 minutos antes de usarla

Las recomendaciones nutricionales actuales en la Diarrea Aguda están fundamentadas en numerosos estudios clínicos y epidemiológicos que permiten establecer los beneficios de continuar con la alimentación habitual del niño acorde a la edad. La alimentación continua puede evitar la pérdida de peso previniendo la instalación del círculo vicioso: diarrea-desnutrición-infección.

Se ha demostrado que mantener la alimentación durante la diarrea acelera la normalización de las funciones intestinales, incluyendo la digestión y la absorción de nutrientes; además, favorece la hidratación al proveer de transportadores de Sodio y agua. ⁽²³⁾

La lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de edad, reduce el riesgo de que la diarrea se agrave o prolongue, al mismo tiempo que ejerce un rol preventivo. Los niños amamantados durante los episodios de diarrea presentan menores pérdidas y menor duración de la enfermedad que aquéllos en quienes la alimentación fue interrumpida. ⁽²³⁾

Las dietas sin restricciones no empeoran el curso de los síntomas en diarreas leves o moderadas e incluso pueden disminuir las pérdidas. El efecto más notable es evitar el deterioro del estado nutricional. ⁽²³⁾

Vigilancia epidemiológica en Argentina

La diarrea aguda es un evento de notificación obligatoria y todos los casos deben notificarse por semana epidemiológica en la modalidad agrupada por edad, de manera semanal en el Módulo C2 del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS). La vigilancia de las enfermedades diarreicas se realiza a partir de la sospecha clínica mediante la identificación y notificación de los casos sospechosos y ante la primera consulta a los servicios de salud. Con respecto a la vigilancia de diarreas por laboratorio, deben notificarse los casos estudiados y positivos por grupos de edad en la modalidad numérica semanal a los grupos diarreas bacterianas y diarreas virales del módulo SIVILA del SNVS. Dentro de las diarreas virales se vigilan los adenovirus y rotavirus y en cuanto a las bacterianas los grupos de *Bacillus* grupo cereus, *Campylobacter*, *E. coli*, *Salmonella*, *Shigellas* y *Vibrio cholerae*.⁽²⁴⁾

Hay tres tipos clínicos de enfermedades diarreicas:

- la diarrea acuosa aguda, que dura varias horas o días, y comprende el cólera;
- la diarrea con sangre aguda, también llamada diarrea disentérica o disentería; y
- la diarrea persistente, que dura 14 días o más.⁽²⁴⁾

Alcance de las enfermedades diarreicas

Las enfermedades diarreicas son una causa principal de mortalidad y morbilidad en la niñez en el mundo, y por lo general son consecuencia de la exposición a alimentos o agua contaminados. En todo el mundo, 780 millones de personas carecen de acceso al agua potable, y 2500 millones a sistemas de saneamiento apropiados. La diarrea causada por infecciones es frecuente en países en desarrollo.⁽²⁵⁾

En países de ingresos bajos, los niños menores de tres años sufren, de promedio, tres episodios de diarrea al año. Cada episodio priva al niño de nutrientes necesarios para su crecimiento. En consecuencia, la diarrea es una importante

causa de malnutrición, y los niños malnutridos son más propensos a enfermar por enfermedades diarreicas.

Deshidratación

La amenaza más grave de las enfermedades diarreicas es la deshidratación. Durante un episodio de diarrea, se pierde agua y electrolitos (sodio, cloruro, potasio y bicarbonato) en las heces líquidas, los vómitos, el sudor, la orina y la respiración. Cuando estas pérdidas no se restituyen, se produce deshidratación. ⁽²⁶⁾

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

- Deshidratación grave (al menos dos de los signos siguientes):
 - letargo o pérdida de conocimiento;
 - ojos hundidos;
 - no bebe o bebe poco;
 - retorno lento (2 segundos o más) a la normalidad después de pellizcar la piel. ⁽²⁶⁾
- Deshidratación moderada (al menos dos de los signos siguientes):
 - desasosiego o irritabilidad;
 - ojos hundidos;
 - bebe con ganas, tiene sed.
- Ausencia de deshidratación (no hay signos suficientes para diagnosticar una deshidratación grave o moderada). ⁽²⁶⁾

Causas

Infección: la diarrea es un síntoma de infecciones ocasionadas por muy diversos organismos bacterianos, víricos y parásitos, la mayoría de los cuales se transmiten por agua con contaminación fecal. La infección es más común cuando hay escasez de agua limpia para beber, cocinar y lavar. Las dos causas más frecuentes de diarrea moderada a grave en países de ingresos bajos son los rotavirus

y *Escherichia coli*. Otros patógenos, como *Cryptosporidium* y *Shigella*, también pueden ser importantes. Asimismo, es necesario tener en cuenta etiologías específicas de cada lugar.⁽²⁷⁾

Malnutrición: los niños que mueren por diarrea suelen padecer malnutrición subyacente, lo que les hace más vulnerables a las enfermedades diarreicas. A su vez, cada episodio de diarrea empeora su estado nutricional. La diarrea es la segunda mayor causa de malnutrición en niños menores de cinco años.⁽²⁷⁾

Fuente de agua: el agua contaminada con heces humanas procedentes, por ejemplo, de aguas residuales, fosas sépticas o letrinas, es particularmente peligrosa. Las heces de animales también contienen microorganismos capaces de ocasionar enfermedades diarreicas.⁽²⁷⁾

Otras causas: las enfermedades diarreicas pueden también transmitirse de persona a persona, en particular en condiciones de higiene personal deficiente. Los alimentos elaborados o almacenados en condiciones antihigiénicas son otra causa principal de diarrea. El almacenamiento y manipulación del agua doméstica en condiciones carentes de seguridad también es un factor de riesgo importante. Asimismo, pueden ocasionar enfermedades diarreicas el pescado y marisco de aguas contaminadas.⁽²⁷⁾

TRATAMIENTOS:

- Rehidratación: con solución salina de rehidratación oral (SRO). Las SRO son una mezcla de agua limpia, sal y azúcar. Cada tratamiento cuesta unos pocos céntimos. Las SRO se absorben en el intestino delgado y reponen el agua y los electrolitos perdidos en las heces.
- Complementos de zinc: los complementos de zinc reducen un 25% la duración de los episodios de diarrea y se asocian con una reducción del 30% del volumen de las heces.
- Rehidratación con fluidos intravenosos en caso de deshidratación severa o estado de choque.⁽²⁸⁾
- Alimentos ricos en nutrientes: el círculo vicioso de la malnutrición y las enfermedades diarreicas puede romperse continuando la administración de

alimentos nutritivos —incluida la leche materna— durante los episodios de diarrea, y proporcionando una alimentación nutritiva —incluida la alimentación exclusiva con leche materna durante los seis primeros meses de vida— a los niños cuando están sanos. ⁽²⁸⁾

- Consulta a un agente de salud, en particular para el tratamiento de la diarrea persistente o cuando hay sangre en las heces o signos de deshidratación.

⁽²⁸⁾

Un informe de UNICEF revela que la escasez de agua potable y de saneamiento es la causa principal de enfermedades en el mundo. El 42% de los hogares, 2.6 billones de personas, carecía de instalaciones sanitarias y una de cada seis personas no tenía acceso a agua potable. En ese contexto, se calcula que alrededor de 4.500 niños y niñas mueren a diario por motivos asociados con la falta de agua potable y saneamiento básico. El agua contaminada es una importante fuente y reservorio de agentes causales de diarrea en los países en desarrollo. En el mundo más de 1.100 millones de personas no tiene acceso a fuentes de agua segura y 2.400 millones no tienen servicios sanitarios básicos. ⁽²⁹⁾

En Argentina más de 8 millones, 23% de habitantes no tienen red de agua potable, mientras que más de 21 millones, 57,5% no cuentan con desagües cloacales. A nivel mundial, cerca del 88% de las defunciones por diarrea se atribuyen a la mala calidad del agua, el saneamiento inadecuado y la higiene deficiente. ⁽²⁹⁾

En el año 2016 se ejecutó un estudio con objetivo principal fue evaluar el manejo de enfermedad diarreica aguda en niños en el Hospital Grau Es Salud. Para ello se realizó una investigación retrospectiva, observacional y analítica de hospitalizados por enfermedad diarreica aguda. Se evaluaron 194 pacientes, 57% hombres y 43% mujeres. El 43% correspondió a lactantes entre 6 y 12 meses y el 42% a niños entre 1 a 5 años. La mayoría de niños fueron eutróficos (84%). El 61% recibió lactancia materna exclusiva y 22% automedicación antibiótica previa. ⁽³⁰⁾.

En un estudio realizado en 2016 la incidencia anual de diarrea en niños menores de 5 años fue de 848 episodios por 268 niños o sea 32 episodios por niño. En los menores de un año dicha cifra fue de 4.8. Esta incidencia es baja comparada con las clases pobres de otros países. En una zona rural del noreste de Brasil, en los niños menores de 1 año, se observaron promedios hasta de 9 episodios anuales

por niño. Mata encontró un promedio en niños de 18-24 meses de 7.2 episodios anuales por niño en la aldea indígena de Santa María en Guatemala. Según el estudio hubo mayor incidencia de diarrea en el barrio marginal de Tegucigalpa con un EAN de 3.9, que en la zona rural en donde el EAN era de 2.8 y 2.5, Como veremos más adelante este aumento en la incidencia de la diarrea va relacionado con la falta de cañería de agua en el barrio marginal. ⁽³¹⁾

La incidencia anual de la diarrea fue mayor en los niños menores de 1 año (4.5 episodios/niño) y fue bajando progresivamente hasta los cinco años (1.8 episodios). La misma observación se hizo en el estudio de Brasil ya mencionado. La época del destete (entre los 6 y 18 meses) es crítica en la vida del niño, la exposición a nuevos agentes infecciosos, menos el efecto protector de la leche materna explica el aumento en la frecuencia de la enfermedad diarreica. ⁽³²⁾

Las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años, y ocasionan la muerte de 525 000 niños cada año. En el pasado, la deshidratación grave y la pérdida de líquidos eran las principales causas de muerte por diarrea. En la actualidad es probable que otras causas, como las infecciones bacterianas septicémicas, sean responsables de una proporción cada vez mayor de muertes relacionadas con la diarrea. Los niños malnutridos o inmunodeprimidos son los que presentan mayor riesgo de enfermedades diarreicas potencialmente mortales. ⁽³²⁾

Se define como diarrea la deposición, tres o más veces al día (o con una frecuencia mayor que la normal para la persona) de heces sueltas o líquidas. La deposición frecuente de heces formes (de consistencia sólida) no es diarrea, ni tampoco la deposición de heces de consistencia suelta y “pastosa” por bebés amamantados. ⁽³²⁾

La diarrea suele ser un síntoma de una infección del tracto digestivo, que puede estar ocasionada por diversos organismos bacterianos, víricos y parásitos. La infección se transmite por alimentos o agua de consumo contaminados, o bien de una persona a otra como resultado de una higiene deficiente. ⁽³²⁾

Las intervenciones destinadas a prevenir las enfermedades diarreicas, en particular el acceso al agua potable, el acceso a buenos sistemas de saneamiento y el lavado

de las manos con jabón permiten reducir el riesgo de enfermedad. Las enfermedades diarreicas deben tratarse con una solución salina de rehidratación oral (SRO), una mezcla de agua limpia, sal y azúcar. Además, el tratamiento durante 10 a 14 días con suplementos de zinc en comprimidos dispersables de 20 mg acorta la duración de la diarrea y mejora los resultados.⁽³³⁾

En un estudio epidemiológico publicado por Gómez, J y col. se estima que según datos del SINAVE en el país en el año 1999 se produjeron alrededor de 100 defunciones por diarrea por RV, 20.000 hospitalizaciones y 130.000 consultas ambulatorias. En las Provincias del norte del país se registraron 26,2 veces más muertes que en Buenos Aires y 14,7 veces más hospitalizaciones debidas a este virus que Tierra del Fuego. En relación a los costos de esta enfermedad, se ha estimado que en 1991 hubo 84.500 pacientes ambulatorios y 21.000 hospitalizaciones asociadas a diarreas por Rotavirus en el país, con gastos por más de 27 millones de dólares.⁽³³⁾

Considerando los estudios de “costo-beneficio” que presenta la bibliografía internacional, se puede estimar que estos costos podrían ser reducidos en un 56% con la vacuna. En base a la información que se dispone hasta hoy, podemos decir que una vacuna segura y efectiva con un costo por persona menor a los 25 dólares podría tener un fuerte impacto en nuestro medio. El Rotavirus es también una importante causa de diarrea nosocomial afectando al 16,8% de los internados Francia y a 18.000 hospitalizaciones/año USA En un estudio se comprobó que reducen los episodios de infección hospitalaria por Rotavirus de 5,9 episodios/1000 egresos a 2,2 cuando se incrementa el lavado de manos del 62% al 81% y el uso de gel alcohólico de 4% a 29%.⁽³³⁾

Respuesta de la OMS

La OMS trabaja con los Estados Miembros y con otros asociados para:

- promover políticas e inversiones nacionales que apoyen el tratamiento de casos de enfermedades diarreicas y sus complicaciones, y que amplíen el acceso al agua potable y a los servicios de saneamiento en los países en desarrollo;
- realizar investigaciones orientadas a desarrollar y probar nuevas estrategias de prevención y control de la diarrea en esta esfera;
- fortalecer la capacidad para realizar intervenciones de prevención, en particular las relacionadas con el saneamiento y el mejoramiento de las fuentes de agua, así como con el tratamiento y almacenamiento seguro del agua en los hogares;
- desarrollar nuevas intervenciones sanitarias tales como la inmunización contra los rotavirus; y
- contribuir a la capacitación de agentes de salud, especialmente en el ámbito comunitario.⁽²⁰⁾

La Organización Mundial de la Salud en el informe “Para la Vida”, advirtió que la diarrea es la segunda causa más habitual de muerte en los niños y niñas de corta edad, después de la neumonía. Se calcula que todos los años ocurren cerca de 4.000 millones de casos entre niños y niñas menores de 5 años. Cada año, esta afección mata a más de 1,5 millones de niños y niñas menores de 5 años, lo que representa el 17% de todas las muertes infantiles en este grupo de edad. Los niños y niñas son más vulnerables que los adultos a morir por causa de la diarrea, debido a que su organismo se deshidrata y queda desnutrido con más rapidez.⁽³⁴⁾

En la región de las Américas, las enfermedades diarreicas se encuentran entre las cinco causas de muerte en todas las edades en 17 países, constituyen la primera causa de muerte en cinco y la segunda en cuatro de ellos. Se estima que la enfermedad diarreica aguda constituye entre el 60 y el 80% del motivo de consultas pediátricas en los servicios de salud en América Latina. La mortalidad no da una imagen completa de la carga de la

enfermedad que se produce en las personas. La medida de resumen utilizada para dar una indicación de la carga de la enfermedad es la tasa de años de vida perdidos por discapacidad (Años de vida ajustados por discapacidad-AVAD). Un AVAD representa la pérdida del equivalente de un año de plena salud. África es el continente con mayor tasa de AVAD del mundo. ⁽³⁴⁾

Tras el descubrimiento de los rotavirus por Bishopetal en 1973, se ha documentado en muchos estudios epidemiológicos que los rotavirus son los agentes causales más importantes de diarrea grave en niños en el mundo entero. La mayoría de las infecciones primarias por rotavirus están asociadas con diarreas agudas que pueden conducir a la deshidratación y, ocasionalmente, a la muerte. Se ha calculado que a los rotavirus se atribuyen de 20 a 40% de las hospitalizaciones asociadas con diarrea en los niños y unas 870 000 defunciones al año, en particular en los países en desarrollo ^{(35).}

Ciertos estudios epidemiológicos iniciales sugirieron que los rotavirus se podrían combatir con vacunas. Varias encuestas longitudinales demostraron una inmunidad natural; los niños infectados más de una vez presentaban síntomas menos graves cuando se reinfectaban y los neonatos adquirían una protección que duraba varios años ^{(35).}

No obstante, la inmunidad conferida por la infección natural no ofrece protección completa y los adultos seropositivos pueden sufrir diarreas por rotavirus durante la atención de niños enfermos o cuando viajan a países en desarrollo, donde las infecciones entéricas son corrientes ^{(36).}

En la Argentina se detectaron rotavirus como causa de gastroenteritis infantil por primera vez en 1975, cuando Lombardi et al. descubrieron rotavirus en 20 muestras fecales diarreicas examinadas por microscopía electrónica ^{(36).}

En 1995, la Sociedad Argentina de Virología organizó un taller sobre gastroenteritis víricas en el Instituto Nacional de Microbiología "Dr. Carlos G. Malbrán", con el fin de examinar la carga de las enfermedades por rotavirus,

debatir las medidas que se debían tomar y proponer nuevas estrategias para su control en el futuro. ⁽³⁶⁾

El diagnóstico etiológico de las diarreas es complejo ya que sus causas son diversas siendo los agentes infecciosos la principal causa en diarrea aguda. Por una parte, en diarrea aguda se ha descrito el aislamiento de enteropatógenos en el 67% de los casos en niños menores de 5 años, reportándose entre los responsables principalmente bacterias en 42-50%, rotavirus 24,1% y parásitos 6,5% (18). Por otra parte, queda un porcentaje (33%) en el cual no se detectan agentes infecciosos y los enteropatógenos pueden asociarse en 24% de los casos (18). Las causas de diarrea no infecciosa pueden ser por medicamentos, ingestión de sustancias tóxicas y las asociadas a otra patología. Además, algunos mecanismos de patogenicidad relacionados a la diarrea son desconocidos y su manifestación clínica en el hospedero es variable e inespecífica. ⁽³⁷⁾

Con este encuadre teórico este trabajo pretende conocer las características socios familiares de los niños menores de 5 años de edad con diarreas agudas, entendiendo que es un problema de salud con alta tasa de mortalidad y la cual puede ser disminuida.

CAPITULO III: DISEÑO METODOLOGICO

Diseño metodológico

Tipo de estudio o diseño

El siguiente trabajo corresponde a una investigación de tipo cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, transversal y observacional.

- La investigación es de tipo cuantitativa; estructurada que enfatiza la confiabilidad y las relaciones de variables. Se recogerá información objetiva la cual arrojará resultados numéricos que serán expresados estadísticamente, La información descriptiva referente a los factores estudiados será resumida utilizando frecuencias absolutas y porcentajes. Se desean conocer las características de los pacientes que presentan diarreas agudas, para poder llevarlo a cabo se trabajará con historias clínicas y censos anual de salud del centro de salud que contienen los registros y datos de los pacientes.
- Descriptivo porque describe las características de los pacientes con diarreas agudas que son atendidos en el Centro de Nivel II de Colonia Benítez Chaco.
- Retrospectivo porque registra hechos ocurridos con anterioridad al diseño de este estudio. Se evaluarán las historias clínicas y los censos anuales de salud registrados en el Centro de Nivel II de Colonia Benítez durante el periodo del año 2014 al 2016.
- Transversal porque se estudiarán las variables simultáneamente en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo. En este, el tiempo no es importante en relación con la forma en que se dan los fenómenos. El momento de la realización del estudio, lo define el investigador teniendo en cuenta el conocimiento existente a cerca de la presentación y frecuencia del evento, así como los objetivos del estudio.

Observacional el investigador solo observa cómo se comporta el fenómeno en estudio, no se manipulan las variables. En el estudio la variable dependiente se produce espontáneamente, y se realiza un registro de la observación de los hechos.

Población blanca: Niños menores de 5 años con diagnóstico de diarreas agudas

Población accesible: Niños menores de 5 años de edad que se atienden en el Centro de Salud Colonia Benítez Chaco

Población elegible: Niños menores de 5 años de edad que cursan con un cuadro de diarreas agudas atendidos en el Centro de Salud NII Colonia Benítez Chaco en el periodo 2014-2016, que reúnen los criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Muestra:

Unidad de análisis: niños menores de 5 años de edad con diagnósticos de diarreas agudas

Unidad de observación: Historias Clínicas de los pacientes con diagnósticos de diarreas agudas y censo anual de situación de salud de los centros asistencial de Colonia Benítez.

Criterios de Inclusión: niños que tengan menos de 5 años de edad.

Niños que se hayan atendido en el centro de salud de colonia Benítez

Niños con diarreas agudas

Criterios de Exclusión

Pacientes con historias clínicas ilegibles

Pacientes con historias clínicas incompletas

Pacientes que los padres se hayan negado a firmar el consentimiento informado.

Pacientes mayores a 5 años de edad.

Pacientes que se atiendan en instituciones privadas.

Pacientes con planillas de los censos de situación de salud incompletas.

Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos: el procesamiento de la información se realizará con el software, Excel 2010 y Epidat 3.1. y Epi info 3.1

Variables:

- **Principal forma de eliminación de residuos:**

Definición operacional: Es el acto humano de recolección, tratamiento y eliminación de los diferentes tipos de desechos

Tipo de variable: cualitativa

Escala: nominal

Valores: recolección/ queman/ entierran/ tiran en baldíos.

Indicadores: datos que se encuentra registrado en el censo anual de situación de salud del centro asistencial.

- **Principal fuente de consumo de agua:**

Definición operacional: origen del agua para su consumo.

Tipo de variable: cualitativa

Escala: nominal

Valores: agua de red/ agua de pozo/mineralizada/ de perforaciones

Indicadores: datos que se encuentra registrado en el censo anual de situación de salud del centro asistencial

- **Nivel de instrucción del Cuidador Primario:**

Definición operacional: estudios máximos alcanzados por el tutor al momento de la realización del cuestionario.

Tipo de variable: cualitativa

Escala: nominal

Valores:

- Instrucción académica:

Nivel Primario: completo/ incompleto

Nivel secundario: completo/incompleto

Nivel terciario: completo/ incompleto

Nivel Universitario: completo/incompleto

Indicadores: instrucción académica que figura en el cuestuario.

- Variable ubicación Demográfica

Definición operacional: Lugar de Residencia del niño.

Tipo de variable: nominal

Escala: cualitativa

Valores: zona rural/ zona Urbana

Indicadores: Dirección que figura registrado en la Historia Clínica.

- Variable alimentación con lactancia materna exclusiva

Definición operacional: alimentación del paciente en su etapa lactante

Tipo de variable: nominal

Escala: cualitativa

Valores: si / no

Indicadores: respuestas d ellos padres en las encuestas

- Variable carnet de vacunación

Definición operacional: esquema de vacunación del niño.

Tipo de variable: nominal

Escala: cualitativa

Valores: completo/ incompleto

Indicadores: carnet del niño que figura registrado en la Historia Clínica.

Instrumento de medición empírica

El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario, el cual consta con dos partes: la primera con un encabezado de presentación, la segunda parte con datos relacionados con características de los pacientes con diarreas, en la misma se marcará con una x en la respuesta que corresponda; la técnica de recolección, fue una encuesta. El instrumento de recolección fue entregado personalmente a cada paciente que correspondían al criterio de inclusión, previamente se explicó en qué consistía el estudio, y que solo se realizó con el fin de conocer las características socio familiares de los pacientes. Además, se explicó que toda la información que proporcione será confidencial y solo podrán ser conocidas por las personas que trabajen en este estudio.

Plan de tabulación y análisis

Los datos obtenidos a través del instrumento de recolección empírica, fueron cargados en una planilla Excel, para su análisis e interpretación. El análisis de los resultados se realizó mediante estadística descriptiva, utilizando medidas de tendencia central para frecuencia y porcentaje, se representarán los datos obtenidos de la información recolectada en forma ordenada y sencilla para realizar el análisis de los mismos, la cual permitirá construir las diferentes tablas y gráficos donde serán expuestos los resultados.

En la primera instancia se realizó un análisis descriptivo de características de los pacientes con diarreas agudas que fueron atendidos en Colonia Benítez durante los años 2014 al 2016, como también las características de sus tutores. Luego se caracterizó a las viviendas y zonas geográficas.

CAPITULO IV: RESULTADOS

El análisis estadístico de los datos: Se realizo con el programa estadístico informático Excel

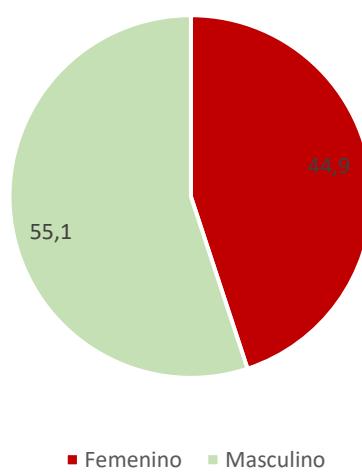
Se realizo un análisis univariados para todas las variables del estudio. Para las variables cualitativas categóricas, se calcularán razones y proporciones, mientras que para las variables cuantitativas se presentarán medidas de tendencia central y dispersión.

Resultados:

Se realizaron 89 encuestas a los padres de niños menores de 5 años de edad que fueron atendidos en el centro de salud de la Localidad Colonia Benítez en la provincia del Chaco con diagnóstico de diarreas agudas durante el periodo 2014-2016 y se obtuvo como resultado que la media de edad de estos pacientes fue 2 con un DE 1,5 y la moda de 2.

Con respecto al sexo de los pacientes encuestados el 55,1 fueron del sexo masculino (ver figura Nº1)

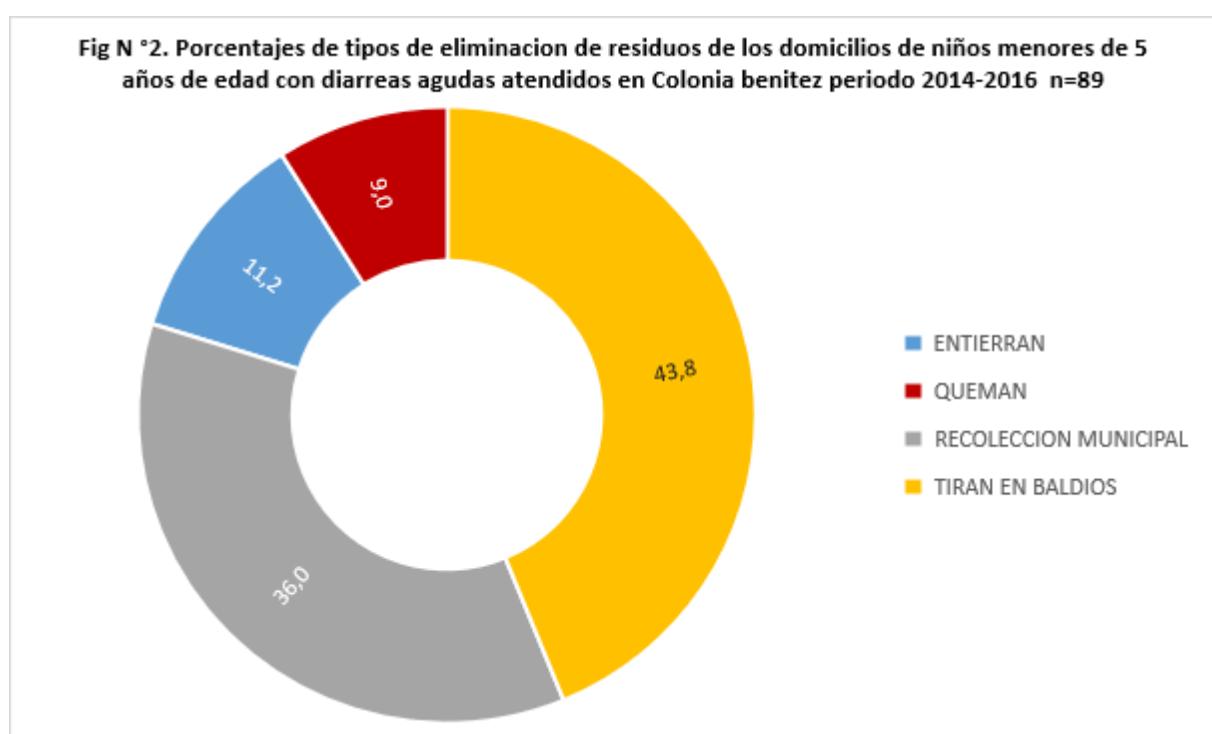
Fig. Nº 1. Porcentajes de casos de diarreas agudas en niños menores de 5 años de edad atendidos en el Centro de Salud Colonia Benitez Chaco segun el sexo, periodo 2014-2016 n=89



Fuente: Historias clínicas

Con respecto a la eliminacion de residuos de los domicilios se obtuvo que el 36 % tienen recoleccion municipal de residuos en sus domicilios mientras que el 43,8 % arrojan los residuos en terrenos baldios de las zonas rurales de la localidad.

El 11,2 % de los padres de niños con diarreas prefieren enterrar sus residuos y solo el 9 % restante contesto que a sus residuos los queman. (Figura N° 2)



Fuente: encuestas- historias clinicas

Según el área geográfica las casas que correspondían a zona rurales fueron 46 de las cuales 29 contaban con consumo de agua por perforaciones y 17 de ellas consumían de aljibes o pozos. En tanto la zona urbana fueron 43 los domicilios de los cuales todos consumían agua potable de red. (ver tabla N°1)

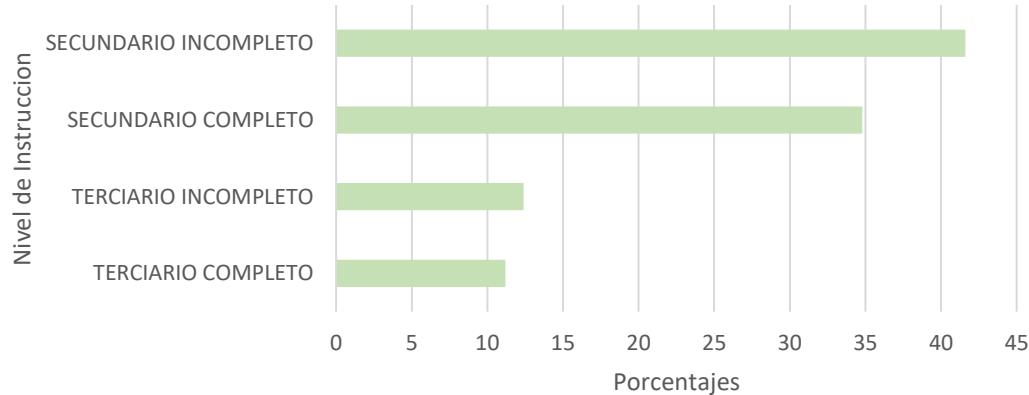
Tabla N.º 1. Casos de diarreas agudas en niños menores de 5 años de edad atendidos en Colonia Benítez según la fuente de agua consumida y la zona geográfica de residencia periodo 2014-2016 n=89

FUENTE DE AGUA	ZONA RURAL	ZONA URBANA	TOTAL
PERFORACION DE AGUA	29	0	29
ALJIBES	17	0	17
AGUA POTABLE	0	43	43
TOTAL	46	43	89

Fuente: Historias clínicas- encuestas

Con respecto al nivel de instrucción del cuidador primario o tutor el 41,6 % tenían el secundario incompleto, el 34,8 % terminaron el secundario, 12,4% abandonaron una carrera terciaria y solo el 11,2 lo finalizaron. (ver figura N°3)

Fig. N°3.Distribución del nivel de instrucción de tutores primarios de los niños menores de 5 años de edad con diarreas agudas atendidos en el centro de salud Colonia Benítez Chaco periodo 2014-2015 n=89



Fuente: Historias clínicas- encuestas

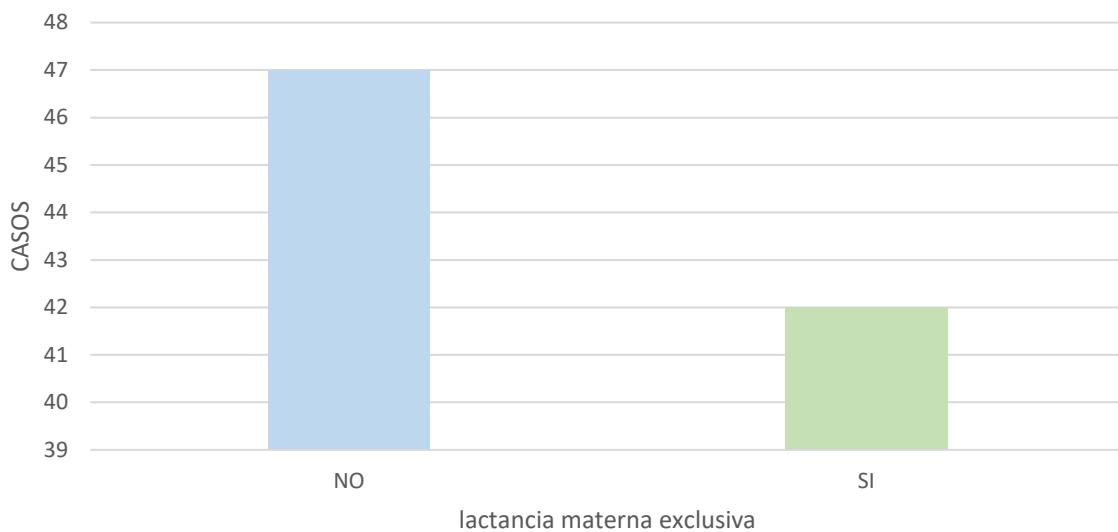
En cuanto a las coberturas de vacunación de los niños menores de 5 años con diarreas agudas se observó que el 75,3 % tenían su carnet de vacunación completo y el 24,7 no estaban completos. (ver figura N.^o 4)



Fuente: elaboración propia

Con respecto a la lactancia materna exclusiva se observó que 47 niños no tuvieron alimentación por lactancia materna y 42 niños si se alimentaron con lactancia materna en su etapa de lactantes. (Figura N^o5)

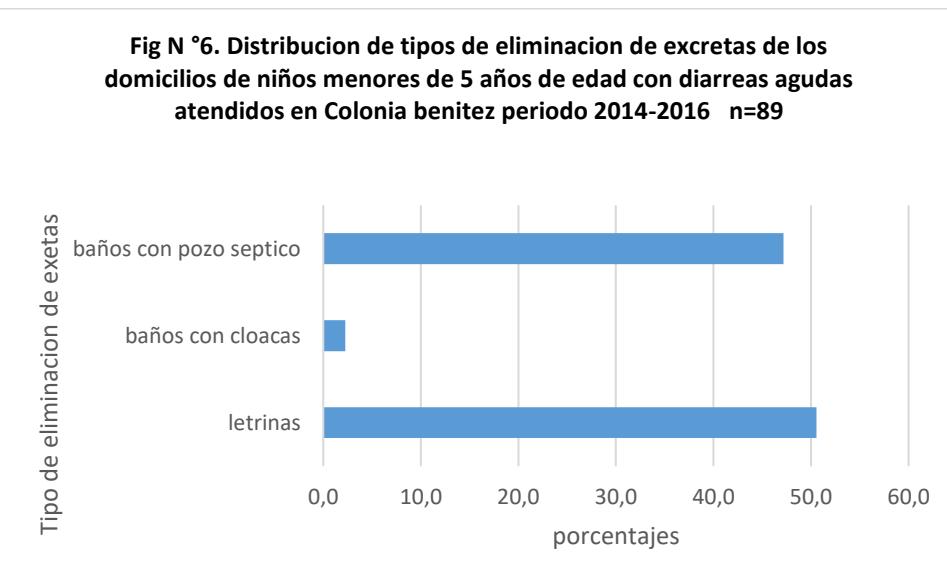
Fig. N°5.Distribucion de frecuencia de lactancia materna exclusiva en los niños con diarreas agudas atendidos en Colonia Benitez periodo 2014-2016 n=89



Fuente: Historias clínicas- encuestas

En cuanto a la eliminación de excretas en los domicilio de los pacientes con diarreas agudas se obtuvo que el 50,6 usaban letrinas, el 2,2 % tenían baños con cloacas y el 47,2 % tenían pozos sépticos para eliminación de excretas (Figura N°6)

Fig N °6. Distribucion de tipos de eliminacion de excretas de los domicilios de niños menores de 5 años de edad con diarreas agudas atendidos en Colonia benitez periodo 2014-2016 n=89



Fuente: Historias clínicas- encuestas

CAPITULO V: DISCUSION, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Discusión.

La OMS establece que Las enfermedades diarreicas son una causa principal de mortalidad y morbilidad en la niñez en el mundo, y por lo general son consecuencia de la exposición a alimentos o agua contaminados. En todo el mundo, 780 millones de personas carecen de acceso al agua potable, y 2500 millones a sistemas de saneamiento apropiados.

En países de ingresos bajos, los niños menores de tres años sufren, de promedio, tres episodios de diarrea al año. Cada episodio priva al niño de nutrientes necesarios para su crecimiento. En consecuencia, la diarrea es una importante causa de malnutrición, y los niños que no tuvieron lactancia materna exclusiva son más propensos a enfermar por enfermedades diarreicas.

Estos datos brindados por la Organización mundial de la salud están en concordancia con este trabajo realizado donde la edad promedio o media de edad fue de 2 años.

Con respecto a la lactancia materna el 47% de nuestros niños encuestados no tuvieron lactancia materna exclusiva.

Con respecto a las medidas de higiene y saneamiento en este trabajo se observó que solo el 2,2 % tenían eliminación de excretas con cloacas y el 36% contaba con recolección correcta de residuos en concordancia con las recomendaciones de la OMS.

Al comparar el presente trabajo con estudios previo realizado por otros autores como la OMS Y OPS, se puede concluir de los resultados obtenidos en la presente investigación una concordancia en que los factores de riesgos socios familiares son las bajas coberturas de vacunación en especial la vacuna contra el rotavirus, mal manejo de las excretas y residuos, como también concordancia en el nivel de instrucción de los tutores.

Conclusiones y recomendaciones.

La diarrea aguda del niño es una patología de alta prevalencia, la disponibilidad de agua potable, cloacas, el tratamiento de las aguas residuales antes de devolverlas a los cauces naturales van en el sentido correcto para disminuir las patologías infecciosas que se transmiten por vía fecal-oral. Asimismo, la mejor manipulación de los alimentos, la lactancia materna, las latas coberturas de vacunación, el correcto manejo de los residuos y su eliminación para evitar contaminación tanto en el hogar como en ambiente constituyen un aporte al bienestar sanitario de nuestros niños. Otro aporte es la educación sobre estos temas a la población y al equipo de salud quienes son los encargados de la vigilancia epidemiológica de este evento de notificación obligatoria. El buen Educar a los cuidadores primarios o tutores en el autocuidado para prevenir estas patologías es parte de nuestra obligación como equipo de salud.

Las recomendaciones que surgen de este trabajo:

A continuación, se detallan recomendaciones para prevenir y controlar los episodios de diarreas en la comunidad:

- 1) Consumo de agua segura, tanto para beber, lavarse las manos o dientes, cocinar o lavar las verduras y frutas. Si no es agua de red: agregar dos gotas de lavandina por litro de agua o hervirla de 2 a 3 minutos, o utilizar pastillas potabilizadoras.
- 2) Practicar costumbres de higiene como lavado de manos con agua y jabón después de ir al baño, después de cambiar los pañales, antes de manipular los alimentos y, las madres, antes de dar de mamar.
- 3) Mantener la lactancia materna.
- 4) Cocinar bien los alimentos: los huevos hasta que tengan consistencia dura; las carnes hasta que pierdan el color rosado, teniendo especial cuidado con la carne picada y hamburguesas.
- 5) No usar el mismo cuchillo, tabla o mesada donde se apoyó carne cruda para cortar otros alimentos, sin antes lavarlos con agua y detergente.
- 6) Mantenimiento y refrigeración adecuados para los alimentos
- 7) Consumir leche, derivados lácteos y jugos que estén pasteurizados
- 8) Utilizar baños, letrinas o cualquier otro medio que garantice el aislamiento de las excretas.
- 9) Desechar la materia fecal de los pañales de tela en baños o letrinas, y lavar bien los pañales con agua y jabón. Desechar los pañales descartables en bolsas bien cerradas.

Además, durante un episodio de diarrea es importante Concurrir al centro de salud, sobre todo si se trata de un niño, Continuar el amamantamiento durante en aquellos niños que reciben lactancia materna, evitar la ingesta de medicamentos e infusiones caseras sin indicación médica, evitar el uso de Antibióticos y fármacos inhibidores de la motilidad intestinal.

Promover y prevenir los casos de diarreas agudas en niños con la educación para salud de cuidadores primarios, ámbitos escolares, servicios de salud para la disminución de las tasas de mortalidad infantil por esta causa.

Trabajar en conjunto con autoridades para la toma de decisiones de políticas de salud a nivel local que apoyen el tratamiento de casos de enfermedades diarreicas y sus complicaciones, y que amplíen el acceso al agua potable y a los servicios de saneamiento.

contribuir a la capacitación de agentes de salud, especialmente en el ámbito comunitario.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS | Enfermedades diarreicas [Internet]. WHO. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/>
2. Cermeño JR, Hernández de Cuesta I, Camaripano M, Medina N, Guevara A, Hernández Rivero C. Etiología de diarrea aguda en niños menores de 5 años Ciudad Bolívar, Venezuela. Revista de la Sociedad Venezolana de Microbiología [Internet]. 2008 [citado 24 de julio de 2017];28(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=199416422011>
3. Ferreira-Guerrero E, Mongua-Rodríguez N, Díaz-Ortega JL, Delgado-Sánchez G, Báez-Saldaña R, Cruz-Hervert LP, et al. Diarreas agudas y prácticas de alimentación en niños menores de cinco años en México. Salud Pública de México. 2013;55: S314-22.
4. Urrestarazu MI, Liprandi F, Pérez de Suárez E, González R, Pérez-Schael I. Características etiológicas, clínicas y sociodemográficas de la diarrea aguda en Venezuela. Etiological, clinical, and sociodemographic characteristics of acute diarrhea in Venezuela [Internet]. 1999 [citado 24 de julio de 2017]; Disponible en:
<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/8906>
5. OPS/OMS, CESNI, Fundación Cavendes. Nutrición y alimentación del niño, en los primeros 6 años de vida. Washington: OPS/OMS; 2003.p. 49-130.
6. Muñoz Hernández O. Tratamiento de la diarrea aguda con sangre. Avances en el control de las enfermedades diarreicas. Testimonio, Resultados y Perspectivas. OPS, OMS 1995; 173.

7. Hernández Cisneros Freddie, Rodríguez Salceda Zulma, Ferrer Herrera Ismael, Trufero Cánovas Norma. Enfermedades diarreicas agudas en el niño: comportamiento de algunos factores de riesgo. Rev Cubana Med Gen Integre [Internet]. 2000 Abr [citado 2017 Abr 04] ; 16(2): 129-133. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000200004&lng=es.
8. OMS | Diarrea [Internet]. WHO. [citado 24 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/diarrhoea/es/>
9. OMS | Informe sobre la salud en el mundo 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana [Internet]. WHO. [citado 24 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2002/es/>
10. Ministerio de Salud de la Nación. Plan de Abordaje Integral de la Enfermedad Diarreica Aguda y Plan de Contingencia de Cólera. Guía para el Equipo de Salud N° 8. 2015. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000063cnt-01-guia-abordaje-colera.pdf>
11. Organización Mundial de la Salud. La práctica epidemiológica en los sistemas de servicios de salud. *Boletín Epidemiológico*. 1990. Vol. 11. N° 3. Disponible en: http://cidbimena.desastres.hn/docum/ops/publicaciones/Epidemiologico/BE_v11n3.pdf
12. Ministerio de Salud de la Nación. *Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Enfermedades de Notificación Obligatoria*. 2007 Disponible en: <http://www.snvs.msal.gov.ar/descargas/ManualdeNormasyProcedimientos2007.pdf>

13. Guerrero Gómez C, Sánchez Carrillo C. *Procedimientos en microbiología clínica*. Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. 2003. Disponible en: <https://www.seimc.org/contenidos/documentos-cientificos/procedimientosmicrobiologia/seimc-procedimientomicrobiologia1a.pdf>
14. MULTIMED | Revista Médica [Internet]. [citado 24 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2013/v17-4/03.html>
15. Gerencia Operativa de Epidemiología. *Boletín Epidemiológico Semanal*. 2017. N° 35. Año II. Disponible en: http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_35_se14_vf.pdf
16. Mota-Hernández F, Gutiérrez-Camacho C, Villa-Contreras S, Calva-Mercado J, Arias CF, Padilla-Noriega L, et al. Pronóstico de la diarrea por rotavirus. Salud Pública de México. diciembre de 2001;43(6):524-8.
17. Argentina. Ministerio de Salud. Recomendaciones nacionales de vacunación. CABA: Ministerio, 2012. Fecha de acceso: 13/05/14. Disponible en:
http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000451cnt-2013-06_recomendaciones-vacunacion-argentina-2012.pdf
18. Corteguera R, L R. Fisiopatología de la diarrea aguda. Revista Cubana de Pediatría. junio de 1999; 71(2):86-115.

19. Morano, J. "Diarrea Aguda". 2001 Compendio de Pediatría de Morano. Ed. Atlante Argentina S.R.L. Edición 1°. Argentina. 1 (70): 541
20. Díaz Mora José Javier, Madera Milanyela, Pérez Yubelis, García Maribel, León Keira, Torres E Marco. Generalidades en diarrea aguda. Arch Venez Puer Ped [Internet]. 2009 dic [citado 2022 Oct 12]; 72(4): 139-145.
Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492009000400007&lng=es.
21. Komaïd JA, Caillou MSL, Suárez AM, Zamora AM, Castagnaro NR.
Detección de rotavirus no-A en Tucumán. *Rev Argent Microbiol* 1991;23:172174.
22. Gómez J, Estes MK, Matson DO, Bellinzoni R, Álvarez A, Grinstein S.
Serotyping of human rotavirus in Argentina by ELISA with monoclonal antibodies. *Arch Virol* 1990;112:249259.
23. Giordano MO, Depetrис AR, Nates SV. Estudio retrospectivo de la circulación de electroserotipos de rotavirus humano en la ciudad de Córdoba, Argentina, 19791989. *Rev Argent Microbiol* 1995;27:110.
24. Castagnaro NR, Caillou SL, Komaïd JA, Díaz N, Suárez AM, Zamora AM.
Infección rotaviral detectada en la sala de hidratación del Hospital del Niño Jesús. *Cienc Med* 1991;6:2733.
25. Binstein N. Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas; 1995. (Datos inéditos).

- 26.** La diarrea aguda, al acecho de los niños". En Nutrar. El portal de la alimentación. Argentina. 2005. <http://www.nutrар.com/detalle.asp>.
- 27.** Curso a distancia Vigilancia Basada en el Laboratorio como Parte de la Vigilancia Integrada de las Enfermedades transmitidas por Alimentos (ETA) - organizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)- Argentina e Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI) - ANLIS "Carlos G. Malbrán", con la participación de Instituto Nacional de Alimentos (INAL) - ANMAT, Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud, Secretaría de Agricultura Ganadería Pesca y Alimentación.
- 28.** Mota, F. 2001. Hidratación oral y diarrea. McGraw-. Hill Interamericana; 2000. p. 27-36. 8 - México
- 29.** Morano, J. "Diarrea Aguda". 2001 Compendio de Pediatría de Morano. Ed. Atlante Argentina S.R.L. Edición 1°. Argentina. 1 (70): 541
- 30.** Organización Panamericana de la Salud. Diagnóstico e investigación epidemiológica de las enfermedades transmitidas por alimentos. Acceso: 14 de abril de 2013;<http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/publicaciones%20virtuales/libroETAs/modulo2/modulo2z2.html>
- 31.** Instituto Nacional de Estadística y Censos. *Censo Nacional de Población y Vivienda*. Buenos Aires: INDEC;1991. p. 101.
32. Alazraqui M, Mota E, Spinelli H. El abordaje epidemiológico de las desigualdades en salud a nivel local. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(2):321-330. Disponible en:[Disponible en:<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/08.pdf>](http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/08.pdf)
33. González Corona EA. Diarrea aguda, prolongada y persistente en niños y su diferencia de la diarrea crónica. Medisan 2017;21(9):2047-60. Acceso: 12/07/2019. Disponible en: Disponible

en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000900012&lng=es

34. Zelada-Valdés A, Ledón-Pérez Y, Fando-Calzada RA. El cólera: una enfermedad infecciosa reemergente. El candidato vacunal cv 638, una herramienta para su prevención. Revista CENIC Ciencias Biológicas, 2015;46(2):131-43 Acceso: 20/04/2019. Disponible en: Disponible en: <https://www.redalyc.org/html/1812/181237108003/#page10>
35. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas vitales. Información básica - año 2013 [publicación periódica en línea]. Buenos Aires; 2014. [Consulta: 8 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/01/Serie5Nro57.pdf>.
36. Organización Mundial de la Salud. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th revision [Internet]. Ginebra, OMS: 1992. [Consulta: 3 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/nchs/data/dvs/2006-Vol-I.pdf>.
37. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2007: Volumen II - Países. Argentina. [Internet]. Washington;2007:38-61. [Consulta: 15 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.bvs.hn/docum/ops/SA2007/SAvol2esp/Argentina%20Spanish.pdf>.

ANEXOS

Instrumento de recolección de datos:

Instrumento: cuestionario.

Técnica: encuesta

Título de la tesis: Características socio familiares en niños menores de 5 años que consultan por diarreas agudas al centro de salud nivel II de la localidad de Colonia Benítez Chaco entre 2014-2016

Objetivo de la tesis: Describir las características socio familiares de los pacientes menores de 5 años de edad con diarreas agudas.

Instructivo:

-En los datos de la encuesta se marcará con una **X** en la respuesta que corresponda.

La información proporcionada será de carácter anónimo y confidencial.

Encuestador: Lic. Itatí Pamela Sandoval

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: "Características socio familiares en niños menores de 5 años que consultan por diarreas agudas al centro de salud nivel II de la localidad de Colonia Benítez Chaco entre 2014-2016"

Preguntas para el encuestado:

1- Datos socios demográficos:

¿Edad del paciente?

Menor de 1 año	1 año	2 años	3 años	4 años

¿Sexo del paciente?:

1- Masculino.	2- Femenino.

¿Grado de Instrucción del cuidador primario?:

Primaria Incompleta.	Primaria Completa.	Secundaria Incompleta.	Secundaria Completa.	Terciario incompleto	Terciario completo

Universitario Incompleta.	Universitario Completa.

¿Zona Geográfica?

Zona Urbana	Zona Rural

Tipos de eliminación de excretas:

Usan Letrinas	
Tienen baños instalados a cloacas	
Tienen baños con pozos sépticos	

Tipos de eliminación de Residuos

Queman la basura	
Tiran en baldíos	
Entierran las basuras	
Tienen recolección municipal	

Tipos de Fuentes de agua

Agua potable	
Agua de perforaciones	
Agua de aljibes	

Carnet de vacunación

Completo para la edad	
Incompleto para la edad	
¿Tiene la vacuna contra rotavirus?	
¿Tuvo lactancia materna exclusiva?	

HOJA DE INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha: Colonia Benítez...12...de...noviembre..... de 2019.....

Lo invitamos a participar de un estudio de investigación denominado: Características Socios Familiares de Niños Menores de 5 años de edad que consultan por diarreas agudas en el centro de Salud Colonia Benítez

Este estudio nos permitirá conocer sobre....

Su participación en el mismo es **Voluntaria y Anónima**. Los datos obtenidos en este estudio son **confidenciales**, en ningún lugar figurará su nombre ni su apellido, sino un solamente un código numérico.

Los resultados del trabajo serán publicados y presentados en congresos científicos de.....

Si hay algún aspecto de este que no comprenda o sobre el que desee solicitar más información no dude en comunicarse con el Lic. Sandoval Pamela, Sra. Yamile Fernández (directora del centro de salud Col Benítez)Tel N.^o 3794690291 o al correo pamelasandoval305@gmail.com

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Manifiesto que he sido informado y que comprendo lo expresado más arriba, y autorizo a que se utilicen los datos que brindo y me comprometo a colaborar en responder las preguntas que se me realice.

Cronograma de Actividades.

Actividades	Nov	Dic	Ene	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Planteamiento Del problema.	x	x											
Objetivos		x	x										
Marco teórico. Estado del arte.				x									
Hipótesis				x									
Diseño metodológico					x								
Recolección de datos.						x							
Análisis e interpretación de los datos.							x						
Elaboración del informe final, publicación.								x	x	x	x	x	x



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE FACULTAD DE MEDICINA

CARRERA DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA
ENFERMERÍA COMUNITARIA.

Corrientes, 27 de febrero de 2023.

Sra. Directora de la

"Maestría en Ciencias de la

Enfermería Comunitaria"

Mg. Mónica Auchter

S _____ / _____ D

Por la presente, me dirijo a Ud. y por su intermedio a quien corresponda, a fin de presentar la Tesis denominada, Características socio familiares de niños menores de 5 años de edad atendidos en el centro de salud Colonia Benítez periodo 2014-2016

Sin otro particular, la saludo atentamente.

D.N.I., 31858987

Dra. María Alejandra Fantin

DNI 18426070.....

Firma y Aclaración Director de Tesis



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE FACULTAD DE MEDICINA

CARRERA DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA
ENFERMERÍA COMUNITARIA.

Corrientes, 17 de noviembre de 2022.

Sra. Directora de la

"Centro de Salud Colonia Benítez

Fernandez Yamile

S _____ / _____ D

Por la presente, me dirijo a Ud. y por su intermedio a quien corresponda, a fin de solicitar autorización para realizar un trabajo de investigación en su centro de salud con el Tema de Tesis: Características socios familiares de niños menores de 5 años de edad atendidos en el centro de salud Colonia Benítez periodo 2014-2016.

Sin otro particular, la saludo atentamente.

Licenciada Sandoval Itati Pamela

D.N.I.. 31858987

FERNANDEZ YAMILE ERICA
DIRECTOR A/C.
Centro de Salud Mision II
Colonia Benítez

