

**ACTITUDES Y PRACTICAS DE LAS MADRES DEL BARRIO 12 DE
SEPTIEMBRE GALAPA – ATLÁNTICO, SOBRE LA ENFERMEDAD
DIARREICA AGUDA EN LOS NIÑOS DE 1 – 4 AÑOS 2000 – 2002**



EF

0002

4031094



SISTEMATIZADO
HEMEROTECA



**ACTITUDES Y PRACTICAS DE LAS MADRES DEL BARRIO 12 DE
SEPTIEMBRE GALAPA – ATLÁNTICO, SOBRE LA ENFERMEDAD
DIARREICA AGUDA EN LOS NIÑOS DE 1 – 4 AÑOS 2000 – 2002**

**MARIA SAMPER ENAMORADO
VIANNA VILLARREAL GUÉRRERO**

**CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLÍVAR
FACULTAD DE ENFERMERÍA
BARRANQUILLA**

2002

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR	
BIBLIOTECA	
BARRANQUILLA	
No INVENTARIO	<u>4031094</u>
PRECIO	_____
FECHA	<u>01-15-2008</u>
UBICACION	_____



**ACTITUDES Y PRACTICAS DE LAS MADRES DEL BARRIO 12 DE
SEPTIEMBRE GALAPA – ATLÁNTICO, SOBRE LA ENFERMEDAD
DIARREICA AGUDA EN LOS NIÑOS DE 1 – 4 AÑOS 2000 – 2002**



**MARIA SAMPER ENAMORADO
VIANNA VILLARREAL GUERRERO**

Trabajo presentado al Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería

**CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLÍVAR
FACULTAD DE ENFERMERÍA
BARRANQUILLA**

2002

NOTA DE ACEPTACIÓN



Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Barranquilla, Julio de 2002

CONTENIDO



	Págs.
INTRODUCCIÓN	
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
3. JUSTIFICACIÓN	11
4. OBJETIVOS	15
4.1. OBJETIVO GENERAL	15
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
5. MARCO TEÓRICO	16
5.1. FISIOPATOLOGÍA	22
5.2. CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	25
5.3. AGENTE CAUSAL DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	26
5.4. SINTOMATOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	27
5.5. COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	28
5.6. TRATAMIENTO	29
6. METODOLOGÍA	33
6.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	33
6.2. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	33

6.3. DELIMITACIÓN	33
6.3.1. Temporal	34
6.3.2. Espacial	34
6.4. POBLACIÓN Y MUESTRA	34
6.4.1. Población	34
6.4.2. Muestra	35
6.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	35
7. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	36
CONCLUSIÓN	48
RECOMENDACIONES	
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo de investigación se planteará la problemática que esta afectando a la población infantil del Barrio 12 de Septiembre, el cual se encuentra ubicado al noroccidente del Municipio de Galapa – Atlántico. De igual manera encontraremos los objetivos trazados, sugerencias y medidas de intervención a realizar para disminuir los riesgos y corregir los tratamientos empíricos aplicados por los habitantes del mencionado sector, en especial por las madres.

Este trabajo será presentado teniendo en cuenta los siguientes parámetros:

- Planteamiento del problema → describir la problemática a investigar
- Justificación → argumentar la importancia de la investigación y cuales son los motivos propuestos para desarrollar el estudio.
- Marco Teórico → Recopila información a través de fuentes bibliográficas que define el tema de la investigación para ampliar, precisar y organizar la problemática establecida en el planteamiento del problema.
- Diseño Metodológico → Se describe como se va a realizar la investigación y con que herramientas e instrumentos la vamos a realizar.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Barrio 12 de Septiembre se encuentra ubicado al noroccidente del Municipio de Galapa – Atlántico, es producto de una invasión, la cual se ha establecido en una zona enmontada no apropiada para la construcción, ya que anteriormente era un basúrero, y esto a su vez hace posible los deslizamientos en épocas de invierno. El barrio tiene aproximadamente 156 casas, las cuales están construidas en: cartón, sacos, bareheque, madera y algunas en materiales, esto dependiendo de los recursos económicos con que cuenten ellos, algunas de estas casas tienen pisos de cemento, otras tienen baldosas y otro porcentaje de casas tiene tablonas pegados con el mismo material arcilloso del terreno.

Estas casas no cuentan con las divisiones arquitectónicas necesarias para la distribución y esparcimiento de las familias, por ende no hay espacios establecidos como: cocina, cuartos, sala, baños; lo cual da origen a la realización de sus diversas necesidades en un mismo lugar, generándose el hacinamiento, de igual manera, este barrio no cuenta con algunos de los servicios públicos necesarios como son:

El servicio de gas natural, lo cual los induce a suplir esta necesidad preparando los alimentos con leña o estufa de gas, dichos alimentos muchas veces quedan con una cocción (crudos) no adecuada para la ingestión. El servicio de alcantarillado que es tan importante para el manejo de las aguas residuales y para la realización de las necesidades fisiológicas (deposiciones), por tal razón se han acostumbrado a realizarlas a campo abierto o a enterrarlas, y en varias ocasiones se han visto a la intemperie cerca de algunos niños que juegan con arena. El servicio de acueducto, ya que los habitantes se abastecen de los carros tanques que entran al barrio, la cual no tiene ningún tratamiento de potabilidad de esta agua, ellos las utilizan para su aseo personal, para el lavado de sus ropas y preparación y enjuagado de los alimentos de consumo; como también encontramos personas que para la preparación de los alimentos prefieren comprar agua de bolsa. Ahora no podemos dejar de mencionar que toda la comunidad recoge agua de un pozo subterráneo (Artesanal), que se encuentra en la parte de atrás del barrio y ésta la utilizan para la realización de sus quehaceres domésticos.

Los anteriores aspectos mencionados, nos parecen relevantes e importantes puesto que son factores que hacen posible y perpetúan la presencia de Enfermedades Intestinales, como lo es la Enfermedad Diarreica Aguda.

El Barrio tiene aproximadamente 456 habitantes entre hombres, mujeres y niños, todos ellos en su gran mayoría personas desplazadas de las diferentes regiones azotadas por la violencia, por tal motivo son personas con poca o ninguna escolaridad, habituadas al consumo de alcohol, cigarrillo y sustancias

psicoactivas, especialmente los jóvenes tanto hombres como mujeres, en cuanto a sus creencias y costumbres podemos decir que mantienen vigente las enseñanzas de sus abuelos o generaciones pasadas, aplicándolas en la crianza de sus hijos, dejándolos jugar con arena para que “cojan anticuerpos”, o con agua empozada producto de las lluvias, también les dan agua cruda para que su sistema digestivo se madure más rápido, al igual que no le dan leche materna porque en su opinión no es realmente lo que va a alimentar a sus hijos, sin dejar de manejar las irregularidades en la aplicación de sus vacunas, son estos los factores que repercuten directamente en los niños, provocándoles diversas enfermedades entre las cuales se encuentran la enfermedad diarreica.

Las prácticas que las madres utilizan para el tratamiento de la diarrea en sus casas es colocar la deposición que hizo el niño y colocarla al sereno, esto basado en supersticiones místicas y de curanderos, algunas les dan agua de manzanilla, y así como tras le dan jugo de guayaba para que se tapen o simplemente le dan agua de sal con bicarbonato, todas estas cosas las hacen antes de acudir a un centro asistencial y solo llevan a sus hijos a un centro asistencial cuando los ven muy mal. Dentro de los síntomas que presentan estos niños vamos a encontrar:

- Diarrea persistente
- Deshidratación
- Palidez generalizada
- Perdida del apetito
- Debilidad, desgano para la realización de actividades elementales como jugar.

Otro aspecto importante y al que queremos hacer mención es la parte de la alimentación, ya que actualmente por falta de conocimientos y a sus precarias condiciones socio económicas, no saben como balancear las comidas, generando problemas de malnutrición en algunos niños y adultos creando susceptibilidades para el padecimiento de enfermedades.

Con toda la problemática anteriormente mencionada se puede desprender el siguiente cuestionamiento:

PREGUNTA PROBLEMA

¿Cuáles son las actitudes y prácticas de las madres del Barrio 12 de Septiembre del Municipio de Galapa – Atlántico, sobre la Enfermedad Diarreica Aguda en niños de 1 – 4 años?



3. JUSTIFICACIÓN

La enfermedad diarreica aguda ha constituido un problema de salud pública en el mundo; dicha patología afecta a los grupos de edades más vulnerables que son los menores de cuatro años. En 1997 el 80% de los niños que murieron por Enfermedad Diarreica Aguda recibieron por lo menos una atención médica, y más del 61% de las defunciones ocurrieron en el hogar, y para el año de 1998 se registraron 617.509 casos de Enfermedad Diarreica Aguda en niños menores de 1 año, y 982.111 en grupo de 1 a 4 años.

Estudios efectuados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) concluye que las dos principales complicaciones de Enfermedad Diarreica Aguda son la deshidratación y la desnutrición.¹

Existe también la propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud sobre la atención de enfermedades prevalentes de la infancia donde se tratan de unir varios programas para el manejo de enfermedades, entre ella las patologías diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas.

¹ Biblioteca Virtual en salud de México En: <http://bus.mx/bus-mxe.ehome.htm>.

(C.E.D. y I.R.A.) se están adelantando estrategias o líneas de trabajo. Este programa ha focalizado sus acciones a los menores de 5 años, debido al mayor rango porcentual de morbi – mortalidad comparándolo, con la población en general.²

En fuentes obtenidas por el DANE en Colombia se realizó un Censo para obtener el perfil demográfico infantil el cual reporto que en las edades de 1 a 4 años fue: del 11.34%.

El Programa Nacional de Acción a Favor de la Infancia (PAFI) cita que la situación de pobreza y miseria de los niños de 1 – 4 años es de 2.87%³. Las principales causas de mortalidad infantil encontramos los problemas perinatales con un 40.2% en segundo lugar las enfermedades infecciosas, principalmente las respiratorias agudas con un 9.1% y las enfermedades diarreicas con un 8.5%. En el año de 1995 la mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda fue de 31.7 por 100.000 según el Departamento Nacional de Planeación UNICEF.⁴

La primera causa de consulta externa son las Infecciones Respiratorias Agudas (20.4%) seguidas por las Enfermedades Diarreicas Agudas (9.3%) encontrándose como la segunda causa de egreso hospitalario con un (12.3%).

² *file:///A:/pediatriaorgano%20oficial%20.*

³ *DANE Resumen Censo 1993. Bogotá 1995.*

⁴ *Programa Nacional de Acción a favor de la Infancia.*

En el año de 1989 la tasa de incidencia de diarrea fue de 104 por 1000 niños menores de 5 años.⁵ La encuesta realizada por CAPS encontró que el 28.9% de los niños habían tenido episodio de diarrea en el mes anterior a las entrevista.

En las últimas décadas en Colombia fue uno de los países de América donde se presentó un rápido descenso de la mortalidad por problemas de salud de la infancia. Es esencial para el futuro del país, intervenir activamente sobre esta problemática, más aún cuando se ha incrementado por el fenómeno de los desplazados a las grandes ciudades.

Datos reportados por la empresa social del Estado (Unidad Local de Galapa) muestra que en el año 2000, la morbilidad por consulta médica en los niños de 1 – 4 años es de 463 casos, y la morbilidad por egresos hospitalarios fue de 14 casos, (y la morbilidad) en dicha población. La previa observación de la problemática anteriormente mencionada permite establecer que la Enfermedad Diarreica Aguda sigue y seguirá siendo un problema de salud pública que afecta a los niños de 1 – 4 años por tal motivo decidimos encaminar nuestro proyecto en la promoción, prevención y educación para que las madres y la comunidad en general adquieran conocimientos sobre el manejo casero y la detección de factores de riesgos que son causantes de la Enfermedad Diarreica Aguda (E.D.A.).

⁵ *Ibid*

Estas medidas de intervención la realizaremos por medio de:

- Organización de comités comunitarios en salud.

- Jornadas de promoción y prevención, apoyadas por el PAB y la Unidad Local de Galapa.

- Vinculación de los niños en el Programa de Crecimiento y Desarrollo.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer las actitudes y las prácticas de las madres del barrio 12 de Septiembre del Municipio de Galapa – Atlántico, sobre el manejo de la Enfermedad Diarreica Aguda en los niños de 1 – 4 años.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer la incidencia de la E.D.A. en el Barrio 12 de Septiembre del municipio de Galapa – Atlántico.
- Identificar los factores de riesgo causante de E.D.A., en la comunidad.
- Detectar las actitudes y las prácticas de las madres de la comunidad del barrio 12 de Septiembre del municipio de Galapa, ante la E.D.A.
- Analizar el comportamiento de las madres hacia la presencia de la E.D.A.



5. MARCO TEÓRICO

Durante el desarrollo de las prácticas de Atención Primaria y de Salud Familiar de I, II, III Semestre se fueron detectando ciertas actitudes adoptadas por los habitantes de la comunidad de 12 de Septiembre del municipio de Galapa, principalmente por las madres ante la presencia de circunstancias ó situaciones estructurales del barrio, que acarreaban problemas sociales y de salud, repercutiendo directamente en la población infantil.

Por ser este un barrio cuyos habitantes son en su gran mayoría personas desplazadas, las cuales no tienen un nivel socio – cultural ampliado en cuanto a conocimiento de la promoción y prevención de enfermedades, por tal causa son indiferentes y poco conscientes de la problemática que desencadena el no adecuado encausamiento de las aguas residuales, así como tampoco la adecuada manipulación de excretas y de basuras, de las aguas estancadas y aguas negras producto de las lluvias y sobre todo el tratamiento de las aguas de consumo humano y las que se utilizan para la preparación de los alimentos.

Para el entendimiento del porqué a veces el ser humano tiene determinado comportamiento frente a situaciones como a las anteriormente mencionadas. El escritor Aroldo Rodríguez, dice y define la actitud:

“Ciertas regularidades en los sentimientos, pensamientos y predisposiciones del individuo para actuar en la relación con algún aspecto de su ambiente.”

“Es una organización relativamente duradera de creencias acerca de un objeto o de una situación que predispone a la persona para responder.” Las definiciones presentadas aunque difieran en las palabras utilizadas, tiende a caracterizar a las actitudes sociales como variables intercurrentes compuestas por tres elementos claramente discernibles:

El Componente Cognoscitivo: “Para que existe una actitud en relación a un objeto determinado es necesario que exista también alguna representación cognoscitiva de dicho objeto. Si le preguntamos a un eón de la hacienda cuál es su posición en relación al tipo de alimentación del ganado bajo su responsabilidad, es probable que dicha persona disponga de una representación cognoscitiva estructurada sobre el asunto, así como un afecto positivo en relación a un sistema de alimentar el ganado bajo su responsabilidad. Por tanto, para que exista una carga afectiva a favor o en contra de un objeto social definido es necesario que exista también alguna representación cognoscitiva de dicho objeto. Las creencias y demás componentes cognoscitivos (el conocimiento, la manera de encarar al objeto, etc),

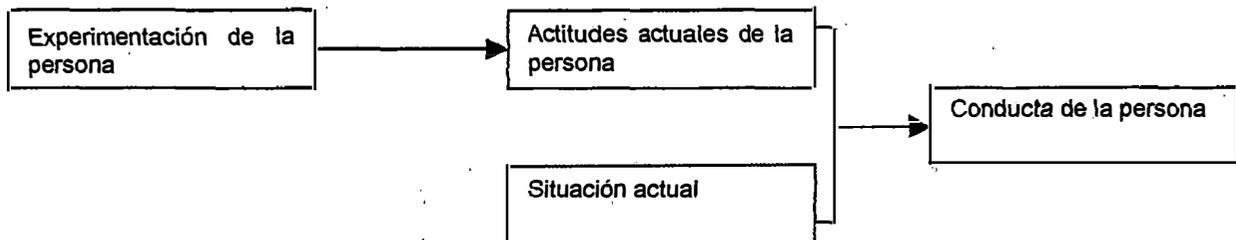
relativos al objeto de una actitud constituyen el componente cognoscitivo de la actitud.”

El Componente Afectivo “Para algunos el componente afectivo, definido como el sentimiento a favor o en contra de un determinado objeto social, es lo único realmente característico de las actitudes sociales. Para Fishbein, las creencias y las conductas asociadas a una actitud son apenas elementos a través de los cuales se puede medir la actitud, pero no forman parte de la misma. Considerando que la actitud es una variable intercurrente y como tal sujeta a inferencias a partir de un hecho no directamente observable, la medimos a través de los hechos observados con ella relacionados.

No hay duda de que el componente más evidentemente característico de las actitudes es el componente afectivo. En esto las actitudes difieren por ejemplo de las creencias y las opiniones que, aunque muchas veces se integren a una actitud provocando un afecto positivo o negativo en relación a un objeto y creando una predisposición a la acción, no necesariamente se encuentran impregnadas de una connotación afectiva. Una persona puede creer en la existencia de vida en otros planetas o defender la creencia y esta opinión en un nivel cognoscitivo, sin unir a esto ningún rasgo afectivo. Por otro lado, estos mismos objetos podrían ser el blanco de las actitudes de otras personas.

Bosenberg (1960), demostró experimentalmente que los componentes cognoscitivos y afectivos de las actitudes tienden a ser coherentes entre sí”.

El Componente Conductual “es aquella según la cual las actitudes poseen un componente activo instigador de conductas coherentes con las condiciones y los afectos relativos a los objetos actitudinales”.



“El hecho de que poseemos actitudes en relación a ciertos objetos sociales y a ciertas situaciones en las que ellos se encuentran involucrados, explica ciertas incongruencias aparentemente existentes entre la actitud y la conducta. Una persona puede, por ejemplo, tener una actitud fuertemente negativa contra los franceses, pero tratar cordialmente a un grupo de franceses al cual es presentado en una recepción a la que se le ha invitado conjuntamente con el grupo de franceses. Su actitud en relación a la propiedad de su conducta en una reunión social prevalece sobre su eventual indisposición en relación a los franceses. Por tanto, llegamos a la conducta es la resultante de múltiples actitudes.

Concluiremos esta sección llamando la atención del lector sobre el concepto de centralidad de un objeto actitudinal, aspecto éste que ha merecido especial atención por parte de Rokeach (1967 - 1968). Rokeach (1968), nos habla de una dimensión central – periférica de las creencias que sirven de base a las actitudes. Cuanto más central es una creencia, mayor resistencia presenta al cambio. Según este autor, existen creencias sobre las que existe un 100% de consenso sobre su realidad, por lo que no son susceptibles a controversias (creencias del

tipo A); existen otras en que el grado de consenso es cero, pero que son inviolables para el individuo que las mantiene, quien no admite discusiones al respecto, (creencias del tipo B); existen, además, las creencias que tienen las personas en autoridades cuyo poder de referencia es para ellas elevado (Creencias del tipo C); en consecuencia, de este último tipo de creencia, todo lo que emana de dichas autoridades pasa a constituir también objeto de creencia para el individuo (creencia de tipo D); finalmente, existen las llamadas creencias inconsecuentes que se caracterizan por depender del puro gusto y cuya conservación es independiente del consenso que sobre ella se tenga”.⁶⁶

Por consiguiente podemos decir que muchas de las actitudes o comportamientos realizados por los habitantes de esta comunidad, reúnen un aspecto psicológico fundamentado e introyectado que al ser exteriorizado son los que han generado los factores de riesgo que predisponen a las enfermedades. Dentro de los factores observados encontramos.

- Proliferación de vectores por las aguas estancadas y negras.
- Excretas y basuras a la intemperie manipulada por los niños mientras juegan.
- Consumo de agua de dudoso tratamiento, preparación de alimentos poco balanceados y poco nutritivos que crean susceptibilidad (malnutrición, y desnutrición) a las enfermedades especialmente a las del sistema digestivo.

⁶ RODRÍGUEZ, Aroldo. *Universidad Federal de Río Grande do Sul. Edit. Trillas México Primera Edición 1976. Cap. 12 – 13*

- Madres analfabetas o de baja escolaridad.
- Niños de bajo peso al nacer (Niño menor de un año o de un año)
- Madre de 16 ó 17 años
- Presencia de alguna deficiencia en el niño.

Todos los factores mencionados generan la enfermedad diarreica aguda, la cual se define como:

La Enfermedad Diarreica Aguda es una alteración en la cual hay una frecuencia poco común de los movimientos intestinales (más de tres días), así como cambiasen la cantidad (más de 200 g/días) y la consistencia (heces líquidas) ahora la Enfermedad Diarreica Aguda también se puede definir como el cambio súbito en el patrón de evacuación intestinal normal del individuo, caracterizado por aumento en la frecuencia o disminución en la consistencia de las deposiciones para ser considerada como aguda, su aparición debe tener menos de tres semanas.

Según la opinión dada por el Doctor: Carlos Castillo Define: que el término Diarrea es asignado al aumento en la frecuencia de deposiciones diarias (una, dos o más veces del patrón habitual), las cuales suelen cambiar de consistencia volviéndose blandas, laxas, líquidas. Cerca del 80% de los casos de diarrea se

mejoran de manera espontánea en los cuatro o cinco días posteriores al inicio de los síntomas.⁷

Por otro lado Ernesto Guiralde, argumenta que la diarrea es el aumento de la frecuencia, continuo líquido, y volumen de las heces, un niño experimentara entre uno o tres primeros años de vida, cifra que asciende hasta diez por año en comunidades de extrema pobreza.⁸

5.1. FISIOPATOLOGÍA

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

- a. Secreción, diarrea secretora.
- b. Acción osmótica, diarrea osmótica.

⁷ MD. Carlos

⁸ Equiral@.lascar.duc.cl.oreguiral@med.puc.cl.

La diarrea secretoria es en general de volumen alto, provocará por un incremento en la producción y secreción de agua y de electrólitos por la mucosa intestinal en la luz intestinal. La diarrea osmótica se presenta cuando el agua es atraída hacia los intestinos por la presión osmótica de partículas absorbidas, lo que produce una reabsorción de agua y la diarrea mixta es provocada por un incremento en la actividad peristáltica de los intestinos (En general, por inflamación de los mismos) y una combinación de incremento de las secreciones o reducción de la absorción del intestino.

El Doctor Carlos Sánchez Davis opina que la fisiopatología puede ser mediado por uno o más de los siguientes, mecanismos:

- **Diarrea Osmótica:** Se origina por la presencia de solutos no absorbibles en luz intestinal, como laxantes y alimentos mal absorbidos que causan la salida de agua. Desaparecen con el ayuno. Es frecuente luego de la administración de medio de contraste oral para la realización de un TAC.
- **Diarrea Secretora:** Es secundaria a la secreción activa de iones que causan una pérdida considerable de agua. Dentro de este grupo se encuentran las diarreas producidas por virus (rotavirus), entre toxinas bacteriana (Colera, E. Coli), protozoos (Giardias) trastornos asociados con el SIDA, tumores productores de péptido intestinal vasoactivo (VIP), tumores carcinoides (histamina y serotonina) y adenomas vellosos de colon distal. No desaparece con el ayuno.

- **Diarrea Exudativa:** Es producto de la inflamación, ulceración de la mucosa intestinal y alteraciones de la permeabilidad para agua, electrolitos y solutos pequeños como la urea puede tener algunos componentes de la diarrea secretora como consecuencia de la liberación de la próstaglandina por células inflamatorias. Es consecuencia de infecciones bacteriana (Salmonera), clostridium difficile (frecuentemente inducidos por antibióticos) parásitos del colon (entamoeba histolytica) Enfermedad de Crohn, enterocolitis por radiación e isquemia intestinal, proctocolitis ulcerativa y enfermedad intestinal inflamatoria idiopática.
- **Diarrea Motora:** Aunque poco estudiada se debe con certeza que se producen alteraciones hiperperistálticas con disminución en el contacto entre el contenido nominal y la mucosa intestinal. A menudo la diarrea es intermitente y alterna con estreñimiento.

Es causada por diabetes mellitas y hipertiroidismo y también por el síndrome de intestino irritable.⁹

- **Reducción de la Superficie de Absorción:** Algunas operaciones (resección o desviación intestinal amplia) dejan una superficie de absorción inadecuada para líquidos y electrolitos. Es el denominado síndrome de intestino corto.

5.2. CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

La diarrea puede ser aguda o crónica, también puede clasificarse de volumen alto o bajo. Hay diarrea de volumen alto cuando se produce más del litro de heces líquidas por día; volumen bajo, cuando se produce menos de litro al día.

- **En Diarrea Acuosa:** Que contiene deposiciones líquidas, sin sangre, generalmente se acompaña de vómito, fiebre, pérdida del apetito. Es el tipo de diarrea más frecuente (90%), y generalmente cede espontáneamente en una semana. La diarrea acuosa producen frecuentemente deshidratación, por la abundante pérdida de líquidos que ocasiona. Este tipo de diarrea no requiere antibiótico.

- **Diarrea Disenterica:** Es cuando la persona presenta deposiciones con sangre, generalmente se acompaña de fiebre alta, mal estado general, cólico, pujo (dolor al defecar), tenesmo (sensación de querer seguir haciendo deposiciones después de haber terminado), y en algunos casos se pueden presentar convulsiones en los niños.

- **Diarrea Persistente:** Es aquella que dura más de 14 días, los episodios repetidos de diarrea son causa de desnutrición crónica. La excesiva pérdida de líquidos corporales provocadas por la diarrea, pueden causar la muerte.

⁹ SÁNCHEZ DAVID, Carlos. MD de la Oficina de Recursos Educativos FEPAFE.

5.3. AGENTE CAUSAL DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

Alrededor del 50% de los episodios de enfermedades diarreicas aguda son causados por virus, en particular rota virus. De un 20% a un 30% de las diarreas son consideradas de etiología bacteriana. El resto de individuos tiene etiología variable o a veces desconocida. Por el contrario, en países en desarrollo se atribuye en cerca del 10% de ideas a girar día y amebas.¹⁰

El autor de Geosalud. Com atribuye que las principales causas para la presencia de diarrea son las siguientes:

- Falta de higiene de los alimentos.
- Manos sucias.
- Tomar agua contaminada, en el caso del cólera contaminado por pupu o vómito de personas infectadas por el vibrium del colera.
- Presencia de basuras y desechos sólidos en la casas y calles de los barrios o zonas rurales.
- Pachas de los niños mal lavadas, sucias y destapadas.
- Presencia de moscas atraídas por la suciedad y la basura.¹¹
- Exposición de los pupus de los niños o gente adulta al aire libre.

¹⁰ *Geosalud.com*

¹¹ *Ibid*

Los cuadros más corrientes de diarrea aguda suele tener origen en alimentos o aguas contaminadas y en la mayor parte de los casos, son producidas por infecciones bacterianas. Las diarreas de origen viral son de igual importancia.

La infección bacteriana más común en nuestro medio es la debida a la Escherichia Coli. Aunque también vamos a encontrar la Shigellosis conocida como disentería bacilar, la salmonella puede causar gastroenteritis, fiebre tifoidea y bacteremia.

En los países y comunidades pobres la mayoría de las diarreas - heces agudas o diarrea acuosa son causadas por agentes infecciosos (virus, bacterias o con menor frecuencia, parásitos intestinales). Esto es especialmente común y peligroso en los niños pequeños.

5.4. SINTOMATOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

- Vómitos
- Diarrea
- Fiebre
- Dolor abdominal
- Deshidratación (a causa del vómito y la diarrea)

Otros síntomas relacionados pueden atribuirse directamente a la diarrea como:

- Debilidad

- Cólicos abdominales
- Distensión
- Ruidos sordos en el intestino (borborigmo)
- Anorexia
- Sed

5.5. COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

La deshidratación con acidosis es la complicación más común de la diarrea aguda. En la diarrea predominante secretora, el contenido intestinal presenta altas concentraciones de sodios y cloruros. En diarreas predominantes osmóticas, el contenido de electrolitos es más bajo. En estos casos, la osmolaridad del contenido fecal depende principalmente de la expresión de sustrato orgánicos (Hidratos de carbono no absorbidos, ácidos orgánicos de cadena media, etc.) la mayoría de las diarrea que causan excesiva pérdidas de líquidos resultan en una concentración isotónica de los espacios corporales (isonaremia). En niños desnutridos o con diarrea crónica o repetida, tiende a producirse hiponatremia la deshidratación hipernatremica, por otra parte, se ve raramente en la actualidad y su tratamiento requiere de una corrección de la deshidratación más lenta y controlada. Se habla de deshidratación leve o inaparente (que es la que más frecuentemente se produce en diarreas agudas), cuando las pérdidas de agua corporales son inferiores a 40 – 50 ml/ks, de peso corporal. Hasta este límite de pérdida, aproximadamente, los signos clínicos objetivos de deshidratación son pocos. En primer lugar no se observa aún sequedad de las mucosas o

disminución de las lagrimas, sin embargo, puede haber aumento en la velocidad del pulso y una cierta palidez de la piel. El paciente se aprecia, además, algo sediento, cuando la deshidratación alcanza a pérdidas de líquidos corporal de 50 -100 ml/kg de peso, es corriente referirse a ella como deshidratación "moderada" si las pérdidas superan los 100 ml/kg de peso se habla ya de deshidratación "grave"

De acuerdo a los signos, síntomas presentes se clasifica al niño como hidratado, deshidratado o con choque hipovolemico:

Otras complicaciones de la diarrea se incluye la posibilidad de disrritimias cardíacas derivadas de pérdidas importantes de líquidos y electrolitos (especialmente potasio), se debe la producción de orina inferior a 80 ml/h en un plazo de 2 a 3 h consecutivas, así como debilidad muscular, parestesia, hipotensión, anorexia y somnolencia con niveles de potasio por debajo de 3.0 meg/c la disminución de potasio provoca disrritimias cardíacas (taquicardia ventricular, fibrilación ventrículas y contracción ventriculares prematuras) que puede producir la muerte.

56. TRATAMIENTO

El objetivo primordial es corregir la deshidratación y los trastornos hidroeléctricos y mantener la homeostasia durante el curso de la enfermedad; para ello se recomienda la solución de rehidratación oral, la cual puede ser salvadora en los

niños y en los ancianos. La composición por litro de agua consiste en: cloruro de sodio 3.5 g; cloruro de potasio 1,5 g; bicarbonato de sodio 2.5 g; glucosa 20 g. Su uso es más eficaz. Un adulto con diarrea profusa debe beber entre 7000 y 1000 ml cada hora, según el peso, la edad y la severidad de la enfermedad.

Debe tenerse en cuenta que en algunos casos esta solución hipertónica puede incrementar la diarrea y que en la mayoría de diarreas simples, como la "diarrea del viajero", es suficiente ingerir cualquier líquido salado o acompañado de galletas salinas. También son útiles las soluciones minerales comerciales, que son de muy buen gusto, como el Gatorade.

La hidratación parenteral se indica en casos de deshidratación grave, cuando fracasa la hidratación oral o se sospecha enterocolitis. Se utiliza lactato de Ringer, 10 – 20 ml/kg/hora, según la intensidad de las pérdidas.

En la deficiencia de disacandasa ocasionalmente es necesario reemplazar la leche y derivados, los jugos y frutas, por preparados de proteínas vegetales o animales que no contengan disacáridos; también es útil el caseinato de calcio.

Los agentes antimicrobianos sólo están indicados en casos específicos de enfermedad diarreica:

- a. disenteria por *Shigella*. Se trata con ampicilina (g diarios durante 5 a 7 días) o trimetropin – sulfametoxasol (2 tabletas de doble concentración durante 5 a 7 días).

- b. Enteritis por *Campylobacter*. Su manejo se hace con eritomicina (250 mg tres veces al día durante 7 días).
- c. Giardiasis. Está indicado el tratamiento con metronidazol (250 mg tres veces al día durante 7 días).
- d. *Escherichia coli*. El tratamiento con antibióticos sólo está indicado si los síntomas son intensos e incapacitantes; el fármaco de elección es el trimetropin – sulfametoxazol. (2 tabletas de doble concentración durante 3 días)
- e. Amebiasis. Está indicado el tratamiento con metronidazol (500 mg tres veces al día durante 7 – 10 días).

Los antidiarreicos usados comúnmente (coalín, pectina, peto – bismol, etc.), en general no cambian el curso de la enfermedad. Los opiáceos sintéticos son útiles ocasionalmente, puesto que inhiben la hipersecreción y la hipermotilidad producidas por las prostaglandinas E1 y E2.

Sin embargo, agentes como el lomotil pueden tener efecto adversos sobre la evolución de la enfermedad al favorecer la secreción prolongada de toxinas y aumentar el tiempo de contacto del agente infeccioso con la mucosa. Están contraindicados en los procesos inflamatorios invasivos bacterianos o parasitarios.

La mayoría de las “diarreas del viajero” son producidas por bacterias (o sus toxinas) y en ellas ha demostrado ser beneficioso el uso de antibioticoterapia,

especialmente trimetropin sulfametoxazole o ciprofloxacina, usualmente en una dosis grande y única.¹²

Luego de haber mostrado las actitudes, los factores de riesgo, la enfermedad como tal, pasaremos a mencionar las prácticas realizadas por las madres, las en cuales nos pudimos dar cuenta que no son las más adecuadas, pero de alguna manera les ha dado resultado en los casos menos agudos de la E.D.A.

Sus prácticas son las siguientes:

- Administración de agua de manzanilla, agua de guayaba verde, bicarbonato con sal, pan de sal.
- Algunas administran a sus hijos "suero oral" preparado a su manera y es por eso que no logran los resultados esperados.
- Otro porcentaje les administran antimicrobianos recomendados por otras madres (vecinas), cuyos hijos ya han pasado por ese episodio de diarrea y otras madres con acciones mucho más extremas les dejan de dar su alimentación, quizás lo hacen para evitar que el niño siga con diarrea, pero a la vez no son conscientes que éstas cosas los perjudican más. Por último definimos el término práctica → Como el uso, costumbre, manera que se tiene de hacer una cosa.

¹² file:///A: GUIAS%20PARA %20MANEJO%20DE%20URGENCIAS%20-%20ENFERME...

6. METODOLOGÍA

6.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El proyecto investigativo que se planteó es descriptivo prospectivo, donde se especifican todos los factores del huésped como del medio donde se desarrolla las enfermedades diarreicas agudas.

6.2. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

El método utilizado fue el inductivo, porque estudia al sujeto de investigación desde un contexto particular a lo general.

6.3. DELIMITACIÓN

6.3.1. Temporal: El siguiente estudio se realiza en el tiempo comprendido en el año 2000– 2002.

6.3.2. Espacial: El proyecto se desarrollo en el Barrio 12 de Septiembre del Municipio de Galapa – Atlántico.

6.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

6.4.1. Población: La población en el cual se desarrolló el siguiente proyecto investigativo fueron los niños del Barrio 12 de Septiembre del Municipio de Galapa – Atlántico, 1 a 4 años y las madres encargadas del cuidado de los niños.

6.4.2. Muestra: La muestra escogida para la realización del siguiente estudio fue de cincuenta y cinco madres.

El muestreo empleado fue probabilística, porque las madres tuvieron la posibilidad de ser seleccionada.

6.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

TÉCNICAS

Observación directa, diálogos que se establecieron con las madres durante el desarrollo de las prácticas de atención primaria y salud familiar.

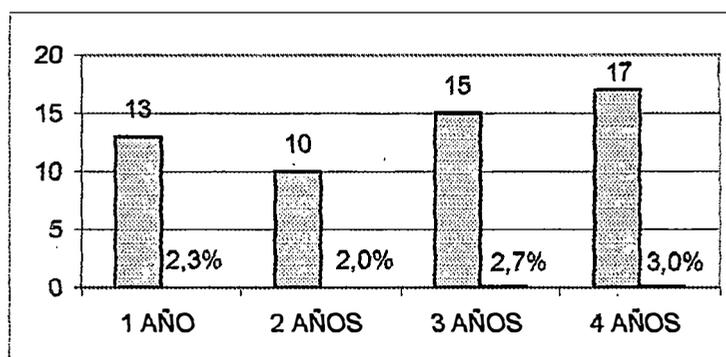
INSTRUMENTOS

Cuestionario que se le aplicó a las madres del Barrio 12 de Septiembre del Municipio de Galapa – Atlántico, donde se desarrollaron preguntas abiertas y cerradas, con el fin de analizar las prácticas más frecuentes para el tratamiento de enfermedades diarreicas agudas.

7 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

TABLA No. 1 DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA EDAD

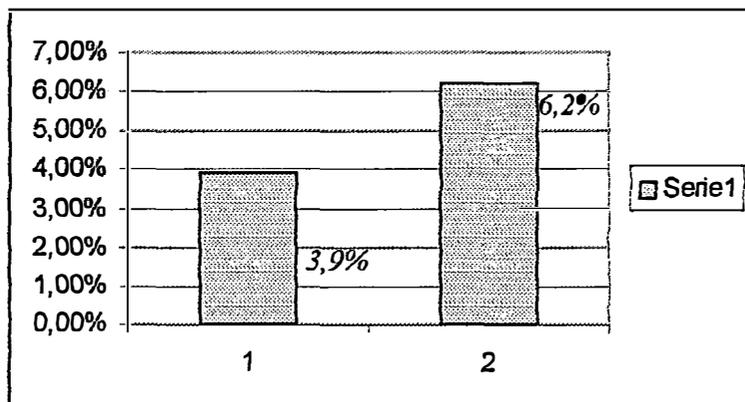
COMPONENTE	NUMERO	%
1 AÑO	13	2,3 %
2 AÑOS	10	2,0 %
3 AÑOS	15	2,7 %
4 AÑOS	17	3,0 %
TOTAL	55	10,0%



El analizar los datos arrojados por la Tabla No. 1 nos muestra que la población infantil del Barrio 12 de Septiembre más predisponente son los grupos de edades de 4 años con 17 niños (3.0%) seguidas por las edades de 3 años (2.7%). De igual manera se observa un índice alto de las edades de 1 año con 13 niños (2.3%) y los de 2 años (2.0%). Al comprobar la siguiente sistematización se puede establecer que la comunidad infantil es muy afectada, especialmente en el grupo de edades el cual es objeto del estudio.

TABLA No. 2 LACTANCIA MATERNA

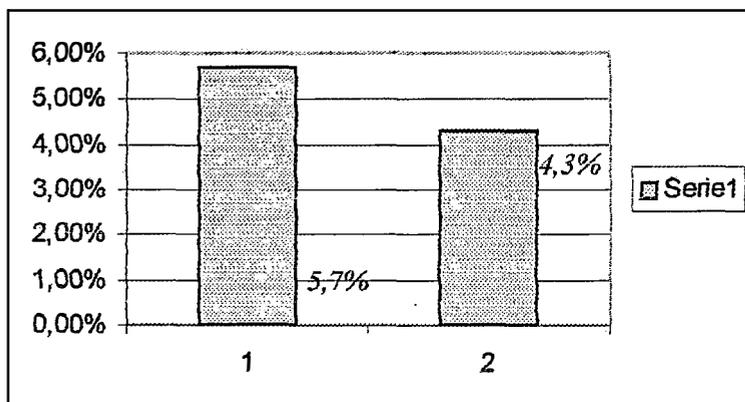
COMPONENTE	NÚMERO	PORCENTAJE
SI	21	3,9%
NO	34	6,2%
TOTAL	55	10,0%



Observando la sistematización de la Tabla No. 2 se puede concluir que 21 (3.9) de los niños fueron alimentados con lactancia materna, y 34 de estos (6.1) no tuvieron la oportunidad de recibir los beneficios que les ofrece la leche materna, por presentarse factores sociales – culturales en las madres encargadas de esta función, teniendo en cuenta que este tipo de alimentación contiene anticuerpos esenciales para prevenir la presencia de la Enfermedad Diarreica Aguda.

TABLA No. 3 ESQUEMA DE VACUNACIÓN

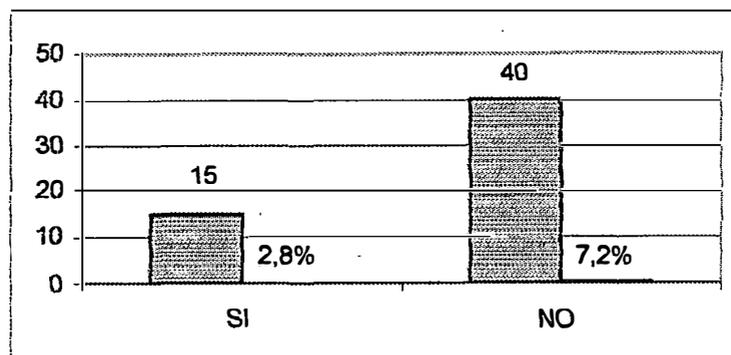
COMPONENTE	NÚMERO	PORCENTAJE
SI	31	5,7%
NO	24	4,3%
TOTAL	55	10,0%



Los datos arrojados por la Tabla No. 3 muestra que 3.1 (5.7%), de los niños cuenta con el esquema de vacunación completo, y 2 y (4.3%) de la población infantil no tiene la inmunización, siendo este una fuente principal para disminuir la presencia de la Enfermedad Diarreica Aguda.

TABLA No. 4 HIERVE EL AGUA

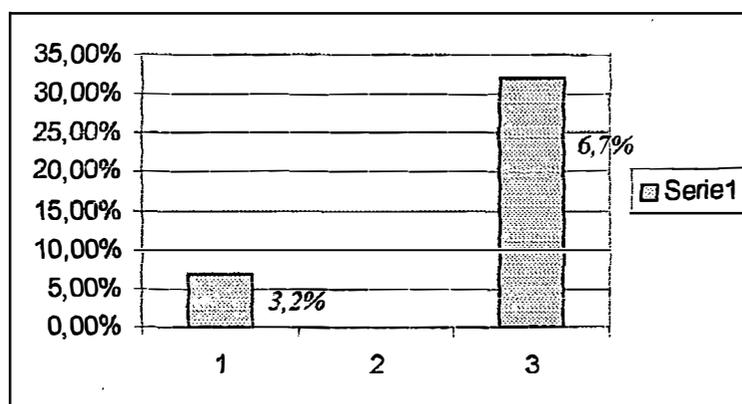
COMPONENTE	NÚMERO	PORCENTAJE
SI	15	2,8%
NO	40	7,2%
TOTAL	55	10,0%



La conclusión que muestra la Tabla No. 4, observamos que 40 (7.2%) de la persona no hierven el agua y 15 (2.8%) de estos si realizan este procedimiento, toda esta situación que se muestra esta muy relacionada con la falta de conocimiento que tienen los habitantes acerca de este factor de riesgo que es una de las causas primordiales para la presencia de esta patología.

TABLA No. 5 TIPO DE AGUA PARA LA PREPARACIÓN DE ALIMENTOS

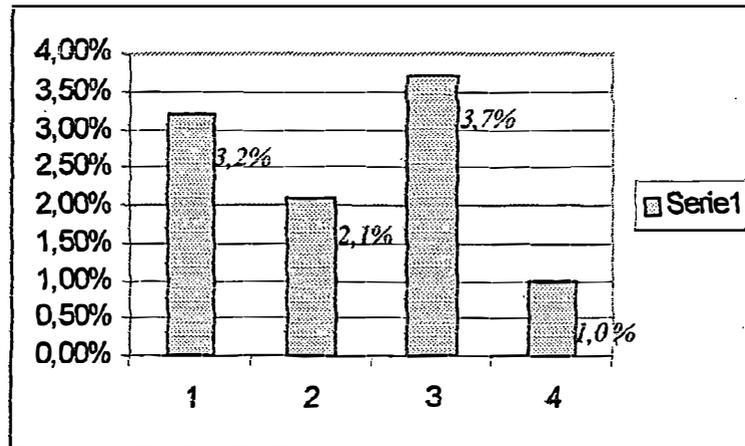
COMPONENTE	NÚMERO	PORCENTAJE
CARRO TANQUE	34	6,7%
POZO SUBTERRANEO	-	-
BOLSA DE AGUA	18	3,2%
TOTAL	55	10,0%



Observando la Tabla No. 5 vemos que la preparación de los alimentos la realizan en un 37 (6,7%) con agua de los carro tanques y el 18 (3,2%) con agua de bolsa, sin dejar de mencionar que al encuestarlos sobre si preparaban los alimentos con agua del pozo subterráneo afirmaron que no porque sabían que esa agua para lo único que servía era para los quehaceres domésticos.

TABLA No. 6 NECESIDADES FISIOLÓGICAS

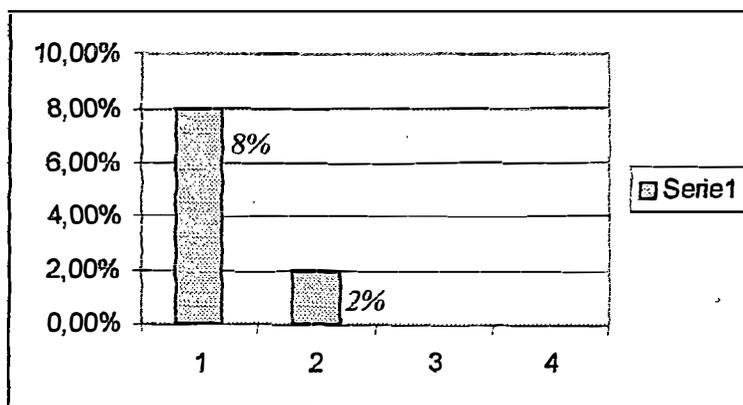
COMPONENTE	NÚMERO	PORCENTAJE
LETRINA	18	3,2%
POZO SÉPTICO	12	2,1%
CAMPO ABIERTO	20	3,7%
ENTIERRAN	5	1,0%
TOTAL	55	10,0%



El desarrollar la lectura de la Tabla No. 6 se observó 20 (3.7%) de los habitantes realizan sus necesidades fisiológicas a campo abierto, 18 (3.2%) en letrina, 12 (2.1%) utilizan pozo séptico, y 5 (1.0%) la entierran. Toda esta situación que se está presentando se debe a dos factores primordiales como la falta de alcantarillado que carece el barrio, y la cultura que se han transmitido a través de las generaciones.

TABLA No. 7 COMPONENTE SOBRE LA E.D.A.

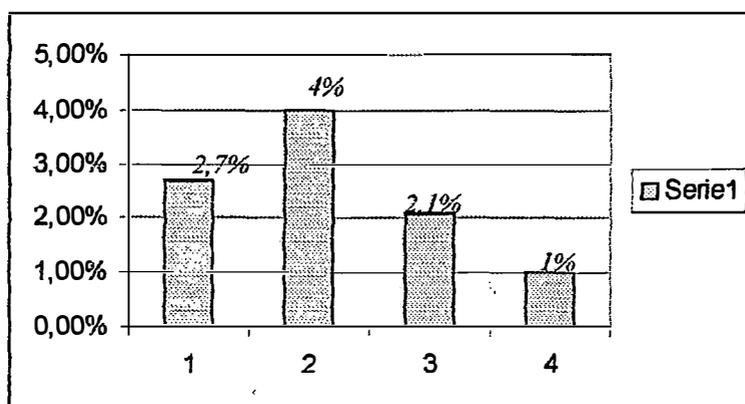
COMPONENTE	NÚMERO	PORCENTAJE
SI	44	8%
NO	11	2%
TOTAL	55	10,0%



Los datos arrojados por la tabla No. 7, nos indica que 44 (8%) de las madres conocen o por lo menos han escuchado que es la E.D.A. y cuál es su sintomatología, y el 11 (2%) comenta no saber mucho del tema, algunas porque en los procesos educativos no ha podido estar y otras por desinterés; esto nos da la certeza de que si preparamos más a la comunidad, la situación de salud en cuanto a la E.D.A., nos referimos puede cambiar.

TABLA No. 8 EPISODIOS DE DIARREA EN LOS NIÑOS AL AÑO

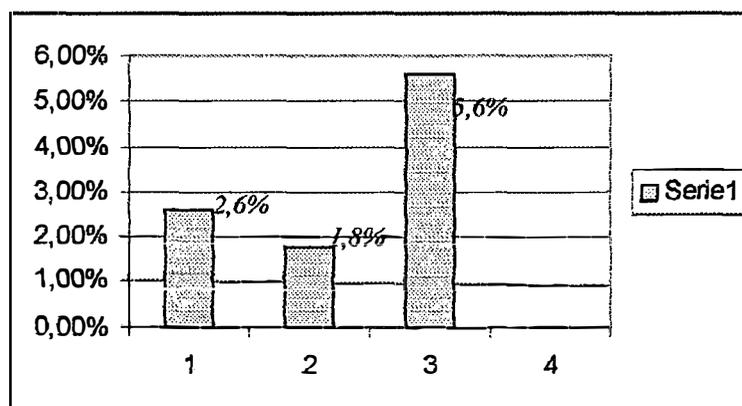
COMPONENTE	NÚMERO	PORCENTAJE
2 A 3	15	2,7%%
3 A 4	22	4%
4 A 5	12	2,1%
5 A 6	6	1%
TOTAL	55	10,0%



A la interpretación de la tabla No. 8, se observa que 22 (4%) de las encuestadas mencionan que sus niños presentan de 3 a 4 episodios de diarrea, seguida de un 15 (2,7%) la cual indica que un bajo índice de niños les da de 2 a 3 veces y en cuanto a casos repetitivos de 4 a 3 con 12 (2,1%) y de a (1%) de niños que repiten anormalmente de 5 a 6 veces, esto nos demuestra que la E.D.A. es una patología que no deja de estar atacando a los niños, debido a la falta de prevención por parte de sus madres.

TABLA No. 9 COMITÉ COMUNITARIO DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

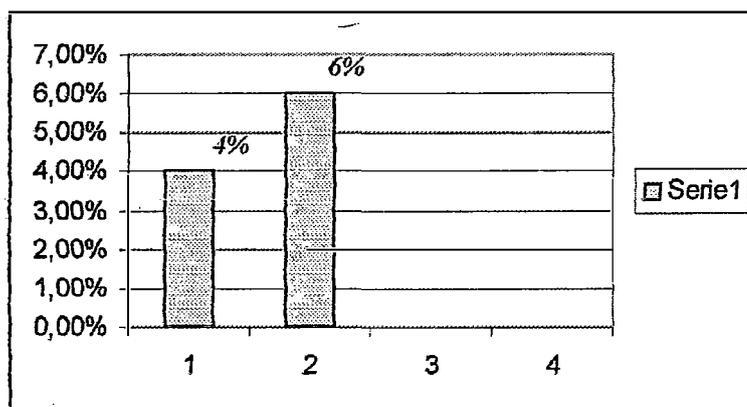
COMPONENTE	NÚMERO	PORCENTAJE
ADM. DE ANTIMICROBIANO (METRONIDAZOL)	14	2,6%
HIDRATACIÓN CON SUERO ORAL	10	1,8%
AGUA DE GUAYABA Y MANZANILLA	31	5,6%
TOTAL	55	10,0%



En la tabla No. 9, observamos las prácticas que realizan las madres del Barrio 12 de Septiembre, para tratar las enfermedades diarreicas agudas donde se muestra que: 31 (5.6%) de estas madres amas de hogar utilizan agua de guayaba y manzanilla como tratamientos seguro y efectivo así mismo 14 (2,6%) de estas administran antimicrobiano y 10 (1,8%) recurren a la hidratación de uso oral. Las prácticas realizadas por las madres son perjudiciales para el menor y esto puede llegar a representar riesgos de complicaciones.

TABLA No. 10. CONOCIMIENTO PARA LA PREPARACIÓN DEL SUERO ORAL

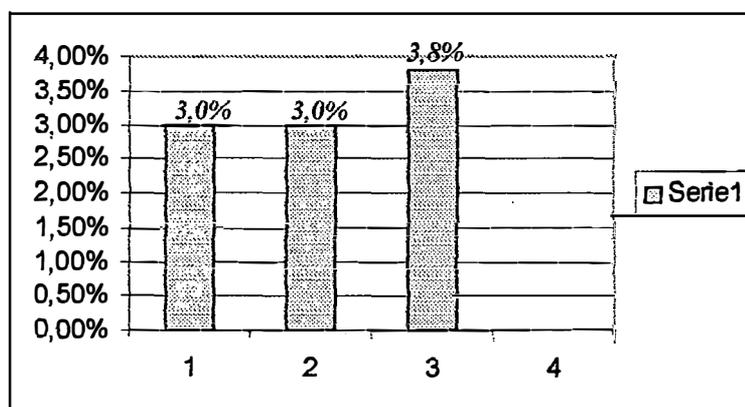
COMPONENTE	NÚMERO	PORCENTAJE
SI	22	4%
NO	33	6%
TOTAL	55	10,0%



Al analizar los datos arrojados en la sistematización de la Tabla No. 10, se observa que 22 (4%) de las madres encuestadas dicen saber cómo preparar el suero oral, y el 28 (5%) comenta no saber hacerlo, esto demuestra que estas madres están falta de una buena educación y ese desconocimiento una de las causas de que muchos niños lleguen a complicaciones extrema como lo es la deshidratación.

TABLA No. 11. MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LAS MADRES ANTE LA E.D.A.

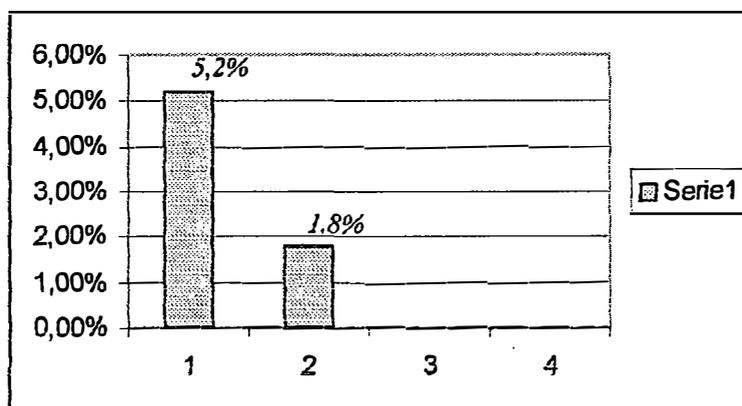
COMPONENTE	NÚMERO	PORCENTAJE
NO DEJAR JUGAR A LOS NIÑOS CON ARENA	17	3.0%
NO DARLES JUGOS CÍTRICOS	17	3.0%
NO DARLES DE COMER GOLOSINAS	21	3.8%
TOTAL	55	10,0%



La conclusión de los datos emitidos por la tabla NO. 11, demuestra que 21 (3,8%) de las madres comenta que para prevenir la E.D.A. no le dan golosinas a su hijo porque esto le da parásitos y por esto es que se produce la E.D.A., de igual forma un grupo de las madres encuestadas unifican su criterio diciendo que lo mejor para la prevención es no dejarlo jugar con arena, porque tienen microorganismos que afectan al niño y en cuanto a los jugos porque son ácidos y les irrita e inflama su estómago según sus opiniones, es de anotar que la prevención de las madres es más acertada en las creencias y costumbres erróneas que a conocimientos científicos y todo por falta de educación.

TABLA No. 12. PERTENENCIA A COMITÉ DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

COMPONENTE	NÚMERO	PORCENTAJE
SI	29	5.2%
NO	26	1.8%
TOTAL	55	10,0%



Los datos reportados en la sistematización de la tabla No. 12, arroja que 29 de las madres (5.2%) quieren pertenecer a comités comunitarios de promoción y prevención para aprender el manejo que se deben realizar para tratar a las enfermedades diarreicas agudas cuando se presente y así mimos poder prevenirla. De igual manera 26 de estas madres 4.8% desean pertenecer en estos comités por falta de tiempo y horario no flexible de trabajo.

CONCLUSIÓN

Teniendo en cuenta la presentación del anterior proyecto de investigación y basándonos primordialmente en los datos obtenidos en la tabulación de las encuestas, se puede concluir que las actitudes y las prácticas de las madres ante la presencia de la E.D.A., no son las más adecuadas y si ha esto le agregamos los factores de riesgos expuestos que no son controlados, son razones suficientes para la incidencia de la mencionada patología y de que algunas veces se presenten complicaciones.

A la vez, podemos decir que estas acciones se deben a la falta de educación y de algunos factores socio – culturales que se ven reflejados en la salud de los niños, causándoles dificultades para su sano crecimiento y desarrollo físico psicológico e intelectual.

RECOMENDACIONES

Al culminar el proyecto investigativo de las actitudes y practicas de las madres del barrio 12 de Septiembre del Municipio de Galapa – Atlántico, sobre el manejo de la Enfermedad Diarreica Aguda en los niños de 0 – 4 años, se vió la necesidad de hacerles las siguientes sugerencias que van encaminadas a generar estilos de vida saludables y sobre todo promover y prevenir las enfermedades.

- Organizar comités comunitarios de salud con las madres del Barrio 12 de Septiembre del municipio de Galapa – Atlántico, con el fin de capacitarlas sobre las actitudes de las prácticas a utilizar en el caso de E.D.A.
- Crear campañas educativas con las madres y la comunidad del Barrio 12 de Septiembre del municipio de Galapa – Atlántico, sobre:
 - Preparación y administración de suero oral.
 - Hábitos de vida saludable.
 - Tratamiento y manipulación de aguas residuales, excretas.

- La importancia de hervir el agua.

- Tratamiento de agua para su consumo.

- Alimentación balanceada.

- Gestionar con el PAB del municipio de Galapa, la promoción y prevención de la E.D.A., así como también su revisión y evaluación de la educación de la educación impartida para disminuir la morbimortalidad.

PRESUPUESTO**COSTO DIRECTO:**

Fotocopias	\$	17.100
Papelería		8.000
Disquete		4.000
Consultas a Internet		18.000
Transcripción		52.000
Pasajes de visitas domiciliarias		5.000
Anillada o empaste		16.000

TOTAL	\$	120.100

CRONOGRAMA

ETAPA I

- IV SEMESTRE**
- Planteamiento del Anteproyecto
 - Búsqueda de Información
 - Organización de la información
 - Desarrollo del contenido
 - Entrega del Anteproyecto
 - Recomendación

ETAPA II

- VI SEMESTRE**
- Arreglo de recomendación
 - Recopilación de información para las sugerencias
 - Entrega del Anteproyecto

ETAPA III

- VII SEMESTRE**
- Corrección de sugerencias
 - Elaborar el instrumento (encuesta)
 - Recopilar la información que contiene el instrumento
 - Entrega del proyecto

ETAPA IV

- VIII SEMESTRE**
- Organización de la información
 - Tabulación – Interpretación
 - Entrega
 - Presentación

BIBLIOGRAFÍA

HARRINSON, Principio de medicina interna 13º 14 ed.

ENFERMERÍA MEDICO QUIRÚRGICA DE BRUNNER Y SUDDARH .

DURAN, Stauch Ernesto. La problemática de Salud de los niños y niñas colombianos. 1993.

DICCIONARIO DE MEDICINA OCÉANO GLOSARI

Biblioteca Virtual en salud de México En: <http://bus.mx/bus-mxe.ehome.htm>.

<file:///A:/pediatríaorgano%20oficial%20>.

DANE Resumen Censo 1993. Bogotá 1995.

Programa Nacional de Acción a favor de la Infancia.

Enciclopedia Larousse.

Equiral@lascar.duc.cl. oreguiral@med.puc.cl.

RODRÍGUEZ, Aroldo. Universidad Federal de Rio Grande Do Sul. Editorial Trillas México. Primera Edición 1976. Cap. 12 – 13 pgs. 327 – 355.

SÁNCHEZ DAVID, Carlos. MD de la Oficina de Recursos Educativos FEPAFE.

Geosalud.com

[file:///A:/ GUIAS%20PARA %20MANEJO%20DE%20URGENCIAS%20-%20ENFERME...](file:///A:/GUIAS%20PARA%20MANEJO%20DE%20URGENCIAS%20-%20ENFERME...)

A N E X O S

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
FACULTAD DE ENFERMERÍA

ENCUESTAS

Actitudes y prácticas de las madres del barrio 12 de Septiembre del Municipio de Galapa – Atlántico, sobre el manejo de la Enfermedad Diarreica Aguda en niños de 1 – 4 años 2000 – 2002

NOMBRE:

EDAD:

SEXO:

OCUPACIÓN:

NIVEL DE ESCOLARIDAD:

1. ¿Hay niños menores de 4 años en su residencia?

SI _____ NO _____ EDADES

1 año ()

2 años ()

3 años ()

4 años ()

2. ¿Le da leche materna a su hijo?.

SI _____ NO _____

3. ¿Le ha aplicado el esquema de vacunación completo a su hijo?

SI _____ NO _____

CUÁNTAS LE FALTAN?

4. ¿Usted hierve el agua que consume?

SI _____ NO _____

5. El agua que utiliza para la preparación de los alimentos la recoge de:

a. Carro tanque ()

b. Pozo subterráneo ()

c. Bolsas de agua ()

6. ¿Dónde realizan sus necesidades fisiológicas?

a. Letrina ()

b. Pozo séptico ()

c. Campo abierto ()

d. Entierran ()

7. ¿Sabe usted qué es la E.D.A.?

SI _____ NO _____

8. ¿Cuántos episodios de diarrea le da a su hijo al año?

2 A 3 ()

3 A 4 ()

4 A 5 ()

5 A 6 ()

9. ¿Qué practica realiza usted para tratar la E.D.A.?

10. ¿Sabe usted preparar el suero oral?

11. ¿Qué medidas de prevención realiza usted para que a sus hijos no se les presente la E.D.A.

12. ¿Le gustaría que en el barrio se crearan comités educativos para la prevención y promoción de la enfermedad diarreica aguda?

SI _____ NO _____ POR QUÉ? _____