



**FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

TESIS

**CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN
NIÑOS MENORES DE 4 AÑOS, QUE TIENEN LAS MADRES EN EL PUESTO
DE SALUD CUYUMALCA - CHOTA 2015.**

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN

ENFERMERIA

PRESENTADO POR:

RAMOS MILIAN MARIBEL

ASESOR

MG. HIRMA BARRUETA CALDAS

CHOTA, PERÚ FEBRERO 2018

**CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN
NIÑOS MENORES DE 4 AÑOS, QUE TIENEN LAS MADRES EN EL PUESTO
DE SALUD CUYUMALCA - CHOTA 2015 .**

RESUMEN

La siguiente investigación tuvo como objetivo Identificar el conocimiento acerca de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 4 años, que tienen las madres en el Puesto de Salud Cuyumalca - Chota 2015, con una metodología de tipo no experimental, descriptivo y el método descriptivo de corte transversal, el cual determinará conocer las prácticas que las madres realizan frente a un cuadro diarreico infantil. **NO EXPERIMENTAL** Porque no se manipula la variable de estudio. Sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos.**DESCRIPTIVO:** Por que describe la realidad a estudiar. El investigador no interviene en el estudio, se limita a observar y describir la frecuencia de la variable que se elige en el diseño del estudio. Porque se va a describir las medidas que las madres realizan frente a un cuadro diarreico.**TRANSVERSAL:** Porqué la recolección de datos se realizará una sola vez. Recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. El instrumento fue sometido a la evaluación de Juicio de Expertos para determinar su validez, teniendo como participantes a licenciadas en enfermería en la especialidad de Pediatría, llegando a obtener 0.843 cuyas opiniones y recomendaciones sirvieron para mejorar el instrumento.

Palabra clave: Conocimiento sobre enfermedades diarreicas agudas

ABSTRACT

The following research aimed to identify the knowledge about acute diarrheal disease in children under 4 years, which mothers have in the Cuyumalca Health Post - Chota 2015, with a non-experimental, descriptive type methodology and the descriptive method of cross-section, which will determine the practices that mothers perform against a diarrheic infantile picture. **NON-EXPERIMENTAL** Because the study variable is not manipulated. Only phenomena are observed in their natural environment and then analyzed. **DESCRIPTION:** By describing the reality to be studied. The researcher does not intervene in the study, he limits himself to observing and describing the frequency of the variable chosen in the study design. Because it is going to describe the measures that the mothers carry out in front of a diarrheic picture. **TRANSVERSAL:** Why the data collection will be done only once. Collect data in a single moment, in a single time. The instrument was submitted to the evaluation of Expert Judgment to determine its validity, having as participants nursing graduates in the specialty of Pediatrics, getting to obtain 0.843 whose opinions and recommendations served to improve the instrument.

Keyword: Knowledge about acute diarrheal diseases

ÍNDICE

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESÚMEN

i

ABSTRAC

ii

ÍNDICE

iii

INTRODUCCIÓN

v

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

1

1.2. Formulación del problema

2

1.3. Objetivos de la investigación

3

1.3.1. Objetivo general

3

1.3.2. Objetivos específicos

3

1.4. Justificación del estudios

4

1.5. Limitaciones

4

CAPITULOII: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

5

2.2. Base teórica

20

2.3. Definición de términos

37

2.4. Hipótesis

38

2.5. Variables

38

2.5.1. Definición conceptual de las variables

38

2.5.2. Definición operacional de las variables

39

2.5.3. Operacionalización de la variable

40

CAPITULOIII: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	47
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	48
3.3. Población y muestra	48
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	48
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	49
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	50
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	51
CAPÍTULO V: DISCUSION	57
CONCLUSIONES	62
RECOMENDACIONES	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCION

El mundo contemporáneo no se caracteriza solamente por un incremento del número de tecnologías que permite a los sistemas de salud intervenir en los casos que en épocas pasadas quedaban relegados al sufrimiento y la muerte; sino por las nuevas actitudes sociales que proclaman los derechos de los individuos y las sociedades humanas a la salud y a todas las conquistas alcanzadas por la humanidad en su largo y doloroso desarrollo. También es una característica crucial de nuestro tiempo el auge alcanzado por el proceso de globalización, a través del cual la información, los bienes, el capital y las personas se mueven a través de los límites políticos y geográficos del mundo.

Por otro lado la globalización ha facilitado la aplicación y extensión de los nuevos conocimientos en materia de prevención y curación de enfermedades, ha contribuido al incremento de las desigualdades y los riesgos, siempre crecientes para la salud, ocasionados por el incesante flujo mediante el cual seres humanos, gérmenes patógenos y estilos de vida se mueven a lo largo y ancho del planeta.

El estudio presenta el Capítulo I relacionado a Problema de investigación, El Capítulo II, Marco teórico, Capítulo III, Metodología y Capítulo IV

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las Enfermedades Diarreicas Agudas constituyen un gran problema en la salud de los seres humanos en especial en los menores de 5 años, siendo estos los más vulnerables, constituyendo el aumento de la morbimortalidad infantil. La cumbre mundial a favor de la infancia, celebrada a fines de 1990 propuso a nivel mundial acciones de política a favor de los derechos del niño, comprometiendo a los países a elaborar planes específicos para proteger la supervivencia y el desarrollo de la niñez, pese a ello en 2008, luego de iniciado las acciones a favor de la infancia, los gobiernos del 62% de los países del mundo (190 países consultados) opinaban como inaceptable las tasas de mortalidad registradas para esa fecha.⁽¹⁾

En América Latina como en los casos anteriores se observan diferencias en los niveles de mortalidad infantil aunque en magnitudes de menores, pues hay cierta homogeneidad entre las subregiones. En el Perú todavía se observan altos niveles de mortalidad, debido a que persisten los graves problemas que afectan a gran parte de nuestra población y que tienen incidencia directa en la mortalidad de los niños, en especial a aquellos que pertenecen a grupos poblacionales afectados por el hambre,

a falta de servicios de educación, vivienda adecuada, salud y en general niños que pertenecen a hogares o pueblos íntegros que viven en la pobreza. Sin embargo, de acuerdo a informes difundidos por Naciones Unidas, se ha podido establecer que en los países donde todavía persisten niveles de mortalidad elevados tal como es el caso del Perú, los factores socioculturales y ambientales, antes que los económicos, son determinantes en los niveles de mortalidad infantil resaltando sobretodo el efecto de la educación de las madres de familia.⁽¹⁾

En países en desarrollo, los niños menores de 4 años sufren, en 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. Se evidencia que un número importante de niños no regresaron a la consulta ante los signos de deshidratación y estado de gravedad, o bien, fueron llevados demasiado tarde como para poder salvarlos. Destacan, así mismo, que la mayoría de las muertes ocurrió en el hogar y que las situaciones fueron también manejadas por la familia con auto prescripción incorrecta y sin usar el SRO. Se ha documentado elaboración que el uso de medicamentos.

Las razones por las cuales persisten las prácticas de medicación incorrecta y de no recurrir al SRO en la población han sido poco estudiadas. Algunas investigaciones han encontrado una relación significativa entre condiciones sociales y variables culturales, por un lado, y el rechazo del SRO, por el otro ⁽³⁾. Por ejemplo, se afirma que: “las familias clasificadas como tradicionales rechazaron con mayor frecuencia este tipo de tratamiento” o que “las madres que tienden a subestimar la deshidratación son de nivel económico más bajo y tiene menor acceso a los servicios médicos y los niños más desnutridos” . Por otro lado, se ha descrito el proceso de toma de decisiones durante las enfermedades diarreicas para poder entender el manejo en el hogar por parte de la

familia. A partir del reconocimiento de que el niño sufre de diarrea, las practicas se dividen en dos fases: en la primera se realiza una serie de practicas de autoatencion esperando que se cure la enfermedad; en la segunda fase, el episodio se hace “publico”, es decir, la familia empieza a preocuparse por que no cede la enfermedad y determina que se requiere otro tipo de atención. El paso a la segunda fase se da en los casos en que no se ha detenido la diarrea (cabe recordar que la diarrea es autolimitada y dura de tres a cinco días) y empieza a complicarse con deshidratación.

En esta fase se realiza una serie de prácticas curativas, delimitadas por la combinación de recursos que ofrece el entorno social con los que tiene la familia: medicación contraindicada recomendada por las redes de ayuda o farmacéuticos, así como acudir al medico privado, al tradicional o institucional. Algunas que han tenido hijos severamente deshidratados han descrito como van combinando indiscriminadamente las distintas prácticas conforme se agrava la situación. El patrón de estas combinaciones es el de utilizar todo tipo de recurso que se tiene a la mano y cada vez con mayor desesperación, pues lo que se hace no esta solucionando el problema, no se esta “curando” la diarrea. Se entonces la paradoja de realizar todo una serie de practicas para curar la diarrea que no es lo peligroso, en vez de prevenir la deshidratación, que es la causa de la muerte.

Se ha visto que esta costumbre de recurrir a las prácticas “curativas de la diarrea” esta relacionada con el concepto que tienen las madres acerca de la diarrea y la deshidratación: confunden ambos conceptos pensando que la deshidratación es solo el conjunto de síntomas de la diarrea y que lo que hay que hacer es “pararla”. Desconocen que la deshidratación es un proceso derivado de la diarrea, una complicación de la misma, que requiere de atención especifica. En una investigación cualitativa llevada acabo en Veracruz con madres e hijos con deshidratación severa, se vio que solo 2% del total de madres entrevistadas describieron la deshidratación como “perdida de líquidos y sales minerales”. Según esta

investigación cualitativa la confusión entre diarrea y deshidratación esta vinculada a la practica de no utilizar el SRO, pero también a la de suministrar medicamentos contraindicados. Incluso, aumentar el consumo de líquidos mediante la administración de té, refrescos, panetelas (receta casera) y a tales no se asocia generalmente con la reposición de líquidos necesaria para prevenir la deshidratación, sino con la curación de la diarrea.

Estos hechos en la realidad local, llevan a formular la siguiente interrogante:

1.2.- FORMULACION DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General:

- ¿Cuál es el conocimiento sobre la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 4 años, que tienen las madres en el Puesto de Salud Cuyumalca - Chota 2015?

1.2.2. Problemas Específicos:

- ¿Cuál es el conocimiento acerca de los factores predisponentes de la enfermedad diarreica aguda, en 4 años, que tienen las madres en el Puesto de Salud Cuyumalca - Chota 2015.?
- ¿Cual es el conocimiento acerca de la alimentación frente a la enfermedad diarreica aguda, en niños menores de 4 años, que tienen las madres en el Puesto de Salud Cuyumalca - Chota 2015?
- ¿Cuál es el conocimiento acerca de los aspectos preventivos de la enfermedad diarreica aguda, en niños menores de 4 años, que tienen las madres en el Puesto de Salud Cuyumalca - Chota 2015?

- ¿Cuál es el conocimiento acerca del tratamiento de la enfermedad diarreica aguda, en niños menores de 4 años, que tienen las madres en el Puesto de Salud Cuyumalca - Chota 2015.?

1.3.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.3.1. Objetivo General

- Identificar el conocimiento acerca de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 4 años, que tienen las madres en el Puesto de Salud Cuyumalca - Chota 2015.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar el conocimiento acerca de los factores predisponentes de la enfermedad diarreica aguda, en niños menores de 4 años, que tienen las madres en el Puesto de Salud Cuyumalca - Chota 2015.
- Identificar el conocimientos a cerca de la alimentación frente a la enfermedad diarreica aguda, en niños menores de 4 años, que tienen las madres en el Puesto de Salud Cuyumalca - Chota 2015.
- Identificar el conocimientos acerca de los aspectos preventivos en la enfermedad diarreica aguda, en niños menores de 4 años, que tienen las madres en el Puesto de Salud Cuyumalca - Chota 2015.
- Identificar el conocimiento acerca del tratamiento de la enfermedad diarreica aguda, en niños menores de 4 años, que tienen las madres en el Puesto de Salud Cuyumalca - Chota 2015.

1.4. JUSTIFICACION

La Enfermedad diarreica aguda constituye un gran problema de salud pública en la mayoría de los países en vías de desarrollo, y es causa importante de morbi-mortalidad durante la infancia, especialmente por su relación con la desnutrición, los altos costos que implica para los sistemas de salud por su alta demanda de atenciones ambulatorias y hospitalizaciones. A menor edad del niño, hay mayor susceptibilidad de presentar diarrea, siendo este de mayor intensidad y con mayores posibilidades de producir deshidratación.

1.5.- LIMITACIONES Y ALCANCES DE LA INVESTIGACIÓN

Limitaciones: La presente investigación se centra al accionar de enfermería en relación al cuidado y al auto cuidado de la misma. Por lo tanto se circunscribe o limita a este espacio laboral. Otra limitación presentada en este trabajo de investigación es que el de tipo de investigación es de cohorte transversal limitando así la visión del problema. Incluimos como limitación también a la búsqueda de antecedentes ya que este no es un tema muy novedoso, motivo por la cual este trabajo de investigación tiene ausencia de antecedentes nacionales obteniendo así un solo antecedente internacional.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1.- ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. Antecedentes Internacionales:

Francisco Delgado, Mario “Nivel del conocimiento y conducta materna en el hogar sobre el manejo de la diarrea aguda en niños menores de 5 años que son atendidos en el Hospital del Norte de Popayán en el año 2010”, tiene como objetivo determinar el nivel del conocimiento y conducta materna en el hogar sobre el manejo de la diarrea aguda en niños menores de 5 años, el Tipo de investigación es descriptivo prospectivo.(4), teniendo un población de 86 madres de familia con niños menores de 5 años.

El autor llego a las Siguietes Conclusiones: Del total de las madres, 54% conocen como mínimo dos signos de peligro en EDA. En caso de EDA se emplean líquidos caseros 49%, SRO 49%, suero casero 23%. El convivir con la abuela del niño se asoció significativamente con los conocimientos maternos ($p < 0.05$); La mitad de las madres no conocen signos de peligro y esto hace necesario intervenciones educativas en EDA y difundir la estrategia AIEPI. En estas intervenciones es necesario incluir a las abuelas y

a las madres que no conviven con ellas; La estrategia AIEPI promueve la difusión de estos conocimientos y por eso su implementación es necesaria en los países y regiones que cursan con una alta incidencia de episodios de EDA en menores de cinco años.

Mildred Altagracia Lafontaine ,Raysa M. Duran, Porfiria Y. Santana “Nivel de conocimiento de las madres de niños menores de 5 años sobre infecciones respiratorias y diarreicas agudas. Hospital Juan Pablo Pina. Junio – agosto 2009 San Cristóbal, Republica Dominicana”, el objetivo de la investigación es determinar el nivel de conocimiento de las madres con niños menores de 5 años sobre EDAS. El Tipo de investigación fue descriptivo, Nombre de la institución: Universidad Autónoma de Santo Domingo 2009. la población fue de 120 madres de familia con niños menores de 5 años.

Las Conclusiones de la investigación fueron: En las infecciones respiratorias los factores de riesgo incluyen el bajo peso al nacer, la desnutrición, la polución atmosférica, las inadecuadas condiciones de atención médica y de salud, las bajas coberturas de vacunación, la calidad de la vivienda, el hacinamiento y la disponibilidad de antimicrobianos; La enfermedad diarreica aguda es uno de los eventos trazadores del programa AIEPI; Como factores de riesgo importantes se han definido la mala calidad agua de consumo y hábitos y costumbres deficientes en cuanto a higiene personal y consumo de alimentos y la demora relacionada con falla en el reconocimiento del problema y no acudir oportunamente a un centro de atención, situación que se relaciona con el bajo nivel de educación de las madres de los menores afectados y su desconocimiento sobre las señales de alarma(5).

2.1.2. Antecedentes Nacionales:

CERNA TELLO, Carmen Milagros, realizo una investigacion, para obtener El titulo de licencia de en enfermeria titulada: “nivel de conocimientos y actitudes sobre la prevencion y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas en madres de niños menores de 5 años en el AA.HH. Señor de la soledad – chancay 2010” Tiene por objetivo general Determinar el grado de relación que existe entre el nivel de conocimientos y actitudes sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas en madres de niños menores de 5 años en el AA.HH. Señor de la Soledad – Chancay 2010. La investigación es de enfoque No Experimental, de tipo Descriptivo; se utilizó como instrumento un cuestionario semiestructurado de 20 preguntas de acuerdo a la descripción de las variables en estudio el cual fue aplicado a 150 madres de familias con niños menores de 5 años, obtuvo los siguientes resultado: Existe un mínimo porcentaje de madres que tienen un adecuado conocimiento sobre las características de las diarreas, las causas etc., como medidas preventivas en caso se presente en sus niños menores de 5 años; La relación entre conocimientos y actitudes sobre la prevención y tratamiento de enfermedades diarreicas agudas demostró que; mientras exista un alto porcentaje de madres con conocimientos bajos sobre la enfermedad en estudio, serán las que tengan mayor actitud negativa con respecto a la prevención y tratamiento de la enfermedad; Los resultados demuestran que son muy pocas las madres que tienen un adecuado conocimiento sobre las medidas preventivas y el tratamiento de la enfermedad; demostrando que existe un número significativo de madres (60%), que desconocen que la administración de líquidos, administración de leche materna, administración de comidas fraccionadas y preparación de panetelas forman parte del tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas en sus niños menores de 5 años; Las madres realizan prácticas inapropiadas 80%, sobre tratamiento de EDA ya

que son practicas aprendidas por sus padres de generaci3n en generaci3n. estos resultados reflejan que la madre no sabe como tratar a su ni1os menor de 5 a1os con Diarrea adoptando una actitud negativa⁽⁷⁾

Francisco Delgado, Mario “Nivel del conocimiento y conducta materna en el hogar sobre el manejo de la diarrea aguda en ni1os menores de 5 a1os que son atendidos en el Hospital del Norte de Popay1n en el a1o 2010” . La investigaci3n tuvo como objetivo conocer el nivel de conocimiento y conducta materna en el hogar sobre el manejo de diarrea aguda en menores de 5 a1os, Tipo de investigaci3n: Descriptivo prospectivo; Nombre de instituci3n: Universidad del Cauca 2010.⁽⁸⁾ El autor llego a las Siguietes Conclusiones: Del total de las madres, 54% conocen como m3nimo dos signos de peligro en EDA. En caso de EDA se emplean l3quidos caseros 49%, SRO 49%, suero casero 23%. El convivir con la abuela del ni1o se asoci3 significativamente con los conocimientos maternos ($p < 0.05$); La mitad de las madres no conocen signos de peligro y esto hace necesario intervenciones educativas en EDA y difundir la estrategia AIEPI. En estas intervenciones es necesario incluir a las abuelas y a las madres que no conviven con ellas; La estrategia AIEPI promueve la difusi3n de estos conocimientos y por eso su implementaci3n es necesaria en los pa3ses y regiones que cursan con una alta incidencia de episodios de EDA en menores de cinco a1os. ⁽⁸⁾

Mildred Altagracia Lafontaine ,Raysa M. Duran, Porfiria Y. Santana “Nivel de conocimiento de las madres de ni1os menores de 5 a1os sobre infecciones respiratorias y diarreicas agudas. Hospital Juan Pablo Pina. Junio – agosto 2009 San Crist3bal, Republica Dominicana”, Tipo de investigaci3n: Descriptivo, Nombre de la instituci3n: Universidad Aut3noma de Santo Domingo 2009. Tiene como objetivo determinar el nivel de

conocimiento de las madres de niños menores de 5 años sobre infecciones respiratorias y diarreicas agudas. Hospital Juan Pablo Pina, teniendo como muestra a 30 madres de familia con niños menores de 5 años, seleccionadas por muestreo aleatorio.

Las Conclusiones de la investigación fueron: En las infecciones respiratorias los factores de riesgo incluyen el bajo peso al nacer, la desnutrición, la polución atmosférica, las inadecuadas condiciones de atención médica y de salud, las bajas coberturas de vacunación, la calidad de la vivienda, el hacinamiento y la disponibilidad de antimicrobianos; La enfermedad diarreica aguda es uno de los eventos trazadores del programa AIEPI; Como factores de riesgo importantes se han definido la mala calidad agua de consumo y hábitos y costumbres deficientes en cuanto a higiene personal y consumo de alimentos y la demora relacionada con falla en el reconocimiento del problema y no acudir oportunamente a un centro de atención, situación que se relaciona con el bajo nivel de educación de las madres de los menores afectados y su desconocimiento sobre las señales de alarma⁽⁹⁾.

Dr. Victoriano Santiago López Arteaga “Conocimiento, actitudes y prácticas adoptadas por las madres de los niños menores de 5 años ingresados al servicio de gastroenterología del HFVP en el mes de noviembre del 2008”. La investigación tienen como objetivo determinar el Conocimiento, actitudes y prácticas adoptadas por las madres de los niños menores de 5 años ingresados al servicio de gastroenterología del HFVP Tipo de investigación: descriptivo de corte transversal., nombre de la institución: universidad Nacional Autónoma De Nicaragua 2009.⁽¹⁰⁾.

Las Conclusiones de la investigación fueron: En cuanto a las características socio demográficas de las madres de los pacientes menores de 5 años ingresados al servicio de gastroenterología en

el periodo de estudio se encontró que la edad más frecuente fue el grupo atareó de 20 a 30 años, la mayoría amas de casa, con escolaridad primaria en unión libre. En relación a la edad de los niños ingresados en el servicio de gastroenterología en el periodo estudiado el grupo etario más frecuente fue de 1 a 3 años. De manera global se encontró que la mayoría tenían buen conocimiento. Sin embargo al valorar cada área de conocimiento por separado se encontró que las madres tienen debilidad en el alimento que se debe de emplear durante la diarrea, y que aun las creencias populares juegan un papel importante según las madres en la etiología de la diarrea. Las que tuvieron mejor conocimiento fueron las amas de casa 3. Se encontró que de manera general las madres tuvieron buena actitud durante los episodios de diarrea, seguido de muy buena actitud. De manera general las madres tuvieron buena práctica, sin embargo al valorar cada área por separado encontramos que las madres tienen debilidades en la alimentación al niño durante la diarrea. La fuente de información que más prevaleció fue la adquirida a través del personal de salud.⁽¹⁰⁾

2.2.- BASE TEORICA

2.2.1. Algunos Alcances Básicos sobre el Conocimiento:

- ❖ **Mario Bunge:** Define al conocimiento como “el conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claras, precisos, ordenados e inexactos, en base a ello se tipifica al conocimiento en: Conocimiento científico y conocimiento vulgar.”⁽¹¹⁾
 - Conocimiento científico lo identifica como conocimiento racional, analítico, objetivo, sistemático y verificable a través de la experiencia.
 - El conocimiento vulgar, como un conocimiento vago, inexacto limitado a la observación”.

- ❖ **Bertrand Russel:** Plantea que: “el conocimiento es el conjunto de informaciones que posee el hombre como producto de su experiencia, de lo que ha sido capaz de inferir a partir de estos puntos.”⁽¹²⁾

Es menester definir previamente los alcances del término conocimiento.

1. El conocimiento es un saber fundado, crítico, conjetural, sistematizado y metódico sobre aspectos del universo.

2. Los conocimientos se podrían definir como la capacidad de aplicar información para resolver un problema determinado y la inteligencia, como la selección adecuada de conocimientos que se invoca a fin de resolver una tarea determinada. También podemos añadir el concepto de sabiduría, pero estos cuatro primeros niveles son los más importantes.

3. El conocimiento científico es un pensamiento dinámico en la conciencia de los sujetos capaz de utilizar la reflexión crítica sobre un problema. Es cierto que se requieren de ciertos pasos para llegar a él sin embargo es necesario un pensamiento categorial para acceder a ellos por lo cual exige la categoría de 'totalidad' entendida como la apertura a la realidad que vivimos para concretar en un tópico específico.⁽¹²⁾

2.2.2. Elementos del conocimiento:

1. Sujeto:

El sujeto del conocimiento es el individuo conocedor. En él se encuentran los estados del espíritu en el que se envuelven o entran la ignorancia, duda, opinión y certeza. Este se presenta como el punto que depende por decirlo así, la verdad del conocimiento humano. Su función consiste en aprehender el objeto, esta aprehensión se presenta como una salida del sujeto fuera de su propia esfera, una invasión en la esfera del objeto y una captura de las propiedades de éste.

2. Objeto:

Es aquello a lo que se dirige la conciencia, ya sea de una manera cognoscitiva, ya sea volitiva. Es lo que se percibe, imagina, concibe o piensa. Su función es ser aprehensible y aprehendido por el sujeto.

Los objetos pueden ser reales o irreales; llamamos real todo lo que nos es dado en la experiencia externa o interna o se infiere algo de ella. Los objetos irreales se presentan, por el contrario, como meramente pensados.⁽¹²⁾

3. Medio:

Generalmente hay ausencia de medios especiales, los instrumentos de trabajo son a la vez medios, del conocimiento de la realidad. Los medios del conocimiento son:

Medios del Conocimiento

	MEDIOS DEL CONOCIMIENTO	ALCANCES
MEDIO	La Experiencia interna	Consiste en darnos cuenta lo que existe en nuestra interioridad. Esta experiencia constituye una certeza primaria: en nuestro interior ocurre realmente lo que experimentamos.
	La Experiencia externa	Es todo conocimiento o experiencia que obtenemos por nuestros sentidos.
	La Razón	Esta se sirve de los sentidos, elabora los datos recibidos por ellos los generaliza y los abstrae, transformando la experiencia sensible y singular en conocimientos que valen en cualquier lugar y tiempo.
	La Autoridad	Muchísimos conocimientos que poseemos nos llegan a través de la comunicación de personas que saben mucho sobre el tema, estas personas tienen autoridad científica y lo que divulgan o enseñan merece toda nuestra adhesión.

Fuente: Bertrand Russel "Medios del Conocimiento"

4. Imagen:

Constituye el instrumento mediante el cual la conciencia cognoscente aprehende su objeto. También es la interpretación que le damos al conocimiento consecuente de la realidad.

2.2.3. Enfermedad diarreica aguda

Se considera diarrea aguda a la presencia de deposiciones líquidas o acuosas, generalmente en número mayor de tres en 24 horas y que dura menos de 14 días; la disminución de la consistencia es más importante que la frecuencia. Dura habitualmente entre 4 y 7 días. Se considera resuelta cuando el paciente no presenta deposiciones durante 12 horas o éstas no tienen ya componente líquido. Si la diarrea dura más de 14 días, se la define como diarrea prolongada y, si dura más de 1 mes, como diarrea crónica. Si en las deposiciones hay mucosidades y sangre, se la denomina síndrome disentérico.⁽¹³⁾

2.2.3.1. Epidemiología

La diarrea aguda constituye un gran problema de salud pública en la mayoría de los países en desarrollo y es causa de importante morbimortalidad durante la infancia, especialmente por su relación con la desnutrición y los altos costos que implica para los sistemas de salud por su alta demanda de atenciones ambulatorias y hospitalizaciones. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cada año se presentan 1.300 millones de episodios de diarrea en niñas menores de cinco años en países en desarrollo y 4 millones de muertes por diarrea aguda, relacionadas, en el 50-70% de los casos con deshidratación. En Chile, la prevalencia de diarrea es de 2,7 episodios por niño, en los 2 primeros años de vida. La mortalidad ha tenido una tendencia histórica al descenso, con menos de 50 niños fallecidos anualmente desde 1994. A menor edad del niño, hay mayor susceptibilidad de presentar diarrea, siendo ésta de mayor intensidad y con mayores posibilidades de producir

deshidratación. En Chile, la diarrea en niños es una enfermedad típicamente estacional, con mayor expresión en los meses de calor.⁽¹³⁾

2.2.3.2. Etiología

El aislamiento de patógenos en niños con diarrea se consigue entre el 50 y 84% de los episodios. El agente más frecuentemente aislado es Rotavirus (más frecuentemente grupo A serotipos G1 y G3). Otros microorganismos que se encuentran con cierta frecuencia son: *Escherichia coli* enteropatógena (ECEP), *Escherichia coli* enterotoxigénica (ECET), *Campylobacter jejuni*, *Shigella* sp (*S. sonnei* y *S. flexneri* dan cuenta de más del 86% de todos los aislamientos de *Shigella*), y *Salmonella* sp. En diarrea asociada a Síndrome Hemolítico Urémico (SHU), se encuentra con frecuencia relativamente alta la *Escherichia coli* enterotoxigénica 0157:H7 aún cuando otras bacterias también juegan un papel etiológico.⁽¹³⁾

En 10 a 20% de los episodios de diarrea se identifica más de un patógeno. La interpretación de algunos de estos microorganismos, como agentes causales del episodio de diarrea en estudio, es incierta. Esto es particularmente válido en el caso de la ECEP, un microorganismo que se ha calificado como patógeno "histórico" y bajo cuya denominación se agrupan numerosas cepas, tanto genuinamente patógenas como algunas que no lo han demostrado ser. No siempre se utilizan métodos específicos para determinar la patogenicidad de este microorganismo. Por otra parte, existen individuos asintomáticos portadores de patógenos putativos: virus, bacterias o parásitos, destacando el hecho de que el rotavirus se puede aislar en 4 a 5% de los recién nacidos sanos.

Debe recalcar que no todos los episodios de diarrea aguda en la comunidad requieren estudio etiológico, sino principalmente aquellos que duran más de lo habitual, los que producen deshidratación iterativa, se presentan como síndrome disentérico, o resultan en hospitalización del paciente. Dado el conocimiento actual sobre la epidemiología y etiopatogenia de la diarrea aguda y la creciente disponibilidad de métodos diagnósticos microbiológicos, es impropio formular el diagnóstico de "diarrea parenteral" o de "transgresión alimentaria" en pacientes pediátricos, sin una apropiada evaluación de los potenciales factores y agentes infecciosos involucrados.

Los mecanismos de transmisión descritos para enteropatógenos fecales son: vía fecal-oral (ciclo ano-mano-boca), a través de vómitos y secreciones nasofaríngeas por vía aérea.

Un hecho característico de las infecciones por bacterias enteropatógenas es que ocurren con mayor frecuencia y severidad en niños que no reciben lactancia materna. Cuando se producen en lactantes alimentados al pecho materno, dichos episodios son generalmente leves o inaparentes, hecho que destaca el importante papel protector de la lactancia materna exclusiva.

Tabla 2		
Enteropatógenos asociados con diarrea aguda en la infancia		
Virus	Bacterias	Parásitos
Rotavirus	Escherichia coli	Cryptosporidium sp
Adenovirus entérico (serotipo 40-41)	enteropatógena (ECEP)	Giardia intestinalis (lamblia)
Virus Norwalk	Escherichia coli enterotoxigénica (ECET)	Entamoeba histolytica
Astrovirus	Escherichia coli enteroagregativa (ECEAg)	Blastocystis hominis
Calicivirus		Coccidios: Isospora belli,
Coronavirus	Escherichia coli difusa adherente (ECDA)	Sarcocystis hominis
Parvovirus		

	<p>Escherichia coli enteroinvasora (ECEI) Escherichia coli enterohemorrágica (ECEH) Shigella: flexneri, sonnei, dysenteriae, boydii. Salmonella no typhi Yersinia enterocolitica Campylobacter: jejuni, coli, upsaliensis Aeromonas hydrophila Plesiomonas shigelloides Vibrio: cholerae, parahemo lyticus Clostridium difficile</p>	
--	---	--

Fuente: Elaboración del autor 2009

2.2.3.3. Fisiopatología de la Diarrea

En el intestino delgado se produce la absorción del agua y electrolitos por las vellosidades del epitelio y simultáneamente, la secreción de éstos por las criptas. Así, se genera un flujo bidireccional de agua y electrolitos entre el lumen intestinal y la circulación sanguínea. Normalmente la absorción, es mayor que la secreción, por lo que el resultado neto es absorción, que alcanza a más del 90% de los fluidos que llegan al intestino delgado. Alrededor de 1 litro de fluido entra al intestino grueso, donde, por mecanismo de absorción, sólo se elimina entre 5 y 10 ml/kg/24 horas de agua por heces en lactantes sanos. Por lo tanto, si se produce cualquier cambio en el flujo bidireccional, es decir, si disminuye la absorción o aumenta la secreción, el volumen que llega al intestino grueso puede superar la capacidad de absorción de éste, con lo que se produce diarrea. El agua se absorbe por gradientes osmóticas que se crean cuando los solutos (especialmente Na⁺) son absorbidos en forma activa desde el

lumen por la célula epitelial de la vellosidad.

Los mecanismos de absorción de Na^+ son:

- a) absorción junto con Cl^-
- b) absorción directa
- c) intercambio con protón
- d) unido a la absorción de sustancias orgánicas (glucosa, galactosa, aminoácidos).

Después de su absorción, el Na^+ es transportado activamente fuera de la célula epitelial (extrusión), por la bomba $\text{Na}^+ \text{K}^+ \text{ATPasa}$, que lo transfiere al líquido extracelular, aumentando la osmolaridad de éste y generando un flujo pasivo de agua y electrolitos desde el lumen intestinal a través de canales intercelulares. La secreción intestinal de agua y electrolitos ocurre en las criptas del epitelio, donde el NaCl es transportado desde el líquido extracelular al interior de la célula epitelial a través de la membrana basolateral. Luego el Na^+ es devuelto al líquido extracelular, por la $\text{Na}^+ \text{K}^+ \text{ATPasa}$. Al mismo tiempo se produce secreción de Cl^- desde la superficie luminal de la célula de la cripta al lumen intestinal. Esto crea una gradiente osmótica, que genera flujo pasivo de agua y electrolitos desde el líquido extracelular al lumen intestinal a través de canales intercelulares.⁽¹⁴⁾

2.2.3.4. Factores de riesgo:

Los factores de riesgo para las enfermedades diarreicas son: ambientales (ej.: agua inadecuada o con contaminación fecal, falta de facilidades sanitarias, mala higiene personal y doméstica, inadecuada preparación y almacenamiento de alimentos, ignorancia o patrones culturales adversos con

malas prácticas del destete y tardía búsqueda de atención médica) y del huésped (ej.: desnutrición, deficiencias inmunológicas, factores genéticos, ausencia de lactancia materna).(14)

2.2.3.5. Diagnostico

En la historia clínica de la diarrea es esencial indagar sobre: duración de la enfermedad; características de las deposiciones: consistencia (líquida y disgregada), presencia de otros elementos (mucosidades, sangre, alimentos no digeridos); frecuencia de evacuaciones durante las 24 horas previas; presencia y frecuencia de vómitos; fiebre, irritabilidad, decaimiento, sed; capacidad o no de recibir alimentos y líquidos; tipo y volumen de los alimentos recibidos; normalidad o no de la diuresis. Luego, al practicar el examen físico, es esencial evaluar el estado general del niño, su estado de conciencia, y muy especialmente, el grado de deshidratación, así como la presencia de manifestaciones que puedan impartir un carácter especial al cuadro: distensión abdominal marcada (medición de circunferencia abdominal), disminución de ruidos intestinales, edema, fiebre alta. Es importante pesar al niño, puesto que así podrá objetivarse si sufrió o no una pérdida de peso importante durante la diarrea. Este cálculo es factible sólo si se conoce el peso previo del niño, registrado unos pocos días antes. En todo caso, el peso al ingreso servirá para ser usado como registro de línea base y valorar sus cambios durante el curso de la enfermedad

El cuadro clínico, unido a las referencias epidemiológicas, puede guiar hacia el diagnóstico etiológico. La diarrea aguda por rotavirus, la más frecuente en nuestro medio en lactantes, es una enfermedad autolimitada, de comienzo brusco, con vómitos y luego fiebre (etapa que dura 1 a 2 días) y

deposiciones líquidas, abundantes y frecuentes, generalmente ácidas y de color amarillo, que duran de 5 a 7 días y suelen terminar abruptamente. El síndrome disentérico, más frecuente en el preescolar y escolar, planteaba históricamente como diagnóstico, la posibilidad de shigellosis o amebiasis. Crecientemente, en los últimos años, se le ha visto constituir el pródromo de un síndrome hemolítico urémico, el que puede tener graves consecuencias. Aún cuando esta condición puede ser desencadenada por diversas causas, el agente etiológico más representativo actualmente es la *E. coli*.

2.2.3.6. Complicaciones

La deshidratación es la complicación más frecuente y grave de las diarreas en los niños. Las principales causas de la deshidratación son:

- a) aumento de pérdidas de líquidos y electrolitos por las evacuaciones líquidas y por los vómitos.
- b) disminución de la ingesta .
- c) aumento de las pérdidas insensibles (14)

La deshidratación es la complicación más frecuente y grave de las diarreas en los niños. Las principales causas de la deshidratación son:

- a) aumento de pérdidas de líquidos y electrolitos por las evacuaciones líquidas y por los vómitos.
- b) disminución de la ingesta.
- c) aumento de las pérdidas insensibles.

Las diarreas por rotavirus, *E. Coli* enterotoxigénica y *V Cholerae* son característicamente productoras de deshidratación importante: (ver Tabla 2). La variabilidad de

las pérdidas de sodio, la edad y estado nutricional del paciente, así como factores ambientales como temperatura y el aporte de sodio en la alimentación determinan la concentración de sodio sérico en el paciente deshidratado, lo que permite su diferenciación en deshidratación hiponatémica (sodio sérico < 130 mEq/l), hipernatémica (sodio sérico > 150 mEq/l) o isonatémica con sodio sérico normal (con mucho, la más frecuente).⁽¹⁶⁾

La depleción de potasio también se puede observar en los niños con diarrea y deshidratación, siendo más acentuada en pacientes desnutridos, con vómitos o diarrea prolongada. La diarrea también provoca acidosis metabólica que suele ser proporcional al grado de deshidratación del paciente y se produce por los siguientes mecanismos:

- a) pérdida de base por líquido intestinal
- b) mayor absorción de ion H⁺
- c) aumento de producción de cuerpos cetónicos
- d) aumento del metabolismo anaerobio
- e) disminución de la excreción del ion H⁺, por hipoperfusión renal 1) compensación parcial por hiperventilación.

Otra complicación es el íleo intestinal, secundario a hipokalemia, o medicamentoso por la administración de antieméticos (atropínicos) o medicamentos que reducen la motilidad (loperamida, difenoxilato, tintura de opio). Menos frecuentes en nuestro medio son las crisis convulsivas secundarias a hipo o hipernatémica o como consecuencia de neurotóxicas (*Shigella*), y la insuficiencia renal aguda prerrenal.⁽¹⁶⁾

	A	B	C
1. Observe:			
Condición	Bien, alerta	Intranquilo, irritable	Comatoso
Ojos	Normales	Hundidos	Hipotónico
Lagrimas	Presentes	Ausentes	Muy
Boca y lengua	Humedeas	Secas	hundidos y secos
Sed	Bebe normal, sin sed	Sediento, bebe ávidamente	Ausentes Muy secas Bebe mal o no es capaz de beber
2. Explore			
Signo del pliegue	Desaparece rápidamente	Desaparece lentamente	Desaparece muy lento (>2seg)
3. Decida	No tiene signos de deshidratación	Si presenta dos o mas signos incluso por lo menos uno, tiene deshidratación	Si presenta dos o mas signos incluso por lo menos uno, tiene deshidratación grave. El estado comatoso indica shock
4. Trate	Use el plan A	Use el plan B Pese al niño si es posible	Use el plan C Pese al niño

Fuente: Elaborado por el autor-2010

- **Medidas a Realizar**

Planteado el diagnóstico de diarrea aguda y reconocida el grado de deshidratación se debe decidir si se procede a realizar:

- a) **Tratamiento ambulatorio:** para diarrea aguda sin deshidratación clínica
- b) **Tratamiento en Servicio de Urgencia o en sala de diarrea y hospitalización parcial:** para diarrea aguda con deshidratación moderada
- c) **Hospitalización:** para diarrea grave.

En las 2 primeras instancias no se requiere realizar exámenes, ya que, utilizando soluciones de rehidratación oral (SRO), la deshidratación se puede corregir sin problemas. En los pacientes hospitalizados, los exámenes pueden ayudar a evaluar globalmente al paciente (electrolitos plasmáticos, gases en sangre, hemograma y VHS) y para diagnóstico etiológico. En nuestro medio, se utilizan exámenes para identificar rotavirus (ELISA) y la solicitud de coprocultivo se justifica sólo si el cuadro se presenta como síndrome disentérico o si la diarrea aguda persiste con deposiciones líquidas, en ausencia de rotavirus. El examen parasicológico de deposiciones en general no tiene indicación en pacientes hospitalizados por diarrea (podría ser útil si no se aíslan bacterias patógenas en presencia de un síndrome disentérico). Con respecto a otros exámenes de deposiciones, como el pH y sustancias reductoras fecales, dado que habitualmente se debe esperar cierto grado de mala absorción parcial y transitoria de hidratos de carbono, es esperable que confirmen este hecho, por lo que sólo se los debe solicitar en diarreas de curso inhabitual, en desnutridos graves y en lactantes muy pequeños y en el raro caso de sospecha de deficiencia

enzimática primaria de hidratos de carbono. La búsqueda rutinaria de leucocitos polimorfonucleares fecales no es útil en la toma de decisiones, por lo que su solicitud, frecuente en el pasado, ya no se justifica; habitualmente el examen es francamente positivo (+++) cuando ya se puede apreciar sangre y/o pus en las deposiciones a simple vista. Cuando entrega resultados intermedios [(+) ó (++)], suele carecer de especificidad. Por otra parte, su sensibilidad para detectar, por ejemplo, la inflamación producida por *Shigella* es relativamente baja. Dado que el concepto de diarrea parenteral ha perdido vigencia, no se justifica solicitar examen de orina, urocultivo u otros en búsqueda de focos infecciosos que pudieran explicar la presencia de deposiciones líquidas.⁽¹⁶⁾

2.2.3.7. Prevención

Las intervenciones más efectivas para prevenir la diarrea infantil a nivel mundial han sido las siguientes:

Promoción de alimentación adecuada: lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, y parcial hasta el los 2 años de edad; Prácticas adecuadas del destete; Uso de agua limpia: abundante y protegida de contaminación; Higiene personal y doméstica adecuada: lavado de manos con jabón y uso de letrinas; Eliminación adecuada de las heces, especialmente de los pañales con deposiciones, y por último, en algunos países: Inmunización contra el sarampión (14)

- **Promoción de alimentación adecuada**

Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, y parcial hasta el los 2 años de edad; Prácticas adecuadas del destete; Uso de agua

limpia: abundante y protegida de contaminación;
Higiene personal y doméstica adecuada: lavado de manos con jabón y uso de letrinas;
Eliminación adecuada de las heces, especialmente de los pañales con deposiciones, y por último, en algunos países: Inmunización contra el sarampión.

2.2.3.8. Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda

Los componentes esenciales en el manejo de casos con diarrea son:

- Prevenir la deshidratación
- Utilizar terapia de rehidratación (oral o endovenosa) cuando la deshidratación está presente
- Mantener la alimentación durante y después del episodio de diarrea,
- Uso selectivo de antibióticos cuando ellos están indicados
- Según el grado de deshidratación del paciente se define el esquema de tratamiento a seguir:
 - **Plan A**, en diarrea aguda sin deshidratación clínica, con el objetivo de evitar que esta última se produzca.
 - **Plan B**, en diarrea aguda con deshidratación clínica moderada y cuyo objetivo es tratar la deshidratación mediante el uso de terapia de rehidratación oral (TRO), usando sales de rehidratación oral (SRO) para recuperar el equilibrio homeostático.
 - **Plan C**, en diarrea aguda con deshidratación grave o shock y cuyo objetivo es tratar la deshidratación rápidamente.

a. Tratamiento de la Diarrea en el Hogar

El tratamiento en el hogar es un componente esencial del manejo correcto de la diarrea aguda. Esto se debe a que la diarrea se inicia en el hogar y los niños atendidos en un establecimiento de salud usualmente continuarán con la diarrea una vez que retornan al hogar. Los niños deben recibir un tratamiento adecuado en el hogar si se quiere prevenir la deshidratación y el daño nutricional. Las madres que se encuentran en posibilidad de tratar al niño en el hogar debe iniciar este tratamiento *antes* de buscar atención médica. Cuando se proporciona un tratamiento temprano en el hogar, usualmente se previene la deshidratación y el deterioro nutricional. Cada madre de un niño tratado por diarrea aguda en el servicio de salud debe ser orientada de cómo continuar el tratamiento de su niño en el hogar, y como brindar una terapia casera temprana para los episodios futuros de diarrea.

Cuando son entrenadas adecuadamente, las madres deben estar en condiciones de: 1 preparar y brindar líquidos apropiados para la TRO; 2 alimentar correctamente a un niño con diarrea. 3 reconocer cuando deben llevarse a un niño aun trabajador de salud.

• Tratamiento de la Diarrea en el Hogar – Plan A

El manejo de la diarrea aguda acuosa en el hogar (Plan de Tratamiento A).

1 Este debe ser utilizado para tratar a niños: (i) que han sido vistos en un servicio de salud y se les ha encontrado *sin signos de deshidratación*; (ii) que han sido tratados en un establecimiento de salud con el Plan de Tratamiento B o C hasta que se corrigió la deshidratación; (iii) que han desarrollado diarrea

recientemente, pero que no han visitado un establecimiento de salud.

Plan de tratamiento A para tratar la diarrea en el hogar
Use este plan para enseñar a la madre a: <ul style="list-style-type: none">• Continuar el tratamiento del episodio actual de diarrea en el hogar.• Proporcionar tratamiento precoz para episodios futuros de la diarrea
Explique las tres reglas para el tratamiento de la diarrea en el hogar: <ol style="list-style-type: none">1. De al niño más líquidos de lo usual para prevenir la deshidratación.<ul style="list-style-type: none">• Usar líquidos caseros recomendados. Estos incluyen: líquidos basados en alimentos (tales como sopas, agua de arroz, yogurt) y agua sola. Emplee la SRO para los niños descritos en el recuadro de abajo. (Nota: si el niño es menor de 6 meses de edad y aun no está recibiendo alimentos sólidos, brinde SRO o agua en lugar de líquidos basados en alimentos).• Brinde estos líquidos tanto el niño desee. Utilice las cantidades listadas para la TRO como una guía.• Continúe dando estos líquidos hasta que la diarrea cese.2. Brinde al niño comida en abundancia para prevenir la malnutrición<ul style="list-style-type: none">• Continúe dando de lactar frecuentemente• Si el niño no está alimentado de pecho, brinde la leche usual.• Si el niño tiene 6 meses de edad o más, o ya se encuentre recibiendo alimentos sólidos:<ul style="list-style-type: none">- Proporcione además cereal u otro alimento con fécula mezclado, si es posible con arvejas, vegetales y carne o pescado. Agregue 1 o 2 cucharaditas de aceite vegetal a cada ración.- Dele jugo de fruta fresca o plátano machacado para proveerlo de potasio.- Dele alimentos recién preparados. cocine y machaque bien los alimentos- Anime al niño a comer; ofrézcale comida al menos 6 veces al día.- Proporcione las mismas comidas cuando la diarrea cese y brinde una comida extra cada día durante 2 semanas.3. Lleve al niño al trabajador de salud si el niño no mejora en 3 días o desarrolla cualquiera de lo siguiente:<ul style="list-style-type: none">. Muchas deposiciones acuosas . come o bebe poco. Vomita repentinamente . fiebre. Sed marcadas . Sangre en las heces

Si el niño va a recibir SRO en el hogar, enseñe a la madre cuanto SRO debe dar luego de cada deposición diarreica y entréguele suficientes paquetes para dos días:

Edad	Cantidad de SRO a dar después de cada deposición diarreica	Cantidad de SRO a entregar para su uso en el hogar
Menos de 24 meses 2 a 10 años 10 años a mas	50 -100 ml. 100 – 200 ml. Tanto como quiera	500 ml/día. 1000 ml/día. 2000 ml/día.

- Describa y muestre la cantidad a ser brindada luego de cada deposición diarreica empleando una medida local.
- Muestre a la madre como mezclar la sro.
- Muestrele como dar la sro:
- -De una cucharadita llena cada 1 – 2 minutos para un niño menor de 2 años.
- -De frecuentes sorbos de una taza para un niño mayor de 2 años.
- -Si el niño vomita, espere 10 minutos. Luego dele la solución más lentamente (por ejemplo, una cucharada cada 2 – 3 minutos).
- -si la diarrea continua luego que los paquetes de SRO se han terminado, dígame a la madre que brinde otros líquidos como se describieron en la primera regla de arriba o que retorne por mas SRO.

Enseñar a la madre a reconocer los signos que indican que debe consultar nuevamente:

- Si el niño no mejora en 2 días,
- Si tiene evacuaciones líquidas abundantes y frecuentes,
- Si hay sangre en las deposiciones,
- Vómitos a repetición,
- Fiebre persistente,
- Sed intensa o,
- Si el niño come o bebe poco

Los líquidos a aportar pueden ser alimentos caseros: agua de arroz, sopas de cereales y pollo, yogur o soluciones de

rehidratación oral con 30 a 60 mEq/l de sodio. Están contraindicados las bebidas carbonatadas (gaseosas) y los jugos comerciales, por su elevado contenido de hidratos de carbono, baja concentración de electrolitos y alta osmolaridad. La forma de aportar los líquidos es con cucharita, con gotas, o a sorbos pequeños, y si el niño vomita, esperar 10 minutos para reiniciar la rehidratación.⁽¹⁵⁾

Solución para la hidratación oral en el síndrome diarreico agudo propuesta por la Organización Mundial de la Salud (1971) (1984)

1971 composición (mmol/L)				
Na+	K+	HCO ₃	Cl-	Glucosa
90	20	30	80	111

Desde 1984, se ha reemplazado el bicarbonato por citrato de sodio (citrato trisodico, dihidratado) en igual concentración (en miliequivalentes), lo que confiere mas estabilidad a la formula en lugares de elevada temperatura y humedad.

- **Plan B**

Las fases de la terapia son:

Rehidratación: que permite corregir el déficit de agua y electrólitos, hasta la desaparición de los signos de deshidratación.

Mantenimiento: Se recomienda seguir el plan A pero con soluciones de rehidratación oral en lugar de líquidos caseros.

La rehidratación se basa en el uso de sales de rehidratación oral (SRO) cuya composición, formulada luego de múltiples estudios y promocionada por la OMS a nivel mundial, es:

- Sodio: 90 mEq/l,
- Potasio: 20 mEq/l,
- Cloruros: 80 mEq/l,
- Citrato: 10 mEq/l,
- Glucosa: 20 gr/l.

–La osmolaridad es de 311 mOsm/Kg.

Más recientemente se ha desarrollado y evaluado otra SRO, de menor osmolaridad que la anterior. Esta formulación, que ha demostrado ser aún una mejor promotora de la absorción de agua y electrólitos que la SRO estándar OMS/UNICEF, se compone de: 75 mEq/l, de sodio, 20 mEq/l, de potasio, 65 mEq/l, de cloruros, 10 mEq/l, de citrato, y 75 mmol/l de glucosa; su osmolaridad es de 245 mosm/l, menor a la del plasma y, por ello, favorecedora de la absorción de fluidos desde lumen a célula y desde allí hacia el compartimiento vascular. También se ha demostrado que la necesidad, no programada, de hidratación intravenosa suplementaria en niños tratados con esta solución, se reduce significativamente, al igual que la tasa de vómitos.⁽¹⁵⁾

Las ventajas del uso de SRO sobre la terapia intravenosa son:

- Ser de bajo costo,
- No requerir material estéril,
- No requerir personal altamente entrenado,
- Ser cómoda, y no traumática, para la madre y el niño,
- Permitir a la madre participar en el tratamiento,
- Permitir que el niño acepte la alimentación más precozmente.

Por lo tanto, para tratar deshidratación clínica mediante SRO y lograr hidratación adecuada a las 4 horas, los pasos a seguir son:

Administrar SRO por boca: 50 - 100 ml/kg en 4 horas.

Si no se conoce el peso, usar la edad e indicar SRO en 4 a 6 horas según el siguiente cuadro:

PLAN B					
Edad	Menos de 4	4 a 11 m.	12 a 23 m.	2 a 4 años	5 a 14 años
Peso (Kg)	<5	5-8	8-11	11-16	16-30
SRO (ml) en 4	200-400	400-600	600-800	800-1200	1200-2200

El niño pide más SRO, dar más.

- Si el niño toma lactancia materna, ésta puede aportársele entre las administraciones de SRO
- Si el niño es menor de 4 meses y no recibe lactancia materna, se puede alternar SRO con agua pura, 2/3 y 1/3, respectivamente o usar SRO con 60 mEq /L de Na+.
- Si el niño vomita, esperar 10 minutos y luego continuar con más lentitud.
- Si el niño presenta edema palpebral, pasar a Plan A.
- Evaluación de la corrección de la deshidratación a las 4 horas: Si no hay deshidratación, pasar a plan A. Si todavía hay deshidratación clínica, repetir plan B, agregando alimentos

• **Plan C:**

Tratamiento del. Shock hipovolémico.

El paciente con diarrea y estado de shock o algún problema grave (íleo paralítico, vómitos incoercibles, tasa alta de diarrea (>10 ml /kg./hrs) amerita soluciones endovenosas para reposición rápida de líquidos, el esquema de hidratación debe ser combinado, intravenoso y oral en cuanto haya posibilidad.

La meta es que los pacientes se hidraten por vía endovenosas en corto tiempo (3 o 4 horas), y (que la mayoría de ellos completen su hidratación por vía oral con vida suero oral a dosis de 25 ml/ kg/

hora en las siguientes 3 horas.⁽¹⁵⁾

Técnica de administración de soluciones parenterales;

Se administran soluciones del tipo de la solución fisiológica normal 0.9%, Hartman o Ringer lactado a dosis: (en caso de contar con ellos)

- La primera hora 50 ml/kg/hora
- La segunda hora 25 ml/kg/hora
- La tercera hora 25 ml/kg/hora

En caso de ameritar aumento en la velocidad de administración se incrementa el goteo o incluso a "chorro"

No es recomendable agregar bicarbonato extra a las soluciones para corregir la acidosis ya que la hipopotasemia resultante puede llevar a la muerte al paciente. La forma mas segura de corregir la acidosis es aumentando el volumen circulante ya sea por vía intravenosa u oral.

En caso de mejoría del estado de shock pasar a plan b de tratamiento con vida suero oral. Y posteriormente a plan a hasta ser dado de alta, siempre que no existan complicaciones o enfermedad subyacentes. .⁽¹⁵⁾

2.2.4. Estrategia Sanitaria

Para el área de salud y saneamiento se ha previsto los siguientes lineamientos estratégicos:

Desarrollar a corto plazo acciones de atención primaria, con amplio nivel de cobertura espacial y poblacional, para controlar los factores de riesgo identificados, ya que la mayor parte de la problemática de salud es evitable.

Concertar con los principales actores sociales, asignando claramente responsabilidades, para ejecutar soluciones integrales participativas dentro de una propuesta de asistencia sanitaria esencial.

Establecer sistemas locales de salud que den atención primaria a grupos prioritarios específicos, en una región geográfica determinada. ⁽¹⁵⁾

2.2.5. Teorías de Enfermería que Sustentan la Investigación

2.2.5.1. Nola Pender

Basa su Modelo Promoción de la Salud en la teoría del aprendizaje de Albert Bandura, que defiende la importancia de los procesos cognitivos en la modificación del comportamiento, ²¹ teniendo como pasos del proceso: atención, retención, reproducción y motivación ²². Todo este proceso ocurre en la persona siendo esencial que la enfermera los considere como base para la educación que brinda a la persona; también la teoría de fishbein sobre la acción razonada. Que asegura que la conducta depende de actitudes personales y de normas sociales.⁽¹⁷⁾

Es necesario considerar todo el proceso mencionado para elaborar y brindar una sesión educativa de manera que se pueda asegurar el aprendizaje en la población objetivo.

En la prevención de las EDAs la enfermera trabajará de forma directa con la madre del menor, ya que los niños están a cargo de ellas, y dependen de su cuidado así como de la familia, comunidad y por ende la sociedad, con el fin de asegurar de que la persona obtenga los conocimientos de manera que se logre la orientación de su comportamiento hacia un estilo de vida saludable, es decir, que la madre pueda brindar al niño condiciones adecuadas para su crecimiento y desarrollo disminuyendo así la

vulnerabilidad de los niños a desarrollar EDAs, así como evitar adoptar conductas del riesgo.

El modelo de Pender tiene una estructura, que no se limita explicar la conducta preventiva de la enfermedad y abarca también los comportamientos que favorecen la salud, en sentido amplio²⁴ identifica factores cognitivo-perceptivos en el individuo, tales como la importancia de la salud, los beneficios percibidos de los comportamientos que promueven la salud y las barreras que se perciben para las conductas promotoras de la salud.

Estos factores se modifican por características demográficas y biológicas y por influencias interpersonales, así como también por factores de situaciones y comportamientos. Estos ayudan a predecir la participación en la conducta promotora de la salud. La definición individual de salud para uno mismo tiene más importancia que una afirmación general sobre la salud. Una de las principales premisas de la teoría de Pender es que la salud, como estado positivo de alto nivel, se asume como objetivo hacia el cual se esfuerza un individuo.

Por lo tanto la enfermera debe tener en cuenta las actitudes y/ o estilos de vida que llevan las madres de los niños en edad preescolar y cuales son los factores cognitivos y perceptivos actúan sobre ellas, para de esta manera la promoción a través de la educación brindada, se adopte y logre una conducta preventiva en ellas. Lo que realmente se busca es que desde la edad preescolar se logren identificar los factores perceptivos cognitivos que ellos tienen, que conceptos tienen sobre la salud, empezar a formar en ellos a través de la promoción de la salud estilos

de vida saludables y que logren desarrollar conductas preventivas para que desarrollen autocuidado de su propia vida.

Las condiciones de vida y patrones culturales que se siguen en nuestro país, hace que nuestra población infantil esté en riesgo continuo de desarrollar una enfermedad como las EDAs, siendo los grupos más vulnerables los niños en edad preescolar.

2.2.5.2. Teoría de Madeleine Leininger:

procede de la antropología y de la enfermería, ha definido la enfermería transcultural como una de las grandes áreas de la enfermería, que se centra en el estudio y el análisis comparado de las diferentes culturas y subculturas del mundo, desde el punto de vista de sus valores asistenciales, de la expresión y convicciones sobre la salud y la enfermedad y de los modelos de conducta, siempre con el propósito de desarrollar una base de conocimientos científicos y humanísticos que permitan una práctica de la atención sanitaria específica de la cultura y / o universal. ⁽¹⁷⁾

Leininger afirma que con el tiempo esta área se convertirá en un nuevo dominio del ejercicio de la enfermería, que se reflejará en un ejercicio profesional diferente, definido y fundamentado en principios culturales y diseñado específicamente para orientar los cuidados de la enfermería a los individuos, las familias, los grupos y las instituciones, sostiene que como la cultura y la asistencia son los medios más generales y holísticos que permite conceptualizar y comprender a las personas.⁽¹⁷⁾

Establece la diferencia entre enfermería transcultural e intercultural, en donde la primera se refiere a los profesionales de enfermería preparados y comprometidos en adquirir un conocimiento y un método práctico de actuación de la enfermería transcultural. La enfermería intercultural la integran los profesionales que utilizan los conceptos antropológicos médicos o aplicados, sin comprometerse en el desarrollo de teorías o prácticas basadas en la investigación, dentro del campo de la enfermería transcultural, otra diferencia es que la enfermería transcultural utiliza una base teórica y práctica comparadas entre varias culturas, mientras que la intercultural es la que aplican los profesionales que trabajan con dos culturas.

Los cuidados culturales conforman la teoría integral de enfermería más amplia que existe, ya que tiene en cuenta la totalidad y la perspectiva holística de la vida humana y la existencia a lo largo del tiempo, incluyendo factores culturales sociales, la visión del mundo, la historia y los valores culturales, el contexto ambiental, las expresiones del lenguaje y los modelos populares (genéricos) y profesionales.⁽¹⁷⁾

Luego de conocer a la persona, es decir, las madres de los p niños menores de 5 años, así como su familia de un aspecto integral y dentro del contexto en que se vive, es indispensable considerar que se debe enfocar dentro de ello cual es el autocuidado que tiene este sector de la población respecto a su salud, y cuidado que brinda cada madre de familia a sus niños

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Conocimiento sobre enfermedades diarreicas agudas:** conjunto organizado de información que poseen las madres acerca de los diversos aspectos básicos y conceptuales de las enfermedades diarreicas agudas, los que se adquieren a través de la herencia social y cultural.
- **Enfermedades diarreicas agudas:** se define como el aumento de frecuencia, fluidez y volumen de las deposiciones más de tres veces al día de lo normal para un niño en particular con pérdida variable de agua y electrolitos, cuya duración es menor de 14 días.
- **Morbilidad:** indicador de salud, se refiere a la cantidad de personas o individuos considerados enfermos o víctimas de una enfermedad en un espacio y tiempo determinados. La morbilidad es, entonces, un dato estadístico de altísima importancia para poder comprender la evolución, avance o retroceso de una enfermedad, así también como las razones de su surgimiento y las posibles soluciones.
- **Mortalidad:** es el indicador demográfico que señala el número de defunciones de una población por cada 1.000 habitantes, durante un período determinado generalmente un año.
- **Prevención de la salud :** Es el conjunto de actividades y medidas que se llevan a cabo desde los servicios de salud para evitar la aparición de enfermedades, su desarrollo o evolución y las complicaciones de las mismas actuando sobre las personas tanto en un nivel individual como de la población en general.

- **Promoción de la salud:** Se interpreta como un conjunto de medidas que tienen por objeto mejorar la calidad de vida y el estado de salud de la población.
- **Tratamiento:** Es un conjunto de medios que se utiliza para curar y aliviar una enfermedad.

2.4 HIPÓTESIS

2.4.1. Hipótesis General

- El nivel de conocimiento acerca de la enfermedad diarreica aguda que tienen las madres en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, mayo-junio 2010 es media.

2.4.2. Hipótesis Específicas:

- El conocimiento acerca de los factores predisponentes de la enfermedad diarreica aguda que tienen las madres en el Puesto de Salud Cuyumalca - Chota 2015 es media.
- El nivel de conocimientos a cerca de la alimentación frente a la enfermedad diarreica aguda que tienen las madres en el Puesto de Salud Cuyumalca - Chota 2015 es media.
- El nivel de conocimientos acerca de los aspectos preventivos frente a la enfermedad diarreica aguda que tienen las madres en el Puesto de Salud Cuyumalca - Chota 2015 es media.
- El nivel de conocimiento acerca del tratamiento frente a la enfermedad diarreica aguda que tienen las madres en el Puesto de Salud Cuyumalca - Chota 2015 es media.

2.5. VARIABLES

2.5.1. Definición Conceptual de las Variables

- **Nivel de conocimiento sobre la enfermedad diarreica aguda:** Es la determinación de cuanto conoce la madre sobre la enfermedad diarreica infantil.

2.5.2. Definición Operacional de las Variables

- **Nivel de conocimiento sobre la enfermedad diarreica aguda:** Es la determinación del conocimiento sobre la diarrea, Factores pre-disponentes, Alimentación, Aspecto preventivos y tratamiento que tienen las madres que acuden al Puesto de Salud Cuyumalca - Chota, el cual será medido mediante la aplicación de un cuestionario, calificado en conocimiento alto, medio y bajo.

2.5.3. Operacionalización de las Variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	NUMERO EN EL INSTRUMENTO DE ITEMS COSIDERADOS
CONOCIMIENTO SOBRE LA DIARREA INFANTIL	Es la determinación de cuanto conoce la madre sobre la enfermedad diarreica infantil	Es la determinación del conocimiento sobre la diarrea, Factores predisponentes, Alimentación, Aspecto preventivos y tratamiento que tienen las madres que acuden al en el Puesto de Salud Cuyumalca - Chota, el cual será medido mediante un cuestionario y calificado en Conocimiento alto, Conocimiento regular y Conocimiento bajo	Conocimientos Generales	<ul style="list-style-type: none"> - Idéntica un episodio diarreico - Reconocimiento de signos y síntomas. - Complicaciones de La diarrea. 	3
			Factores Predisponentes	<ul style="list-style-type: none"> - Servicios de alcantarillado. - Servicios de abastecimiento de agua -Eliminación de basura 	3
			Alimentación	<ul style="list-style-type: none"> -Tipo de alimentación que brinda. -Lactancia materna. y/o artificial. 	3
			Aspecto preventivo	<ul style="list-style-type: none"> -Higiene de alimentos. -Lavado de manos. -Higiene personal -Higiene del hogar -Consumo de agua -Conservación de los alimentos 	6
			Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> -Tratamiento casero. -Suero de rehidratación oral -Automedicación 	5

CAPITULO III: MATERIAL Y METODO

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación es de tipo no experimental, descriptivo y el método descriptivo de corte transversal, el cual determinará conocer las prácticas que las madres realizan frente a un cuadro diarreico infantil.

NO EXPERIMENTAL Porque no se manipula la variable de estudio. Sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos.

DESCRIPTIVO: Por que describe la realidad a estudiar. El investigador no interviene en el estudio, se limita a observar y describir la frecuencia de la variable que se elige en el diseño del estudio. Porque se va a describir las medidas que las madres realizan frente a un cuadro diarreico.

TRANSVERSAL: Porqué la recolección de datos se realizará una sola vez. Recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único.

3.2. DESCRIPCION DEL AMBITO DE LA INVESTIGACION

El Establecimiento de salud Cuyumalca es de Clasificación: Puesto de Salud o Posta de Salud de Tipo Sin Internamiento Categoría I-2 con dirección en la Comunidad Cuyumalca de Cajamarca - Chota - Chota con Horario de atención 8:00 - 17:00 horas pertenece a la DISA Cajamarca a la Red Chota Micro red Chota

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población:

La población esta conformada por 35 madres de familia

3.3.2. Muestra:

Se elegirán de forma no aleatoria a 35 madres del área de vacunación, siendo una muestra de 35 madres, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión:

- Madres que acudan al pabellón de vacunas.
- Que deseen participar con el llenado de las encuestas.

Criterio de Exclusión:

- Madres que no deseen llenar las encuestas.
- Madres que no estén presentes los días de la recolección

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizará como técnica la entrevista-encuesta y el instrumento fue el cuestionario.

El instrumento estará dirigido a las madres, el instrumento tiene las siguientes partes:

- Conocimientos generales.
- Factores predisponentes
- Alimentación
- Aspecto preventivo
- Tratamiento

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

El instrumento fue sometido a la evaluación de Juicio de Expertos para determinar su validez, teniendo como participantes a licenciadas en enfermería en la especialidad de Pediatría, llegando a obtener 0.843 cuyas opiniones y recomendaciones sirvieron para mejorar el instrumento.

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Se realizaron los tramites administrativos para obtener la autorización, para así iniciar la recolección de datos, teniendo como duración aproximadamente 5 -10 minutos, posteriormente los datos serán procesados en forma manual a la vez se elaborara cuadros para su respectivo análisis e interpretación. Se calificará las respuestas correctas con el valor cinco "5" y las incorrectas con valor uno "1", la sumatoria de puntos brindaran el puntaje de cada individuo. Lo rangos del cuestionario serán de 20 puntos como mínimo y hasta un máximo de 78 puntos. Y se sub-clasificaran en

5 niveles de conocimientos: puntaje mínimo, máximo, malo, regular y puntaje bueno.

CAPITULO IV: RESULTADOS

TABLA 1
CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN
NIÑOS MENORES DE 4 AÑOS, QUE TIENEN LAS MADRES EN EL
PUESTO DE SALUD CUYUMALCA - CHOTA 2015

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE EDAS	TOTAL	
	Nº	%
Alto	8	20%
Medio	10	28%
Bajo	17	52%
Total	35	100%

La presente tabla nos muestra el conocimiento que tienen las madres sobre las enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 4 años, encontrando que existe un nivel bajo de conocimientos en un 52% equivalente a 17 madres, un 28% equivalente a 10 de ellas tienen un conocimiento medio; y solo 8 madres la cual constituyen el 20% tienen un conocimiento alto. Estos datos son preocupantes ya que nos revela los posibles riesgos de adquirir enfermedades diarreicas agudas por desconocimiento.

TABLA Nº.02.

CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS, EN LOS FACTORES PREDISPONENTES, ALIMENTACION, ASPECTOS PREVENTIVOS, Y TRATAMIENTO, EN NIÑOS MENORES DE 4 AÑOS, QUE TIENEN LAS MADRES EN EL PUESTO DE SALUD CUYUMALCA - CHOTA 2015.

NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS MADRES SOBRE EDAS	NIVEL DE CONOCIMIENTO						TOTAL	
	ALTO		MEDIO		BAJO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Factores Predisponentes	6	20%	10	32%	17	48%	35	100%
Alimentación	14	32%	11	20%	10	48%	35	100%
Aspectos Preventivos	6	12%	12	28%	17	60%	35	100%
Acerca del Tratamiento	8	24%	12	40%	15	36%	35	100%
TOTAL	X² = 8.54 gl=2 p = 0.0228 Altamente Significativo						140	100

Nos muestra el conocimiento sobre las enfermedades diarreicas agudas respecto a los factores predisponentes, alimentación, aspectos preventivos y tratamiento; encontrando que existe un bajo nivel de conocimientos en estas dimensiones con un 60% equivalente a 17 madres que no conocen los aspectos preventivos, con un 48% equivalente a 10 madres, no reconocen los factores predisponentes y la alimentación adecuada y 15 de ellas equivalente a 36% no conocen el tratamiento durante un cuadro diarreico agudo.

CAPITULO V: DISCUSION

La tabla N° 01. Nos muestra el conocimiento que tienen las madres sobre las enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 4 años, encontrando que existe un nivel bajo de conocimientos en un 52% equivalente a 17 madres, un 28% equivalente a 10 de ellas tienen un conocimiento medio; y solo 8 madres la cual constituyen el 20% tienen un conocimiento alto. Estos datos son preocupantes ya que nos revela los posibles riesgos de adquirir enfermedades diarreicas agudas por desconocimiento.

La tabla N°02. Nos muestra el conocimiento sobre las enfermedades diarreicas agudas respecto a los factores predisponentes, alimentación, aspectos preventivos y tratamiento; encontrando que existe un bajo nivel de conocimientos en estas dimensiones con un 60% equivalente a 17 madres que no conocen los aspectos preventivos, con un 48% equivalente a 17 madres, no reconocen los factores predisponentes y la alimentación adecuada y 15 de ellas equivalente a 36% no conocen el tratamiento durante un cuadro diarreico agudo. Por lo tanto se evidencia un alto índice de madres con conocimiento bajo en los factores predisponentes como son; la inadecuada utilización de servicios de alcantarillado, servicio de abastecimiento de agua, y la eliminación correcta de la basura o desechos. También se evidencia que las madres no saben cuál es el tipo de alimentación que deberían de darle a sus hijos en caso se presente un cuadro de diarrea, con respecto al aspecto preventivo las madres desconocen, la higiene de los alimentos, lavado de manos, higiene personal, higiene del hogar, consumo de agua, y como se conserva los alimentos, también se evidencia que las madres de familia, no conocen el tratamiento casero, suero de rehidratación oral, entre otros.

CONCLUSIONES

La presente investigación llega a las siguientes conclusiones:

1. El nivel de conocimiento que tienen las madres sobre las enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 4 años, es de un nivel bajo, en un 52% equivalente a 17 madres, un 28% equivalente a 10 de ellas tienen un conocimiento medio; y solo 8 madres la cual constituyen el 20% tienen un conocimiento alto. Estos datos son preocupantes ya que nos revela los posibles riesgos de adquirir enfermedades diarreicas agudas por desconocimiento.
2. El nivel de conocimiento sobre las enfermedades diarreicas agudas respecto a los factores predisponentes, alimentación, aspectos preventivos y tratamiento; encontrando que existe un bajo nivel de conocimientos en estas dimensiones con un 60% equivalente a 17 madres que no conocen los aspectos preventivos, con un 48% equivalente a 17 madres, no reconocen los factores predisponentes y la alimentación adecuada y 15 de ellas equivalente a 36% no conocen el tratamiento durante un cuadro diarreico agudo.
3. Se concluye que el conocimiento que tienen las madres, sobre enfermedades diarreicas agudas, en niños menores de 4 años es de un nivel bajo, rechazándola hipótesis planteada, donde se afirma que el conocimiento acerca de la enfermedad diarreica aguda que tienen las madres en el Puesto De Salud Cuyumalca - Chota 2015 es media.

RECOMENDACIONES

1. Promocionar y difundir la responsabilidad de la madre como cabeza del hogar enfatizando el adecuado conocimiento que debería tener sobre las características de las diarreas, los factores predisponentes, los alimentos que se les debe brindar durante los cuadros diarreicos; las medidas preventivas de la enfermedad diarreica aguda en sus niños menores de 4 años. Esto se puede realizar por medio de las orientaciones oportunas, de las charlas educativas como medida preventivas.
2. Coordinar con las autoridades correspondientes la realización constante y/o permanente de consejerías sobre promoción y prevención de enfermedades diarreicas agudas sobre los conocimientos generales de las enfermedades diarreicas agudas.
3. Difundir esta investigación para el fomento y desarrollo de otros estudios de investigación que sirvan para mejorar la calidad de vida de la población en estudio, haciendo participe a las autoridades correspondiente para el apoyo a las diferentes investigaciones que se realice en adelante.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Vilca B. Guías de práctica clínica para la atención de las patologías más frecuentes y cuidados esenciales del niño y la niña. Perú 2006.
2. MINSA .Boletín epidemiológico.Vol.17 (22) 2008.
3. Welson W. Tratado de Pediatría, 14Edición; Interamericana de España-Mc Grand Hill; Madrid – 1992.
4. Francisco Delgado, Mario. “Nivel del conocimiento y conducta materna en el hogar sobre el manejo de la diarrea aguda en niños menores de 5 años que son atendidos en el Hospital del Norte de Popayán; 2010”
5. Mildred Altagracia Lafontaine ,Raysa M. Duran, Porfiria Y. Santana “Nivel de conocimiento de las madres de niños menores de 5 años sobre infecciones respiratorias y diarreicas agudas. Hospital Juan Pablo Pina. Junio – agosto, San Cristóbal, Republica Dominicana”; 2009.
6. Macías Fernández, Juan Pablo y delgado Mantuano, Yandri Alexander en la ciudad de Manabí-Ecuador, realizaron un estudio sobre las Incidencias de síndrome diarreico agudo por rotavirus en menores de 5 años ingresado s en el Hospital Verdi Cevallos Balda; 2005.
7. Cerna Tello, Carmen Milagros, realizo una investigacion, para obtener El titulo de licencia de en enfermeria titulada: “nivel de conocimientos y actitudes sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas en madres de niños menores de 5 años en el AA.HH. Señor de la soledad – chancay 2010”.

8. Francisco Delgado, Mario “Nivel del conocimiento y conducta materna en el hogar sobre el manejo de la diarrea aguda en niños menores de 5 años que son atendidos en el Hospital del Norte de Popayán; 2010”.
9. Mildred Altagracia Lafontaine ,Raysa M. Duran, Porfiria Y. Santana “Nivel de conocimiento de las madres de niños menores de 5 años sobre infecciones respiratorias y diarreicas agudas. Hospital Juan Pablo Pina. Junio – agosto. San Cristóbal, República Dominicana”.Universidad Autónoma de Santo Domingo;2009.
10. Victoriano Santiago López Arteaga “Conocimiento, actitudes y prácticas adoptadas por las madres de los niños menores de 5 años ingresados al servicio de gastroenterología del HFVP en el mes de noviembre; 2008”
11. Bunge, Mario, la ciencia su método y su filosofía. Edt. Ariel. Buenos Aires. X edición; 2004.
12. Russel, Bertrand “El Conocimiento Humano.” .Edit Ariel, Buenos Aires XI edic; 2004 .
13. Kramer B, Kanof A. Revisión histórica de la diarrea. Rev Cubana Pedriátrica, 1964; 36(2): 30.
14. Cáceres Dc, Estrada E, DeAntonio R, Peláez D. La enfermedad diarreica aguda: un reto para la salud pública. Rev Panam Salud Pública. 2005; 17(1):6–1.
15. MINSA .Boletín epidemiológico.Vol.17 (22) 2009 . Pag. 25-35.
16. OPS/OMS Manual de Tratamiento de la Diarrea". Serie Paltex Nº 13. Organización Panamericana de la Salud. Edit. OPS/OMS, 1987.
17. Ann Marriner Tomey, Modelos y Teorias en Enfermeria, cuarta edicion. Pp. 400.

**ANEXO 1
MATRIZ DE CONSISTENCIA**

TÍTULO: “CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 4 AÑOS, QUE TIENEN LAS MADRES EN EL PUESTO DE SALUD CUYUMALCA - CHOTA 2015.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
<p>Problema General: ¿Cuál es el conocimiento sobre la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 4 años, que tienen las madres en el Puesto de Salud Cuyumalca - Chota 2015?</p> <p>1.2.2. Problemas Específicos: ¿Cuál es el conocimiento acerca</p>	<p>Objetivo General Identificar el conocimiento acerca de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 4 años, que tienen las madres en el Puesto de Salud Cuyumalca - Chota 2015.</p> <p>Objetivos Específicos Identificar el conocimiento acerca de los factores</p>	<p>Hipótesis General El nivel de conocimiento acerca de la enfermedad diarreica aguda que tienen las madres en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, mayo-junio 2010 es media.</p> <p>Hipótesis Específicas: El conocimiento acerca de los factores predisponentes de la enfermedad diarreica aguda que tienen las</p>	<p>CONOCIMIENTO SOBRE LA DIARREA INFANTIL</p>	<p>Conocimientos Generales</p> <p>Factores Predisponentes</p> <p>Alimentación</p>	<p>Idéntica un episodio diarreico Reconocimiento de signos y síntomas. Complicaciones de La diarrea.</p> <p>Servicios d alcantarillado. Servicios de abastecimiento de agua Eliminación de basura</p> <p>Tipo de alimentación que brinda. Lactancia materna. y/o artificial.</p>

<p>de los factores predisponentes de la enfermedad diarreica aguda, en 4 años, que tienen las madres en el Puesto de Salud Cuyumalca - Chota 2015.?</p>	<p>predisponentes de la enfermedad diarreica aguda, en niños menores de 4 años, que tienen las madres en el Puesto de Salud Cuyumalca - Chota 2015.</p>	<p>madres en el Puesto de Salud Cuyumalca - Chota 2015 es media.</p>		<p>Aspecto preventivo</p>	<p>Higiene de alimentos. Lavado de manos. Higiene personal Higiene del hogar Consumo de agua Conservación de los alimentos</p>
<p>¿Cual es el conocimiento acerca de la alimentación frente a la enfermedad diarreica aguda, en niños menores de 4 años, que tienen las madres en el Puesto de Salud Cuyumalca - Chota 2015?</p>	<p>Identificar el conocimientos a cerca de la alimentación frente a la enfermedad diarreica aguda, en niños menores de 4 años, que tienen las madres en el Puesto de Salud Cuyumalca - Chota 2015.</p>	<p>El nivel de conocimientos a cerca de la alimentación frente a la enfermedad diarreica aguda que tienen las madres en el Puesto de Salud Cuyumalca - Chota 2015 es media.</p>		<p>Tratamiento</p>	<p>Tratamiento casero. Suero de rehidratación oral Automedicación</p>
<p>¿Cuál es el conocimiento acerca de los aspectos preventivos de la enfermedad diarreica aguda, en niños menores de 4 años, que tienen las madres en el Puesto de Salud Cuyumalca - Chota 2015?</p>	<p>Identificar el conocimientos acerca de los aspectos preventivos en la enfermedad diarreica aguda, en niños menores de 4 años, que tienen las madres en el Puesto de Salud Cuyumalca - Chota 2015.</p>	<p>El nivel de conocimientos acerca de los aspectos preventivos frente a la enfermedad diarreica aguda que tienen las madres en el Puesto de Salud Cuyumalca - Chota 2015 es media.</p>	<p>El nivel de conocimiento acerca del tratamiento frente a la enfermedad diarreica aguda que tienen las madres en el Puesto de Salud Cuyumalca - Chota 2015 es media.</p>		

<p>2015?</p> <p>¿Cuál es el conocimiento acerca del tratamiento de la enfermedad diarreica aguda, en niños menores de 4 años, que tienen las madres en el Puesto de Salud Cuyumalca - Chota 2015.?</p>	<p>Identificar el conocimiento acerca del tratamiento de la enfermedad diarreica aguda, en niños menores de 4 años, que tienen las madres en el Puesto de Salud Cuyumalca - Chota 2015.</p>				
--	---	--	--	--	--

ANEXO 2
INSTRUMENTO
CUESTIONARIO

I.-PRESENTACIÓN

Buen día señora, soy **RAMOS MILIAN MARIBEL** Estudiante de la UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS, escuela de enfermería que en esta oportunidad pido su colaboración mediante el llenado de este cuestionario, para la ejecución de un trabajo de investigación titulado **CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 4 AÑOS, QUE TIENEN LAS MADRES EN EL PUESTO DE SALUD CUYUMALCA - CHOTA 2015.**

II.- INSTRUCCIONES

Marque la alternativa que usted crea conveniente

Edad.....

Grado de instrucción

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Superior
- d) Ninguno

Número de hijos

III.-CONTENIDO

1) La diarrea es producida por:

- a) Una infección bacteriana
- b) Los parásitos
- c) Una infección viral
- d) Alergias
- e) **todas**

2) La prevención es:

- a) Toda acción positiva
 - b) Son precauciones para prevenir enfermedades y proteger a la familia**
 - c) Buena conducta ante un problema
 - d) Todas
 - e) Ninguno
- 3) Si prevenimos la diarrea evitamos:
- a) Deshidratación, desnutrición, muerte**
 - b) Estreñimiento, gripe
 - c) Tuberculosis, resfrió
 - d) Anemia
 - e) Todas
- 4) Los síntomas más comunes de la diarrea son:
- a) Disminución del peso repentina.
 - b) Dolor abdominal, fiebre
 - c) Necesidad urgente de utilizar el baño.
 - d) Sed
 - e) Todas**
- 5) La diarrea se puede adquirir por:
- a) Tomar agua contaminada
 - b) Comer alimentos pasados, mal cocinados o mal conservados
 - c) Manipular los alimentos con las manos sucias
 - d) Todas**
 - e) Ninguna
- 6) La diarrea es:
- a) Aumento brusco del número de deposiciones
 - b) Solo aumento de la cantidad de heces fecales
 - c) Aumento del número, cantidad de deposiciones

d) Cambio de la consistencia de las heces fecales

e) c y d

7) El lavado de manos se debe realizar antes de:

a) Tocarse el cabello o la ropa

b) Comer, preparar alimentos

c) Dar de lactar y dar de comer

d) Todas

e) Solo b y c

8) El lavado de manos se debe realizar después de:

a) De ir al baño

b) Cambiar pañales

c) Limpiar el potito del bebe

d) Limpiar la casa

e) Todas

9) El lavado de manos previene:

a) Diarreas y vómitos

b) Enfermedades infecciosas

c) Cualquier tipo enfermedad

d) a y b

e) Todas

10) Que entiende lavado de manos por:

a) A la aplicación de agua y jabón en las manos húmedas

b) Del arrastre de suciedad acumulada en las manos con agua y Jabón

c) Lavarse con agua y jabón las manos

d) Lavarse con agua las manos

e) Ninguno

11) Que se utiliza para el lavado de manos:

- a) Toalla limpia
- b) Agua y jabón
- c) Solamente agua
- d) Todas
- e) **a y b**

12) El baño se debe realizar:

- a) **Todos los días y de la cabeza a los pies**
- b) Tres veces al día
- c) Solo cuando hace demasiado calor
- d) De la cabeza a los pies
- e) b y c

13) Cual es la distancia que debe tener la letrina:

- a) Debe de estar alejado de la vivienda y suministro de agua
- b) Distancia de letrina (baño) y vivienda mínima de 5 metros
- c) Distancia de letrina (baño) y suministro de agua mínima de 15 metros
- d) Debe estar lo más lejos posible de la casa
- e) **Solo b y c**

14) Los cuidados del baño o letrina es.

- a) Todos los días
- b) Después de cada ocupación
- c) Evitar la aparición de moscas
- d) Cada aparición de malos olores
- e) **Todas**

15) Las formas de desinfectar el agua son:

- a) Hirviéndola
- b) Calentándola
- c) Clorándola
- d) Alternativa a y c**
- e) Todas

16) La forma correcta de almacenar los alimentos son:

- a) En lugares frescos y limpios
- b) A temperatura adecuada
- c) Alejados de los animales domésticos
- d) Cubiertos o tapados
- e) Todas**

17) Una letrina o baño mal aseado ocasiona:

- a) La acumulación de heces
- b) La transmisión de diarreas por las moscas**
- c) Solamente la acumulación de las moscas en el hogar
- d) Todas
- e) Ninguno

18) La única forma de matar los microbios de los alimentos (carnes) son:

- a) Cocinando, friendo, sancochando**
- b) Solo lavándola bien
- c) Solo sancochándola
- d) Todas
- e) Ninguna

19) El tiempo para que hierva el agua es:

- a) Durante 3 minutos
- b) De 8 a 10 minutos**
- c) Durante 1 minuto
- d) Durante 5 minutos
- e) Ninguno

20) Las medidas para prevenir las diarreas son:

- a) Mantener adecuada higiene personal (lavado de manos, etc)
- b) Conservar alimentos a temperatura adecuada
- c) Consumir agua potable, tratada con cloro o hervida
- d) Mantener baño o letrina en buen estado
- e) Todas**

21) Para clorar el agua se debe:

- a) Echar 2 gotas de lejía por cada 3 litros de agua
- b) Echar una gota de lejía en una olla
- c) Echar dos gotitas de lejía por cada litro de agua**
- d) Echar dos gotas de lejía cuando crea conveniente
- e) Ninguno

22) La forma correcta de almacenar el agua es:

- a) En un recipiente exclusivo para el agua
- b) Recipientes limpios y con tapas
- c) Deben estar en un lugar elevado (no topar con el suelo)
- d) Deben estar alejados de los animales de crianza
- e) Todas**

23) El cuidado de los animales de crianza es:

- a) Fuera de la casa y en un corral**

- b)** Que estén dentro de la casa pero lejos de la cocina
- c)** Solo los gatos y los perros pueden estar cerca a la cocina
- d)** Todas
- e)** Ninguno.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN