



UAP | **UNIVERSIDAD
ALAS PERUANAS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA PREVENCIÓN Y
TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA QUE
TIENEN LOS PADRES DE FAMILIA DE LOS NIÑOS MENORES
DE 5 AÑOS DEL AA.HH. EL MIRADOR DE JESÚS - AREQUIPA
2014”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

BACHILLER: ARISMENDI JUAREZ, CONSUELO HERMINIA.

AREQUIPA - PERÚ

2017

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA PREVENCIÓN Y
TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA QUE
TIENEN LOS PADRES DE FAMILIA DE LOS NIÑOS MENORES
DE 5 AÑOS DEL AA.HH. EL MIRADOR DE JESÚS - AREQUIPA
2014”**

DEDICATORIA

Dedico esta investigación trabajo a Dios por darme las fuerzas para seguir adelante y a mi familia por apoyarme en todo.

AGRADECIMIENTO

A mis padres que han sido mi soporte y
compañía dentro de estos años.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas, que tienen los padres de familia de niños menores de 5 años de edad del AA.HH El Mirador de Jesús Paucarpata - Arequipa 2014. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de 64 padres de familia, para el recojo de la información se utilizó un Cuestionario de alternativa múltiple de 20 ítems, organizado por las dimensiones: Fuentes de infección, prevención de la preparación del almacenamiento de alimentos, tratamiento en el hogar. La validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de (0,816); la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de (0,917). La prueba de Hipótesis se realizó mediante el estadístico Chi Cuadrado con un valor de (11,59) y un nivel de significancia de $p < 0,05$.

El nivel de conocimiento sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas, que tienen los padres de familia de niños menores de 5 años de edad del AA.HH el Mirador de Jesús Paucarpata – Arequipa, es Bajo. Se comprobó mediante el Chi Cuadrado con un valor de 11,59 y un nivel de significancia de $p < 0,05$.

Palabras Claves: Conocimiento, prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas, Fuentes de infección, prevención de la preparación del almacenamiento de alimentos, tratamiento en el hogar.

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the level of knowledge about the prevention and treatment of acute diarrheal diseases, which parents of children under 5 years of age from the AA.HH El Mirador de Jesús Paucarpata - Arequipa 2014. A cross-sectional descriptive research was carried out with a sample of 64 parents. A 20-item multiple alternative questionnaire was used to collect the information, organized by the following dimensions: Sources of infection, prevention of storage preparation Food, home treatment. The validity of the instrument was done by means of the concordance test of the expert judgment obtaining a value of (0,816); Reliability was performed using the Cronbach's alpha with a value of (0.917). The hypothesis test was performed using the Chi Square statistic with a value of (11.59) and a significance level of $p < 0.05$.

The level of knowledge about the prevention and treatment of acute diarrheal diseases, which have the parents of children under 5 years of age of the AA.HH Mirador de Jesus Paucarpata - Arequipa, is Low. It was verified by Square Chi with a value of 11.59 and a level of significance of $p < 0.05$.

Keywords: *Knowledge, prevention and treatment of acute diarrheal diseases, Sources of infection, prevention of preparation of food storage, treatment at home.*

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	i
ABSTRAC	ii
ÍNDICE	iii
INTRODUCCIÓN	v
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	3
1.3. Objetivos de la investigación	
1.3.1. Objetivo general	4
1.3.2. Objetivos específicos	4
1.4. Justificación del estudio	4
1.5. Limitaciones de la investigación	5
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	7
2.2. Base teórica	11
2.3. Definición de términos	43
2.4. Hipótesis	45
2.5. Variables	45
2.5.1. Definición conceptual de la variable	45
2.5.2. Definición operacional de la variable	46
2.5.3. Operacionalización de la variable	47
CAPITULO III: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	48
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	49

3.3. Población y muestra	49
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	51
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	52
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	52
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	53
CAPÍTULO V: DISCUSION	59
CONCLUSIONES	62
RECOMENDACIONES	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCIÓN

La enfermedad diarreica aguda (EDA), constituye un importante problema de Salud Pública en el nivel mundial; su etiología variada y amplia distribución en el planeta la ubica como segunda causa de muerte infantil.

El impacto que produjo la EDA en el Perú, estuvo marcada no solo por el número de casos observados en niños y ancianos, sino también por las elevadas tasas de mortalidad infantil que se dieron; en donde cada niño menor de cinco años enfermaba anualmente entre 4 a 5 veces; y se registraban 55 muertes por cada mil niños antes que cumplieran el primer año de vida (MINSa). Actualmente la EDA se encuentra entre las tres primeras causas de mortalidad infantil.

Esta tendencia creciente está asociada al grado de desarrollo socioeconómico, el cual repercute en las existentes condiciones sanitarias como son: la calidad de los servicios públicos del agua potable, la inequidad al acceso de agua segura, y la falta de una inadecuada infraestructura de red de desagüe y alcantarillado.

Por otro lado, el nivel de educación, los hábitos de higiene, las deficiencias en la manipulación de alimentos y la falta de conciencia para su prevención control, tienen un impacto negativo significativo.

Este problema se agrava porque prevalece en el país conceptos erróneos respecto a la prevención y tratamiento de esta enfermedad, como el uso de antidiarreicos, anticolinérgicos y antieméticos abuso de antibióticos bajo el falso concepto de que la diarrea es una “infección intestinal” la restricción de la dieta hace que se agrave la desnutrición ocasionada por la diarrea y contribuye a su empeoramiento.

La prevención de esta enfermedad básicamente radica en la educación que deberían de recibir los padres de familia ya que ellos son los responsables de la salud y bienestar de sus hijos.

En salud pública, esto se hace evidente en la recomendación de medidas específicas para la prevención y control en los diferentes niveles, en la orientación de las investigaciones epidemiológicas y en la evaluación de las bondades de las medidas planteadas. Todo esto constituye un mejoramiento de la salud y de la generación oportuna de la información para la acción inmediata.

La presente investigación para fines de estudio contiene:

Capítulo I: El problema de investigación, Planteamiento del problema, Formulación del problema, Objetivos de la investigación, Justificación del estudio, Limitaciones de la investigación.

Capítulo II: Marco Teórico, Antecedentes del estudio, Bases teóricas, Definición de términos, Variables su definición conceptual, operacional, y la operacionalización de la variable

Capítulo III: Metodología, Tipo y nivel de investigación, Descripción del ámbito de la investigación, Población y muestra, Técnicas e instrumentos para la recolección de datos, Validez y confiabilidad del instrumento y el Plan de recolección y procesamiento de datos.

Capítulo IV: En él se hace mención a los resultados obtenidos después de procesar los datos.

Capítulo V: En él se realiza la discusión de los resultados obtenidos terminando con la presentación de las referencias bibliográficas.

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

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, 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, 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 los padres de familia.⁽¹⁾

Las enfermedades diarreicas fueron la tercera mayor causa de muerte en países de ingresos bajos, donde ocasionaron el 6,9% de los fallecimientos. Son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años, tras la neumonía. De los 1500 millones de niños que fallecieron por enfermedades diarreicas, el 80% tenían menos de dos años.⁽²⁾

En países en vías de desarrollo como el nuestro, los niños menores de 5 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⁽³⁾. 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 ha sido poco estudiada.

Se ha podido observar que población afectada son los niños menores de 5 años ya que esta población no cuentan con servicios de saneamiento (agua potable, desagüe y recolector de basura), también son familias que tienen bajos recursos económicos y no tienen buenos hábitos de higiene.

Las instituciones que les compete resolver este problema son el ministerio de salud y municipalidad, brindando charlas y/o capacitaciones en prevención y tratamiento de esta enfermedad

Por todo lo anteriormente expuesto, el presente estudio se formula la siguiente interrogante. ¿Cual es el nivel de conocimientos sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas, que tienen los padres de familia de niños menores de 5 años de edad del AA.HH El Mirador de Jesús Paucarpata - Arequipa 2014?

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas, que tienen los padres de familia de niños menores de 5 años de edad del AA.HH El Mirador de Jesús Paucarpata - Arequipa 2014?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre de las fuentes de infección de la enfermedad diarreica aguda que tienen los padres de niños menores de 5 años de edad del AA.HH El Mirador de Jesús Paucarpata - Arequipa 2014?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre prevención en la preparación y almacenamiento de los alimentos que tienen los padres de familia de niños menores de 5 años del AA.HH El Mirador de Jesús Paucarpata - Arequipa 2014?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre el tratamiento en el hogar de la enfermedad diarreica aguda que tienen los padres de familia de niños menores de 5 años del AA.HH El Mirador de Jesús Paucarpata - Arequipa 2014?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.3.1. Objetivo General

Determinar el nivel de conocimiento sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas, que tienen los padres de familia de niños menores de 5 años de edad del AA.HH El Mirador de Jesús Paucarpata - Arequipa 2014.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de conocimiento sobre de las fuentes de infección de la enfermedad diarreica aguda que tienen los padres de niños menores de 5 años de edad del AA.HH El Mirador de Jesús Paucarpata - Arequipa 2014.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre prevención en la preparación y almacenamiento de los alimentos que tienen los padres de familia de niños menores de 5 años del AA.HH El Mirador de Jesús Paucarpata - Arequipa 2014.
- Determinar el nivel de conocimiento sobre el tratamiento en el hogar de la enfermedad diarreica aguda que tienen los padres de familia de niños menores de 5 años del AA.HH El Mirador de Jesús Paucarpata - Arequipa 2014.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

En nuestro País las Enfermedades Diarreicas Agudas constituyen un problema de Salud Pública muy grave debido a las consecuencias que existen para la población, ya que interfieren con el normal proceso de crecimiento y desarrollo del niño.

Considerando que la diarrea es una enfermedad prevenible y la cual es desencadenada por inadecuadas acciones de los padres de familia como preparación/manipulación inadecuada de alimentos, déficit de higiene en

el hogar, desconocimiento de las fuentes de infección de esta enfermedad entre otros. Teniendo adecuados conocimientos sobre la enfermedad diarreica aguda y educando a los padres de familia sobre la prevención y tratamiento podemos evitar que los niños menores de 5 años enfermen o mueran.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Los obstáculos que se encontraron al realizar esta investigación es la ausencia de bibliotecas actualizadas, el tiempo acordado para realizar este trabajo.

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” Tipo de investigación: Descriptivo prospectivo; Nombre de institución: Universidad del Cauca 2010.(4)

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 63Cristóbal, Republica Dominicana”, Tipo de investigación: Descriptivo, Nombre de la institución: Universidad Autónoma de Santo Domingo 2009.

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 investigación, para obtener El título de licencia de en enfermería 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” 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 prácticas aprendidas por sus padres de generación en generación. estos resultados reflejan que la madre no sabe cómo tratar a su niños menor de 5 años con Diarrea adoptando una actitud negativa⁽⁷⁾

GRADOS FLORES, JOSÉ EDUARDO; realizo una investigación titulada “Nivel de conocimiento sobre enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años, que tienen las madres en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Mayo-Junio 2010”. Tiene por objetivo general Identificar el nivel de conocimiento que tienen las madres acerca de la enfermedad diarreica aguda en

niños menores de 5 años,. Es un estudio de tipo no experimental, y de método descriptivo de corte transversal, el cual determinará conocer las prácticas que las madres realizan frente a un cuadro diarreico agudo. La técnica de recolección de datos fue la encuesta, teniendo como muestra a 25 madres de familias con niños menores de 5 años con enfermedades diarreicas agudas, que acudieron al Hospital Arzobispo Loayza, durante los meses de mayo-junio en el año 2010. Se tuvo como resultado; que el nivel de conocimiento que tienen las madres sobre las enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años, es de un nivel bajo, en un 52%, un 28% tienen un conocimiento medio; y solo un 20% tienen conocimiento alto. 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 en un 60%, con un 48%, no reconocen los factores predisponentes y la alimentación adecuada y el 36% no conocen el tratamiento durante un cuadro diarreico agudo. Se rechaza la hipótesis planteada, donde se afirma que 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.⁽⁸⁾

2.2. BASE TEORICA

2.2.1. 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. ⁽¹⁰⁾

- 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:”⁽¹¹⁾

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 t3pico espec3fico.⁽¹²⁾

2.2.2. Elementos del conocimiento

1. Sujeto

El sujeto del conocimiento es el individuo conocedor. En 3l se encuentran los estados del esp3ritu en el que se envuelven o entran la ignorancia, duda, opini3n y certeza. Este se presenta como el punto que depende por decirlo as3, la verdad del conocimiento humano. Su funci3n consiste en aprehender el objeto, esta aprehensi3n se presenta como una salida del sujeto fuera de su propia esfera, una invasi3n en la esfera del objeto y una captura de las propiedades de 3ste.

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 funci3n 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:

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.

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 aun 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	Escherichia coli difusa adherente (ECDA)	Coccidios: Isospora belli,
Coronavirus	Escherichia coli enteroinvasora (ECEI)	Sarcocystis hominis
Parvovirus	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	
--	--	--

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 Na⁺ K⁺ 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 Na⁺ K⁺ 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⁾

2.2.4. Fuentes de Infección

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⁾

I. Abastecimiento del agua

Estas fuentes son lugares en las que se obtiene agua para beber, como ríos, manantiales, arroyos u ojos de agua, lagos, pozos e incluso presas y cuerpos de agua destinados al riego.⁽¹⁵⁾

Entenderemos por protección sanitaria a todas aquellas actividades que se realizan para evitar la contaminación del agua.

Estas actividades deberán realizarse con la participación de la comunidad para garantizar que el agua que se bebe sea buena para el consumo humano.

Las principales causas por las que se puede contaminar estas fuentes son: Depósitos de basura (residuos sólidos), presencia de animales, descarga de aguas residuales.

La protección de las fuentes es importante porque de esto depende la calidad del agua que será utilizada por la población y por nuestra familia.

Si hay un pozo para abastecer el agua es importante mantenerlo limpio procurando evitar la existencia de basura cerca o alrededor de él y teniéndolo siempre tapado. Además, se debe recordar que el agua que se utilice debe hervirse y desinfectarse.⁽¹⁵⁾

Si es posible, se recomienda que se realice la protección del pozo, lo que se logra construyendo un revestimiento de concreto, ladrillo, o piedra en las paredes internas del pozo, tapándolo con una cubierta de concreto instalando una bomba.

Es importante recordar que antes de iniciar la protección de un pozo o cualquier otro tipo de fuente de abastecimiento se debe realizar un reconocimiento sanitario y, en su caso, solicitar un análisis del agua antes de recomendar obras o cambios.

Para la protección de un manantial, se logra mediante la construcción de depósitos, cámaras o cajas colectoras de agua contruidos de concreto.

Estos deben tener tres salidas: Una para el nivel de agua, otra para su abastecimiento, y otra salida para vaciar la cámara cuando se realicen operaciones de mantenimiento.

Existen diversos tipos de obras para captar las aguas superficiales que reciben el nombre de obras de toma.

Las tomas más usuales en pequeños sistemas son: Toma por gravedad, esta se realiza aprovechando la corriente de agua para construir un canal de desviación que la lleve hacia un depósito o estanque, tomar por bombeo, esta consiste en colocar una bomba para llevar el agua hacia alguna cisterna o tinaco.

II. Disposición de la basura

La basura o los residuos sólidos son aquellos materiales que no se consideran útiles para quien se deshace de ellos, pero que si son manejados adecuadamente pueden obtenerse diversos beneficios.⁽¹⁶⁾

En los residuos se encuentran mezclados materiales como papel, vidrio, plástico, metal, cartón, residuos de alimentos, entre otros.

Los residuos sólidos representan un problema por son un factor importante en la presencia de enfermedades por la propagación de fauna nociva, como moscas, cucarachas, mosquitos, ratas y ratones. Entre las enfermedades relacionadas con la fauna nociva están las infecciones intestinales, parasitosis, dengue, paludismo, entre otras.

La basura o residuos sólidos son acumulados en forma inadecuada dentro del domicilio en o sitios comunitarios, provocan malos olores, representa un foco de infección e incrementan el desarrollo de la fauna nociva.

Existen prácticas sencillas dentro del hogar que se pueden aplicar para el manejo sanitario de los residuos que son: Reducir, reutilizar, reciclar.

Para reducir una opción es limitar el uso de productos con envases desechables, Para reutilizar emplear los recipientes vacíos como maceteros, lapiceros u otros.

En áreas donde exista servicio de recolección de basura es indispensable mantener los residuos en recipientes con tapa.

En áreas que no cuentan con este servicio existen dos maneras para su disposición de estos residuos. Quemar, enterrar

Para estas prácticas se necesita cavar una zanja en un sitio alejado de la casa habitación, separar previamente los desechos y depositarlos en la zanja para quemarlos o enterrarlos, o en su caso se pueden reutilizar un incinerador. Otra forma de suponer de los residuos es la elaboración de una composta (mejorados de suelo) a partir de aquellos desechos que sufren una rápida descomposición (residuos de alimentos, hojas secas y pasto entre otros). (16)

III. Manejo higiénico de los alimentos

Existen actividades y prácticas en el manejo de los alimentos dentro del hogar que afectan a la salud. Para evitar daños a la salud es necesario proteger a los alimentos, Las medidas que pueden adoptar para proteger los alimentos son:

Adquirir y preparar únicamente los alimentos frescos (leche, verdura, fruta y carne), que se consumirán durante el día, Frijol, maíz, azúcar y arroz, procura tenerlos en lugares frescos y recipientes con tapa o costales cerrados., Lavar con agua y jabón las frutas y verduras que se usan para preparar los alimentos, o desinfectarlas con cloro o yodo, Si los alimentos se encuentran desprotegidos, el polvo y las moscas pueden contaminarlos, El aseo de manos, trastes y utensilios antes de cocinar nos ayuda a conservar la salud, porque los microbios se eliminan con agua y jabón, El agua que se utiliza tanto en la preparación de alimentos como en el lavado de utensilios de cocina debe estar desinfectada.

La mejor manera de combatir a los transmisores de enfermedades es: Proteger los alimentos, Almacenar y disponer correctamente los desechos, Disponer adecuadamente las excretas (orina y excremento)

Se deben de lavar las manos antes de manipulas los alimentos, después de ir al baño y en cualquier interrupción de la preparación de los alimentos por ejemplo: sonarse la nariz, cambiar el pañal al niño, entre otras.

IV. Higiene personal

- **Lavado de manos:** El objetivo del lavado de manos es reducir la flora residente (entendiendo por esta la flora cutánea de las manos y antebrazos normal del individuo y puede estar conformada por microorganismos patógenos) y también remover las bacterias transitorias (entendiendo por esta los microorganismos que se adquiere por contaminación con el medio ambiente y esta generalmente constituida por organismos no patógenos).

V. Higiene en el hogar

- **Disposición de excremento y orinas (excretas)**

Los desechos humanos (excremento y orina) representan un riesgo para la salud si no se dispone sanitariamente, en ellos se encuentra un gran número de microbios transmisores de enfermedades.

El fecalismo al ras del suelo es un practica que debe ser remplazada, por una mejor disposición de excremento. Para disponer los desechos en forma sanitaria existen diversas alternativas: Excusado conectado al drenaje, fosa séptica, letrina sanitaria.

Si en la comunidad no existe drenaje y no son comunes las fosas sépticas, y la evacuación se efectúa al ras de la tierra es recomendable:

Disponer de un sitio fuera de la casa exclusivo para el depósito de excremento y orina para toda la familia; se debe cuidar que todos los miembros, incluidos los niños, usen este lugar. Se ser posible, construir en el lugar destinado a las excretas, un hoyo lo suficientemente profundo para esta función, donde no tengan acceso los animales domésticos. En ambos casos se debe poner una capa de cal cuando menos una vez a la semana Se debe cuidar que no exista basura alrededor de este sitio. El drenaje es la alternativa más común en localidades muy pobladas. La fosa séptica es un método seguro para la disposición sanitaria de excretas.

Son tres partes importantes para su adecuado funcionamiento: Diseño de la fosa, disposición del agua excedente, mantenimiento periódico del tanque

El mantenimiento periódico, es decir la extracción de los lodos se utiliza aproximadamente cada dos años.⁽¹⁷⁾

a. La forma como disponer el agua excedente:

Trinchera, cama, pozo de absorción, sobre un montículo en el suelo.

b. Cuando sea necesario el foso sanitario se debe

tener en cuenta diversos factores. Tipo de suelo, disponibilidad de agua, nivel del manto freático, materiales de la región. El mantenimiento es una parte fundamental para el buen funcionamiento de los sanitarios. Arroje los papeles dentro del pozo, Agregue tierra, cal o aserrín. Esto evitara los malos olores.

➤ **Control de insectos y roedores:** Cuando existen deficiencias en la limpieza, se propicia el aumento de fauna nociva como moscos, cucarachas, ratas, moscas y chinches, entre otros, que son nocivos a la salud por que transmiten enfermedades. Los moscos son insectos que se reproducen en diversos lugares y que pueden transmitir enfermedades como el dengue, el paludismo y la fiebre amarilla.

a. Se reproducen principalmente en: Agua acumulada en llantas y canaletas de los techos, paredes deterioradas, agujeros en los árboles, excremento en el suelo, floreros, establos sin limpieza. La mejor manera de combatir los vectores o transmisores es:

Proteger los alimentos, almacenar y disponer correctamente de los desechos, disponer adecuadamente excretas, hervir el agua durante tres minutos es tiempo suficiente para eliminar cualquier microbio presente, almacene el agua en el mismo recipiente en el que la hirvió. Se debe de tener cuidado con la contaminación causada por las manos, cucharones o tazas sucias, utilice recipientes pequeños en donde el agua pueda hervirse directamente, no es necesario airear el agua, no meta en la olla las manos, tazas o cucharas.⁽¹⁸⁾

b. Hay distintas formas de desinfectar el agua: Con cloro (blanqueador al 2 % de cloro activo, para lavar ropa), aplique dos gotas de blanqueador por cada litro de agua. Deje reposar 30 minutos y el agua esta lista para beber. Con yodo, aplique dos gotas por litro y déjela reposar 20 min. Antes de beberla. Este procedimiento no es recomendable para desinfectar el agua en grandes cantidades, sino únicamente para el agua que se bebe en un día. Con plata coloidal, aplique una gota por litro y deje reposar 20 minutos antes de beber.

El uso de cloro, yodo o plata coloidal son métodos seguros para desinfectar el agua. Sin embargo es importante recordar algunos aspectos:

Utilice recipientes limpios y con tapa, sirva adecuadamente el agua (no utilice cucharones o recipientes sucios).⁽¹⁸⁾

2.2.5. 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. Aun cuando esta condición puede ser desencadenada por diversas causas, el agente etiológico más representativo actualmente es la *E. coli*.⁽¹⁹⁾

2.2.6. 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 (19)
- d) La deshidratación es la complicación más frecuente y grave de las diarreas en los niños. Las principales causas de la deshidratación son:
 - Aumento de pérdidas de líquidos y electrolitos por las evacuaciones líquidas y por los vómitos
 - Disminución de la ingesta
 - 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).⁽¹⁹⁾

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 Ojos Lagrimas Boca y lengua Sed	Bien, alerta Normales Presentes Humedeas Bebe normal, sin sed	Intranquilo, irritable Hundidos Ausentes Secas Sediento, bebe ávidamente	Comatoso Hipotónico Muy hundidos y secos 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

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.⁽²⁰⁾

2.2.7. 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 (20)

El termino prevención de la enfermedad se utiliza por lo general para designar a las estrategias encaminadas a reducir los factores personales que disminuyan la susceptibilidad a la enfermedad. “La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

La prevención de la enfermedad se utiliza a veces como termino complementario de la promoción de la salud. Pese a que a menudo se produce una superposición del contenido y de las estrategias, la prevención de la enfermedad se define como una actividad distinta.

En este contexto, la prevención de la enfermedad es la acción que normalmente emana del sector sanitario, y que considera a los individuos y las poblaciones como expuestos a factores de riesgo identificables que suelen estar a menudo asociados a diferentes comportamientos de riesgo. El propósito de la prevención es disponerse y prepararse anticipadamente para evitar el daño personal y social que compromete el futuro de la vida social.

Los espacios preventivos, son todos aquellos en los cuales interactuamos a partir de nuestro propio espacio interior. La prevención será efectiva si asumimos una actitud de compromiso con la vida. Por eso no basta con informar, advertir, controlar, es necesario el desenvolvimiento de las fuerzas de la vida por medio de una sostenida educativa para la salud, a nivel personal, familiar, institucional.

Para Caplan, la prevención es una acción integral con tres niveles de intervención, articulados y simultáneos.⁽²¹⁾

I. Prevención Primaria:

Está dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia e implica la participación de la comunidad bajo la organización de “Agentes de Salud” para la detección y neutralización de las condiciones que constituyen la enfermedad.

II. Prevención Secundaria

Es una manera especial de asistencia destinada a disminuir la prevalencia que incluye el número de casos, el diagnóstico precoz y el tratamiento efectivo. Tiene como objetivo evitar la cronicidad y la aparición de secuelas.

III. Prevención Terciaria (Rehabilitación):

Procura reducir el funcionamiento defectuoso (secuela) y el daño recobrando la posibilidad de reintegración.

- **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.

2.2.8. 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.⁽²²⁾

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. ⁽²²⁾

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 aún 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:

- 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:

- . Muchas deposiciones acuosas . come o bebe poco
- . Vomita repentinamente . fiebre
- . Sed marcadas . Sangre en las heces

Fuente: MINSA .Boletín epidemiológico.Vol.17 (22) 2009 . Pág. 25-35

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.
- Muéstrela 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 continúa luego que los paquetes de SRO se han terminado, dígale a la madre que brinde otros líquidos como se describieron en la primera regla de arriba o que retorne por mas SRO.

Fuente: MINSA .Boletín epidemiológico.Vol.17 (22) 2009 . Pag. 25-35

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.⁽²³⁾

**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 más 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 electrolitos, 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.

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

- Si 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 endovenosa en corto tiempo (3 o 4 horas), y (que la mayoría de ellos completen su hidratación por vía oral con suero oral a dosis de 25 ml/ kg/ hora en las siguientes 3 horas.

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/kg7hora

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 más 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. ⁽²⁴⁾

2.2.9. 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. .

2.2.10. Rol de la Enfermera En La Prevención de EDAS

Según la ley de trabajo del enfermero(a) peruano(a) describe el rol del profesional de enfermería de la siguiente forma:

“La enfermera(o), como profesional de la ciencia de la salud, participa en la prestación de los servicios de salud integral, en forma científica, tecnológica y sistemática, en los procesos de prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, mediante el cuidado de a persona, la familia y la comunidad, considerando el contexto social, cultural, económico, ambiental y político en el que se desenvuelve, con el propósito de contribuir a elevar la calidad de vida y lograr el bienestar de la población. ¹² El profesional de enfermería ha ido desarrollando sus respectivas actividades en cada una de las áreas de su competencia.

La enfermera ha ido desarrollando actividades preventivo promocionales en el área de su competencia en todos los niveles de atención en beneficio de la persona por ende la sociedad. ¹³

El profesional de enfermería por ser inherente a su formación y por estar as cerca de la población y de los pacientes, tiene una vasta experiencia de vida personal y profesional relacionado a la promoción de la salud y prevención de enfermedades; así es reconocido en el contexto internacional el rol que tuvieron las enfermeras en el proceso de erradicación de la viruela, en la erradicación de la circulación del polio virus salvaje en las Ameritas, así como el rol que actualmente cumplen en el proceso de erradicación del sarampión.⁽²⁴⁾

No podemos olvidar el rol que cumplen en su aporte a la disminución de la mortalidad infantil y neonatal, a través de acciones relacionadas a la atención integral del niño en aspectos relacionadas al control del crecimiento y desarrollo del niño normal, la recuperación y rehabilitación de los niños con

problemas de crecimiento y desarrollo, la promoción de hábitos y estilos de vida saludables, y la detección temprana, el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de enfermedades prevalentes como las enfermedades respiratorias agudas y las **Enfermedades Diarreicas Agudas**, las acciones de promoción de la lactancia materna y los cuidados inmediatos del recién nacido, entre otros.

15

2.2.11. Teorías de Enfermería que Sustentan la Investigación

a) 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.(25)

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 cuáles 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.

b) 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. ⁽²⁶⁾

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.

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. ⁽²⁶⁾

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 sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas, que tienen los padres de familia de niños menores de 5 años de edad del AA.HH El Mirador de Jesús Paucarpata - Arequipa 2014, es bajo.

2.4.2. Hipótesis Específicas

- El nivel de conocimiento sobre de las fuentes de infección de la enfermedad diarreica aguda que tienen los padres de niños menores de 5 años de edad del AA.HH El Mirador de Jesús Paucarpata - Arequipa 2014, es bajo
- El nivel de conocimiento sobre prevención en la preparación y almacenamiento de los alimentos que tienen los padres de familia de niños menores de 5 años del AA.HH El Mirador de Jesús Paucarpata - Arequipa 2014, es bajo
- El nivel de conocimiento sobre el tratamiento en el hogar de la enfermedad diarreica aguda que tienen los padres de familia de niños menores de 5 años del AA.HH El Mirador de Jesús Paucarpata - Arequipa 2014, es bajo

2.5. VARIABLE

2.5.1. Definición Conceptual de la Variable

- **Nivel de conocimiento sobre la prevención y tratamiento enfermedad diarreica aguda:** Es la determinación de cuanto conoce la madre sobre la enfermedad diarreica infantil, en cuanto a su tratamiento y prevención de esta enfermedad.

2.5.2. Definición Operacional de las Variables

- **Nivel de conocimiento sobre la enfermedad diarreica aguda:** Es la determinación del conocimiento sobre la diarrea, en el aspecto preventivos y tratamiento que tienen las madres de niños menores de 5 años del AA.HH El Mirador de Jesús Paucarpata - Arequipa 2014, teniendo una medición de alto, medio y bajo, 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	ESCALA
Conocimiento sobre la prevención y tratamiento de la EDA	Es la determinación de cuanto conoce la madre sobre la enfermedad diarreica infantil	Es la determinación del conocimiento sobre la diarrea, Aspecto preventivos y tratamiento que tienen los padres de familia, clasificado como alto, medio y bajo.	Conocimientos Generales	<ul style="list-style-type: none"> - Idéntica un episodio diarreico - Reconocimiento de signos y síntomas. - Complicaciones de La diarrea. 	Nominal
			Prevención sobre las fuentes de infección.	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de servicios básicos - Hacinamiento - Higiene personal - Higiene en el hogar. - Lavado de manos - Consumo de agua 	Nominal
			Prevención en la preparación y almacenamiento de los alimentos.	<ul style="list-style-type: none"> - Higiene en la Manipulación de alimentos. - Conservación de los alimentos 	Nominal
			Prevención de la deshidratación	<ul style="list-style-type: none"> - Reconocer signos de alarma. - Hidratación Oral - Alimentación 	Nominal
			Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento casero. - Suero de rehidratación oral - Automedicación 	Nominal

CAPITULO III: MATERIAL Y METODO

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación es de tipo no experimental, el método descriptivo y de corte transversal, el cual determinó 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: Porque 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. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACION

El presente estudio se realizó en el AA.HH El Mirador de Jesús Paucarpata - Arequipa, es un Asentamiento humano que tiene más de mil habitantes entre ellos niños menores de 5 años.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población

La población estuvo conformada por 300 padres de familias con niños menores de 5 años del AA.HH El Mirador de Jesús Paucarpata - Arequipa 2014.

3.3.2. Muestra

Se eligió de forma no aleatoria a 64 padres de familias con niños menores de 5 años del AA.HH El Mirador de Jesús Paucarpata - Arequipa 2014, durante los meses de Abril-Junio.

La muestra será seleccionada mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q \times N}{(N-1) \times E^2 + Z^2 \times p \times q}$$

Dónde:

N= 166

q = 0.02 nivel de significancia

Z = 1.96

p = 0.5 proporción

E = 0.02 nivel de tolerancia.

n = padres de familia

Aplicación de la formula

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.02 \times 166}{(166 - 1) \times (0.02)^2 + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.02}$$

$$n = \frac{3.84 \times 0.5 \times 0.02 \times 166}{165 \times 0.0004 + 3.84 \times 0.5 \times 0.02}$$

$$n = 64$$

n = 64

Por lo tanto: la muestra se realizara a 64 padres de familia escogidas aleatoriamente.

3.3.2.1. Criterios de Inclusión

- Padres de familias con niños menores de 5 años del AA.HH El Mirador de Jesús Paucarpata - Arequipa 2014, que acepten participar en la investigación
- Padres de familias con niños menores de 5 años del AA.HH El Mirador de Jesús Paucarpata - Arequipa 2014, que estén viviendo durante los meses de Abril-Junio.
- Padres de familias con niños menores de 5 años del AA.HH El Mirador de Jesús Paucarpata - Arequipa 2014, que hablen español.

- Padres de familias con niños menores de 5 años AA.HH El Mirador de Jesús Paucarpata, que no tengan problemas físico o mental.

3.3.2.2. Criterio de Exclusión

- Padres de familias con niños menores de 5 años AA.HH El Mirador de Jesús Paucarpata - Arequipa 2014, que no acepten participar en la investigación.
- Padres de familias con niños menores de 5 años del AA.HH El Mirador de Jesús Paucarpata - Arequipa 2014, que no estén viviendo en dicho AA.HH. durante los meses de Abril-Junio.
- Padres de familias con niños menores de 5 años AA.HH El Mirador de Jesús Paucarpata que no hablen español.
- Padres de familias con niños menores de 5 años AA.HH El Mirador de Jesús Paucarpata, que tengan problemas físico o mental.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó como técnica la entrevista-encuesta y el instrumento fue el cuestionario. El instrumento estará dirigido a las madres conto de las siguientes partes:

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

Dicho instrumento tiene una escala de 1 a 5 en las tres primeras

dimensiones y una escala de 1 a 3 en las dos últimas dimensiones, contiene 20 enunciados de opción múltiple.

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.

Para determinar la confiabilidad se aplicaron formulas estadísticas tales como el Coeficiente de Alfa de Crombach para la confiabilidad de conocimientos teniendo un puntaje de 1.00, indicando que el instrumento es confiable.

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Se realizaron los trámites administrativos para obtener la autorización del Dirigente del AA.HH El Mirador de Jesús Paucarpata, a quien se le presentó la solicitud firmado por la directora de escuela, pidiendo el permiso correspondiente para poder aplicar el instrumento a los padres de familia con niños menores de 5 años, y de esta manera iniciar la recolección de datos, teniendo como duración aproximadamente 5 -10 minutos, posteriormente los datos fueron procesados en forma manual a la vez se elaborara cuadros para su respectivo análisis e interpretación. Se calificó 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,

Para el procesamiento de la información fue necesario realizar la codificación de las preguntas, la variable se clasifico en nivel de Conocimiento: Alto, medio y bajo.

Escala de valores:

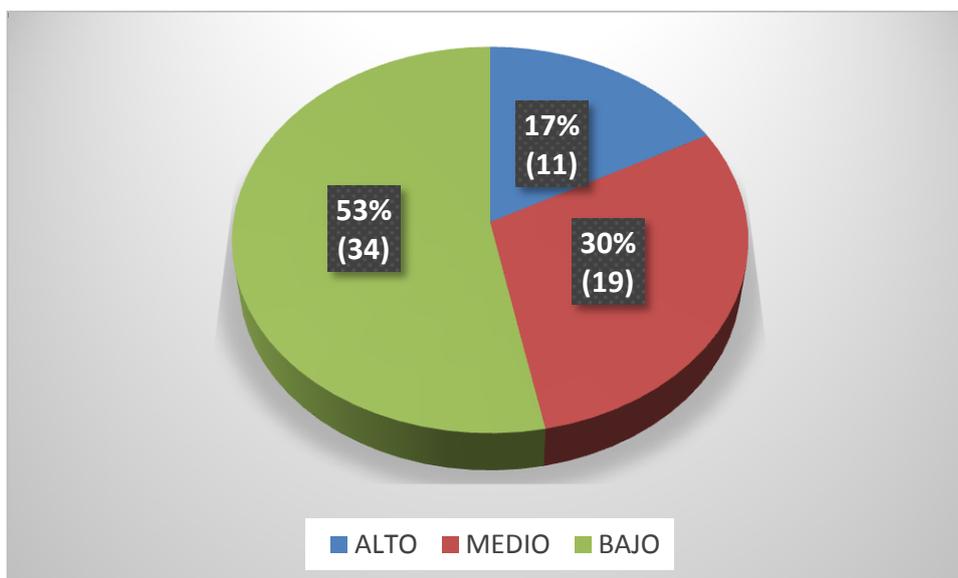
Nivel de Conocimientos	Rango
Alto	13 - 18
Medio	7 - 12
Bajo	0 - 6

Una vez recolectados los datos fueron tabulados manualmente y mediante el programa estadístico Excel y SPSS, en el cual se obtuvo las frecuencias en general y cada ítem.

CAPITULO IV: RESULTADOS

GRAFICO N° 1

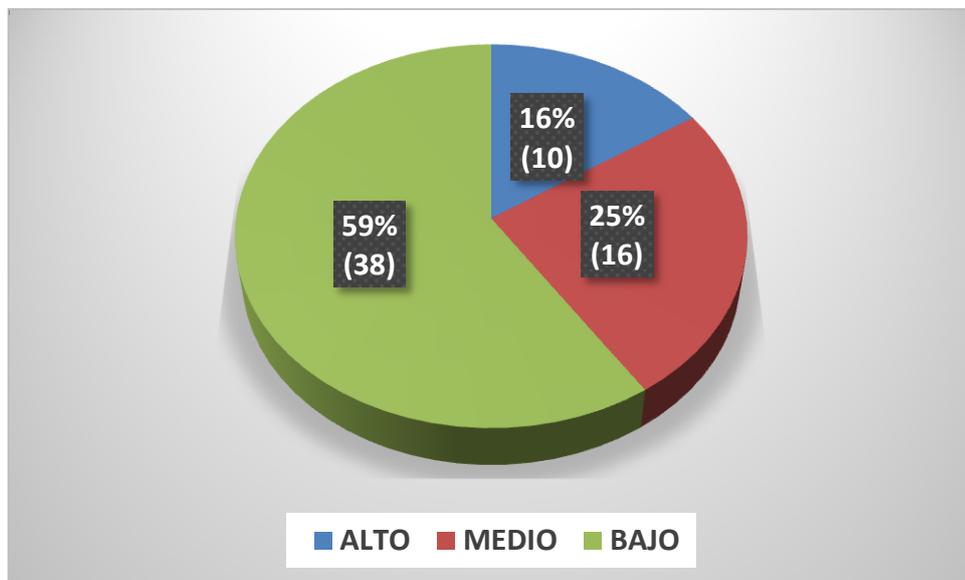
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS, QUE TIENEN LOS PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD DEL AA.HH EL MIRADOR DE JESÚS PAUCARPATA - AREQUIPA 2014



Según los resultados presentados en el Grafico N° 1, El nivel de conocimiento sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas, que tienen los padres de familia de niños menores de 5 años de edad del AA.HH el Mirador de Jesús Paucarpata – Arequipa, es Bajo en un 53%(34), Medio en un 30%(19) y Alto en un 17%(11).

GRAFICO N° 2

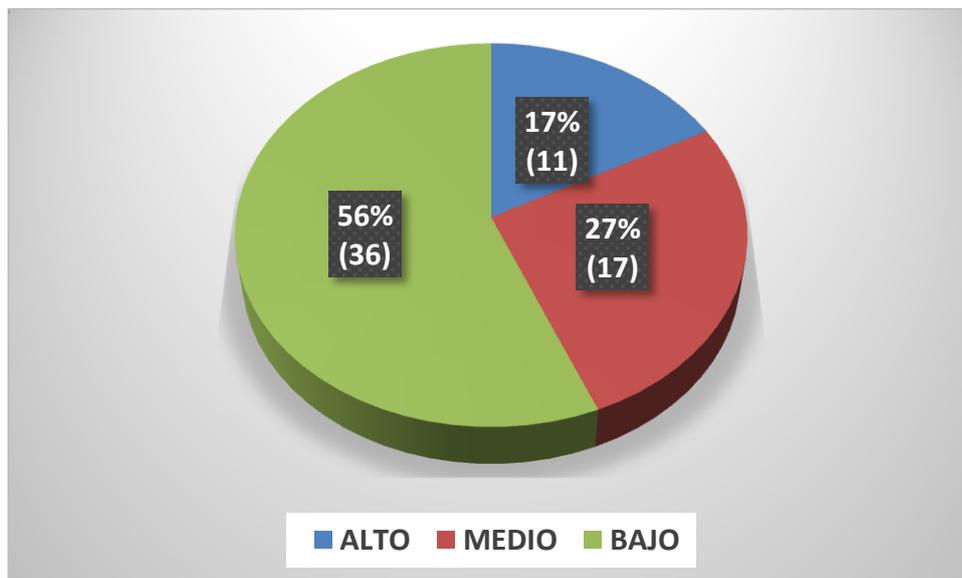
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DE LAS FUENTES DE INFECCIÓN DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA QUE TIENEN LOS PADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD DEL AA.HH EL MIRADOR DE JESÚS PAUCARPATA - AREQUIPA 2014



Según los resultados presentados en el Grafico N° 2, El nivel de conocimiento sobre la fuente de infección de las enfermedades diarreicas agudas, que tienen los padres de familia de niños menores de 5 años de edad del AA.HH el Mirador de Jesús Paucarpata – Arequipa, es Bajo en un 59%(38), Medio en un 25%(16) y Alto en un 16%(10).

GRAFICO N° 3

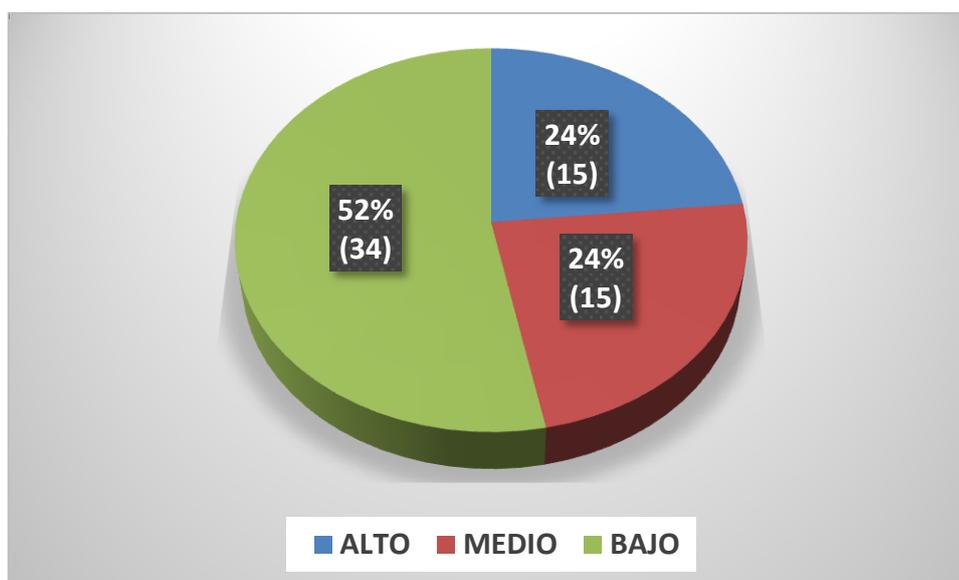
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN EN LA PREPARACIÓN Y ALMACENAMIENTO DE LOS ALIMENTOS QUE TIENEN LOS PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL AA.HH EL MIRADOR DE JESÚS PAUCARPATA - AREQUIPA 2014



Según los resultados presentados en el Grafico N° 3, El nivel de conocimiento sobre la prevención en la preparación y almacenamiento de los alimentos que tienen los padres de familia de niños menores de 5 años de edad del AA.HH el Mirador de Jesús Paucarpata – Arequipa, es Bajo en un 56%(36), Medio en un 27%(17) y Alto en un 17%(11).

GRAFICO N° 4

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL TRATAMIENTO EN EL HOGAR DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA QUE TIENEN LOS PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL AA.HH EL MIRADOR DE JESÚS PAUCARPATA - AREQUIPA 2014



Según los resultados presentados en el Grafico N° 4, El nivel de conocimiento sobre el tratamiento en el hogar de la enfermedad diarreica aguda que tienen los padres de familia de niños menores de 5 años de edad del AA.HH el Mirador de Jesús Paucarpata – Arequipa, es Bajo en un 52%(34), Medio y Alto en un 24%(15) respectivamente.

PRUEBA DE HIPOTESIS

Prueba de la Hipótesis General

H1: El nivel de conocimiento sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas, que tienen los padres de familia de niños menores de 5 años de edad del AA.HH El Mirador de Jesús Paucarpata - Arequipa 2014, es bajo.

Ho: El nivel de conocimiento sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas, que tienen los padres de familia de niños menores de 5 años de edad del AA.HH El Mirador de Jesús Paucarpata - Arequipa 2014, no es bajo.

Ha ≠ Ho

$\alpha=0,05$ (5%)

Tabla 1: Prueba de la Hipótesis General mediante el Chi Cuadrado (X^2)

	ALTO	MEDIO	BAJO	TOTAL
Observadas	11	19	34	64
Esperadas	21	21	22	
$(O-E)^2$	100	4	144	
$(O-E)^2/E$	4,8	0,19	6,6	

De acuerdo a los resultados presentados en la Tabla 1, el valor obtenido del Chi Cuadrado Calculado (X_C^2) es de 11,59; siendo el valor obtenido del Chi Cuadrado de Tabla (X_T^2) de 5,53; como el Chi Cuadrado de Tabla es menor que el Chi Cuadrado Calculado ($X_T^2 < X_C^2$), entonces se rechaza la Hipótesis Nula (Ho) y se acepta la Hipótesis Alterna (Ha).

Siendo cierto que: El nivel de conocimiento sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas, que tienen los padres de familia de niños menores de 5 años de edad del AA.HH El Mirador de Jesús Paucarpata - Arequipa 2014, es bajo.

CAPITULO V: DISCUSION

El nivel de conocimiento sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas, que tienen los padres de familia de niños menores de 5 años de edad del AA.HH el Mirador de Jesús Paucarpata – Arequipa, es Bajo en un 53%(34), Medio en un 30%(19) y Alto en un 17%(11). Coincidiendo con Delgado (2010) 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.

El nivel de conocimiento sobre la fuente de infección de las enfermedades diarreicas agudas, que tienen los padres de familia de niños menores de 5 años de edad del AA.HH el Mirador de Jesús Paucarpata – Arequipa, es Bajo en un 59%(38), Medio en un 25%(16) y Alto en un 16%(10). Coincidiendo con Lafontaine, Duran, Santana (2009) 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.

El nivel de conocimiento sobre la prevención en la preparación y almacenamiento de los alimentos que tienen los padres de familia de niños menores de 5 años de edad del AA.HH el Mirador de Jesús Paucarpata – Arequipa, es Bajo en un 56%(36), Medio en un 27%(17) y Alto en un 17%(11). Coincidiendo con Cerna (2010) 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 prácticas aprendidas por sus padres de generación en generación. estos resultados reflejan que la madre no sabe cómo tratar a su niños menor de 5 años con Diarrea adoptando una actitud negativa.

El nivel de conocimiento sobre el tratamiento en el hogar de la enfermedad diarreica aguda que tienen los padres de familia de niños menores de 5 años de edad del AA.HH el Mirador de Jesús Paucarpata – Arequipa, es Bajo en un 52%(34), Medio y Alto en un 24%(15) respectivamente. Coincidiendo con Grados (2010) tuvo como resultado; que el nivel de conocimiento que tienen las madres sobre las enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años, es de un nivel bajo, en un 52%, un 28% tienen un conocimiento medio; y solo un 20% tienen conocimiento alto. 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 en un 60%, con un 48%, no reconocen los factores predisponentes y la alimentación adecuada y el 36% no conocen el tratamiento durante un cuadro diarreico agudo. Se rechaza la hipótesis planteada, donde se afirma que 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.

CONCLUSIONES

- El nivel de conocimiento sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas, que tienen los padres de familia de niños menores de 5 años de edad del AA.HH el Mirador de Jesús Paucarpata – Arequipa, es Bajo. Se comprobó mediante el Chi Cuadrado con un valor de 11,59 y un nivel de significancia de $p < 0,05$.
- El nivel de conocimiento sobre la fuente de infección de las enfermedades diarreicas agudas, que tienen los padres de familia de niños menores de 5 años de edad del AA.HH el Mirador de Jesús Paucarpata – Arequipa, es Bajo.
- El nivel de conocimiento sobre la prevención en la preparación y almacenamiento de los alimentos que tienen los padres de familia de niños menores de 5 años de edad del AA.HH el Mirador de Jesús Paucarpata – Arequipa, es Bajo.
- El nivel de conocimiento sobre el tratamiento en el hogar de la enfermedad diarreica aguda que tienen los padres de familia de niños menores de 5 años de edad del AA.HH el Mirador de Jesús Paucarpata – Arequipa, es Bajo.

RECOMENDACIONES

- Promover, planear y ejecutar actividades educativas continuas y permanentes dirigidas a los padres de familia o personas responsables del cuidado del niño menor de 5 años, enfatizando el reconocimiento de las fuentes de infección, prevención en la preparación y almacenamiento de alimentos, tratamiento en el hogar de las IRA, disminuyendo de esta manera sus complicaciones.
- Desarrollar propuestas que capaciten a las madres sin perder la esencia de su tradición (creencias, actitudes y costumbres) y plantear estrategias que mejoren la atención que brindan los profesionales y futuros profesionales de enfermería en un enfoque intercultural.
- Impulsar las campañas de prevención y promoción de la salud, por ello se recomienda que las actividades de atención primaria en salud, sean reforzadas a través de charlas, ya que mejorando el déficit de educación sanitaria se podría tener un manejo oportuno y eficiente, con ello se logrará la principal finalidad la cual es concientizar a los padres de familia de los niños menores de 5 años, sobre la enfermedad diarreica aguda para prevenir sus complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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.
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. Cerna Tello, Carmen Milagros, “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”.
6. José Eduardo Grados Flores; realizo una investigación titulada “Nivel de conocimiento sobre enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años, que tienen las madres en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Mayo-Junio 2010”.
7. 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”.
8. Bunge, Mario, la ciencia su método y su filosofía. Edt. Ariel. Buenos Aires. X edición; 2008.
9. Russel, Bertrand “El Conocimiento Humano.” .Edit Ariel, Buenos Aires XI edic; 2008 .

10. Kramer B, Kanof A. Revisión histórica de la diarrea. Rev Cubana Pedriátrica, 1964; 36(2): 30.
11. 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.
12. MINSA .Boletín epidemiológico.Vol.17 (22) 2009 . Pág. 25-35.
13. Organización Panamericana de la Salud. "Guías básicas de tecnologías apropiadas en agua potable y saneamiento básico" España: 2003. pp.25
14. Organización Panamericana de la Salud. "Hacia una vivienda saludable: Que viva mi hogar: Manual para el agente comunitario" pp 56.
15. Organización Panamericana de la Salud. "Guías básicas de tecnologías apropiadas en agua potable y saneamiento básico" segunda edición actualizada Colombia, Ginebra; 2001.
16. Organización Panamericana de la Salud. "Hacia una vivienda saludable: Que viva mi hogar: Manual para el agente comunitario" pp 56
17. OPS/OMS Manual de Tratamiento de la Diarrea". Serie Paltex Nº 13. Organización Panamericana de la Salud. Edit. OPS/OMS, 1987
18. OPS/OMS Manual de Tratamiento de la Diarrea". Serie Paltex Nº 13. Organización Panamericana de la Salud. Edit. OPS/OMS, 1987.
19. Herrera Morales, Gíslar, Donet Díaz, Dewys, Triana Pérez, Israel. "Estrategia de capacitación para reducir las enfermedades diarreicas agudas en niños menores de un año" Perú. (2008)
20. Encizo, Rolando Rafael. "Actitudes de las madres frente a la diarrea en niños menores de cinco años de edad, en el pueblo joven Bayovar"2006.

21. Bautista, Bárbara; Cortes C., Gloria. "Conocimiento de las madres acerca de la prevención y manejo de la enfermedad diarreica aguda". Mayo-julio 2007
22. Kramer B, Kanof A. Revisión histórica de la diarrea. Rev Cubana Pedriátrica, 1964; 36(2): 30.
23. Ann Marriner Tomey, Modelos y Teorías en Enfermería, cuarta edición. Pp. 400.
24. Madeleine Leniger, Modelos y Teorías en Enfermería, cuarta edición. Pp. 400

**A
NEXOS**



ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA QUE TIENEN LOS PADRES DE FAMILIA DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL AA.HH. EL MIRADOR DE JESÚS - AREQUIPA 2014”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLE	DIMENSIONES
<p>Problema General ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas, que tienen los padres de familia de niños menores de 5 años de edad del AA.HH El Mirador de Jesús Paucarpata - Arequipa 2014?</p> <p>Problemas Específicos <input type="checkbox"/> ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre de las fuentes de infección de la enfermedad diarreica aguda que tienen los padres de</p>	<p>Objetivo General Determinar el nivel de conocimiento sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas, que tienen los padres de familia de niños menores de 5 años de edad del AA.HH El Mirador de Jesús Paucarpata - Arequipa 2014.</p> <p>Objetivos Específicos <input type="checkbox"/> Identificar el</p>	<p>Hipótesis General El nivel de conocimiento sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas, que tienen los padres de familia de niños menores de 5 años de edad del AA.HH El Mirador de Jesús Paucarpata - Arequipa 2014, es bajo.</p>	<p>Conocimiento sobre la prevención y tratamiento de la EDA</p>	<p>Conocimientos Generales Prevención sobre las fuentes de infección.</p> <p>Prevención en la preparación y almacenamiento de los alimentos.</p> <p>Prevención de la deshidratación</p> <p>Tratamiento</p>

<p>niños menores de 5 años de edad del AA.HH El Mirador de Jesús Paucarpata - Arequipa 2014?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre prevención en la preparación y almacenamiento de los alimentos que tienen los padres de familia de niños menores de 5 años del AA.HH El Mirador de Jesús Paucarpata - Arequipa 2014?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre el tratamiento en el hogar de la enfermedad diarreica aguda que tienen los padres de familia de niños menores de 5 años del AA.HH El Mirador de Jesús Paucarpata - Arequipa 2014?</p>	<p>nivel de conocimiento sobre de las fuentes de infección de la enfermedad diarreica aguda que tienen los padres de niños menores de 5 años de edad del AA.HH El Mirador de Jesús Paucarpata - Arequipa 2014.</p> <p><input type="checkbox"/> Identificar el nivel de conocimiento sobre prevención en la preparación y almacenamiento de los alimentos que tienen los padres de familia de niños menores de 5 años del AA.HH</p>	<p>Hipótesis Específicas</p> <p><input type="checkbox"/> El nivel de conocimiento sobre de las fuentes de infección de la enfermedad diarreica aguda que tienen los padres de niños menores de 5 años de edad del AA.HH El Mirador de Jesús Paucarpata - Arequipa 2014, es bajo</p> <p><input type="checkbox"/> El nivel de conocimiento sobre prevención en la preparación y almacenamiento de los</p>		
---	--	--	--	--

	<p>El Mirador de Jesús Paucarpata - Arequipa 2014.</p> <p><input type="checkbox"/> Determinar el nivel de conocimiento sobre el tratamiento en el hogar de la enfermedad diarreica aguda que tienen los padres de familia de niños menores de 5 años del AA.HH El Mirador de Jesús Paucarpata - Arequipa 2014.</p>	<p>alimentos que tienen los padres de familia de niños menores de 5 años del AA.HH El Mirador de Jesús Paucarpata - Arequipa 2014, es bajo</p> <p><input type="checkbox"/> El nivel de conocimiento sobre el tratamiento en el hogar de la enfermedad diarreica aguda que tienen los padres de familia de niños menores de 5 años del AA.HH El Mirador de Jesús Paucarpata -</p>		
--	--	--	--	--

		Arequipa 2014, es bajo		
--	--	---------------------------	--	--

