



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

TESIS

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS MADRES DE NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS SOBRE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA
PRONEI SAGRADO CORAZON DE JESUS
CHULUCANAS –PIURA – 2015”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERA**

**PRESENTADO POR
NIMA SEMINARIO JACKELINE ANELLI**

**ASESORA:
MARIA ESTHER HERMOZA CALERO**

PIURA-PERU, 2018

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS MADRES DE NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS SOBRE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA
PRONEI SAGRADO CORAZON DE JESUS
CHULUCANAS –PIURA – 2015”**

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento en madres de niños menores de 5 años, sobre enfermedad diarreica aguda en el PRONEI Sagrado Corazón de Jesús Chulucanas –Piura abril- julio 2015. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de (n=74 madres), para el recojo de la información se utilizó un cuestionario tipo Likert , la validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de (0,876); la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de ($\alpha=0,951$), la prueba de hipótesis se realizó mediante el Chi-Cuadrado($\chi^2=31,46$) y con un nivel de significancia de ($p<0,05$).

CONCLUSIONES:

La presente investigación tiene como título: el nivel de conocimiento en madres de niños menores de 5 años, sobre enfermedad diarreica aguda en el PRONEI Sagrado Corazón de Jesús Chulucanas, en donde se encontró que en mayor porcentaje es Bajo teniendo en cuenta los siguientes aspectos: Cómo define a la enfermedad diarreica aguda, cuales son los factores comunales que si considera que favorecen la aparición de diarreas, De qué manera usted considera que se previene la enfermedad diarreica aguda de su niño (a) Conoce usted los que considere como signos de alarma de la diarrea Continuar con la rehidratación oral, Administrarle otros medicamentos recomendados por la farmacia, Rezarlo o aplicarle algún emplasto en su cuerpo, llevarlo inmediatamente al establecimiento de salud.

PALABRAS CLAVES: *Conocimiento en madres de niños menores de 5 años, sobre enfermedad diarreica aguda, prevención, factores de riesgo, signos de alarma.*

ABSTRACT

The objective of this research was to determine the level of knowledge in mothers of children under 5 years of age, about acute diarrheal disease in the PRONEI Sacred Heart of Jesus Chulucanas -Piura April-July 2015. It is a transversal descriptive investigation, we worked with a sample of (n = 74 mothers), for the collection of the information a Likert type questionnaire was used, the validity of the instrument was made by means of the test of concordance of the judgment of experts obtaining a value of (0,876); the reliability was carried out using the Cronbach's alpha with a value of ($\alpha = 0.951$), the hypothesis test was performed by the Chi-square ($\chi^2 = 31.46$) and with a level of significance of ($p < 0.05$).).

CONCLUSIONS:

The present investigation has like title: the level of knowledge in mothers of children under 5 years, on acute diarrheal disease in PRONEI Sacred Heart of Jesus Chulucanas, where it was found that in greater percentage it is Low taking into account the following aspects: How do you define acute diarrheal disease, what are the communal factors that you consider to favor the appearance of diarrhea? How do you consider that your child's acute diarrheal disease is prevented? Do you know what you consider to be alarm signs? of diarrhea Continue with oral rehydration, Administer other medications recommended by the pharmacy, Pray or apply a plaster on your body, take it immediately to the health facility.

KEYWORDS: *Knowledge in mothers of children under 5 years of age, about acute diarrheal disease, prevention, risk factors, warning signs.*

INDICE

	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	5
1.2.1. Problema General	5
1.3. Objetivos de la investigación	5
1.3.1. Objetivo general	5
1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4. Justificación del estudio	5
1.5. Limitaciones de la investigación	6
	7
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	
2.2. Base teórica	8
2.3. Definición de términos	12
2.4. Hipótesis	31
2.5. Variables	32
2.5.1. Definición conceptual de la variable	32
2.5.2. Definición operacional de la variable	32
2.5.3. Operacionalización de la variable	33

CAPITULO III: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	34
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	34
3.3. Población y muestra	34
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	36
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	36
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	37
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	38
CAPÍTULO V: DISCUSION	44
CONCLUSIONES	47
RECOMENDACIONES	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCIÓN

La enfermedad diarreica aguda (EDA), constituye un importante problema de Salud Pública a nivel mundial; su etiología variada y amplia distribución en el planeta la ubica como segunda causa de muerte infantil. Cada año mueren cerca de tres millones de niños en el mundo por este daño y se estima entre 15 y 16 por ciento de letalidad asociada a cualquier grado de desnutrición infantil. La más alta prevalencia se observa en naciones en progreso de desarrollo.

En Europa y Norteamérica se ha estimado que el promedio menor de episodios anuales de diarrea es de 1.0 en menores de dos años, mientras que en Latinoamérica es de 2.7 episodios anuales, registrándose el mayor número casos en zonas rurales y urbano – marginales.

Esta tendencia creciente está asociada al desarrollo socioeconómico, que 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.

El trabajo de investigación está Estructurado de la Siguiete manera:

Capítulo I: El Problema de la Investigación, con la formulación del problema principal, específico, como también la formulación de los Objetivos generales y específicos, la justificación del estudio y las limitaciones de la limitación.

Capítulo II: Marco teórico, donde mostraremos algunos antecedentes tanto Internacionales como Nacionales y bases teóricas que fundamenten la investigación, se tomara en cuenta las definición de términos básicos, sistema de hipótesis, variables, dimensiones e indicadores.

Capítulo III: Metodología, tipo 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.

Aspectos administrativos, bibliografía, los anexos Cronograma de Actividades, bibliografía, los anexos, instrumentos, matriz de consistencia.

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

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

Según la OMS (Abril, 2013), las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años, y ocasionan la muerte de 760 000 millones de niños cada año. La diarrea puede durar varios días y puede privar al organismo del agua y las sales necesarias para la supervivencia. La mayoría de las personas que fallecen por enfermedades diarreicas en realidad mueren por una grave deshidratación y pérdida de líquidos. Los niños malnutridos o inmunodeprimidos son los que presentan mayor riesgo de enfermedades diarreicas potencialmente mortales.

A nivel mundial la enfermedad diarreica aguda se encuentra en segundo lugar como enfermedad mortal de la infancia, según el Informe del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) La enfermedad causa el fallecimiento de 1.5 millones de niños al año en todo el mundo. (Unicef, 2009) Siendo esta una enfermedad prevenible UNICEF señaló que casi el 90% de las muertes por diarrea a nivel mundial se han atribuido a la insalubridad del agua, al saneamiento inadecuado y a la falta de higiene.(2)

Las intervenciones destinadas a prevenir las enfermedades diarreicas, en particular el acceso al agua potable, el acceso a buenos sistemas de saneamiento y el lavado de las manos con jabón permiten reducir el riesgo de enfermedad. Toda esta información se posibilita mediante la educación sanitaria dirigida muy especialmente a las madres de familia; no obstante no todas las madres demuestran conocer a cabalidad estas medidas, mucho menos cumplen con dichas prácticas, y es por ello que la enfermedad diarreica aguda sigue constituyendo un problema de salud pública

Las estadísticas a nivel mundial, nos muestran un creciente número de muertes a causa de enfermedades que pueden ser evitadas o tratadas. Se calcula que cada niño tiene 2-3 episodios de diarrea al año, teniendo un alto grado de letalidad, sin embargo los niños que sobreviven quedan con algún grado de desnutrición, siendo estos propensos a desarrollar episodios con mayor gravedad. Esta enfermedad se ha convertido en un gran problema para la comunidad de la salud pues existe mayor prevalencia en niños menores de 5 años y es difícil de erradicarla por la existencia de muchos factores de riesgo como por ejemplo la higiene personal, el nivel educacional de las madres de los niños, pues es la responsable principal de impartir la información adecuada para mantener un estilo de vida saludable, la desnutrición causada por la falta de ingresos económicos que limitan una buena alimentación; todos estos factores contribuyen a contraer enfermedades diarreicas agudas. (Instituto Nacional de Estadística e informática, 2011)(3)

A Nivel Latinoamericano, la enfermedad diarreica aguda (EDA) afecta principalmente a la población infantil, siendo los países más pobres los que presentan mayor letalidad, producto de la desnutrición y de las dificultades para acceder oportunamente a los servicios de salud. El manual de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) 2008, señala que en América Latina y el Caribe 5,1% de las muertes en menores de 5 años, es debido a la diarrea y deshidratación; 8 de cada 10 muertes ocurre en los dos primeros años de vida. Asimismo describe que en los últimos años se ha obtenido una disminución en la mortalidad por enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años. (3)

A Nivel Nacional de acuerdo al Plan de Abordaje Integral de las Enfermedades Diarreicas Agudas (2012), las enfermedades diarreicas agudas continúan siendo uno de los problemas de salud pública más serios en los países en vías de desarrollo, en los que constituyen una de las causas principales de enfermedad y muerte en los niños menores de 5 años. Son una de las principales causas de morbilidad y de consulta ambulatoria, en particular asociadas a condiciones de pobreza.

Las enfermedades diarreicas se encuentran entre las cinco causas de muerte en todas las edades, constituyen la primera causa de muerte en cinco y la segunda en cuatro de ellos. Si bien los niños son los que sufren mayor morbilidad y mortalidad, las enfermedades diarreicas también afectan a otros grupos de población. En promedio, los niños padecen 3,3 episodios de diarrea al año, pero en algunas áreas, puede ser superior a nueve episodios anuales. Aunque es una enfermedad generalmente auto limitada, en algunos casos es una causa de muerte, fundamentalmente en forma secundaria a la deshidratación y la desnutrición.

A Nivel Local de acuerdo al boletín epidemiológico de Es salud (2013) no tenemos una cifra exacta de cuantos niños padecen esta enfermedad. Por su parte, la DIRESA Piura, a través del Director de Epidemiología, Dr. Ciro García Vilela, a junio del 2013, informó que en comparación con el año pasado no hay incremento de muertes, ya que en la misma época se reportaron siete muertes, pero sí se han incrementado las

hospitalizaciones por Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA). Hasta la fecha se reportan 25 hospitalizaciones.

En Chulucanas las enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas, constituyen el 39,6% de las principales causas de la mortalidad en niños menores de 5 años, situación que tiene su origen en una variedad de factores dentro de los cuales cobra especial importancia el nivel cultural de las madres de familia, entre otros.

Al interactuar con algunas madres de familia se evidencia que no todas poseen los conocimientos esperados respecto a las enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años, tal parece que desconocen las acciones que podrían realizar para prevenir la diarrea, o cuando su niños se encuentre con este tipo de infección, ya que al interrogarlas sobre la definición del término diarrea y sus respectivos signos de alarma, algunas se quedaron calladas y otras se mostraron confusas, y al interrogárseles sobre prácticas de higiene, no mencionaron o no valoran adecuadamente la práctica de lavado de manos, hubieron madres que señalan a la diarrea como producto de “chucaques” o “mal de ojo”.

Muchos procesos morbosos y defunciones se evitan cuando las madres dominan, cumplen y propician buenas costumbres higiénicas en la familia. Por esta razón se decide valorar el nivel de conocimiento de las progenitoras de niños que acuden el PRONEI “Sagrado Corazón de Jesús” de Chulucanas, con la finalidad de contribuir a su perfeccionamiento e implementar estilos de vida saludables, por ser ésta una población vulnerable debido a factores de riesgo como deficiente saneamiento ambiental, poca accesibilidad a los servicios de salud, nivel socioeconómico bajo, infraestructura educativa deficiente, entre otros.

Ante la situación expuesta, surge el interés por desarrollar el presente trabajo que responde a la siguiente interrogante

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

¿Cuál es el nivel de conocimiento que tienen las madres de niños menores de 5 años, sobre la enfermedad diarreica aguda en el PRONEI Sagrado Corazón de Jesús Chulucanas Piura abril- julio 2015?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN :

1.3.1. OBJETIVO GENERAL :

Determinar el nivel de conocimiento en madres de niños menores de 5 años, sobre enfermedad diarreica aguda en el PRONEI Sagrado Corazón de Jesús Chulucanas –Piura abril- julio 2015

1.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ❖ Describir las características sociodemográficas: Edad y nivel educativo de las madres de niños menores de 5 años del PRONEI sagrado corazón Jesús Chulucanas Piura Abril-Julio 2015.
- ❖ Identificar el nivel de conocimiento que tienen las madres de niños menores de 5 años, sobre concepto y factores de riesgo de la enfermedad diarreica aguda en el PRONEI Sagrado Corazón de Jesús Chulucanas –Piura Abril –julio 2015
- ❖ Establecer el nivel de conocimiento que tienen las madres de niños menores de 5 años, sobre prevención de la enfermedad diarreica aguda en el PRONEI Sagrado Corazón de Jesús Chulucanas –Piura Abril –julio 2015
- ❖ Evaluar el nivel de conocimiento que tienen las madres de niños menores de 5 años, sobre signos de alarma y actuación ante la ocurrencia de la enfermedad diarreica aguda en el PRONEI Sagrado Corazón de Jesús Chulucanas –Piura Abril –julio 2015

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

En el panorama de la salud pública del Perú, las enfermedades transmisibles, particularmente las enfermedades infecciosas emergentes y re-emergentes (EIEYRE), siguen ocupando una posición relevante, debido a que producen elevada morbimortalidad, altos costos para los servicios de salud, la sociedad y el Estado, y representan un freno al desarrollo de la comunidad.

Considerando que la diarrea es una enfermedad prevenible y desencadenante por muchos factores de riesgo modificables, se considera relevante determinar el nivel de conocimiento que al respecto tienen las madres de familia, respecto a las enfermedades diarreicas agudas en sus niños menores de 5 años, grupo etario de alta vulnerabilidad, es desde esta perspectiva que el presente trabajo cobra relevancia social, económica y científica.

Relevancia social, porque abordan al binomio madre – niño, grupo social de gran trascendencia, y se pretende contribuir a reducir la morbimortalidad infantil siendo esencial dar medidas no solo orientadas a la prevención, sino a la actuación oportuna, de ese modo también se reducen las posibilidades de que el niño curse en desnutrición crónica, lo que afectaría su proyecto de vida en distintas esferas sociales.

Relevancia económica porque toda infección aguda es susceptible de combatir con medidas de bajo costo, lo contrario ocurre cuando se presentan cuadros complicados que requieren hospitalización, lo que deviene en elevados costos familiares e institucionales.

Relevancia Científica porque permitirá fortalecer nuestra disciplina al aportar una base de datos que servirá de insumo para la implementación de un Plan de Intervención en la familia y que a la vez permitirá fortalecer las habilidades de la enfermera, desde su formación y en su práctica diaria, para actuar competentemente en el contexto familiar comunitario, permitiéndole diferenciar los hallazgos normales de los anormales; en donde estas habilidades afectivas de valoración deberán realizarse al atender a niños con este problema respiratorio ya sea aguda o crónica.

1.5. LIMITACIONES Y ALCANCES DE LA INVESTIGACIÓN

La primera limitación está referida al tipo de estudio porque solo describe las variables de estudio, no explica ni relaciona las causas.

La segunda limitación, es que solo se ha estudiado a las madres de niños de 3, 4 y 5 años del PRONEI Sagrado corazón de Jesús, lo que limitaría el alcance de sus resultados.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

Son varios los estudios desarrollados, relativos al tema de estudio, destacando entre ellos:

2.1.1. En el ámbito internacional

Aragón A. Colombia (2010), con un trabajo de investigación titulado “Conocimientos Actitudes Practicas adoptadas por las madres de los niños menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda del corregimiento El Caguan-Neiva - julio-setiembre 2010” se encontró que del total de participantes, el 98,5% recibieron una calificación regular en los conocimientos y el 1,5 % obtuvieron una calificación mala en esta categoría. Ninguna de las madres obtuvo una calificación buena en los conocimientos. La actitud de las madres de los niños menores de cinco años con EDA mostro una calificación favorable en el 52,5% de la muestra. Con relación a las prácticas, la calificación regular fue la que más predominó, en un 48% de los encuestados. Al correlacionar las categorías entre sí, se encontró correlación positiva alta entre conocimientos con prácticas, y actitudes con prácticas con una r de Pearson de 0,642

y 0,573 respectivamente .se obtuvo correlación positiva baja entre conocimientos con actitudes y entre las variables

edad y nivel educativo con las categorías conocimientos, actitudes y prácticas (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 en el año 2010”, tiene como objetivo determinar el nivel del conocimiento y conducta materna en el hogar sobre el manejo de la diarrea aguda en niños menores de 5 años, el Tipo de investigación es descriptivo prospectivo.(4), teniendo un población de 86 madres de familia con niños menores de 5 años. El autor llego a las Siguietes Conclusiones: Del total de las madres, 54% conocen como mínimo dos signos de peligro en EDA. En caso de EDA se emplean líquidos caseros 49%, SRO 49%, suero casero 23%. El convivir con la abuela del niño se asoció significativamente con los conocimientos maternos ($p < 0.05$); La mitad de las madres no conocen signos de peligro y esto hace necesario intervenciones educativas en EDA y difundir la estrategia AIEPI. En estas intervenciones es necesario incluir a las abuelas y a las madres que no conviven con ellas (5)

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

Las Conclusiones de la investigación fueron: En las infecciones respiratorias los factores de riesgo incluyen el bajo peso al nacer, la desnutrición, la polución atmosférica, las inadecuadas condiciones de atención médica y de salud, las bajas coberturas de vacunación, la calidad de la vivienda, el hacinamiento y la disponibilidad de antimicrobianos.(6)

2.1.2. En el ámbito nacional

Matta W. Lima (2011), realizó un trabajo de investigación titulado “Conocimiento sobre medidas preventivas y prácticas de las madres sobre EDA y su relación con características sociodemográficas”, se encontró respecto al nivel de conocimiento sobre enfermedad diarreica aguda la mayor proporción de las madres 16 tiene nivel de conocimiento medio (66,3%) y el 16% presentó un nivel de conocimiento bajo. Con respecto al nivel de conocimiento según las dimensiones: en la dimensión enfermedad diarreica aguda predominó el nivel de conocimiento alto con un 48,5%; en las dimensiones medidas preventivas y prácticas en el hogar, el nivel de conocimiento medio se presentó en el 65,1% y 63,3% respectivamente. Con respecto al nivel de conocimiento según grado de instrucción, edad y ocupación no se presentó asociación significativa concluyendo que las madres presentaron un nivel de conocimiento medio sobre la enfermedad diarreica aguda. (7)

Cerna Tello, Carmen Milagros, realizo una investigación, para obtener El título de licencia de en enfermería en la UAP 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.

La investigación 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 tratar a su niños menor de 5 años con Diarrea adoptando una actitud negativa⁽⁸⁾

En el ámbito local

En el establecimiento de salud Sullana, Rios Flores (2013) llevo a cabo un estudio de investigación titulado “Factores asociados a la

enfermedad diarreica persistente en menores de 5 años de la edad de la ciudad de Sullana 2010 y 2011: de 51 casos (incidentes) de diarrea persistente y un grupo control constituido por 102 niños que acudieron a la consulta de crecimiento y desarrollo que fueron atendidos en los establecimientos de salud del área urbana, urbano marginal y rural del distrito de Sullana, durante los años 2010 y 2011; con el propósito de evaluar qué factores están asociados a la enfermedad diarreica persistente en menores de 5 años. Los resultados muestran que la mayoría de estos episodios acontecieron en el menor de 2 años. Los niños de la zona rural /urbano marginal tuvieron cuatro probabilidades más de riesgo en tener dicha enfermedad que los de área urbana; la desnutrición el no tener lactancia materna exclusiva evidenció asociación significativa a la ocurrencia de la enfermedad diarreica persistente (9).

2.2. BASES TEORICAS

2.2.1. Algunos Alcances Básicos sobre el Conocimiento:

- ❖ **Mario Bunge:** Define al conocimiento como “el conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claras, precisos, ordenados e inexactos, en base a ello se tipifica al conocimiento en: Conocimiento científico y conocimiento vulgar.”⁽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 tópico específico.⁽¹¹⁾

2.2.2. Elementos del conocimiento:

1. Sujeto:

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

2. Objeto:

Es aquello a lo que se dirige la conciencia, ya sea de una manera cognoscitiva, ya sea volitiva. Es lo que se percibe, imagina,

concibe o piensa. Su función es ser aprehensible y aprehendido por el sujeto.

Los objetos pueden ser reales o irreales; llamamos real todo lo que nos es dado en la experiencia externa o interna o se infiere algo de ella. Los objetos irreales se presentan, por el contrario, como meramente pensados.⁽¹¹⁾

3. Medio:

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

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.⁽¹²⁾

2.2.3.1. Epidemiología

La diarrea aguda constituye un gran problema de salud pública en la mayoría de los países en desarrollo y es causa de importante

morbimortalidad durante la infancia, especialmente por su relación con la desnutrición y los altos costos que implica para los sistemas de salud por su alta demanda de atenciones ambulatorias y hospitalizaciones. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cada año se presentan 1.300 millones de episodios de diarrea en niñas menores de cinco años en países en desarrollo y 4 millones de muertes por diarrea aguda, relacionadas, en el 50-70% de los casos con deshidratación. En Chile, la prevalencia de diarrea es de 2,7 episodios por niño, en los 2 primeros años de vida. La mortalidad ha tenido una tendencia histórica al descenso, con menos de 50 niños fallecidos anualmente desde 1994. A menor edad del niño, hay mayor susceptibilidad de presentar diarrea, siendo ésta de mayor intensidad y con mayores posibilidades de producir deshidratación. En Chile, la diarrea en niños es una enfermedad típicamente estacional, con mayor expresión en los meses de calor.(12)

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 entero patógena (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. (12)

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

incierto. 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 como: *vi rus*, bacterias o parásitos, destacando el hecho de que el rotavirus se puede aislar en 4 a 5% de los recién nacidos sanos.

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 entero patógenos 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 entero patógenas es que ocurren con mayor frecuencia y severidad en niños que no reciben lactancia materna.

2.2.3.3. Fisiopatología de la Diarrea

En el intestino delgado se produce la absorción del agua y electrolitos por las vellosidades del epitelio y simultáneamente, la secreción de éstos por las criptas. Así, se genera un flujo bidireccional de agua y electrolitos entre el lumen intestinal y la circulación sanguínea. Normalmente la absorción, es mayor que la secreción, por lo que el resultado neto es absorción, que alcanza a más del 90% de los fluidos que llegan al intestino delgado. Alrededor de 1 litro de fluido entra al intestino grueso, donde, por mecanismo de absorción, sólo se elimina entre 5 y 10 ml/kg/24 horas de agua por heces en lactantes sanos. Por lo tanto, si se produce cualquier cambio en el flujo bidireccional, es

decir, si disminuye la absorción o aumenta la secreción, el volumen que llega al intestino grueso puede superar la capacidad de absorción de éste, con lo que se produce diarrea. El agua se absorbe por gradientes osmóticas que se crean cuando los solutos (especialmente Na^+) son absorbidos en forma activa desde el lumen por la célula epitelial de la vellosidad.

Los mecanismos de absorción de Na^+ son:

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

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

(13)

2.2.3.4. Factores de riesgo:

Los factores de riesgo para las enfermedades diarreicas son: ambientales (ej.: agua inadecuada o con contaminación fecal,

falta de facilidades sanitarias, mala higiene personal y doméstica, inadecuada preparación y almacenamiento de alimentos, ignorancia o patrones culturales adversos con malas prácticas del destete y tardía búsqueda de atención médica) y del huésped (ejemplo: desnutrición, deficiencias inmunológicas, factores genéticos, ausencia de lactancia materna. (13)

2.2.3.5. Diagnostico

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

La diarrea aguda por rotavirus, la más frecuente en nuestro medio en lactantes, es una enfermedad auto limitada, 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*.

2.2.3.6. Complicaciones

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

- a) aumento de pérdidas de líquidos y electrolitos por las evacuaciones líquidas y por los vómitos.
- b) disminución de la ingesta.
- c) aumento de las pérdidas insensibles (13)

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

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

Las diarreas por rotavirus, *E. Coli* enterotoxigénica y *V Cholerae* son característicamente productoras de deshidratación importante: (ver Tabla 2). La variabilidad de las pérdidas de sodio, la edad y estado nutricional del paciente, así como factores

ambientales como temperatura y el aporte de sodio en la alimentación determinan la concentración de sodio sérico en el paciente deshidratado, lo que permite su diferenciación en deshidratación hiponatémica (sodio sérico < 130 mEq/l), hipernatémica (sodio sérico > 150 mEq/l) o isonatémica con sodio sérico normal (con mucho, la más frecuente).⁽¹⁴⁾

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.¹⁵⁾

Características	A	B	C
1. Observe: Condición Ojos Lagrimas Boca y lengua Sed	Bien, alerta Normales Presentes Húmedas 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 más signos incluso por lo menos uno, tiene deshidratación	Si presenta dos o más 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

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 polimorfo nucleares 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.⁽¹⁵⁾

2.2.3.7. Prevención

Las intervenciones más efectivas para prevenir la diarrea infantil a nivel mundial han sido las siguientes: los pañales con deposiciones, y por último, en algunos países: Inmunización contra el sarampión (15)

- **Promoción de alimentación adecuada**

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

2.2.3.8. Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda

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

- Prevenir la deshidratación
- Utilizar terapia de rehidratación (oral o endovenosa) cuando la deshidratación está presente
- Mantener la alimentación durante y después del episodio de diarrea,
- Uso selectivo de antibióticos cuando ellos están indicados
- Según el grado de deshidratación del paciente se define el esquema de tratamiento a seguir:
- **Plan A**, en diarrea aguda sin deshidratación clínica, con el

objetivo de evitar que esta última se produzca.

- **Plan B**, en diarrea aguda con deshidratación clínica moderada y cuyo objetivo es tratar la deshidratación mediante el uso de terapia de rehidratación oral (TRO), usando sales de rehidratación oral (SRO) para recuperar el equilibrio homeostático.
- a. **Plan C**, en diarrea aguda con deshidratación grave o shock y cuyo objetivo es tratar la deshidratación rápidamente.

b. 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 deben 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.

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

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

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

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

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

Desde 1984, se ha reemplazado el bicarbonato por citrato de sodio (citrato trisodico, dihidratado) en igual concentración (en miliequivalentes), lo que confiere 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 electrólitos, hasta la desaparición de los signos de deshidratación.

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

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

- Sodio: 90 mEq/l,
- Potasio: 20 mEq/l,
- Cloruros: 80 mEq/l,
- Citrato: 10 mEq/l,
- Glucosa: 20 gr/l.
- La osmolaridad es de 311 mosm/Kg.

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

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

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

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

Administrar SRO por boca: 50 - 100 ml/kg en 4 horas. Si no se conoce el peso, usar la edad e indicar SRO en 4 a 6 horas según el siguiente cuadro:

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

- 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. ⁽¹⁵⁾

- **Técnica de administración de soluciones parenterales;**

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

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

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

- **2.2.4.** 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 suero oral. Y posteriormente a

plan a hasta ser dado de alta, siempre que no existan complicaciones o enfermedad subyacentes. .⁽¹⁵⁾

2.2.5. 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. .⁽¹⁶⁾

2.2.6. Teorías de Enfermería que Sustentan la Investigación

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, teniendo como pasos del proceso: atención, retención, reproducción y motivación. Todo este proceso ocurre en la persona siendo esencial que la enfermera los considere como base para la educación que brinda a la persona; también la teoría de fishbein sobre la acción razonada. Que asegura que la conducta depende de actitudes personales y de normas sociales.(17)

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 amplio' 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 demodemográficas 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.

Teoría de Madeleine Leininger:

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

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

2.3. DEFINICIÓN DE TERMINOS

- **Conocimiento:** Es el conjunto de información sobre la enfermedad diarreica aguda que tienen las madres de niños menores de 5 años del PRONEI Sagrado Corazón de Jesús – Chulucanas.
- **Madre:** Son las personas responsables del niño que tienen lazos consanguíneos en línea directa.
- **Enfermedad diarreica aguda (EDA).**- Son aquellas enfermedades que se caracterizan por presentar deposiciones líquidas por más de 3 veces al día.
- **Población infantil:** Población de niños menores de 5 años de edad del PRONEI Sagrado Corazón de Jesús – Chulucanas.
- **Factor de riesgo:** Características que pueden aumentar la probabilidad de padecer una enfermedad.
- **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.
- **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.
- **Signos de alarma:** Referidas a algunas complicaciones o signos que pueden servir de alarma para identificar alguna enfermedad.
- **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.
- **Prevención**
Conjunto de medidas tomadas para reducir las probabilidades de contraer una enfermedad o afección.
- **Tratamiento:** Es un conjunto de medios que se utiliza para curar y aliviar una enfermedad.

2.4. HIPÓTESIS

Por tratarse de un estudio eminentemente descriptivo. No se ha considerado pertinente la formulación de hipótesis

2.5. VARIABLES

2.5.1. Definición conceptual de la variable

Conocimiento: Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, ideas o creencias cognitivas se tiene con respecto a las enfermedades diarreicas agudas.

2.5.2. Definición operacional de la variable

Conocimiento: Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje., durante.

De manera general el conocimiento será evaluado: Nivel alto cuando se obtenga una puntuación entre 34 a 40; nivel medio con una puntuación entre 23 a 33, y nivel bajo cuando se obtenga un puntaje menor a 23

- **Prevención**

Conjunto de medidas tomadas para reducir las probabilidades de contraer una enfermedad o afección.

2.5.3. Operacionalización de variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	ESCALA DE MEDICIÓN	CRITERIO DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Conocimiento sobre enfermedad diarreica aguda	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, ideas o creencias cognitivas que tienen las personas respecto a las enfermedades diarreicas agudas.	Es la respuesta expresada de los madres al momento de la aplicación de la encuesta en conocimientos sobre las enfermedades diarreicas agudas , el cual será obtenido a través de un cuestionario de preguntas	Conocimiento respecto a factores de riesgo a EDA	Ordinal	Alto Medio Bajo	Cuestionario estructurado en 40 preguntas
			Conocimiento respecto a Prevención de EDA	Ordinal		
			Conocimiento sobre signos de alarma	Ordinal		

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación corresponde a un estudio descriptivo de tipo transversal y prospectivo, diseño no experimental.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El PRONEI Sagrado Corazón de Jesús se encuentra ubicado en el distrito de Chulucanas provincia de Morropón, en el departamento de Piura, donde acceden niños con edades entre 3 y cinco años para recibir educación inicial.

Está a cargo de la profesora Mariana Curay quien dirige la institución que funciona en horario de 8am a 1pm.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: Se refiere a un conjunto de elementos, seres o eventos, concordantes entre sí en cuanto a una serie de características, de las cuales se desea obtener alguna información. Arias, F. (2006), es un conjunto finito, o infinito de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación. Esta queda delimitada por el problema y los objetivos del estudio.

Para el presente estudio la población está constituida por 120 madres de niños entre 3, 4 y 5. Que concurren al PRONEI Sagrado Corazón de Jesús Chulucanas abril –julio 2015.

Muestra: La muestra es una porción de la población que se tome para realizar el estudio, la cual se considera representativa (de la población). En este caso la muestra es de madres, la misma que ha sido obtenida mediante formula estadística.

$$M= \frac{(Z)^2 (P) (Q) (N)}{(E)^2 (N-1) +(Z)^2 (P) .(Q)}$$

Dónde:

Z: Nivel de confianza

P: Personas con carácter de interés

Q: Personas sin carácter de interés

N: Población total

$$M= \frac{(1.96)^2 . (0.5) . (0.5) . (90)}{(0.05)^2 (90 -1) + (1.96)^2 . (0.5) x (0.5)}$$

$$M= 74$$

Prueba de Ajuste

3.3.1. Criterios de inclusión

- ❖ Se incluirán a las madres de los niños y niñas de 3 ,4 y 5 años que estudien en el PRONEI sagrado corazón de Jesús.
- ❖ Se incluirán aquellas madres que acepten participar en el trabajo de investigación.

3.3.2. Criterios de exclusión

- ❖ Se excluirán a las madres de los niños y niñas que no tengan la edad entre 3, 4 y 5 años del PRONEI sagrado corazón de Jesús.

- ❖ Se excluirán aquellas madres que no acepten participar en el trabajo de investigación.

3.4. TECNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnica: para el presente caso se hizo uso de la encuesta

Instrumento: Se utilizó un cuestionario auto aplicativo estructurado en 40 preguntas, con preguntas abiertas, con elección de alternativa.

Para el componente Definición de Diarrea y Factores de Riesgo, se tienen 14 preguntas.

Se considerara nivel alto cuando obtenga una puntuación entre 12 y 14; nivel medio cuando obtenga una puntuación entre 9 y 11 puntos, y nivel bajo cuando se obtenga una puntuación menor a 9

Para el componente Prevención, se tiene 08 preguntas

Se consideró nivel alto cuando se obtuvo una puntuación entre 07 y 08; nivel medio cuando obtenga una puntuación entre 5 y 6 puntos, y nivel bajo cuando se obtenga una puntuación menor a 5

Para el componente Signos de alarma y Actuación se tienen 18 preguntas.

Se consideró nivel alto cuando se obtuvo una puntuación entre 15 y 18; nivel medio cuando se obtuvo una puntuación entre 11 y 14 puntos, y nivel bajo cuando se obtuvo una puntuación menor a 11

De manera general se consideró nivel alto cuando se obtenga una puntuación entre 34 a 40; nivel medio con una puntuación entre 23 a 33, y nivel bajo cuando se obtenga un puntaje menor a 23

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La validez del instrumento se obtuvo mediante profesionales expertos en la materia. De esta manera las observaciones permitieron realizar las

correcciones pertinentes necesarias para su validación. Para determinar la confiabilidad del mismo se realizó una prueba piloto con 9 madres del PRONEI Sagrado Corazón de Jesús y luego se aplicó el alfa de Crombach.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Crombach	Alfa de Crombach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,709	,673	25

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Previo a la aplicación del instrumento se procedió a solicitar la autorización a la directora del PRONEI Sagrado Corazón de Jesús.

Así mismo se solicitó el consentimiento informado de las madres de los niños. Obtenido el permiso correspondiente se procedió con las encuestas.

CONSIDERACIONES ETICAS

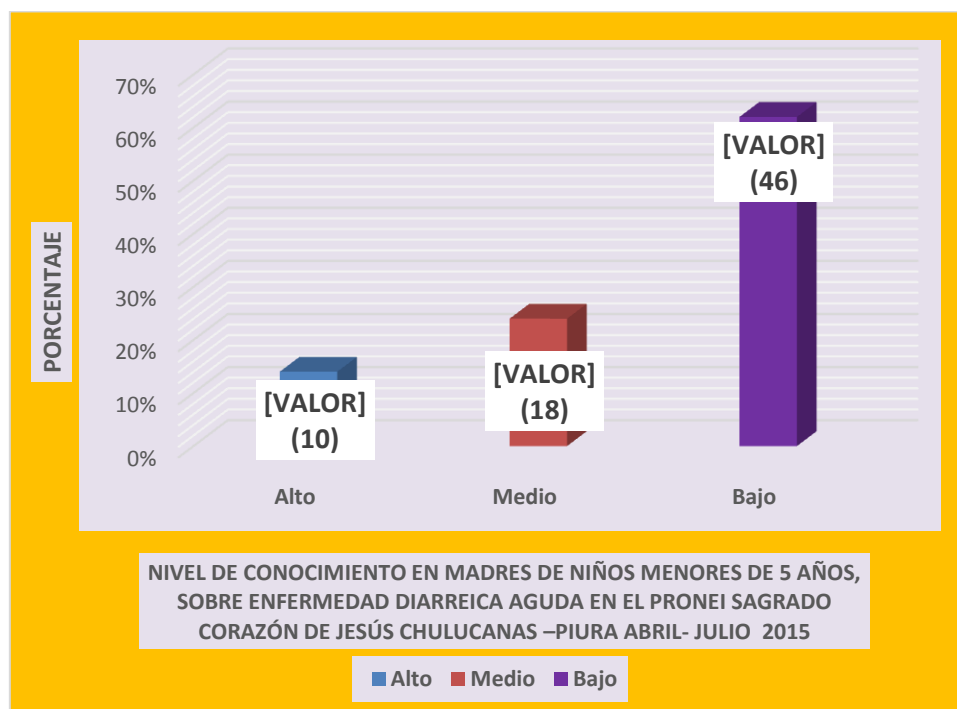
La investigación tuvo en cuenta las siguientes consideraciones éticas:

- Ninguna madre de familia será obligada a participar en la investigación
- Todos los datos recolectados se utilizaran con fines exclusivos de investigación, manteniéndose en reserva la información recolectada.
- Por ningún motivo se identificarán datos particulares de las entrevistadas.
- A cada entrevistada se le explicará las razones de estudio, a la vez que se garantizará la confidencialidad

CAPITULO IV: RESULTADOS

GRAFICA 1

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, SOBRE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN EL PRONEI SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS CHULUCANAS –PIURA ABRIL- JULIO 2015



INTERPRETACIÓN DE LA GRAFICA 1

El nivel de conocimiento en madres de niños menores de 5 años, sobre enfermedad diarreica aguda en el PRONEI Sagrado Corazón de Jesús Chulucanas, en mayor porcentaje es Bajo en un 62%(46), seguido del nivel Medio en un 24%(18) y en menor porcentaje en el nivel Alto en un 14%(10).

TABLA 1**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS: EDAD Y NIVEL EDUCATIVO
DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL PRONEI
SAGRADO CORAZÓN JESÚS CHULUCANAS PIURA ABRIL-JULIO 2015.**

Edades	N°	%
<18 años	24	32%
19 a 30 años	41	56%
30< años	9	12%
Total	74	100%
Instrucción	N°	%
Sin Instrucción	2	3%
Primaria Completa	28	38%
Primaria Incompleta	6	8%
Secundaria Completa	21	29%
Secundaria Incompleta	6	8%
Superior Completa	7	9%
Superior Incompleta	4	5%
Total	74	100%

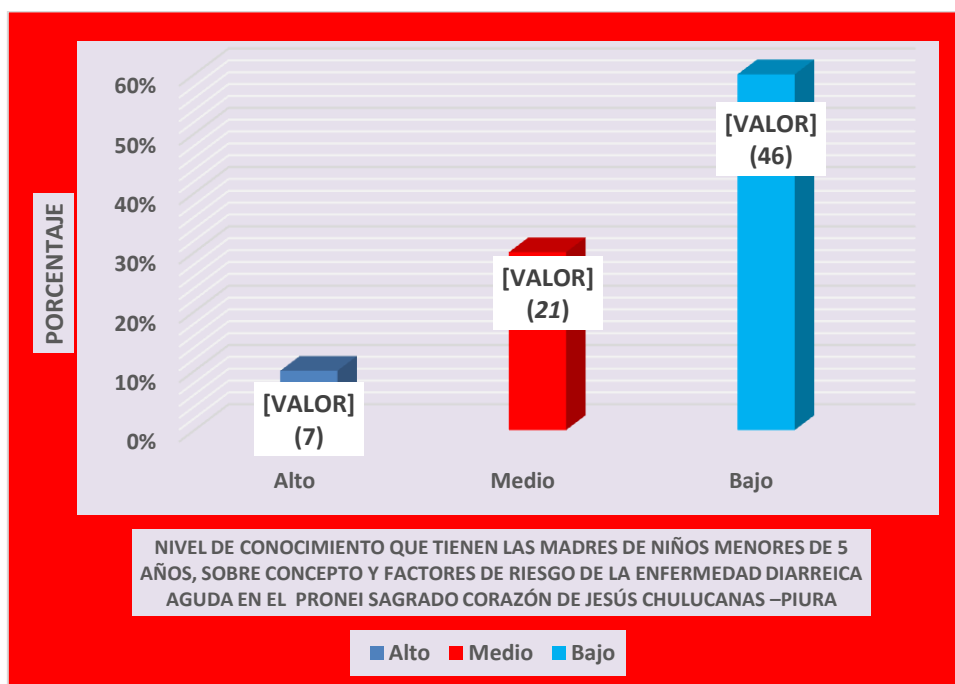
FUENTE: *Elaboración propia*

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 1

Las características sociodemográficas: Por la edad, tienen de 19 a 30 años en un 56%(41) y por el nivel educativo tienen Primaria Completa en un 38%(28), de las madres de niños menores de 5 años del PRONEI Sagrado Corazón Jesús Chulucanas.

GRAFICA 2

NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, SOBRE CONCEPTO Y FACTORES DE RIESGO DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN EL PRONEI SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS CHULUCANAS –PIURA ABRIL –JULIO 2015

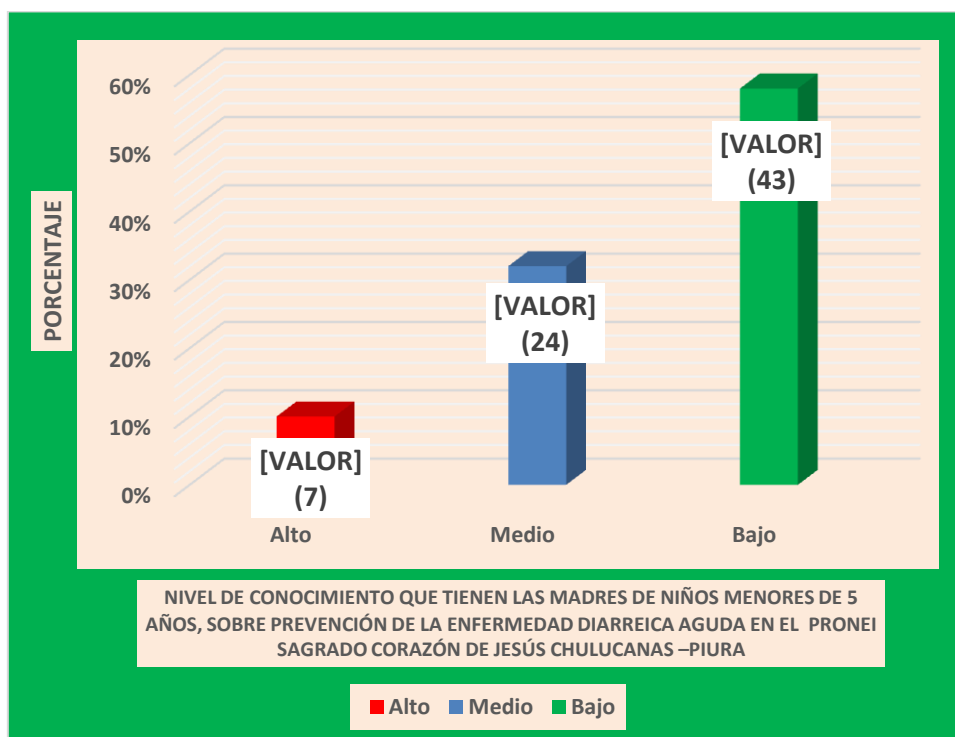


INTERPRETACIÓN DE LA GRAFICA 2

El nivel de conocimiento en madres de niños menores de 5 años, sobre concepto y factores de riesgo de la enfermedad diarreica aguda en el PRONEI Sagrado Corazón de Jesús Chulucanas, en mayor porcentaje es Bajo en un 60%(46), seguido del nivel Medio en un 30%(21) y en menor porcentaje en el nivel Alto en un 10%(7).

GRAFICA 3

NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, SOBRE PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN EL PRONEI SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS CHULUCANAS –PIURA ABRIL –JULIO 2015

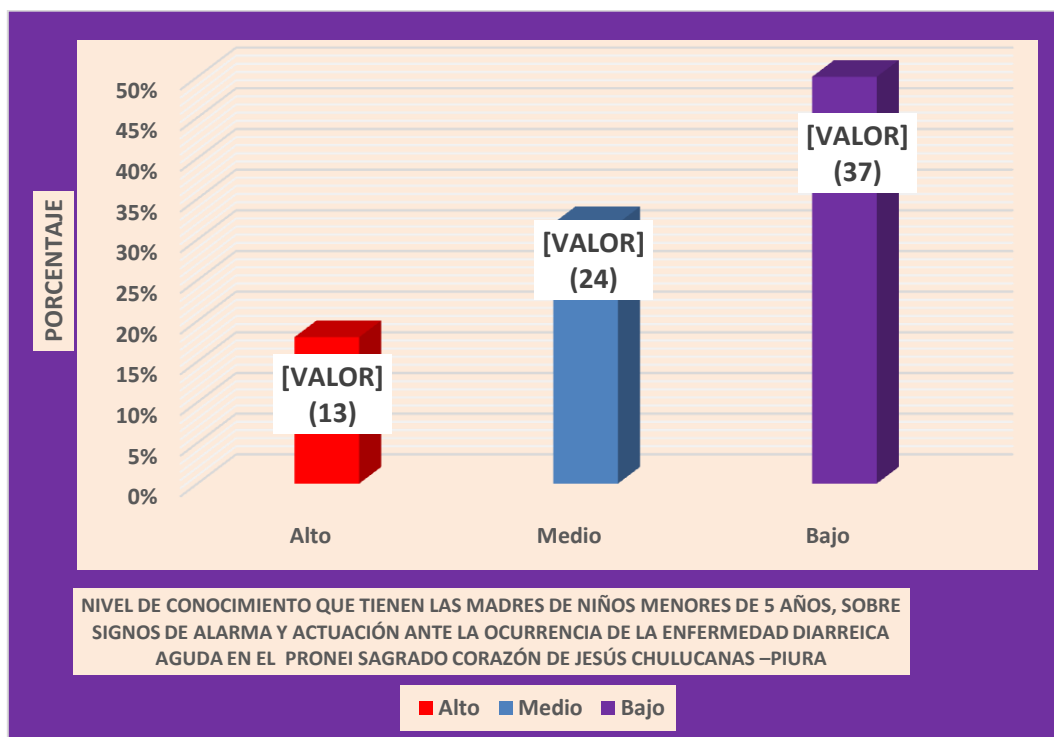


INTERPRETACIÓN DE LA GRAFICA 3

El nivel de conocimiento en madres de niños menores de 5 años, sobre prevención de la enfermedad diarreica aguda en el PRONEI Sagrado Corazón de Jesús Chulucanas, en mayor porcentaje es Bajo en un 58%(43), seguido del nivel Medio en un 32%(24) y en menor porcentaje en el nivel Alto en un 10%(7).

GRAFICA 4

NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, SOBRE SIGNOS DE ALARMA Y ACTUACIÓN ANTE LA OCURRENCIA DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN EL PRONEI SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS CHULUCANAS –PIURA ABRIL –JULIO 2015



INTERPRETACIÓN DE LA GRAFICA 4

El nivel de conocimiento en madres de niños menores de 5 años, sobre signos de alarma y actuación ante la ocurrencia de la enfermedad diarreica aguda en el PRONEI Sagrado Corazón de Jesús Chulucanas, en mayor porcentaje es Bajo en un 50%(37), seguido del nivel Medio en un 32%(24) y en menor porcentaje en el nivel Alto en un 18%(13).

PRUEBA DE HIPOTESIS

Prueba de la Hipótesis General:

Ho: El nivel de conocimiento en madres de niños menores de 5 años, sobre enfermedad diarreica aguda en el PRONEI Sagrado Corazón de Jesús Chulucanas –Piura, no es Bajo.

H1: El nivel de conocimiento en madres de niños menores de 5 años, sobre enfermedad diarreica aguda en el PRONEI Sagrado Corazón de Jesús Chulucanas –Piura, es Bajo.

Ho ≠ H1

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

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

	ALTO	MEDIO	BAJO	TOTAL
Observadas	10	18	46	74
Esperadas	25	25	24	
(O-E) ²	225	49	484	
(O-E) ² /E	9,0	1,96	20,2	31,16

FUENTE; *Elaboración propia*

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 1

El valor obtenido del Chi Cuadrado Calculado (X_C^2) es de 18,3; 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), con un nivel de significancia de $p < 0,05$.

Siendo cierto que: El nivel de conocimiento en madres de niños menores de 5 años, sobre enfermedad diarreica aguda en el PRONEI Sagrado Corazón de Jesús Chulucanas –Piura, es Bajo.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

OBJETIVO GENERAL

En relación al Objetivo General, se buscó determinar el nivel de conocimiento en madres de niños menores de 5 años, sobre enfermedad diarreica aguda en el PRONEI Sagrado Corazón de Jesús Chulucanas, donde se encontró que en mayor porcentaje es Bajo en un 62%(46), seguido del nivel Medio en un 24%(18) y en menor porcentaje en el nivel Alto en un 14%(10). Coincidiendo con Aragón A. (2010) se encontró que del total de participantes, el 98,5% recibieron una calificación regular en los conocimientos y el 1,5 % obtuvieron una calificación mala en esta categoría. Ninguna de las madres obtuvo una calificación buena en los conocimientos. La actitud de las madres de los niños menores de cinco años con EDA mostro una calificación favorable en el 52,5% de la muestra. Con relación a las prácticas, la calificación regular fue la que más predominó, en un 48% de los encuestados. Al correlacionar las categorías entre sí, se encontró correlación positiva alta entre conocimientos con prácticas, y actitudes con prácticas con una r de Pearson de 0,642 y 0,573 respectivamente .se obtuvo correlación positiva baja entre conocimientos con actitudes y entre las variables edad y nivel educativo con las categorías conocimientos, actitudes y prácticas.

OBJETIVO ESPECIFICO 1

En relación al Objetivo específico uno, se buscó determinar Las características sociodemográficas: Por la edad, tienen de 19 a 30 años en un 56%(41) y por el nivel educativo tienen Primaria Completa en un 38%(28), de las madres de niños menores de 5 años del PRONEI Sagrado Corazón Jesús Chulucanas. Coincidiendo con Matta W. Lima (2011), se encontró respecto al nivel de conocimiento sobre enfermedad diarreica aguda la mayor proporción de las madres 16 tiene nivel de conocimiento medio (66,3%) y el 16% presentó un nivel de conocimiento bajo. Con respecto al nivel de conocimiento según las dimensiones: en la dimensión enfermedad diarreica aguda predominó el nivel de conocimiento alto con un 48,5%; en las dimensiones medidas preventivas y prácticas en el hogar, el nivel de conocimiento medio se presentó en el 65,1% y 63,3% respectivamente. Con respecto al nivel de conocimiento según grado de

instrucción, edad y ocupación no se presentó asociación significativa concluyendo que las madres presentaron un nivel de conocimiento medio sobre la enfermedad diarreica aguda.

OBJETIVO ESPECIFICO 2

En relación al Objetivo específico dos, se buscó determinar El nivel de conocimiento en madres de niños menores de 5 años, sobre concepto y factores de riesgo de la enfermedad diarreica aguda en el PRONEI Sagrado Corazón de Jesús Chulucanas, donde se encontró que en mayor porcentaje es Bajo en un 60%(46), seguido del nivel Medio en un 30%(21) y en menor porcentaje en el nivel Alto en un 10%(7). Coincidiendo con Mildred Altagracia Lafontaine, Raysa M. Duran, Porfiria Y. 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.

OBJETIVO ESPECIFICO 3

En relación al Objetivo específico tres, se buscó determinar El nivel de conocimiento en madres de niños menores de 5 años, sobre prevención de la enfermedad diarreica aguda en el PRONEI Sagrado Corazón de Jesús Chulucanas, donde se encontró que en mayor porcentaje es Bajo en un 58%(43), seguido del nivel Medio en un 32%(24) y en menor porcentaje en el nivel Alto en un 10%(7). Coincidiendo con Cerna Tello, Carmen Milagros, 2010 La investigación 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 tratar a su niños menor de 5 años con Diarrea adoptando una actitud negativa.

OBJETIVO ESPECIFICO 4

En relación al Objetivo específico cuatro, se buscó determinar El nivel de conocimiento en madres de niños menores de 5 años, sobre signos de alarma y actuación ante la ocurrencia de la enfermedad diarreica aguda en el PRONEI Sagrado Corazón de Jesús Chulucanas, donde se encontró que en mayor porcentaje es Bajo en un 50%(37), seguido del nivel Medio en un 32%(24) y en menor porcentaje en el nivel Alto en un 18%(13). Coincidiendo con Francisco Delgado, Mario 2010, 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.

CONCLUSIONES

PRIMERO

La presente investigación tiene como título: el nivel de conocimiento en madres de niños menores de 5 años, sobre enfermedad diarreica aguda en el PRONEI Sagrado Corazón de Jesús Chulucanas, en donde se encontró que en mayor porcentaje es Bajo teniendo en cuenta los siguientes aspectos: Cómo define a la enfermedad diarreica aguda, cuales son los factores comunales que si considera que favorecen la aparición de diarreas, De qué manera usted considera que se previene la enfermedad diarreica aguda de su niño (a) Conoce usted los que considere como signos de alarma de la diarrea Continuar con la rehidratación oral, Administrarle otros medicamentos recomendados por la farmacia, Rezarlo o aplicarle algún emplasto en su cuerpo, llevarlo inmediatamente al establecimiento de salud.

.SEGUNDO

Con respecto a la dimensión sobre Las características sociodemográficas: Por la edad, tienen de 19 a 30 años y por el nivel educativo tienen Primaria Completa

TERCERO

Con respecto a la dimensión concepto y factores de riesgo de la enfermedad diarreica aguda en el PRONEI Sagrado Corazón de Jesús Chulucanas, donde se encontró que el nivel de conocimiento en mayor porcentaje es Bajo, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: Cómo define a la enfermedad diarreica aguda, cuales son los factores comunales que si considera que favorecen la aparición de diarreas, cuáles son los factores familiares que favorecen la aparición de diarreas, de los factores relacionados con el niños que favorecen la aparición de diarreas.

CUARTO

Con respecto a la dimensión sobre prevención de la enfermedad diarreica aguda en el PRONEI Sagrado Corazón de Jesús Chulucanas, donde se encontró que el nivel de conocimiento en mayor porcentaje es Bajo, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: De qué manera usted considera que se

previene la enfermedad diarreica aguda de su niño (a) Conoce usted los que considere como signos de alarma de la diarrea. ¿Cómo debe actuar una madre en casa ante un niño que tiene diarrea?. ¿Cómo reconoce si su niño ha perdido mucho agua de su cuerpo o esta deshidratado?

QUINTO

Con respecto a la dimensión ante la ocurrencia de la enfermedad diarreica aguda en el PRONEI Sagrado Corazón de Jesús Chulucanas, donde se encontró que en mayor porcentaje es Bajo, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: ante la presencia de signos de alarma ¿cómo debería usted actuar, Continuar con la rehidratación oral, Administrarle otros medicamentos recomendados por la farmacia, Rezarlo o aplicarle algún emplasto en su cuerpo, llevarlo inmediatamente al establecimiento de salud.

RECOMENDACIONES

PRIMERO

Brindar la consejería sobre la enfermedad diarreica aguda, deberá tener en cuenta el nivel de instrucción de las madres con la finalidad de que puedan captar mejor la información utilizando una metodología adecuada.

SEGUNDO

Elaborar trípticos y periódicos murales sobre la enfermedad de la diarrea, para reforzar la información vertida durante el control CRED a fin de incrementar el nivel de conocimientos sobre este tema de palpitante actualidad.

TERCERO

Realizar sesiones educativas y demostrativas para las madres de niños menores de 2 años sobre la prevención de la enfermedad diarreica aguda para bienestar de la madre

CUARTO

Motivar al personal de enfermería a realizar intervenciones educativas, orientadas a fortalecer los conceptos básicos de la enfermedad de la diarrea aguda, dirigidas a las madres de niños menores de 5 años.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Vilca B. Guías de práctica clínica para la atención de las patologías más frecuentes y cuidados esenciales del niño y la niña. Perú 2006.
2. MINSA .Boletín epidemiológico.Vol.17 (22) 2008.
3. Welson W. Tratado de Pediatría, 14Edición; Interamericana de España-Mc Grand Hill; Madrid – 1992.
4. -Aragón Gómez Colombia (2010), *“Conocimientos Actitudes Practicas adoptadas por las madres de los niños menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda del corregimiento El Caguan-Neiva - julio-setiembre 2010”*
5. *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*
6. *Mildred Altagracia Lafontaine ,Raysa M. Duran, Porfiria Y. Santana “Nivel de conocimiento de las madres de niños menores de 5 años sobre infecciones respiratorias y diarreicas agudas. Hospital Juan Pablo Pina. Junio – agosto 2009 San Cristóbal, Republica Dominicana”,*
7. *.-Matta W. Lima (2011) “Conocimiento sobre medidas preventivas y prácticas de las madres sobre EDA y su relación con características sociodemográficas”,*
8. *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”,*
9. *Ríos Flores (2013) “Factores asociados a la enfermedad diarreica Persistente en menores de 5 años de la edad de la ciudad de Sullana”*
10. Bunge, Mario, la Ciencia su método y filosofía. Edit. Ariel. Buenos Aires.
X edición; 200
- 11.-Russel, Bertrand “El Conocimiento Humano.” Edit. Ariel, Buenos

XI Edic; 2004.

- 12.- Kramer B, Kanof A. Revisión histórica de la diarrea. Rev Cubana
Pediátrica, 1964; 36(2): 30.; 2005.
- 13.- Cáceres Dc, Estrada E, De Antonio R, Peláez D. La enfermedad
diarreica aguda: un reto para la salud pública. Rev Panamá Salud
Pública. 17(1): 6–1.2005.
- 14.-Vilca B. Guías de práctica clínica para la atención de las patologías
más frecuentes y cuidados esenciales del niño y la niña. Pág. 23.Perú
2006.
- 15.- MINSA .Boletín epidemiológico.Vol.17. Pág. 25-35. 2009.
- 16.- OPS/OMS Manual de Tratamiento de la Diarrea". Serie Paltex N° 13.
Organización Panamericana de la Salud. Edit. OPS/OMS, 1987.
- 17.-Ann Marriner Tomey, Modelos y Teorías en Enfermería, cuarta edición.
Pp. 400. España; 2000.

ANEXOS

ANEXO 1 – MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS SOBRE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN EL PRONEI SAGRADO CORAZON DE JESUS CHULUCANAS –PIURA.

ABRIL – JULIO 2015

BACHILLER: JACQUELINE ANELLI NIMA SEMINARIO

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLE	DISEÑO METODOLOGICO
¿Cuál es el Nivel de conocimiento que tienen las madres de niños menores de 5 años sobre enfermedad diarreica aguda en el PRONEI Sagrado Corazón de Jesús Chulucanas –Piura	<p>OBJETIVOS GENERALES</p> <p>Determinar el Nivel de conocimiento que tienen las madres de niños menores de 5 años sobre enfermedad diarreica aguda en el PRONEI Sagrado Corazón de Jesús Chulucanas –Piura abril-julio 2015.</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <p>❖ Describir las características sociodemográficas:</p>	<p>Nivel de conocimiento:</p> <p>Factores de Riesgo</p> <p>Prevención</p> <p>Signos de alarma y actuación</p>	<p>TIPO DE ESTUDIO</p> <p>El estudio es de nivel descriptivo transversal .No experimental.</p> <p>Población: La población que se estudia es de 120 madres de niños entre 3 4 y 5. Para evaluar el nivel de conocimiento que tienen sobre la enfermedad diarrea aguda en el PRONEI</p>

<p>abril –julio 2015?</p>	<p>ocupación, nivel educativo, y estado civil de las madres de niños menores de 5 años del PRONEI sagrado corazón Jesús Chulucanas Piura Abril-Julio 2015.</p> <p>Identificar el nivel de conocimiento que tienen las madres de niños menores de 5 años sobre concepto y factores de riesgo de la enfermedad diarreica aguda en el PRONEI Sagrado Corazón de Jesús Chulucanas –Piura Abril –julio 201</p> <p>Establecer el nivel de conocimiento que tienen las madres de niños menores de 5 años sobre prevención de la</p>		<p>Sagrado Corazón de Jesús Chulucanas abril –julio 2015.</p> <p>Muestra: De un total de 120 madres, con la fórmula aplicada se obtuvo 92 elementos, es decir 92 madres de familia serán encuestadas, siempre y cuando cumplan con los criterios de inclusión.</p> <p>Criterios de inclusión: Se incluirán a las madres de los niños y niñas de 3 ,4 y 5 años que estudien en el PRONEI sagrado corazón de Jesús.</p> <p>Se incluirán aquellas madres que acepten</p>
---------------------------	--	--	---

	<p>enfermedad diarreica aguda que tienen las madres de familia de niños menores de 5 años en el PRONEI Sagrado Corazón de Jesús Chulucanas –Piura Abril –julio 2015</p> <p>Evaluar el nivel de conocimiento que tienen las madres de niños menores de 5 años sobre signos de alarma y actuación ante la ocurrencia de la enfermedad diarreica aguda en el PRONEI Sagrado Corazón de Jesús Chulucanas –Piura Abril –julio 2015</p>		<p>participar en el trabajo de investigación.</p> <p>Criterios de exclusión: Se excluirán a las madres de los niños y niñas que no tengan la edad entre 3 4 y 5 años del PRONEI sagrado corazón de Jesús.</p> <p>Se excluirán aquellas madres que no acepten participar en el trabajo de investigación.</p> <p>PLAN DE ANÁLISIS</p> <p>Se hará uso de la estadística descriptiva y se hará uso del programa Word y Excel.</p>
--	---	--	---



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Buenos Días, mi nombre es Jacqueline Nima Seminario cursando el VII ciclo soy estudiante de enfermería de la Universidad Alas Peruanas, en esta oportunidad tengo el agrado de dirigirme a ustedes presentándoles mi proyecto de investigación titulado: “Nivel de Conocimiento sobre la Enfermedad Diarreica Aguda, que tiene las madres de niños menores de 5 años del PRONEI sagrado corazón de Jesús Chulucanas – Piura Abril – Julio 2015”, cuyo objetivo es determinar el nivel de conocimiento de las madres de familia, por tal motivo les agradezco su sinceridad al responder esta pequeña encuesta, la cual serán usadas con absoluta confiabilidad agradeciendo así su colaboración.

INSTRUCCIONES:

1. Lea detenidamente cada pregunta marque con una (X) si en caso tiene duda preguntar al investigador.
2. No deje preguntas sin respuesta.
3. Ante alguna duda solicite ayuda al encuestador(a).
4. Luego de culminado el cuestionario por favor entregue este al investigador.

I. Características Demográficas

1. Edad:

- 1.1. Menores de 18 años ()
- 1.2. De 18 a 30 ()
- 1.3. Mayores de 30 ()

2. Nivel de Instrucción:

- 2.1. Sin Instrucción ()
- 2.2. Primaria Completa ()
- 2.3. Primaria Incompleta ()
- 2.4. Secundaria Completa ()
- 2.5. Secundaria Incompleta ()
- 2.6. Superior Universitaria ()
- 2.7. Superior No Universitaria ()

II. Nivel del Conocimiento de la madre

1. Definición y factores de riesgo a enfermedad diarreica aguda

- 1.1. ¿Cómo define a la enfermedad diarreica aguda?
 - 1.1.1. () Es un mecanismo de defensa del organismo, que no debe alarmar, porque es pasajero
 - 1.1.2. () Es una manifestación común de varias enfermedades, pero que desaparece por sí sola
 - 1.1.3. () Es una enfermedad caracterizada por deposiciones en tres o más veces al día de heces sueltas o líquidas
- 1.2. De los factores comunales que a continuación se enuncian marque con una **V** si considera que favorecen la aparición de diarreas y una **F** cuando considere que no favorecen
 - 1.2.1. () El hacinamiento o conglomerado de población
 - 1.2.2. () La falta de agua potable
 - 1.2.3. () Inapropiados medios de eliminación de excretas
 - 1.2.4. () Ausencia o deficiencia de recolección de basuras
- 1.3. De los factores familiares que a continuación se enuncian marque con una **V** si considera que favorecen la aparición de diarreas y una **F** cuando considere que no favorecen
 - 1.3.1. () Consumo de alimentos crudos
 - 1.3.2. () Consumo de alimentos no lavados
 - 1.3.3. () Falta de lavado de manos
 - 1.3.4. () Consumo de agua no hervida
 - 1.3.5. () Vivienda reducida con una habitación
 - 1.3.6. () Consumo de alimentos en la calle
- 1.4. De los factores relacionados con el niños que a continuación se enuncian marque con una **V** si considera que favorecen la aparición de diarreas y una **F** cuando considere que no favorecen

- 1.4.1. () Niños con esquema de vacunaciones incompletos
- 1.4.2. () Niños que no asisten a sus controles en Crecimiento y Desarrollo
- 1.4.3. () Niños con bajas defensas

2. PREVENCION

- 2.1. ¿De qué manera usted considera que se previene la enfermedad diarreica aguda de su niño (a)?
 - 2.1.1. Lavándole las manos siempre antes de ingerir alimentos Si () No ()
 - 2.1.2. Bañándolo todos los días Si () No ()
 - 2.1.3. Consumiendo frutas bien lavadas Si () No ()
 - 2.1.4. Llevándolo al control del niño sano Si () No ()
 - 2.1.5. Cumpliendo con sus vacunaciones Si () No ()
 - 2.1.6. Consumiendo alimentos bien cocidos Si () No ()
 - 2.1.7. Consumiendo agua segura Si () No ()
 - 2.1.8. Lavándome las manos antes de manipular, preparar y servir los alimentos. Si () No ()

3. Signos de alarma y actuación

- 3.1. De los siguientes enunciados mencione los que considere como signos de alarma de la diarrea
 - 3.1.1. Evacuaciones o vómitos frecuentes Si () No ()
 - 3.1.2. Sed intensa Si () No ()
 - 3.1.3. No come o bebe Si () No ()
 - 3.1.4. Fiebre alta Si () No ()
 - 3.1.5. Sangre en sus deposiciones Si () No ()

- 3.2. ¿Cómo debe actuar una madre en casa ante un niño que tiene diarrea?
 - 3.2.1. Se le ofrece rehidratación oral Si () No ()
 - 3.2.2. Se le ofrece agua sola o infusiones Si () No ()
 - 3.2.3. Se le restringe alimentos y líquidos Si () No ()
 - 3.2.4. Se le administra antidiarreicos Si () No ()

- 3.3. ¿Cómo reconoce si su niño ha perdido mucho agua de su cuerpo o esta deshidratado?
 - 3.3.1. Se pone inquieto y llorón. Si () No ()
 - 3.3.2. Se le hunde los ojos. Si () No ()
 - 3.3.3. Llora sin lágrimas. Si () No ()
 - 3.3.4. Tiene la boca seca. Si () No ()
 - 3.3.5. Orina poco. Si () No ()

- 3.4. Ante la presencia de signos de alarma ¿cómo debería usted actuar?
- 3.4.1. Continuar con la rehidratación oral Si () No ()
 - 3.4.2. Administrarle otros medicamentos recomendados por la farmacia Si () No ()
 - 3.4.3. Rezarlo o aplicarle algún emplasto en su cuerpo Si () No ()
 - 3.4.4. Llevarlo inmediatamente al establecimiento de salud Si () No ()

VALIDACIÓN JUICIO DE EXPERTOS

Nivel de conocimiento materno sobre la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años del PRONEI sagrado corazón de Jesús Chulucanas Piura abril – julio 2015.

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL INSTRUMENTO :

En la evaluación de cada ítem, utilice la siguiente escala:

RANGO	SIGNIFICADO
1	Descriptor no adecuado y debe ser eliminado
2	Descriptor adecuado pero debe ser modificado
3	Descriptor adecuado

Los rangos de la escala propuesta deben ser utilizados teniendo en consideración los siguientes criterios:

- vocabulario adecuado de acuerdo al nivel académico de los entrevistados.
- claridad en la redacción.
- cualquier sugerencia en las preguntas hacerlas llegar al investigador.

VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO
(USANDO COEFICIENTE DE PROPORCIÓN DE RANGO)

Nº de Ítem	JUECES			nR _i	PR _i	CPR _i	P _E	CPR _{i_c}
	1	3	3					
1	3	3	3	9	3.0000	1.0000	0,03704	
2	2	3	2	7	2.0000	1.0000	0,03704	
3	3	3	3	9	3.0000	1.0000	0,03704	
4	3	3	3	8	3.0000	1.0000	0,03704	
5	3	3	3	9	3.0000	1.0000	0,03704	
6	3	3	3	9	3.0000	1.0000	0,03704	
7	3	3	3	9	3.0000	1.0000	0,03704	
8	3	3	3	9	3.0000	1.0000	0,03704	
9	3	2	3	8	3.0000	1.0000	0,03704	
10	3	2	2	7	2.0000	1.0000	0,03704	
11	3	3	3	9	3.0000	1.0000	0,03704	
12	3	3	3	9	3.0000	1.0000	0,03704	
13	3	3	3	9	3.0000	1.0000	0,03704	
14	3	3	3	9	3.0000	1.0000	0,03704	
15	3	3	3	9	3.0000	1.0000	0,03704	
16	3	3	2	8	3.0000	1.0000	0,03704	
17	3	3	3	9	3.0000	1.0000	0,03704	
18	3	3	2	8	3.0000	1.0000	0,03704	
19	3	3	3	9	3.0000	1.0000	0,03704	
20	3	2	3	8	3.0000	1.0000	0,03704	

21	3	3	3	9	3.0000	1.0000	0,03704	
22	3	3	3	9	3.0000	1.0000	0,03704	
23	3	3	3	9	3.0000	1.0000	0,03704	
24	3	2	3	8	3.0000	1.0000	0,03704	
25	3	3	2	8	3.0000	1.0000	0,03704	
26	3	2	2	7	2.0000	1.0000	0,03704	
27	3	3	3	9	3.0000	1.0000	0,03704	
28	3	3	3	9	3.0000	1.0000	0,03704	
29	3	2	2	7	2.0000	1.0000	0,03704	
30	2	2	2	6	2.0000	1.0000	0,03704	
31	3	2	3	8	3.0000	1.0000	0,03704	
32	3	3	3	9	3.0000	1.0000	0,03704	
33	3	3	3	9	3.0000	1.0000	0,03704	
34	3	2	3	8	3.0000	1.0000	0,03704	
35	3	3	2	8	3.0000	1.0000	0,03704	
36	3	3	2	8	3.0000	1.0000	0,03704	
37	3	3	3	9	3.0000	1.0000	0,03704	
38	2	3	2	7	2.0000	1.0000	0,03704	
39	3	3	2	8	3.0000	1.0000	0,03704	
40	3	3	3	9	3.0000	1.0000	0,03704	
						Sumatoria CPR_{ic}		
							CPR _t	
							CPR _{tc}	

Se valida con:

Coeficiente de proporción de rango: $CPR_{it} = 0.96825428$

Coeficiente de proporción de rango corregido: $CPR_{tc} = 0.93121428$

Se valida el cuestionario en mención

ANEXO 6

Consentimiento informado

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: Nivel de conocimiento materno sobre las enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años del PRONEI Sagrado Corazón de Jesús. Chulucanas –Piura. Abril – julio 2015, Habiendo sido informado(a) del propósito de la misma, así como de los objetivos, y teniendo la confianza plena de que por la información que se vierte en el instrumento será confidencial y usado exclusivamente para fines de la investigación en mención, doy mi consentimiento para participar en la investigación.

FIRMA

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimado alumno(a)

La investigadora del estudio para el cual Ud. ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado, se compromete con usted a guardar la máxima confidencialidad de información, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados solo con fines de investigación y no le perjudicaran en lo absoluto.

FIRMA



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

15 DE MAYO DEL 2015

CARTA N° 008-2014-EAPE – UAP

SRA: MARIANA CURAY ESTRADA

Directora del PRONEI “SAGRADO CORAZON DE JESUS”

ASUNTO: Solicito otorgar facilidades para la aplicar encuestas

Por medio de la presente, me dirijo a usted, para expresarle mis cordiales saludos y a la vez hacer de su conocimiento que la alumna :JACKELINE NIMA SEMINARIO ,estudiante del séptimo ciclo de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de Universidad Alas Peruanas –Filial Piura, requiere ejecutar el Proyecto de Investigación titulado “Nivel de Conocimiento Materno Sobre la Enfermedad Diarreica Aguda en niños menores de 5 años del PRONEI “SAGRADO CORAZON DE JESÚS “ , por lo cual recorro a su digna despacho para solicitarle su autorización , y tenga a bien disponer a quien corresponda ,se le otorguen las necesidades para aplicar las encuestas a las madres de familia ,a partir del día 15 de abril en una hora por la mañana o por la tarde según convenga su institución.

Anexo a la presente la matriz de consistencia como el referente proyecto a ejecutar.

Agradeciendo la atención a la presente me suscribo a usted, no sin antes reiterarle mis sentimientos de consideración y estima personal.

Atentamente

MG. Carmen Becerra de Rodríguez

Directora

Escuela Profesional de Enfermería

