



**UAP | UNIVERSIDAD  
ALAS PERUANAS**

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

**“CONOCIMIENTOS PREVENTIVOS DE LA ENFERMEDAD  
DIARREICA AGUDA QUE TIENEN LAS MADRES DE NIÑOS  
PREESCOLARES QUE ACUDEN AL “CRED” HOSPITAL  
HUARAL 2013”**

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

**BACHILLER: FLORES SHUAN YANET ZULEMA**

**LIMA - PERÚ**

**2016**

**“CONOCIMIENTOS PREVENTIVOS DE LA ENFERMEDAD  
DIARREICA AGUDA QUE TIENEN LAS MADRES DE NIÑOS  
PREESCOLARES QUE ACUDEN AL “CRED” HOSPITAL  
HUARAL 2013”**

## **DEDICATORIA**

Dedico el presente trabajo de Investigación a mis padres, quienes me apoyaron en todo momento, a mis docentes quienes ayudaron a resolver cualquier duda en mí y a aquellas personas que me apoyaron en la culminación de este trabajo.

## **AGRADECIMIENTO**

A las autoridades y madres del Hospital de Huaral por su colaboración en la realización de este trabajo, apoyo y tiempo brindado.

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar el nivel de conocimientos acerca de la prevención en la enfermedad diarreica aguda en madres de niños preescolares que acuden al Consultorio de Crecimiento y Desarrollo Hospital de Huaral –Lima 2013. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de 25 madres, para el recojo de la información se utilizó un cuestionario de alternativa múltiple, la validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de (0,83); la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de (1,00), la prueba de hipótesis se realizó mediante el Chi-Cuadrado obteniéndose un valor de (8,8), con un nivel de significancia de  $p < 0,05$ .

El nivel de conocimientos acerca de la prevención en la enfermedad diarreica aguda en madres de niños preescolares que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo hospital de Huaral, es Bajo. En aspectos preventivos generales las madres no saben acerca de los signos, síntomas y complicaciones de la diarrea. En los factores predisponentes, su vivienda no cuenta con servicio de alcantarillado, abastecimiento de agua y la frecuencia de eliminación de basura es de 1 a 3 veces por semana. En el tratamiento, se auto medican frente a un cuadro diarreico, utilizan sueros caseros y brindan infusiones.

**Palabras Claves:** *Conocimientos, prevención en la enfermedad diarreica aguda, tratamiento, higiene, alimentación, factores desencadenantes.*

## ABSTRACT

This study was Objective: To determine the level of knowledge about prevention in acute diarrheal disease in mothers of preschool children attending clinics Growth and Development Hospital Huaral -Lima 2013. It is a descriptive investigation, we worked with a sample of 25 mothers, for the gathering of information multiple choice questionnaire was used, the validity of the instrument was performed using the concordance test expert judgment obtaining a value of (0.83); reliability was performed using Cronbach's alpha with a value of (1.00), hypothesis testing was performed using the Chi-Square obtaining a value of (8.8), with a significance level of  $p < 0, 05$ .

The level of knowledge about prevention in acute diarrheal disease in mothers of preschool children attending clinics hospital growth and development of Huaral, is Low. In general preventive aspects mothers do not know about the signs, symptoms and complications of diarrhea. In the predisposing factors, your home does not have sewerage, water supply and garbage disposal rate is 1 to 3 times a week. In treatment, self medicate against a diarrheico box, use home serums and provide infusions.

**Keywords:** *Knowledge, prevention in acute diarrheal disease, treatment, hygiene, food, triggers.*

## INDICE

	Pág.
<b>DEDICATORIA</b>	
<b>AGRADECIMIENTO</b>	
<b>RESUMEN</b>	I
<b>ABSTRAC</b>	li
<b>ÍNDICE</b>	lii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	vi
<b>CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	5
1.3. Objetivos de la investigación	
1.3.1. Objetivo general	5
1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4. Justificación del estudio	6
1.5. Limitaciones de la investigación	8
<b>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes del estudio	9
2.2. Base teórica	12
2.3. Definición de términos	22
2.4. Variables	24
2.4.1. Definición conceptual de la variable	24
2.4.2. Definición operacional de la variable	24
2.4.3. Operacionalización de la variable	25
<b>CAPITULO III: METODOLOGIA</b>	
3.1. Tipo y nivel de investigación	26
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	27
3.3. Población y muestra	27

3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	27
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	28
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	28
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	<b>30</b>
<b>CAPÍTULO V: DISCUSION DE RESULTADOS</b>	<b>36</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>39</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>41</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>42</b>
<b>ANEXOS</b>	
Matriz	
Instrumento	

## INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo de investigación daremos a conocer que la satisfacción es una condición previa para el cuidado de calidad, donde se asume que una persona satisfecha, demostrará una mayor conformidad a una atención y, por consiguiente, regresará a solicitar atención nuevamente.

Para Donabedian, la satisfacción como concepto agrupa tres dimensiones que resultan susceptibles de generar satisfacción: componente técnico, comodidad e interpersonal y entorno; cada componente interviene generando acciones, tanto del personal de salud, como del usuario en una relación de servicio. De esta forma, la relación interpersonal y las características del lugar en que se preste un servicio de salud, deben reflejar respeto, permitir privacidad y comodidad, lo cual influye decisivamente en la aceptabilidad, la naturaleza y éxito de la atención y en los beneficios de la misma.

La satisfacción del paciente es considerado en indicador confiable y valido de la calidad del cuidado, ya sea medido a través de la percepción del paciente o de los padres de la población de crecimiento y desarrollo; esta se define como un indicador de calidad que refleja la opinión en relación a la atención recibida por el personal profesional de enfermería.

Es importante identificar la satisfacción de madres respecto a la atención que reciben sus hijos por el personal de salud, entre los que destaca el personal de enfermería por ser el que brinda atención a los niños en crecimiento y desarrollo

La presente investigación para fines de estudio contiene:

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

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

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

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

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

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

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 1993, 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.

Según el informe conciso sobre la “Situación Demográfica en el mundo en 1995”, de la naciones unidas , en el periodo de 1990-95 la tasa de mortalidad en el mundo, considerado en su conjunto, se estimó en 64 por mil nacidos vivos, variando las tasas de promedio en las regiones del 10 por mil para las más desarrolladas al 70 por mil para las menos adelantadas, habiendo disminuido esta diferencia, que en 1970 – 75 fue de 83 puntos a 60 puntos para 1990-95 lo que resalta que se han realizado importantes avances en la disminución no solo del nivel de

mortalidad infantil, sino también en las disparidades en las tasa de mortalidad en la niñez.<sup>1</sup>

En África se observa que la tasa de mortalidad infantil de la región menos favorecida supera en cerca del doble a la región de mayor desarrollo. En América Latina como en los casos anteriores se observan diferencias en los niveles de mortalidad infantil aunque en magnitudes de menores, pues hay cierta homogeneidad entre las subregiones. En el Perú todavía se observan altos niveles de mortalidad, debido a que persisten los graves problemas que afectan a gran parte de nuestra población y que tienen incidencia directa en la mortalidad de los niños, en especial a aquellos que pertenecen a grupos poblacionales afectados por el hambre, a falta de servicios de educación, vivienda adecuada, salud y en general niños que pertenecen a hogares o pueblos íntegros que viven en la pobreza. Sin embargo, de acuerdo a informes difundidos por Naciones Unidas, se ha podido establecer que en los países donde todavía persisten niveles de mortalidad elevados tal como es el caso del Perú, los factores socioculturales y ambientales, antes que los económicos, son determinantes en los niveles de mortalidad infantil resaltando sobretodo el efecto de la educación de las mujeres.<sup>1</sup>

Es evidente que el nivel de educación tiene que ver con la mayor o menor accesibilidad y actitud de la búsqueda de las mujeres, de servicios calificados de salud, sobre todo relacionados al parto, atención del IRA, EDA y vacunación están altamente correlacionadas con los niveles de mortalidad infantil.

Desde el punto de vista empírico tal como lo señalan los resultados de la ENDES y el CENSO de 1993, el nivel de educación es una variable que muestra una de las asociaciones más fuertes con el nivel de mortalidad infantil. Según el último CENSO de población, las mujeres sin nivel de educación, registran una tasa 6 veces mayor que las correspondientes de aquellas que cursaron algún año en el nivel de educación superior y cerca de tres veces más que la de nivel secundario las encuestas ENDES

muestran resultados en el mismo sentido con marcadas diferencias en el nivel de la mortalidad infantil en relación con la educación de las mujeres, es decir a mayor nivel de educación menor tasa de mortalidad infantil.

Diversas investigaciones indican que hay dos situaciones que impiden que esta terapia evite la deshidratación y los desenlaces fatales: la primera tiene que ver con el escaso uso del SRO y la segunda con el consumo de medicinas contraindicadas. En lo que se refiere a los médicos institucionales y particulares se ha visto que no siempre incluyen en el tratamiento de la diarrea el SRO, y la mayoría prefiere utilizar antibióticos, antieméticos, anti diarreicos y antiparasitarios.<sup>2</sup>

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

Contraindicados es, en promedio, dos a cuatro veces más frecuentes que el uso de SRO, y no es raro que los médicos o farmacéuticos receten, o bien, que las madres auto receten cuatro o más medicinas en un solo episodio<sup>3</sup>.

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

descrito el proceso de toma de decisiones durante las enfermedades diarreicas para poder entender el manejo en el hogar por parte de la familia. A partir del reconocimiento de que el niño sufre de diarrea, las practicas se dividen en dos fases: en la primera se realiza una serie de prácticas de auto atención esperando que se cure la enfermedad; en la segunda fase, el episodio se hace “publico”, es decir, la familia empieza a preocuparse por que no cede la enfermedad y determina que se requiere otro tipo de atención. El paso a la segunda fase se da en los casos en que no se ha detenido la diarrea (cabe recordar que la diarrea es auto limitada y dura de tres a cinco días) y empieza a complicarse con deshidratación<sup>4</sup>. En esta fase se realiza una serie de prácticas curativas, delimitadas por la combinación de recursos que ofrece el entorno social con los que tiene la familia: medicación contraindicada recomendada por las redes de ayuda o farmacéuticos, así como acudir al médico privado, al tradicional o institucional. Algunas que han tenido hijos severamente deshidratados han descrito como van combinando indiscriminadamente las distintas prácticas conforme se agrava la situación. El patrón de estas combinaciones es el de utilizar todo tipo de recurso que se tiene a la mano y cada vez con mayor desesperación, pues lo que se hace no está solucionando el problema, no se está “curando” la diarrea. Se entonces la paradoja de realizar todo una serie de prácticas para curar la diarrea que no es lo peligroso, en vez de prevenir la deshidratación, que es la causa de la muerte.<sup>5</sup>

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

deshidratación como “perdida de líquidos y sales minerales”. Según esta investigación cualitativa la confusión entre diarrea y deshidratación está vinculada a la práctica de no utilizar el SRO, pero también a la de suministrar medicamentos contraindicados. Incluso, aumentar el consumo de líquidos mediante la administración de té, refrescos, panetelas (receta casera) y a tales no se asocia generalmente con la reposición de líquidos necesaria para prevenir la deshidratación, sino con la curación de la diarrea.<sup>6</sup>

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuál es el Nivel de conocimientos preventivos acerca de la prevención de la enfermedad diarreica aguda que tienen las madres de preescolares que acuden al “CRED” Hospital Huaral 2013?

## **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar el nivel de conocimientos acerca de la prevención en la enfermedad diarreica aguda en madres de niños preescolares que acuden al “CRED” Hospital Huaral 2013.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

- Identificar el nivel de conocimiento de las madres de preescolares que acuden al “CRED” sobre los aspectos preventivos generales de un cuadro diarreico agudo, Hospital Huaral 2013.
- Identificar en nivel de conocimiento de las madres de preescolares que acuden al “CRED” sobre los factores

predisponentes a un cuadro diarreico agudo, Hospital Huaral 2013.

- Identificar el nivel de conocimiento de las madres de preescolares que acuden al “CRED” sobre la alimentación en un cuadro diarreico agudo, Hospital Huaral 2013.
- Identificar el nivel de conocimiento de las madres de preescolares que acuden al “CRED” sobre el tratamiento de un cuadro diarreico, Hospital Huaral 2013.

#### **1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

La diarrea constituye un gran problema de salud pública en la mayoría de los países en vías de desarrollo, y es causa importante de morbimortalidad durante la infancia, especialmente por su relación con la desnutrición, los altos costos que implica para los sistemas de salud por su alta demanda de atenciones ambulatorias y hospitalizaciones.

A menor edad del niño, hay mayor susceptibilidad de presentar diarrea, siendo este de mayor intensidad y con mayores posibilidades de producir deshidratación.

En Perú, la diarrea en niños es una enfermedad típica, con mayor expresión en los meses de calor.

Como sabemos las características epidemiológicas de nuestro país como las malas condiciones higiénicas y sanitarias de la población más pobre (carencia de agua potable, eliminación inadecuada de excretas, proliferación de vehículos de infección como las moscas, inadecuado lavado de manos, malas condiciones de conservación de los alimentos favorecen la transmisión de una persona a otra por vía fecal-oral y determina que la enfermedad se presente en forma endémica con brotes

epidémicos en los meses cálidos. En nuestro país los niños menores de 5 años, son los más afectados.

La infección hospitalaria es aquella infección que no está presente clínicamente ni en período de incubación cuando el paciente ingresa al centro hospitalario. Habitualmente, se define en forma arbitraria como aquella infección que aparece más allá de las 72 horas del ingreso, dependiendo del tipo de infección. Para reconocer si la infección fue adquirida en el hospital o en la comunidades imprescindible conocer el período de incubación de la enfermedad específica. Las epidemias de infecciones gastrointestinales en las salas de pediatría son un problema de salud pública subestimado y responsable de la prolongación de los días de hospitalización, aumento de los costos y aumento de la morbimortalidad.

Diversos trabajos de varios países encontraron a rotavirus como un importante agente de diarrea nosocomial

Los rotavirus son una de las causas más frecuentes de diarrea en el mundo. En países en vías de desarrollo contribuye a una considerable morbilidad y mortalidad en los niños pequeños. Aún ocurren brotes y epidemias de diarrea intrahospitalaria en servicios de atención públicos y privados.

Otro factor determinante en la continuidad de la diarrea es el poco conocimiento que tienen las madres cuando sus hijos presenta un cuadro diarreico ya que lamentablemente auto medican a sus hijos y les disminuyen la alimentación el cual perjudica mucho más el estado del niño porque también los están desnutriendo.

En la actualidad se ha podido observar que el número de casos está aumentando, siendo esta enfermedad propia de la estación de verano sin embargo se está presentando también en época invernales, poniéndonos en alerta el porqué de este brote.

## **1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

Limitaciones: En la presente investigación Incluímos como limitación a la búsqueda de antecedentes ya que este no es un tema muy novedoso, motivo por la cual este trabajo de investigación tiene ausencia de antecedentes nacionales obteniendo así solo antecedente internacional.

Alcance: comprenderá a las madres de preescolares que asisten al Hospital Huaral. Otro alcance es que va abarcar la identificación del nivel de conocimiento acerca de la información de la enfermedad, alimentación, a higiene y cuidado de la piel, sobre tratamiento médico en la ciudad de Lima, en la realidad sociocultural, pudiendo generalizar su resultado solo a este ámbito. La trascendencia de este estudio está, en el análisis descriptivo detallado de esta problemática, esta información se obtendrá utilizando la estadística descriptiva adecuada a este tipo de estudio.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO**

#### **2.1.2. Antecedentes Internacionales**

**Álvarez – Larrauris, en la ciudad de Veracruz, México en 2005, realizaron el estudio sobre las Prácticas Maternas frente a la enfermedad diarreica infantil**

Objetivo de determinar el nivel de conocimiento que tienen las madres frente a un cuadro diarreico, el método que se utilizó fue una información cuantitativa y cualitativa. Este estudio fue realizado a 300 madres que tenían dentro de sus hogares a niños menores de 5 años. La técnica que se utilizó fue a partir de entrevistas abiertas estructuradas y el instrumento fue el cuestionario. Se concluyó entre otros:

Del total de madres entrevistadas 125 (47%) proporcionaron sueros de rehidratación oral y 144 (53%) no lo dieron. La práctica de usar medicamentos fue la siguiente: 57% del total de las madres proporcionaron medicamentos contra indicados a los

niños a los niños enfermos, solamente 5 madres dijeron haber acudido a consulta en alguna institución de salud o con algún médico particular como primera opción antes de proporcionar algún medicamento, lo cual indica una extendida automedicación en casa durante la primera fase.

Por lo que se refiere a si las madres confunden diarrea con deshidratación solo 62 (23%) sabían con precisión que significa este último término: lo describieron como "perdida de líquidos", el resto del grupo lo describió como "debilidad", "Cuando dejan de comer", "Cuando dejan de beber", "Se adelgazan", "están pálidos", "Tienen los ojos hundidos", etc.

De las 125 madres que administraron el SRO, 53 (42%) tenían el concepto correcto de deshidratación; de estas 44 (83% del total) dijeron que lo habían dado para evitar la deshidratación, las otras 9 madres (17%) administraron el SRO siguiendo las instrucciones de otra persona, sin tener claro el concepto de deshidratación.<sup>7</sup>

### **Medina, R; Labrador, M; Goyri, R. Conocimiento de las madres cuidadoras ante un niño con diarrea aguda en hogares de cuidado<sup>11</sup>**

Con el propósito de incrementar el nivel de conocimiento sobre el manejo correcto de los síndromes diarreicos agudos por parte de las madres cuidadoras integrales ubicadas en una barriada, se realizó un estudio analítico, longitudinal, descriptivo, prospectivo de tipo intervención educativa durante 45 días. Universo constituido por 26 madres y una muestra de 23 (88,46 por ciento). Evaluación inicial sobre los conocimientos poseídos sobre manejo de los síndromes diarreicos agudo en los hogares de cuidado diario. Detección de necesidades educativas. Aplicación de intervención educativa según el Programa de Capacitación de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia

de la OPS. Nueva evaluación de conocimientos a los 45 días. Pre-capacitación el 52,17 por ciento sabían definir diarreas; 82,61 por ciento tenían prácticas alimentarias correctas en diarreas infantiles; el 73.91 por ciento dijo no dar alimento al niño durante la diarrea; el 17,9 por ciento daban medicamentos sin prescripción; el 65,22 por ciento dijo que la lactancia materna no protege frente a la diarrea y 69,57 por ciento que la vacuna contra el sarampión tampoco; 56,52 por ciento preparaba correctamente el suero oral y el 100 por ciento no sabe la del suero casero; 86,96 por ciento lo daba con tetero y erraba al no darlo después de cada evacuación (56,52 por ciento) no usar taza (82,61 por ciento), ni cuchara (69,57 por ciento); se equivocan al calificar sin riesgo los ojos hundidos (56,52 por ciento) llanto sin lágrimas (78.26 por ciento) y orinar menos (65,22 por ciento). Todos estos niveles mejoraron en más del 95 por ciento post-capacitación. La capacitación según AIEPI logra mejorar las prácticas en la atención de casos de diarrea por las Madres Integrales de los Hogares de Cuidado Diario.(AU)<sup>8</sup>

**Dr. Hugo Ignacio Tissert Chávez. Factores de riesgo de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 14 años. Pediatría y Neonatología, Gastroenterología.<sup>10</sup>**

Se realizó un estudio descriptivo, en la comunidad del 18 de octubre, Maracaibo, Venezuela en el periodo comprendido entre enero 2007 y enero 2008 con el objetivo de determinar los factores de riesgo de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 14 años. La muestra estuvo representada por 101 niños con este diagnóstico que asistieron a la consulta. Los datos fueron recogidos en una plantilla confeccionada para estos fines; se realizó a las madres del menor precisando datos clínicos y sociales de interés. Se creó una base de datos para su análisis.

Se concluye que los principales factores de riesgo que inciden en

los cuadros diarreicos agudos son las edades comprendidas entre 6 y 11 meses, las malas condiciones higiénicas sanitarias, madres con nivel medio de escolaridad y las IRA como enfermedades asociadas. Se confeccionaron tablas y se emitieron recomendaciones.

### **2.1.3. Antecedentes Nacionales**

**Segun Cristhian Flores Santillán en su tesis**

#### **CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS NIDO CHILDREN´S HOUSE 2015**

Objetivo. Identificar el Nivel de conocimiento en diarreica aguda en madres de niños menores de 5 años en un nido en Miraflores. Metodología. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, de corte transversal. Se hizo una encuesta a 54 madres durante el período de enero a abril del 2015, los datos se ingresaron a una base de Microsoft Excel 2015 y luego llevados al paquete estadístico SPSS v.22 para su análisis. Resultados. La edad media de las madres fue de 36 años y la mayoría tenía entre 1 a 2 hijos. Predominó el grado Superior Universitario (81.5%). La mayoría realiza un trabajo dependiente (53.7%). En la mayoría de casos (92,6%), el nivel de conocimiento fue regular.

## **2.2. BASE TEÓRICA**

### **2.2.1. Ramona Mercer “Adopción del papel maternal”**

Realiza su enfoque en la maternidad, considera la adopción del papel maternal como un proceso interactivo y evolutivo, en el cual la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencias en la realización de los cuidados asociados a su papel y experimenta placer y gratificación dentro del mismo.

La forma en que la madre define y percibe los acontecimientos está determinada por un núcleo del sí mismo relativamente estable, adquirido a través de la socialización a lo largo de su vida. Sus percepciones sobre su hijo y otras respuestas referentes a su maternidad están influidas además de la socialización, por las características innatas de su personalidad y por su nivel evolutivo.

#### 2.2.1.1. Metaparadigmas:

- Persona: Se refiere al “sí mismo”. A través de la individualización maternal una mujer puede alcanzar de nuevo su propia condición de persona.
- Salud: La define como la percepción por parte del padre y de la madre de su salud previa.
- Entorno: No lo define. Describe la cultura del individuo, la pareja, la familia o red de apoyo y la forma como dicha red se relaciona con la adopción del papel maternal. El amor, el apoyo y la contribución por parte del cónyuge, los familiares y los amigos son factores importantes para hacer a la mujer capaz de adoptar el papel de madre.
- Enfermería: Se refiere a ella como una ciencia que está evolucionando desde una adolescencia turbulenta a la edad adulta. Las enfermeras son las responsables de proveer salud, dada la continua interacción con la gestante durante toda la maternidad.<sup>9</sup>

#### 2.2.2. Diarrea

##### 2.2.2.1. Definición y epidemiología

Se considera diarrea 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.

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 niños menores de cinco años en países en desarrollo y 4 millones de muertes por diarrea aguda, relacionados, en el 50-70% de los casos con deshidratación. A menor edad del niño, hay mayor susceptibilidad de presentar diarrea, siendo ésta de mayor intensidad y con mayores posibilidades de producir deshidratación. En Perú, la diarrea en niños es una enfermedad típicamente estacional, con mayor expresión en los meses de calor.<sup>10</sup>

#### 2.2.2.2. Tipos de diarrea

##### 2.2.2.2.1. Diarrea aguda acuosa

Es el tipo más común. Representa el 80% de

todos los casos de diarrea atendidos en el servicio de salud. Se caracteriza por heces líquidas que no contienen moco, ni sangre, aunque muchas veces puede contener moco en pocas cantidades. Comienza en forma aguda y cesa rápido si el niño recibe tratamiento apropiado con líquidos y alimentación, la mayoría de los episodios dura menos de 7 días, generalmente son viriles.

El mayor peligro de la diarrea acuosa es la deshidratación, que puede ocurrir cuando el agua y los electrolitos perdidos en las diarreas no son reemplazadas completa y prontamente. Cuando la deshidratación es severa causa la muerte por colapso cardiovascular.

#### 2.2.2.2.2. Diarrea disintérica

Es la diarrea con moco y sangre visible en heces. La cantidad de heces es pequeña, abundante moco y sangre se puede ver fácilmente. El mayor porcentaje de casos de disentería es causado por Shiguella, además el Campilobacter Jejuni que es más leve y más frecuente en menores de 1 año de edad, otras menos frecuentes son: Salmonella, E. Coli, Entero invasiva y E. Coli Entero hemorrágica.

#### 2.2.2.2.3. Diarrea persistente

Es la diarrea acuosa que comienza en forma

aguda pero no cesa antes de 14 días. La mayoría de las diarreas agudas cesan antes de 7 días pero de 5 a 10% de estas son persistentes. Esta no debe confundirse con "Diarrea Crónica", la cual es diarrea recurrente o de muy larga duración debido a causas no infecciosas como sensibilidad al gluten u otros desordenes hereditarios.

Las causas de la diarrea persistente no está definido pero hay importantes factores de riesgo como: edad menor de 1 año, malnutrición, destete inadecuado, introducción reciente de leche fresca, un episodio reciente de diarrea aguda.<sup>10</sup>

### 2.2.2.3. Proporción de episodios y muertes por los tres tipos de diarrea

#### 2.2.2.3.1. La diarrea acuosa.

Es responsable d cerca del 80% de todos los episodios de diarrea, pero de solo el 50% de las muertes por diarrea.

#### 2.2.2.3.2. La disentería.

Es responsable del 10% de todos los episodios de diarrea, pero de una proporción mayor de muertes, cerca del 15%.

#### 2.2.2.3.3. La diarrea persistente.

Representa solo el 10% de todos los episodios diarreicos, pero en proporción mucho mayor de muertes, en promedio del 35%.<sup>11</sup>

#### 2.2.2.4. Transmisión de la infección

La diarrea infecciosa es de transmisión fecal- oral. Los agentes causales se eliminan en las heces de personas o animales infectados e ingresan al huésped receptible por vía oral. Puede ser directa por medio de las manos o indirecta por ingesta de agua o alimentos contaminados como: fórmulas de leche, alimentos de destete, agua, etc.

Cuando los lactantes comienzan a gatear el riesgo de contacto directo es mayor. Este riesgo es mayor en los hogares que carecen de servicios de alcantarillado o en los que las prácticas de higiene doméstica son inadecuadas.<sup>12</sup>

#### 2.2.2.5. Factores condicionantes de la transmisión de la diarrea

Los factores que favorecen la transmisión de la diarrea incluye:

- Falla de lactancia materna exclusiva en los primeros 4 – 6 meses de vida o falla para continuar lactando hasta por lo menos 6 meses.
- Uso de biberones.
- Consumo de alimentos almacenados a temperatura ambiente varias horas después de haber sido preparados, especialmente si estos alimentos se sirven sin el calentamiento suficiente para reducir la contaminación bacteriana.
- Consumir agua contaminada.
- No lavarse las manos después de defecar, después

de limpiar a un niño que ha defecado o antes de manipular los alimentos.

- Carencia de servicios de alcantarillado y no eliminar las heces de los niños y adultos en forma adecuada.
- La carencia de servicios de abastecimiento de agua o de sistemas de distribución o almacenamiento seguro que favorecen la contaminación del agua.
- Presencia de animales domésticos que son reservorios naturales de ciertos entero patógenos.<sup>12</sup>

#### 2.2.2.6. Tratamiento de la diarrea

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

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

equilibrio homeostático.

- **Plan C**, en diarrea aguda con deshidratación grave o shock y cuyo objetivo es tratar la deshidratación rápidamente.<sup>12</sup>

#### 2.2.2.7. Tratamiento de la diarrea en el hogar.

El tratamiento en el hogar es un componente esencial del manejo correcto de la diarrea aguda. Esto se debe a que la diarrea se inicia en el hogar y los niños atendidos en un establecimiento de salud usualmente continuarán con la diarrea una vez que retornan al hogar. Los niños deben recibir un tratamiento adecuado en el hogar si se quiere prevenir la deshidratación y el daño nutricional. Las madres que se encuentran en posibilidad de tratar al niño en el hogar debe iniciar este tratamiento *antes* de buscar atención médica. Cuando se proporciona un tratamiento temprano en el hogar, usualmente se previene la deshidratación y el deterioro nutricional. Cada madre de un niño tratado por diarrea aguda en el servicio de salud debe ser orientada de cómo continuar el tratamiento de su niño en el hogar, y como brindar una terapia casera temprana para los episodios futuros de diarrea. Cuando son entrenadas adecuadamente, las madres deben estar en condiciones de: 1 preparar y brindar líquidos apropiados para la TRO; 2 alimentar correctamente a un niño con diarrea. 3 reconocer cuando deben llevarse a un niño a un trabajador de salud.<sup>13</sup>

#### 2.2.2.8. 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 mls. X kg. X hora
- La segunda hora 25 mls x kg. X hora
- La tercera hora 25 mls x kg. X hora

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

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

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

#### 2.2.2.9. Complicaciones

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

- Aumento de pérdidas de líquidos y electrolitos por las evacuaciones líquidas y por los vómitos
- Disminución de la ingesta

- Aumento de las pérdidas insensibles.

Las diarreas por rotavirus, E. Coli enterotoxigénica y V Cholerae son característicamente productoras de deshidratación importante: (ver Tabla 2). La variabilidad de las pérdidas de sodio, la edad y estado nutricional del paciente, así como factores ambientales como temperatura y el aporte de sodio en la alimentación determinan la concentración de sodio sérico en el paciente deshidratado, lo que permite su diferenciación en deshidratación hiponatémica (sodio sérico  $< 130$  mEq/l), hipernatémica (sodio sérico  $> 150$  mEq/l) o isonatémica con sodio sérico normal (con mucho, la más frecuente).

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:

- Pérdida de base por líquido intestinal
- Mayor absorción de ion  $\text{H}^+$
- Aumento de producción de cuerpos cetónicos
- Aumento del metabolismo anaerobio
- Disminución de la excreción del ion  $\text{H}^+$ , 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 hipernatrémica o como consecuencia de neurotóxicas (*Shigella*), y la insuficiencia renal aguda prerrenal.<sup>13</sup>

#### 2.2.2.10. Prevención

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

##### 2.2.2.10.1. 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.

### 2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

#### 2.3.1. Conocimiento

El Conocimiento es un conjunto integrado por información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia, que ha sucedido dentro de una organización,

bien de una forma general o personal. El conocimiento sólo puede residir dentro de un conocedor, una persona determinada que lo interioriza racional o irracionalmente.

### 2.3.2. Enfermedad diarreica aguda

La enfermedad diarreica aguda es una enfermedad intestinal generalmente infecciosa y auto limitada, caracterizada por evacuaciones líquidas o disminuidas de consistencia y frecuentes, casi siempre en número mayor a tres en 24 horas con evolución menor de dos semanas.

El número de las evacuaciones intestinales hechas en un día varía según la dieta y la edad de la persona. Los lactantes alimentados al seno materno a menudo tienen evacuaciones blandas o líquidas y más frecuentes; esto no es diarrea.

### 2.3.3. Niños preescolares

La educación preescolar o educación infantil es el nombre que recibe el ciclo de estudios previos a la educación primaria obligatoria establecida en muchas partes del mundo. En algunos lugares es parte del sistema formal de educación y en otros como un centro de cuidado o guardería.

La reforma educacional de 1972 en Perú introdujo un nuevo concepto al campo de la educación preescolar --la educación inicial-- y amplió la idea de la educación preescolar para que abarcara la educación infantil desde el nacimiento hasta el ingreso a la escuela.

## **2.4. VARIABLES**

### **2.4.1. Definición conceptual de la variable**

Es la determinación de cuanto conoce la madre sobre la enfermedad diarreica infantil.

### **2.4.2. Definición operacional de la variable**

Es la determinación del conocimiento sobre la diarrea, factores predisponentes, alimentación, aspectos preventivos y tratamiento que tiene las madres que acuden al programa de inmunizaciones del Hospital el cual será medido mediante un cuestionario y calificado en conocimiento alto, conocimiento regular y conocimiento bajo.

### 2.4.3. Operacionalización de la variable

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Nivel de conocimiento sobre la diarrea infantil	Conocimientos Generales	-Conocimiento sobre la diarrea. -Reconocimiento de signos y síntomas. -Complicaciones de La diarrea.
	Factores Predisponentes	-Servicios de alcantarillado. - Servicios de abastecimiento de agua -Eliminación de basura
	Alimentación	-Tipo de alimentación. Frente a un cuadro diarreico. -Lactancia materna. -Lactancia artificial.
	Aspecto preventivo	-Higiene de alimentos. -Lavado de manos. -Higiene personal -Higiene del hogar -Consumo de agua -Conservación de los alimentos
	Tratamiento	-Tratamiento casero. -Suero de rehidratación oral -Automedicación

FUENTE: elaboración propia

## **CAPITULO III: METODOLOGIA**

### **3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

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

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

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

**TRANSVERSAL:** Porque la recolección de datos se realizó una sola vez. Recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único.

**METODO:** El método a utilizar en esta investigación es el cuantitativo. Se caracteriza porque los planteamientos a investigar son específicos y delimitados desde el inicio del estudio, las hipótesis se establecen previamente, es decir, desde antes de recolectar y analizar los datos. La recolección de datos se fundamenta en la medición y el análisis en procedimientos estadísticos.<sup>15</sup>

### **3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN**

El presente estudio se realizó en el Hospital Huaral, ubicado en Calle Tacna N°120, Huaral - Lima. Que cuenta con los servicios de tópico, obstetricia, psicología, dental, laboratorio, programa de TBC, dos consultorios médicos y el servicio de inmunizaciones. En este nosocomio también encontramos un ambiente de inmunizaciones

### **3.3. POBLACION Y MUESTRA**

Se eligió de forma no aleatoria a 25 madres del área de vacunación, siendo una muestra de 25 madres, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

#### **3.3.1. Inclusión:**

- Madres que acudan al pabellón de vacunas.
- Que deseen llenar las encuestas.

#### **3.3.2. Exclusión:**

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

### **3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

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

El instrumento dirigido a las madres cuenta con las siguientes

dimensiones:

- Conocimientos generales.
- Factores pre disponentes
- Alimentación
- Aspecto preventivo
- Tratamiento

Dicho instrumento tiene 5 dimensiones en la 1ra dimensión trata acerca del conocimiento general de la madre consta de 3 preguntas policotomicas, en la 2 dimensión trata de factores pre-disponentes que consta de 3 preguntas con policotomicas, en la tercera dimensión tratamos de la alimentación que consta también de 3 preguntas, en la cuarta dimensión tratamos los aspectos preventivos que consta de 6preguntas con respuestas dicotómicas y en la 5ta y ultima dimensión tratamos sobre el tratamiento que consta de 5 preguntas con respuestas dicotómicas.

### **3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

El instrumento fue sometido a la evaluación de Juicio de Expertos para determinar su validez, teniendo como participantes a licenciadas en enfermería en la especialidad de Pediatría, llegando a obtener 0.83 cuyas opiniones y recomendaciones sirvieron para mejorar el instrumento.

Para determinar la confiabilidad se aplicaron formulas estadísticas tales como el Coeficiente de Alfa de Combrach para la confiabilidad de conocimientos teniendo un puntaje de 1.00

### **3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS**

Se realizaron los trámites administrativos para obtener la autorización del Hospital Huaral para así iniciar la recolección de datos, teniendo como duración aproximadamente 5 -10 minutos, posteriormente los datos serán procesados en forma manual a la vez se elaborara cuadros para su

respectivo análisis e interpretación. Se calificará las respuestas correctas con el valor cinco "5" y las incorrectas con valor uno "1", la sumatoria de puntos brindaran el puntaje de cada individuo. Lo rangos del cuestionario serán de 20 puntos como mínimo y hasta un máximo de 78 puntos. Y se sub-clasificara en 5 niveles de conocimientos:

### **CALIFICACION DEL INSTRUMENTO**

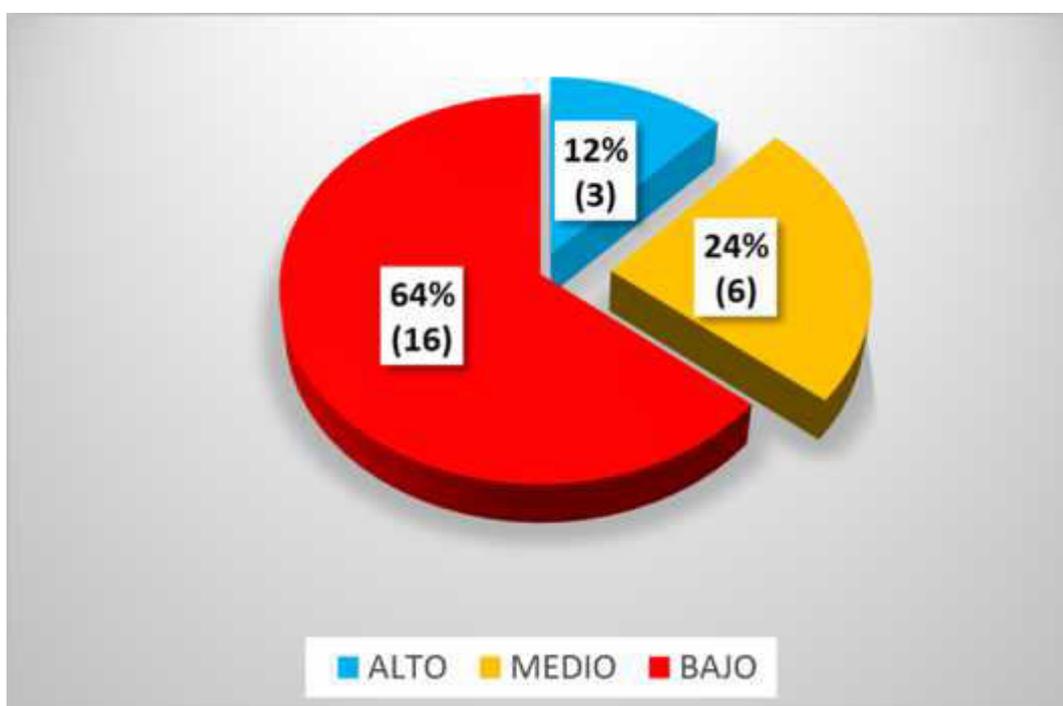
	<b>PUNTAJE MINIMO</b>	<b>PUNTAJE MAXIMO</b>	<b>PUNTAJE MALO</b>	<b>PUNTAJE REGULAR</b>	<b>PUNTAJE BUENO</b>
<b>D1</b>	<b>3</b>	<b>15</b>	<b>3 – 5</b>	<b>10</b>	<b>15</b>
<b>D2</b>	<b>3</b>	<b>15</b>	<b>3</b>	<b>10 – 13</b>	<b>15</b>
<b>D3</b>	<b>3</b>	<b>15</b>	<b>3 – 5</b>	<b>10</b>	<b>15</b>
<b>D4</b>	<b>6</b>	<b>18</b>	<b>6 – 10</b>	<b>14</b>	<b>15</b>
<b>D5</b>	<b>5</b>	<b>15</b>	<b>5 – 9</b>	<b>11</b>	<b>15</b>

FUENTE: elaboración propia

## CAPÍTULO IV: RESULTADOS

### GRAFICO 1

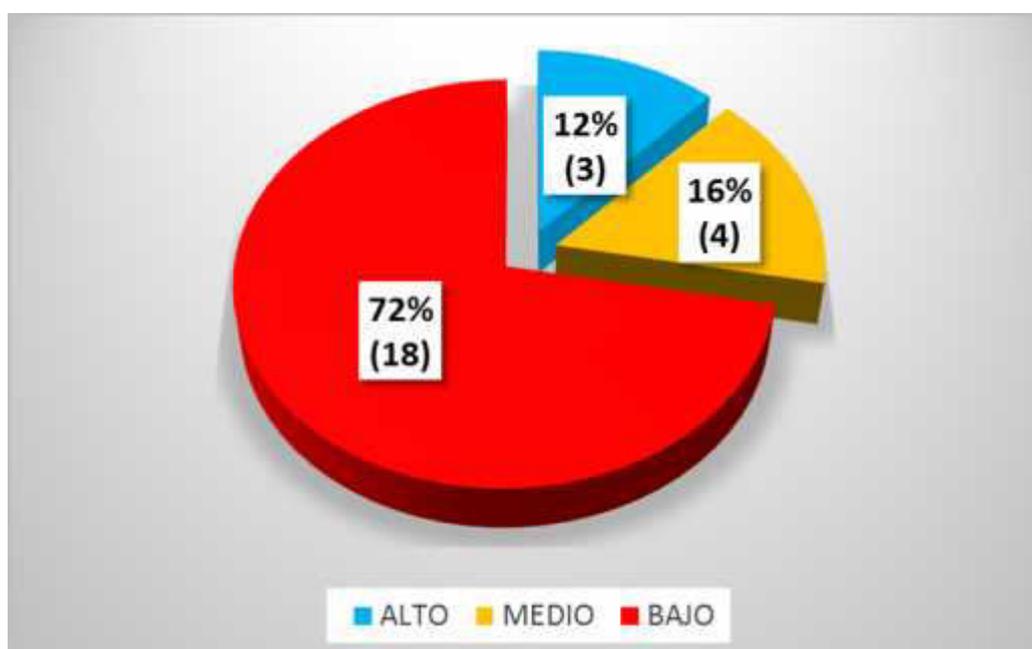
#### NIVEL DE CONOCIMIENTOS ACERCA DE LA PREVENCIÓN EN LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN MADRES DE NIÑOS PREESCOLARES QUE ACUDEN AL “CRED” HOSPITAL DE HUARAL 2013



Según los resultados presentados en el Grafico 1, el nivel de conocimientos acerca de la prevención en la enfermedad diarreica aguda en madres de niños preescolares que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo hospital de Huaral, es Bajo en un 64%(15), Medio en un 24%(6) y Alto en un 12%(3).

## GRAFICO 2

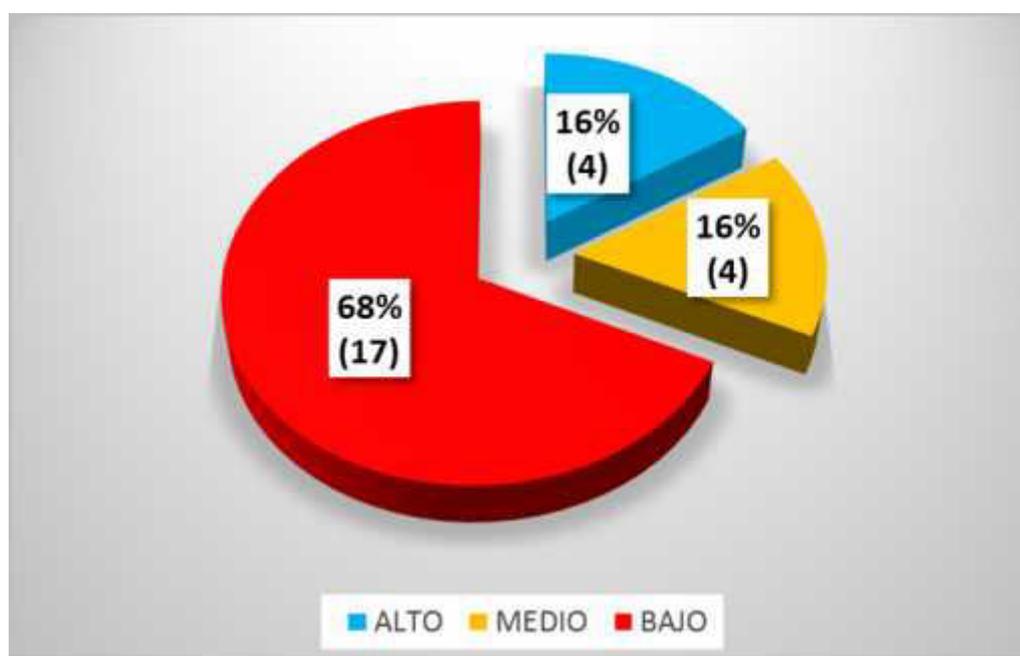
### NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES DE PREESCOLARES QUE ACUDEN AL “CRED” SOBRE LOS ASPECTOS PREVENTIVOS GENERALES DE UN CUADRO DIARREICO AGUDO, HOSPITAL DE HUARAL 2013



Según los resultados presentados en el Grafico 2, el nivel de conocimiento de las madres de preescolares que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo sobre los aspectos preventivos generales de un cuadro diarreico agudo, hospital de Huaral es Bajo en un 72%(18), Medio en un 16%(4) y Alto en un 12%(3).

### GRAFICO 3

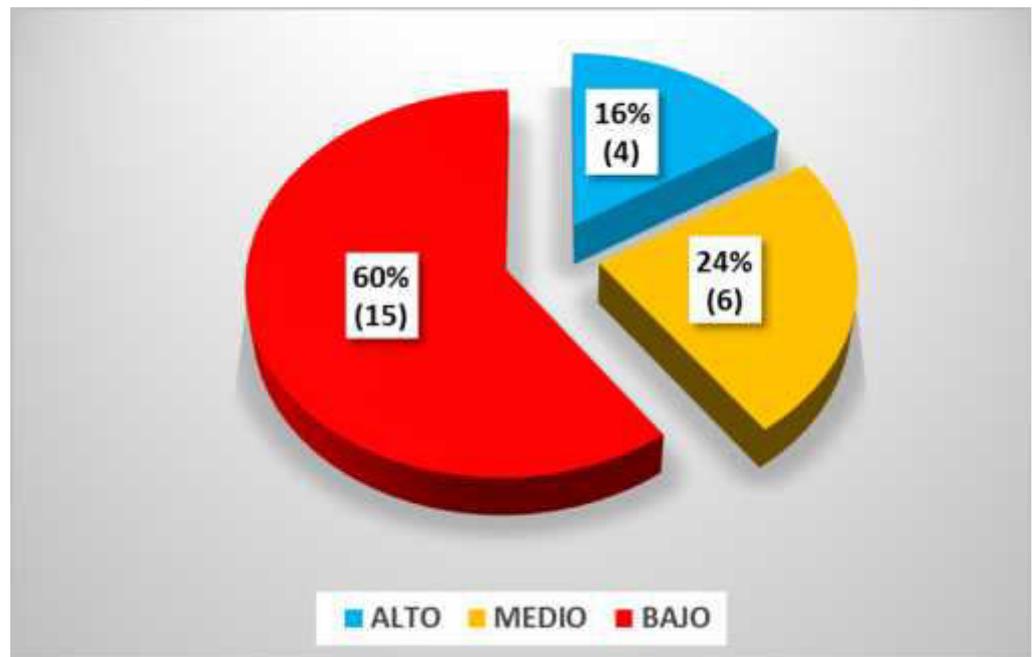
#### NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES DE PREESCOLARES QUE ACUDEN AL “CRED” SOBRE LOS FACTORES PREDISPONENTES A UN CUADRO DIARREICO AGUDO, HOSPITAL DE HUARAL 2013



Según los resultados presentados en el Grafico 3, el nivel de conocimiento de las madres de preescolares que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo sobre los factores predisponentes al cuadro diarreico agudo, hospital de Huaral es Bajo en un 68%(17), Medio y Alto en un 16%(4) respectivamente.

#### GRAFICO 4

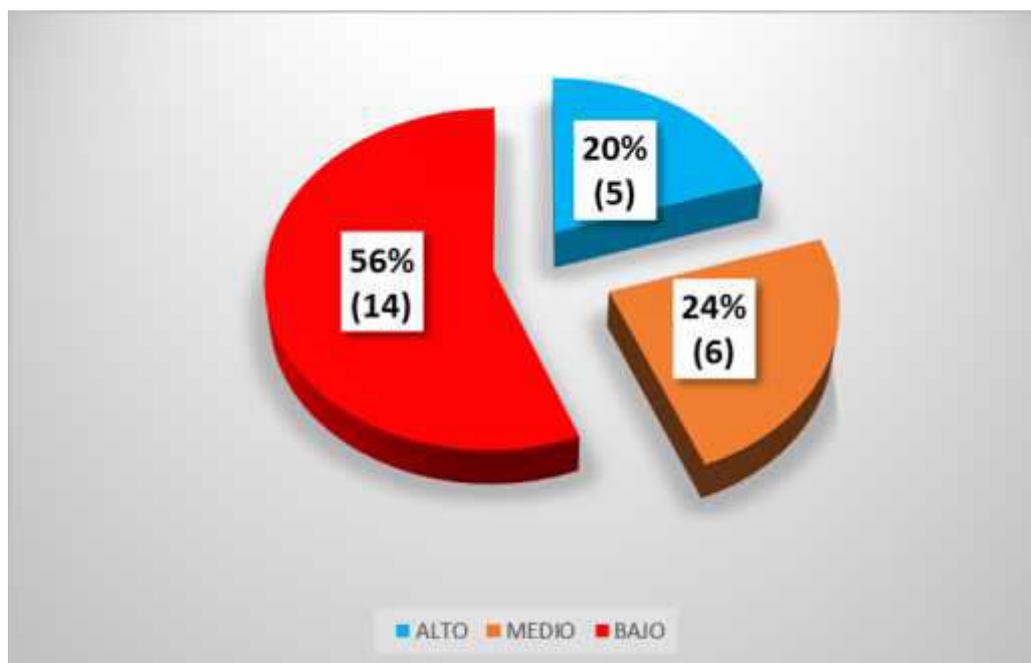
**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES DE PREESCOLARES QUE ACUDEN AL “CRED” SOBRE LA ALIMENTACIÓN EN UN CUADRO DIARREICO AGUDO, HOSPITAL DE HUARAL 2013.**



Según los resultados presentados en el Grafico 4, el nivel de conocimiento de las madres de preescolares que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo sobre la alimentación en un cuadro diarreico agudo, hospital de Huaral es Bajo en un 60%(15), Medio en un 24%(6) y Alto en un 16%(4).

## GRAFICO 5

### NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES DE PREESCOLARES QUE ACUDEN AL “CRED” SOBRE EL TRATAMIENTO DE UN CUADRO DIARREICO, HOSPITAL DE HUARAL 2013.



Según los resultados presentados en el Grafico 5, el nivel de conocimiento de las madres de preescolares que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo sobre el tratamiento de un cuadro diarreico agudo, hospital de Huaral –Lima. es Bajo en un 56%(14), Medio en un 24%(6) y Alto en un 20%(5).

## PRUEBA DE HIPOTESIS

### Prueba de la Hipótesis General:

H1: El nivel de conocimientos acerca de la prevención en la enfermedad diarreica aguda en madres de niños preescolares que acuden al Consultorio de Crecimiento y Desarrollo Hospital de Huaral –Lima 2013, es Bajo.

Ho: El nivel de conocimientos acerca de la prevención en la enfermedad diarreica aguda en madres de niños preescolares que acuden al Consultorio de Crecimiento y Desarrollo Hospital de Huaral –Lima 2013, no es Bajo.

Ha  $\neq$  Ho

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

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

	<b>ALTO</b>	<b>MEDIO</b>	<b>BAJO</b>	<b>TOTAL</b>
Observadas	3	6	16	25
Esperadas	8	8	9	
(O-E) <sup>2</sup>	25	4	49	
(O-E) <sup>2</sup> /E	3,1	0,5	5,2	

De acuerdo a los resultados presentados en la Tabla 1, el valor obtenido del Chi Cuadrado Calculado ( $X_C^2$ ) es de 8,8; 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 Alternativa (Ha), con un nivel de significancia de  $p < 0,05$ .

Siendo cierto que: El nivel de conocimientos acerca de la prevención en la enfermedad diarreica aguda en madres de niños preescolares que acuden al Consultorio de Crecimiento y Desarrollo Hospital de Huaral –Lima 2013, es Bajo.

## CAPÍTULO V: DISCUSION DE RESULTADOS

De acuerdo a nuestros hallazgos el nivel de conocimientos acerca de la prevención en la enfermedad diarreica aguda en madres de niños preescolares que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo hospital de Huaral, es Bajo en un 64%(15), Medio en un 24%(6) y Alto en un 12%(3). Coincidiendo con Álvarez – Larrauris, (2005) concluyo entre otros: Del total de madres entrevistadas 125 (47%) proporcionaron sueros de rehidratación oral y 144 (53%) no lo dieron. La práctica de usar medicamentos fue la siguiente: 57% del total de las madres proporcionaron medicamentos contra indicados a los niños a los niños enfermos, solamente 5 madres dijeron haber acudido a consulta en alguna institución de salud o con algún médico particular como primera opción antes de proporcionar algún medicamento, lo cual indica una extendida automedicación en casa durante la primera fase. Por lo que se refiere a si las madres confunden diarrea con deshidratación solo 62 (23%) sabían con precisión que significa este último término: lo describieron como "perdida de líquidos", el resto del grupo lo describió como "debilidad", "Cuando dejan de comer", "Cuando dejan de beber", "Se adelgazan", "están pálidos", "Tienen los ojos hundidos", etc. De las 125 madres que administraron el SRO, 53 (42%) tenían el concepto correcto de deshidratación; de estas 44 (83% del total) dijeron que lo habían dado para evitar la deshidratación, las otras 9 madres (17%) administraron el SRO siguiendo las instrucciones de otra persona, sin tener claro el concepto de deshidratación.

El nivel de conocimiento de las madres de preescolares que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo sobre los aspectos preventivos generales de un cuadro diarreico agudo, hospital de Huaral –Lima. es Bajo en un 72%(18), Medio en un 16%(4) y Alto en un 12%(3). Coincidiendo con Medina; Labrador; Goyri, (2010) Nueva evaluación de conocimientos a los 45 días. Pre-capacitación el 52,17 por ciento sabían definir diarreas; 82,61 por ciento tenían prácticas alimentarias correctas en diarreas infantiles; el 73.91 por ciento dijo no dar alimento al niño durante la diarrea; el 17,9 por ciento daban medicamentos sin prescripción; el 65,22 por ciento dijo que la lactancia materna no protege frente a la diarrea y 69,57 por ciento que la vacuna contra el sarampión tampoco; 56,52 por ciento preparaba correctamente el suero oral y el 100 por ciento no sabe la del suero casero; 86,96 por ciento lo daba con tetero y erraba al no darlo después de cada evacuación (56,52 por ciento) no usar taza (82,61 por ciento), ni cuchara (69,57 por ciento); se equivocan al calificar sin riesgo los ojos hundidos (56,52 por ciento) llanto sin lágrimas (78.26 por ciento) y orinar menos (65,22 por ciento). Todos estos niveles mejoraron en más del 95 por ciento post-capacitación. La capacitación según AIEPI logra mejorar las prácticas en la atención de casos de diarrea por las Madres Integrales de los Hogares de Cuidado Diario.(AU)

El nivel de conocimiento de las madres de preescolares que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo sobre los factores predisponentes al cuadro diarreico agudo, hospital de Huaral –Lima. es Bajo en un 68%(17), Medio y Alto en un 16%(4) respectivamente. Coincidiendo con Tissert (2008) concluye que los principales factores de riesgo que inciden en los cuadros diarreicos agudos son las edades comprendidas entre 6 y 11 meses, las malas condiciones higiénicas sanitarias, madres con nivel medio de escolaridad y las IRA como enfermedades asociadas. Se confeccionaron tablas y se emitieron recomendaciones.

El nivel de conocimiento de las madres de preescolares que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo sobre la alimentación en un cuadro

diarreico agudo, hospital de Huaral –Lima. es Bajo en un 60%(15), Medio en un 24%(6) y Alto en un 16%(4). Coincidiendo con Flores (2015) La edad media de las madres fue de 36 años y la mayoría tenía entre 1 a 2 hijos. Predominó el grado Superior Universitario (81.5%). La mayoría realiza un trabajo dependiente (53.7%). En la mayoría de casos (92,6%), el nivel de conocimiento fue regular.

## CONCLUSIONES

- El nivel de conocimientos acerca de la prevención en la enfermedad diarreica aguda en madres de niños preescolares que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo Hospital de Huaral, es Bajo. En aspectos preventivos generales las madres no saben acerca de los signos, síntomas y complicaciones de la diarrea. En los factores predisponentes, su vivienda no cuenta con servicio de alcantarillado, abastecimiento de agua y la frecuencia de eliminación de basura es de 1 a 3 veces por semana. En el tratamiento, se auto medican frente a un cuadro diarreico, utilizan sueros caseros y brindan infusiones.
- El nivel de conocimiento de las madres de preescolares que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo sobre los aspectos preventivos generales de un cuadro diarreico agudo, es Bajo. Estos bajos niveles de conocimiento se presentan porque no saben acerca de los signos, síntomas y complicaciones de la diarrea:
- El nivel de conocimiento de las madres de preescolares que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo sobre los factores predisponentes al cuadro diarreico agudo, es Bajo. Estos bajos niveles de conocimiento sobre los factores predisponentes se presentan porque su vivienda no cuenta con servicio de alcantarillado, abastecimiento de agua y la frecuencia de eliminación de basura es de 1 a 3 veces por semana.
- El nivel de conocimiento de las madres de preescolares que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo sobre la alimentación en un cuadro diarreico agudo, es Bajo. Estos bajos niveles de conocimiento se presentan porque desconocen acerca de la alimentación frente a un cuadro diarreico, así como el tiempo de lactancia materna a su hijo, pero si brindando lactancia artificial.

- El nivel de conocimiento de las madres de preescolares que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo sobre el tratamiento de un cuadro diarreico agudo, es Bajo. Se presentan estos bajos niveles de conocimiento porque señalan que se auto medican frente a un cuadro diarreico, utilizan sueros caseros y brindan infusiones.

## RECOMENDACIONES

- Realizar actividades preventivas promocionales para controlar los procesos diarreicos en la comunidad.
- Desarrollar programas de capacitación de normas de higiene a las madres, para prevenir la enfermedad diarreica en los niños y capacitar a las enfermeras en forma constante sobre el manejo de procesos diarreicos.
- Proponer y generar políticas públicas en los Municipios Distritales con respecto a la prevención de la enfermedad diarreica en conjunto con los departamentos de enfermería.
- Educar a las madres en cómo hidratar y realimentar a sus hijos durante la enfermedad diarreica para evitar la desnutrición y la muerte, administrar medicamentos solo cuando el médico lo indique.
- Aconsejar a las madres sobre la importancia de brindar líquidos a sus hijos durante la enfermedad diarreica.
- Implementar un programa educativo elaborado por las enfermeras sobre enfermedades diarreicas dirigidas a la comunidad, asimismo elaborar un programa educativo a las madres sobre el uso de medicina alternativa.
- Continuar profundizando sobre experiencias del cuidado de las madres durante el tratamiento de enfermedad diarreica en comunidades de riesgo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Arocena Canazas Víctor, Guillermo Vallenás Ochoa. INEI: PERU: Estimaciones de la mortalidad infantil en los distritos lima – 1997. Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales. Lima, marzo 2009.  
<http://www1.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0805/libro.pdf>
2. MINSA. Boletín Epidemiológico (Lima) 16 (52), 2007
3. Dr. Martín Yagui Moscoso, Dr. Fernando Llanos Zavalaga. Manual de organización de la atención y manejo del cólera epidemiológica LIMA-PERU 1996.  
<http://spe.epiredperu.net/SEIIH/05%20Modelo%20MOF%20Unidad%20Epidemiolog%C3%ADa%20Hospitalaria.pdf>
4. MINSA. Manual de Normas Técnicas para el manejo preventivo y control de la enfermedad diarreica aguda y el cólera LIMA- PERU 1996.1<sup>ra</sup> ed. 2009 secretaria de salud.
5. Lecturas en diarreas e infección respiratoria aguda en niños
6. PROCAME II .Lecturas en diarreas e infección respiratoria aguda en niños Lima- PERU 1994. 1<sup>ra</sup> ed.2007
7. Álvarez – Larrauris; Prácticas Maternas Frente a la Enfermedad Diarreica Infantil; Revista de Salud Pública Mexicana -1998
8. Factores de riesgo de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 14 años  
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2056/1/Factores-de-riesgo-de-la-enfermedad-diarreica-aguda-en-ninos-menores-de-14-anos.html>
9. <http://es.scribd.com/doc/5708316/RAMONA-MERCER>. Lima- PERU 1994 PROCAME II
10. Welson W., Tratado de Pediatría, 14<sup>Edición</sup>; Interamericana de España-Mc Grand Hill; Madrid – 1992.
11. Manual de Tratamiento de la Diarrea. Serie Paltex No. 13. Organización Panamericana de la Salud. Edit. OPS/OMS. 1987.

12. Quintalla Figuereo. Diarrea y deshidratación. 2da ed. 2005
13. Barnes L.A., Ed. Manual de nutrición en Pediatría. Tercera Edición. Comité de Nutrición de la Academia Americana de Pediatría. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. 1994
14. Sampieri – Bunge Eco. Metodología de la investigación Científica. Cuarta edición. Editorial UCA. 2002
15. <http://www.altillo.com/examenes/uces/publicidad/metodic/metodic2002sbe.asp>

**ANEXOS**

## ANEXO 1 MATRIZ DE CONSISTENCIA

**TEMA: CONOCIMIENTOS PREVENTIVOS DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA QUE TIENEN LAS MADRES DE NIÑOS PREESCOLARES QUE ACUDEN AL "CRED" HOSPITAL HUARAL 2013**  
**BACHILLER: FLORES SHUAN YANET ZULEMA**

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
<p><b>Problema general</b> ¿Cuál es el nivel de conocimiento acerca de la prevención en la enfermedad diarreaica aguda en madres de niños preescolares que acuden al "CRED" Hospital Huaral 2013?</p>	<p><b>Objetivo general</b> Determinar el nivel de conocimiento acerca de la prevención en la enfermedad diarreaica aguda en madres de niños preescolares que acuden al "CRED" Hospital Huaral 2013</p> <p><b>Objetivos específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• identificar el nivel de conocimiento de las madres de preescolares que acuden al "CRED" sobre los aspectos preventivos generales de un cuadro diarreico agudo, Hospital Huaral 2013.</li> <li>• Identificar en nivel de conocimiento de las madres de preescolares que acuden al "CRED" sobre los factores predisponentes a un cuadro diarreico agudo, Hospital Huaral 2013.</li> <li>• Identificar el nivel de conocimiento de las madres de preescolares que acuden al "CRED" sobre la alimentación en un cuadro diarreico agudo, Hospital Huaral 2013.</li> <li>• Identificar el nivel de conocimiento de las madres de preescolares que acuden al "CRED" sobre el tratamiento de un cuadro diarreico, Hospital Huaral 2013.</li> </ul>	<p><b>NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA DIARREA INFANTIL</b></p>	<p><b>Conocimientos Generales</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Conocimiento sobre la diarrea.</li> <li>-Reconocimiento de signos y síntomas.</li> <li>-Complicaciones de la diarrea.</li> </ul>
			<p><b>Alimentación</b></p>	<p>Tipo de alimentación. Frente a un cuadro diarreico.</p>
			<p><b>Aspecto preventivo</b></p>	<p>Higiene de alimentos. -Lavado de manos. -Higiene personal -Higiene del hogar -Consumo de agua -Conservación de los alimentos</p>
			<p><b>Tratamiento</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Tratamiento casero.</li> <li>-Suero de rehidratación oral</li> <li>-Automedicación.</li> </ul>
			<p><b>Factores Pre disponibles</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Servicios de alcantarillado.</li> <li>- Servicios de abastecimiento de agua</li> <li>-Eliminación de basura</li> </ul>

METODOLOGIA	INSTRUMENTO
<p><b>MÉTODO</b> El método a utilizar en esta investigación es el cuantitativo. Se caracteriza porque los planteamientos a investigar son específicos y delimitados desde el inicio del estudio, las hipótesis se establecen previamente, es decir, desde antes de recolectar y analizar los datos. La recolección de datos se fundamenta en la medición y el análisis en procedimientos estadísticos.</p> <p><b>TIPOS DE INVESTIGACION</b></p> <p><b>NO EXPERIMENTAL:</b> Porque no se manipula la variable de estudio. Sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos.</p> <p><b>DESCRIPTIVO:</b> Por que describe la realidad a estudiar. El investigador no interviene en el estudio, se limita a observar y describir la frecuencia de la variable que se elige en el diseño del estudio. Porque se va a describir las medidas que las madres realizan frente a un cuadro diarreico.</p> <p><b>TRANSVERSAL:</b> Porqué la recolección de datos se realizará una sola vez. Recolectan datos en un solo momento, en único.</p>	<p><b>TECNICA</b> Se utilizo como técnica la entrevista-encuesta</p> <p><b>INSTRUMENTO</b> El instrumento fue el cuestionario. El instrumento dirigido a las madres cuenta con las siguientes dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimientos generales.</li> <li>• Factores pre disponentes</li> <li>• Alimentación</li> <li>• Aspecto preventivo</li> <li>• Tratamiento</li> </ul>

## ANEXO 2



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

### CUESTIONARIO SOBRE DIARREA INFANTIL

#### I. PRESENTACIÓN

Buenas tardes Sras. Madres, soy, estudiante de enfermería de la Universidad Alas Peruanas. El presente instrumento tiene como objetivo obtener información acerca del nivel de conocimiento sobre la diarrea infantil.

En tal sentido le solicito su colaboración a través de su participación voluntaria y espontánea, expresándole que es de carácter anónimo. Agradezco anticipadamente su participación en el presente estudio.

#### II. INSTRUCCIONES:

A continuación encontrará una serie de preguntas acerca de cuanto conoce sobre la diarrea infantil. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos según cuanto sabe de esta enfermedad. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia experiencia.

#### III.- DATOS GENERALES

Edad: \_\_\_\_\_ Edad del niño: \_\_\_\_\_

Distrito: \_\_\_\_\_

Grado de instrucción: \_\_\_\_\_

## **I. CONOCIMIENTOS GENERALES:**

### **1). Que es la diarrea:**

- a) Presencia de dolores estomacales
- b) Fiebre, nauseas, sed insaciable
- c) Presencia de deposiciones liquidas, mayor de 3 veces en 24 horas
- d) Ausencia de deposiciones, estreñimiento

### **2). Signos y síntomas de una diarrea:**

- a) Vómitos y fiebre
- b) Cólicos estomacales, dolores musculares
- c) Dolores abdominales, sensación imperiosa de defecar
- d) Estreñimiento y mareos

### **3). Cuáles son las complicaciones de la diarrea:**

- a) Deshidratación y pérdida de peso
- b) Neumonía y tuberculosis
- c) Desnutrición e infecciones estomacales
- d) Neumonía y Shock

## **II. FACTORES PREDISPONENTES:**

4) Su vivienda cuenta con servicio de alcantarillado:

a) SI \_\_\_ b) NO \_\_\_

5) Su vivienda cuenta con abastecimiento de agua:

a) SI \_\_\_ b) NO \_\_\_

6) Cuantas veces por semana elimina la basura

a) 1 a 3 veces \_\_\_      b) 3 a 5a veces \_\_\_      c) 5 a 7 veces \_\_\_

## **III. ALIMENTACIÓN:**

7. Tipo de alimentación frente a un cuadro diarreico:

- a) Alimentos sin grasas
- b) Frutas, verduras, carnes

- c) Alimentación normal
- d) Restricción de alimentos

**8 Hasta que edad le brindo lactancia materna a su hijo:**

- a) 0 a 3 meses
- b) 0 a 6 meses
- c) 0 a 12 meses
- d) 12 meses a más

**9 Brindo lactancia artificial a su hijo. Hasta que tiempo: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_**

- a) 0 a 3 meses
- b) 0 a 6 meses
- c) 6 a 12 meses
- d) 12 meses a más

**IV. ASPECTO PREVENTIVO:**

**10) Se lava las manos antes y después de manipular los alimentos**

- a) **SI**\_\_\_\_ b) **NO**\_\_\_\_

**11) Se lava las manos luego de usar los servicios higiénicos**

- a) **SI**\_\_\_\_ b) **NO**\_\_\_\_

**12) Baña a su hijo frecuentemente**

- a) **SI**\_\_\_\_ b) **NO**\_\_\_\_

**13) Limpia su casa diariamente**

- a) **SI**\_\_\_\_ b) **NO**\_\_\_\_

**14) Hierve el agua antes de consumirla**

- a) **SI**\_\_\_\_ b) **NO**\_\_\_\_

15) Mantiene los alimentos refrigerados

a) **SI**\_\_\_ b) **NO**\_\_\_

**V. TRATAMIENTO:**

16) Utiliza sueros caseros

a) **SI**\_\_\_ b) **NO**\_\_\_

17) Brinda infusiones

a) **SI**\_\_\_ b) **NO**\_\_\_

18) Utiliza sales de rehidratación oral

a) **SI**\_\_\_ b) **NO**\_\_\_

19) Utiliza anti diarreicos

a) **SI**\_\_\_ b) **NO**\_\_\_

20) Se auto medican frente a un cuadro diarreico

a) **SI**\_\_\_ b) **NO**\_\_\_

**ANEXO 3**  
**JUICIO DE EXPERTOS**

<b>JUECES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>TOTAL</b>	<b>Proporción de</b>
<b>CRITERIOS</b>									<b>Concordancia (P)</b>
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado	0.8	0.8	0.8	0.85	0.85	0.85	4.95	0.83
2. OBJETIVO	Está expresado en capacidades observables	0.8	0.8	0.8	0.85	0.75	0.75	4.05	0.68
3. ACTUALIDAD	Adecuado a la identificación del conocimiento de las variables de investigación	0.85	0.8	0.8	0.85	0.8	0.8	4.95	0.83
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica en	0.85	0.85	0.8	0.8	0.8	0.8	4.95	0.83
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad con respecto a las variables de investigación	0.85	0.85	0.8	0.85	0.8	0.8	5	0.83
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las variables de investigación	0.8	0.85	0.85	0.85	0.8	0.8	5	0.83
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos de conocimiento	0.85	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	4.9	0.83
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los índices e indicadores y las dimensiones	0.85	0.8	0.8	0.85	0.8	0.8	4.95	0.83
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación	0.85	0.85	0.8	0.8	0.8	0.8	5	0.83
<b>TOTAL</b>		7.50	7.40	7.25	7.50	7.20	7.20	43.75	7.47
								<b>P=</b>	<b>0.83</b>
<b>Es válido si P es <math>\geq 0.60</math></b>									

## ANEXO 4 CONFIABILIDAD

**V = VARIANZA POR ITEM**

**$\sum V$  = SUMA DE LAS VARIANZA POR ITEM**

**$V_T$  = VARIANZA TOTAL**

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[ 1 - \frac{\sum V}{V_T} \right] = \frac{10}{9} \left[ 1 - \frac{48.91}{523.79} \right] = 1.00$$

Como el valor del alfa de Combrach es superior a 0.6 entonces se puede decir que el instrumento es confiable