

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

TESIS

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS MADRES EN EL
HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA, SOBRE
ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES
DE 5 AÑOS, MAYO-JUNIO 2016”**

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

**PRESENTADO POR:
LILIANA QUISPE PARI**

**ASESORA:
IDALIA MARIA CONDOR CRISOSTOMO**

LIMA PERU, 2019

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS MADRES EN EL
HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA, SOBRE
ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES
DE 5 AÑOS, MAYO-JUNIO 2016”**

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Identificar el nivel de conocimiento que tienen las madres en el hospital Nacional Arzobispo Loayza acerca de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años, , Mayo-Junio 2016. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de (n=25 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 (0,863); la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de ($\alpha=0,971$).

CONCLUSIONES:

El nivel de conocimiento acerca de la enfermedad diarreica aguda que tienen las madres en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, mayo-junio 2010, encontrando que en mayor porcentaje es el nivel Medio comprobado estadísticamente mediante el Chi Cuadrado con un valor de 8,34 y con un nivel de significancia de valor $p<0,05$.

PALABRAS CLAVES: Enfermedad *diarreica aguda*, *niños menores de 5 años*, *tratamiento*, *factores de riesgo*, *alimentación*, *aspectos preventivos*.

ABSTRACT

The objective of this research was to: Identify the level of knowledge that mothers have in the National Hospital Arzobispo Loayza about acute diarrheal disease in children under 5 years old,, May-June 2016. It is a cross-sectional descriptive investigation, we worked with a sample of (n = 25 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 expert judgment obtaining a value of (0,863); Reliability was carried out using Cronbach's alpha with a value of ($\alpha = 0.971$).

CONCLUSIONS:

The level of knowledge about acute diarrheal disease that mothers have at the National Hospital Arzobispo Loayza, May-June 2010, finding that in a higher percentage is the average level statistically verified by the Chi Square with a value of 8.34 and with a level of significance of value $p < 0.05$.

KEYWORDS: *Acute diarrheal disease, children under 5 years of age, treatment, risk factors, diet, preventive aspects.*

ÍNDICE

Pág.

RESÚMEN

ABSTRAC

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	2
1.3. Objetivos de la investigación	2
1.3.1. Objetivo general	3
1.3.2. Objetivos específicos	3
1.4. Justificación del estudio	4
1.5. Limitaciones	6

CAPITULOII: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio	
2.2. Base teórica	7
2.3. Definición de términos	12
2.4. Hipótesis	39
2.5. Variables	40
2.5.1. Definición conceptual de las variables	40
2.5.2. Definición operacional de las variables	41
2.5.3. Operacionalización de la variable	42

CAPITULOIII: METODOLOGIA

3.1. Tipo y nivel de investigación	44
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	45
3.3. Población y muestra	45
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	46
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	46
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	47

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

48

CAPÍTULO V: DISCUSION

54

CONCLUSIONES

58

RECOMENDACIONES

59

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

60

ANEXOS

Matriz

INTRODUCCION

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 que el 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 numero casos en zonas rurales y urbano – marginales.

El impacto que produjo la EDA en el Perú en 1990, estuvo marcada no solo por el número de casos observados en niños y ancianos, sino también por las elevadas tasas de mortalidad infantil que se dieron; en donde cada niño menor de cinco años enfermaba anualmente entre 4 a 5 veces; y se registraban 55 muertes por cada mil niños antes que cumplieran el primer año de vida (MINSA 1990). Actualmente la EDA se encuentra entre las tres primeras causas de mortalidad infantil.

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.

La vigilancia epidemiológica de la EDA se basa en el análisis permanente de la tendencia del daño y de su distribución en forma general o específica, según las variables de personas, tiempo y lugar, así como sus combinaciones de

acuerdo a las categorías de interés, de esta manera mejorar los servicios de cada hospital en especial los lugares de inmunizaciones; ya que es ahí donde se obtiene información sobre EDAS en niños menores de 5 años, ya que las madres de familia llevan a su control de CRED e Inmunizaciones.

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

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 utilizados, sistema de hipótesis e igualmente de variables, dimensiones e indicadores.

Capítulo III: Trata de la 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 que nos servirá para sustentar los resultados que obtendremos de esta investigación.

Finalmente los anexos donde se incluye el Cronograma de Actividades, instrumentos, confiabilidad, y 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 las personas en especial en los menores de 5 años, siendo estos los más vulnerables, constituyendo el aumento de la morbimortalidad infantil. La cumbre mundial a favor de la infancia, celebrada a fines de 1990 propuso a nivel mundial acciones de política a favor de los derechos del niño, comprometiendo a los países a elaborar planes específicos para proteger la supervivencia y el desarrollo de la niñez, pese a ello en 2008, luego de iniciado las acciones a favor de la infancia, los gobiernos del 62% de los países del mundo (190 países consultados) opinaban como inaceptable las tasas de mortalidad registradas para esa fecha.⁽¹⁾

En América Latina como en los casos anteriores se observan diferencias en los niveles de mortalidad infantil aunque en magnitudes 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 educación, vivienda inadecuada, salud ineficiente 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 como es el caso del Perú, los factores socioculturales y ambientales, antes que los económicos, son determinantes en los niveles de mortalidad infantil resaltando sobretodo el efecto de la educación de las madres de familia.⁽¹⁾

En el año 2008, las enfermedades diarreicas fueron la tercera causa de muerte en países de ingresos bajos, donde ocasionaron el 6,9% de los fallecimientos. Son la segunda mayor causa de muerte en niños menores de cinco años, tras la neumonía. De los 1500 millones de niños que fallecieron por enfermedades diarreicas en 2008, el 80% tenían menos de dos años.

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) no se asocia generalmente con la reposición de líquidos necesaria para prevenir la deshidratación, sino con la curación de la diarrea.

Estos hechos, llevan a formular la siguiente interrogante:

1.2.- FORMULACION DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General:

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento que tienen las madres en el hospital Nacional Arzobispo Loayza sobre la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años, Mayo – Junio,2016?

1.2.2. Problemas Específicos:

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento que tienen las madres en el hospital Nacional Arzobispo Loayza acerca de los factores predisponentes de la enfermedad diarreica aguda, en niños menores de 5 años, Mayo – Junio,2016?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento que tienen las madres en el hospital Nacional Arzobispo Loayza acerca de la alimentación frente a la enfermedad diarreica aguda, en niños menores de 5 años, Mayo – Junio,2016?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento que tienen las madres en el hospital Nacional Arzobispo Loayza acerca de los aspectos preventivos de la enfermedad diarreica aguda, en niños menores de 5 años, Mayo – Junio,2016?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento que tienen las madres en el hospital Nacional Arzobispo Loayza acerca del tratamiento de la enfermedad diarreica aguda, en niños menores de 5 años, Mayo – Junio, 2016?

1.3.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.3.1. Objetivo General

- Identificar el nivel de conocimiento que tienen las madres en el hospital Nacional Arzobispo Loayza acerca de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años, Mayo-Junio 2016.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de conocimiento que tienen las madres en el hospital Nacional Arzobispo Loayza acerca de los factores

predisponentes de la enfermedad diarreica aguda, en niños menores de 5 años, , Mayo-Junio 2016.

- Identificar el nivel de conocimientos que tienen las madres en el hospital Nacional Arzobispo Loayza acerca de la alimentación frente a la enfermedad diarreica aguda, en niños menores de 5 años, , Mayo-Junio 2016.
- Identificar el nivel de conocimientos que tienen las madres en el hospital Nacional Arzobispo Loayza acerca de los aspectos preventivos en la enfermedad diarreica aguda, en niños menores de 5 años, Mayo-Junio 2016.
- Identificar en nivel de conocimiento que tienen las madres en el hospital Nacional Arzobispo Loayza acerca del tratamiento de la enfermedad diarreica aguda, en niños menores de 5 años, Mayo-Junio 2016.

1.4. JUSTIFICACION

La Enfermedad diarreica aguda constituye un gran problema de salud pública en la mayoría de los países en vías de desarrollo, y es causa importante de morbi-mortalidad infantil, especialmente por su relación con la desnutrición y anemia, 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 el Perú, la diarrea en niños es una enfermedad típica, con mayor incidencia en los meses de calor y como sabemos las características epidemiológicas de nuestro país como las 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 calidos. 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 al 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 presentan un cuadro diarreico ya que lamentablemente auto medican a sus hijos y les disminuyen la alimentación, ésta el cual perjudica mucho más el estado del niño porque también los están desnutriendo.

En el Hospital Nacional Arzobispo Loayza se observa que en los meses de Julio, Agosto, Setiembre, Octubre, Noviembre y Diciembre del 2015 se atendió 469 incrementaron los casos de EDA y en relación a años

anteriores Y en los meses de Enero, Febrero, y Marzo marca notoriamente que hay una prevalencia de Diarrea Infantil en los meses de verano.

1.5.- LIMITACIONES Y ALCANCES DE LA INVESTIGACIÓN

- Que la información que se obtenga solo servirá para Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima.
- Que la población de las madres de familia, no son muy comunicativas.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1.- ANTECEDENTES

2.1.1. Antecedentes Internacionales:

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

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

promueve la difusión de estos conocimientos y por eso su implementación es necesaria en los países y regiones que cursan con una alta incidencia de episodios de EDA en menores de cinco años.

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

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

Macías Fernández, Juan Pablo y delgado Mantuano, Yandri Alexander en la ciudad de Manabí-Ecuador en 2005, realizaron un estudio sobre las Incidencias de síndrome diarreico agudo

por rotavirus en menores de 5 años ingresados en el Hospital Verdi Cevallos Balda, con el objetivo de conocer las incidencias de síndrome diarreicos agudo por rotavirus en niños menores de 5 años ingresados en el hospital Verdi Cevallos Balda, para ello se diseñó un estudio descriptivo-retrospectivo, el área de investigación fue el área de hospitalización pediátrica del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo, la población fue 131 niños menores de tres años, que habían sido ingresados por diagnóstico de síndrome diarreico agudo.

Los resultados de esta investigación fueron: se determinó que 53 pacientes menores de tres años eran positivos mediante el diagnóstico clínico y el método de laboratorio correspondiendo a un porcentaje de 40.4%, de este último solo se encontró como técnica para la determinación del rotavirus la inmunocromatofia en heces fecales ya que es el único estudio técnico que se encuentra en nuestro medio poblacional. Según la edad la más frecuentes fue el de pacientes pre-escolares, de acuerdo al sexo predomino el masculino. Por lo que debido recomendamos a las autoridades sanitarias que utilicen estos datos para que tengan conocimiento significativo real, y a futuro empleen métodos de laboratorio gratuito para nuestros hospitales para realizar una vigilancia epidemiológica de este etiológico para de esta manera mejorar las condiciones necesarias de salud en los niños de nuestra población.⁽⁶⁾

2.1.2. Antecedentes Nacionales:

Cerna Tello, Carmen Milagros, realizo una investigación, para obtener El titulo 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 resultados: Existe un mínimo porcentaje de madres que tienen un adecuado conocimiento sobre las características de las diarreas, las causas etc., como medidas preventivas en caso se presente en sus niños menores de 5 años; La relación entre conocimientos y actitudes sobre la prevención y tratamiento de enfermedades diarreicas agudas demostró que; mientras exista un alto porcentaje de madres con conocimientos bajos sobre la enfermedad en estudio, serán las que tengan mayor actitud negativa con respecto a la prevención y tratamiento de la enfermedad; Los resultados demuestran que son muy pocas las madres que tienen un adecuado conocimiento sobre las medidas preventivas y el tratamiento de la enfermedad; demostrando que existe un número significativo de madres (60%), que desconocen que la administración de líquidos, administración de leche materna, administración de comidas fraccionadas y preparación de panetelas forman parte del tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas en sus niños menores de 5 años; Las madres realizan prácticas inapropiadas 80%, sobre tratamiento de EDA ya que son prácticas aprendidas por sus padres de generación en generación. estos resultados reflejan que la madre no sabe cómo tratar a su niños menor de 5 años con Diarrea adoptando una actitud negativa⁽⁷⁾

Burga Rivero, Claudia V., Salas Mallea Ariel A., realizaron el estudio “Conocimientos y actitudes de las madres de niños menores de 5 años sobre signos de alarma en enfermedad diarreica aguda-Piura, entre julio y septiembre de 2006”⁽¹⁴⁾, tiene como objetivo principal determinar el nivel de Conocimientos y actitudes de las madres de niños menores de 5 años sobre signos de alarma en enfermedad diarreica aguda Cala-marca; la muestra estuvo conformado por 58 madres de familia elegidas al azar, la metodología fue descriptivo de cohorte transversal.

Los autores llegan a la siguiente conclusión: “El mayor porcentaje de madres entrevistadas tenía en promedio 28 años y un grado de escolaridad primario (79.8%). Con relación a los conocimientos de las enfermedades diarreicas agudas, aproximadamente la mitad reconoció la deshidratación severa (58.2%), y la disentería (59.5%), como signos de alarma. Aproximadamente el 75% indicó la preparación correcta de suero de rehidratación oral denotando tener conocimientos buenos; sin embargo el 51.9 % consideró que en niños con enfermedades diarreicas agudas debe suspenderse el pecho y la comida, denotando actitudes negativas.”

Bautista, Bárbara; Cortes C., Gloria. “Conocimiento de las madres acerca de la prevención y manejo de la enfermedad diarreica aguda”. Mayo-julio Lambayeque. 2007. ⁽¹⁶⁾ tiene como objetivo determinar el nivel de Conocimiento de las madres acerca de la prevención y manejo de la enfermedad diarreica aguda; Estudio cuantitativo observacional descriptivo, se pone en marcha dicho estudio mediante una encuesta a 90 madres de niños que ingresaron al Hospital Infantil Lorencita Villegas de Santos en el Hospital de la Granja, se establecieron sus características demográficas, su conocimiento sobre EDA, complicaciones, manejo. El 45% de las madres tenía entre 22 y 27 años, el 33.33% por ciento había cursado algún nivel de primaria, y el 47.77% de

bachillerato. El 75% eran amas de casa y desempeñaban el rol de cuidadoras primarias del niño.

Se llegó a la conclusión que El 45.6% lo asocio con el manejo inadecuado de los alimentos o con desaseo y el 1.01% la relaciono con parasitismo intestinal demostrando falta de un concepto global sobre la enfermedad. La etiología se atribuye a manejo inapropiado de los alimentos (47.6 %), mala higiene de la madre y el niño (29.7 %), y el 51.5% sabe que la deshidratación es la complicación principal. El 100% de las madres reconoce los signos y síntomas de la enfermedad. Como medidas preventivas, el 6% incluye lavar bien los alimentos, el 100 % almacenar las basuras en recipientes tapados fuera del alcance de los niños, el 64% hervir el agua y el 10% lavar la vasija donde se almacena. La mayoría ha conocido las sales de rehidratación por medios masivos de comunicación y el 33% las prepara correctamente, pero con frecuencia las confunde con suero casero. De aquí que el programa de control de diarreas tenga como objetivos modificar hábitos y actitudes, capacitar al personal de salud y a las madres, propiciar mejores condiciones de salud y capacitar en el uso de la terapia de rehidratación oral.

2.2.- BASE TEORICA

2.2.1. Algunos Alcances Básicos sobre el Conocimiento:

- ❖ **Mario Bunge:** Define al conocimiento como “el conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claras, precisos, ordenados e inexactos, en base a ello se tipifica al conocimiento en: Conocimiento científico y conocimiento vulgar.”⁽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 de trabajo son a la vez medios, del conocimiento de la realidad. Los medios del conocimiento son:

Medios del Conocimiento

	MEDIOS DEL CONOCIMIENTO	ALCANCES
MEDIO	La Experiencia interna	Consiste en darnos cuenta lo que existe en nuestra interioridad. Esta experiencia constituye una certeza primaria: en nuestro interior ocurre realmente lo que experimentamos.
	La Experiencia externa	Es todo conocimiento o experiencia que obtenemos por nuestros sentidos.
		Esta se sirve de los sentidos, elabora

	La Razón	los datos recibidos por ellos los generaliza y los abstrae, transformando la experiencia sensible y singular en conocimientos que valen en cualquier lugar y tiempo.
	La Autoridad	Muchísimos conocimientos que poseemos nos llegan a través de la comunicación de personas que saben mucho sobre el tema, estas personas tienen autoridad científica y lo que divulgan o enseñan merece toda nuestra adhesión.

Fuente: Bertrand Russel "Medios del Conocimiento"

4. Imagen:

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

2.2.3. Enfermedad diarreica aguda

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

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 incierta. Esto es particularmente válido en el caso de la ECEP, un microorganismo que se ha calificado como patógeno "histórico" y bajo cuya denominación se agrupan numerosas cepas, tanto genuinamente patógenas como algunas que no lo han demostrado ser. No siempre se utilizan métodos específicos

para determinar la patogenicidad de este microorganismo. Por otra parte, existen individuos asintomáticos portadores de patógenos como: virus, bacterias o parásitos, destacando el hecho de que el rotavirus se puede aislar en 4 a 5% de los recién nacidos sanos.

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

Los mecanismos de transmisión descritos para enteropatógenos fecales son: vía fecal-oral (ciclo ano-mano-boca), a través de vómitos y secreciones nasofaríngeas por vía aérea. Un hecho característico de las infecciones por bacterias enteropatógenas es que ocurren con mayor frecuencia y severidad en niños que no reciben lactancia materna.

Cuando las infecciones por bacterias enteropatógenas, se producen en lactantes alimentados al pecho materno, dichos episodios son generalmente leves o inaparentes, hecho que destaca el importante papel protector de la lactancia materna exclusiva en el organismo de un lactante que recibe como única alimentación leche materna.

Tabla 2		
Entero patógenos asociados con diarrea aguda en la infancia		
Virus	Bacterias	Parásitos
Rotavirus	Escherichia Coli	Cryptosporidium sp
Adenovirus entérico (serotipo 40-41)	enteropatógena (ECEP)	Giardia intestinalis (lamblia)
Virus Norwalk	Escherichia cColi enterotoxigénica (ECET)	Entamoeba histolytica
Astrovirus	Escherichia cColi enteroagregativa (ECEAg)	Blastocystis hominis
Calicivirus	Escherichia coli difusa adherente (ECDA)	Coccidios: Isospora belli,
Coronavirus	Escherichia coli enteroinvasora (ECEI)	Sarcocystis hominis
Parvovirus	Escherichia coli enterohemorrágica (ECEH)	
	Shigella: flexneri, Sonnei, dysenteriae, boydii.	
	Salmonella no typhi	
	Yersinia enterocolitica	
	Campylobacter: jejuni, Coli, upsaliensis	
	Aeromonas hydrophila	
	Plesiomonas shigelloides	
	Vibrio: cholerae, parahemo lyticus	
	Clostridium difficile	

Fuente: Elaboración del autor 2009

2.2.3.3. Fisiopatología de la Diarrea

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

Los mecanismos de absorción de Na⁺ son:

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

Después de su absorción, el Na⁺ es transportado activamente fuera de la célula epitelial (extrusión), por la bomba Na⁺ K⁺ ATPasa, que lo transfiere al líquido extracelular, aumentando la osmolaridad de éste y generando un flujo pasivo de agua y electrolitos desde el lumen intestinal a través de canales intercelulares. La secreción intestinal de agua y electrolitos

ocurre en las criptas del epitelio, donde el NaCl es transportado desde el líquido extracelular al interior de la célula epitelial a través de la membrana basolateral. Luego el Na⁺ es devuelto al líquido extracelular, por la Na⁺ K⁺ ATPasa. Al mismo tiempo se produce secreción de Cl⁻ desde la superficie luminal de la célula de la cripta al lumen intestinal. Esto crea un gradiente osmótico, 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. Diagnóstico

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:

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).⁽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 El 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.⁽¹⁵⁾

Características	A	B	C
1. Observe: Condición Ojos Lagrimas Boca y lengua Sed	Bien, alerta Normales Presentes Humedas 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
-----------------	---------------	--	-------------------------------

Fuente. Elaborado Fuente: Elaborado por el autor-2016

- **Medidas a Realizar**

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

- Tratamiento ambulatorio:** para diarrea aguda sin deshidratación clínica
- Tratamiento en Servicio de Urgencia o en sala de diarrea y hospitalización parcial:** para diarrea aguda con deshidratación moderada
- 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:

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 (15)

- **Promoción de alimentación adecuada**

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

2.2.3.8. Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda

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

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

mediante el uso de terapia de rehidratación oral (TRO), usando sales de rehidratación oral (SRO) para recuperar el equilibrio homeostático.

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

a. Tratamiento de la Diarrea en el Hogar

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

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

- **Tratamiento de la Diarrea en el Hogar – Plan A**

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

1 Este debe ser utilizado para tratar a niños: (i) que han sido vistos en un servicio de salud y se les ha encontrado *sin signos de deshidratación*; (ii) que han sido tratados en un establecimiento de salud con el Plan de Tratamiento B o C hasta que se corrigió la deshidratación; (iii) que han desarrollado diarrea recientemente, pero que no han visitado un establecimiento de salud.

Plan de tratamiento A ; para tratar la diarrea en el hogar
Use este plan para enseñar a la madre a: <ul style="list-style-type: none">• Continuar el tratamiento del episodio actual de diarrea en el hogar.• Proporcionar tratamiento precoz para episodios futuros de la diarrea
Explique las tres reglas para el tratamiento de la diarrea en el hogar: <ol style="list-style-type: none">1. De al niño más líquidos de lo usual para prevenir la deshidratación.<ul style="list-style-type: none">• Usar líquidos caseros recomendados. estos incluyen: líquidos basados en alimentos (tales como sopas, agua de arroz, yogurt) y agua sola. Emplee la SRO para los niños descritos en el recuadro de abajo. (Nota: si el niño es menor de 6 meses de edad y aún no está recibiendo alimentos sólidos, brinde SRO o agua en lugar de líquidos basados en alimentos).• Brinde estos líquidos tanto el niño desee. Utilice las cantidades listadas para la TRO como una guía.• Continúe dando estos líquidos hasta que la diarrea cese.2. Brinde al niño comida en abundancia para prevenir la malnutrición<ul style="list-style-type: none">• Continúe dando de lactar frecuentemente• Si el niño no está alimentado de pecho, brinde la leche usual.• Si el niño tiene 6 meses de edad o más, o ya se encuentre recibiendo alimentos sólidos:<ul style="list-style-type: none">- Proporcione además cereal u otro alimento con fécula mezclado, si es posible con arvejas, vegetales y carne

- o pescado. Agregue 1 o 2 cucharaditas de aceite vegetal a cada ración.
- Dele jugo de fruta fresca o plátano machacado para proveerlo de potasio.
 - Dele alimentos recién preparados. cocine y machaque bien los alimentos
 - Anime al niño a comer; ofrézcale comida al menos 6 veces al día.
 - Proporcione las mismas comidas cuando la diarrea cese y brinde una comida extra cada día durante 2 semanas.
3. Lleve al niño al trabajador de salud si el niño no mejora en 3 días o desarrolla cualquiera de lo siguiente:
- . Muchas deposiciones acuosas . come o bebe poco
 - . Vomita repentinamente . fiebre
 - . Sed marcadas . Sangre en las heces

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

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

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

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

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

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

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

Los líquidos a aportar pueden ser alimentos caseros: agua de arroz, sopas de cereales y pollo, yogur o soluciones de rehidratación oral con 30 a 60 mEq/l de sodio. Están contraindicados las bebidas carbonatadas (gaseosas) y los jugos comerciales, por su elevado contenido de hidratos de carbono, baja concentración de electrolitos y alta osmolaridad. La forma de aportar los líquidos es con cucharita, con gotas, o a sorbos pequeños, y si el niño vomita, esperar 10 minutos para reiniciar la rehidratación.⁽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 mili equivalentes), 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 endovenosas en corto tiempo (3 o 4 horas), y (que la mayoría de ellos completen su hidratación por vía oral con vida suero oral a dosis de 25 ml/ kg/ hora en las siguientes 3 horas.⁽¹⁵⁾

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

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

- La primera hora 50 ml/kg/hora
 - La segunda hora 25 ml/kg/hora
 - La tercera hora 25 ml/kg7hora

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

No es recomendable agregar bicarbonato extra a las soluciones para corregir la acidosis ya que la hipopotasemia resultante puede llevar a la muerte al paciente. La forma más segura de corregir la acidosis es aumentando el volumen circulante ya sea por vía intravenosa u oral. En caso de mejoría del estado de shock pasar a plan b de tratamiento con vida suero oral. Y posteriormente a plan a hasta ser dado de alta, siempre que no existan complicaciones o enfermedad subyacentes. .⁽¹⁵⁾

2.2.4. Estrategia Sanitaria

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

- Desarrollar a corto plazo acciones de atención primaria, con amplio nivel de cobertura espacial y poblacional, para controlar los factores de riesgo identificados, ya que la mayor parte de la problemática de salud es evitable.
- Concertar con los principales actores sociales, asignando claramente responsabilidades, para ejecutar soluciones integrales participativas dentro de una propuesta de asistencia sanitaria esencial.
- Establecer sistemas locales de salud que den atención primaria a grupos prioritarios específicos, en una región geográfica determinada. .⁽¹⁶⁾

2.2.5. Teorías de Enfermería que Sustentan la Investigación

2.2.5.1. Nola Pender

Basa su Modelo Promoción de la Salud en la teoría del aprendizaje de Albert Bandura, que defiende la importancia de los procesos cognitivos en la modificación del comportamiento, ²¹ teniendo como pasos del proceso: atención, retención, reproducción y motivación ²². Todo este proceso ocurre en la persona siendo esencial que la

enfermera los considere como base para la educación que brinda a la persona; también la teoría de Fishbein sobre la acción razonada. Que asegura que la conducta depende de actitudes personales y de normas sociales.⁽¹⁷⁾ En la prevención de las EDAs la enfermera trabajará de forma directa con la madre del menor, ya que los niños están a cargo de ellas, y que la madre pueda brindar al niño condiciones adecuadas para su crecimiento y desarrollo disminuyendo así la vulnerabilidad a desarrollar EDAs.

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

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

Por lo tanto la enfermera debe tener en cuenta las actitudes y/ o estilos de vida que llevan las madres de los niños en edad preescolar y cuáles son los factores

cognitivos y perceptivos actúan sobre ellas, para de esta manera la promoción a través de la educación brindada, se adopte y logre una conducta preventiva en ellas. Lo que realmente se busca es que desde la edad preescolar se logren identificar los factores perceptivos cognitivos que ellos tienen, que conceptos tienen sobre la salud, empezar a formar en ellos a través de la promoción de la salud estilos de vida saludables y que logren desarrollar conductas preventivas para que desarrollen autocuidado de su propia vida.

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.⁽¹⁷⁾

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⁾

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

Los cuidados culturales conforman la teoría integral de enfermería más amplia que existe, ya que tiene en cuenta la totalidad y la perspectiva holística de la vida humana y la existencia a lo largo del tiempo, incluyendo factores

culturales sociales, la visión del mundo, la historia y los valores culturales, el contexto ambiental, las expresiones del lenguaje y los modelos populares (genéricos) y profesionales. ⁽¹⁷⁾

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

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Conocimiento sobre enfermedades diarreicas agudas:** conjunto organizado de información que poseen las madres acerca de los diversos aspectos básicos y conceptuales de las enfermedades diarreicas agudas, los que se adquieren a través de la herencia social y cultural.
- **Enfermedades diarreicas agudas:** se define como el aumento de frecuencia, fluidez y volumen de las deposiciones más de tres veces al día de lo normal para un niño en particular con pérdida variable de agua y electrolitos, cuya duración es menor de 14 días.
- **Morbilidad:** indicador de salud, se refiere a la cantidad de personas o individuos considerados enfermos o víctimas de una enfermedad en un espacio y tiempo determinados. La morbilidad es, entonces, un dato estadístico de altísima importancia para poder comprender la evolución, avance o retroceso de una enfermedad, así también como las razones de su surgimiento y las posibles soluciones.

- **Mortalidad:** es el indicador demográfico que señala el número de defunciones de una población por cada 1.000 habitantes, durante un período determinado generalmente un año.
- **Prevención de la salud :** Es el conjunto de actividades y medidas que se llevan a cabo desde los servicios de salud para evitar la aparición de enfermedades, su desarrollo o evolución y las complicaciones de las mismas actuando sobre las personas tanto en un nivel individual como de la población en general.
- **Promoción de la salud:** Se interpreta como un conjunto de medidas que tienen por objeto mejorar la calidad de vida y el estado de salud de la población.
- **Tratamiento:** Es un conjunto de medios que se utiliza para curar y aliviar una enfermedad.

2.4 HIPÓTESIS

2.4.1. Hipótesis General

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

2.4.2. Hipótesis Específicas:

- El nivel de conocimiento acerca de los factores predisponentes de la enfermedad diarreica aguda que tienen las madres en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, mayo-junio 2010, es medio.
- El nivel de conocimientos acerca de la alimentación frente a la enfermedad diarreica aguda que tienen las madres en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, mayo-junio 2010, es medio.

- El nivel de conocimientos acerca de los aspectos preventivos frente a la enfermedad diarreica aguda que tienen las madres en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, mayo-junio 2010, es medio.
- El nivel de conocimiento acerca del tratamiento frente a la enfermedad diarreica aguda que tienen las madres en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, mayo-junio 2010, es medio.

2.5. VARIABLES

2.5.1. Definición Conceptual de las Variables

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

2.5.2. Definición Operacional de las Variables

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

2.5.3. Operacionalización de las Variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	NUMERO EN EL INSTRUMENTO DE ITEMS COSIDERADOS
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DIARREA INFANTIL	Es la determinación de cuanto conoce la madre sobre la enfermedad diarrea infantil	Es la determinación del conocimiento sobre la diarrea, Factores predisponentes, Alimentación, Aspecto preventivos y tratamiento que tienen las madres que acuden al programa de Inmunizaciones del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, el cual será medido mediante un cuestionario y calificado en Conocimiento alto, Conocimiento regular y Conocimiento bajo	Conocimientos Generales	<ul style="list-style-type: none"> - Idéntica un episodio diarreico - Reconocimiento de signos y síntomas. - Complicaciones de La diarrea. 	3
			Factores Predisponentes	<ul style="list-style-type: none"> - Servicios de alcantarillado. - Servicios de abastecimiento de agua - Eliminación de basura 	3
			Aspecto preventivo	<ul style="list-style-type: none"> -Tipo de alimentación que brinda. -Lactancia materna. y/o artificial. 	3

			Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> -Higiene de alimentos. -Lavado de manos. -Higiene personal -Higiene del hogar -Consumo de agua -Conservación de los alimentos 	6
				<ul style="list-style-type: none"> -Tratamiento casero. -Suero de rehidratación oral -Automedicación 	5

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 determinará conocer las prácticas que las madres realizan frente a un cuadro diarreico infantil.

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

DESCRIPTIVO: Por qué 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 realizará una sola vez. Recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único.

3.2. DESCRIPCION DEL AMBITO DE LA INVESTIGACION

El Hospital Nacional Arzobispo Loayza cuenta ya con 466 años de existencia, fundado en 1549, su historia puede ser dividida en dos etapas, claramente definidas. La construcción de este nosocomio se inició en 1915 y fué inaugurado el 11 de diciembre de 1924, bajo el nombre de Hospital Arzobispo Loayza, en honor a su fundador. El personal y equipo del hospital Santa Ana fué trasladado al nuevo hospital.

El presente estudio se realizó en Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el distrito de Breña, ubicado en Avenida Alfonso Ugarte s/n. En este nosocomio encontramos distintos pabellones el cual se tomó en cuenta el pabellón de vacunación.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población:

La población está conformada por 25 madres de familia, con niños menores de 5 años, que acudieron al hospital Arzobispo Loayza, al área de vacunación, con episodios diarreicos durante los meses de mayo y junio del 2010

3.3.2. Muestra:

Se eligió de forma aleatoria a 25 madres del área de vacunación, tomando el 100%, siendo una muestra de 25 madres, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión:

- Que deseen participar con el llenado de las encuestas.
- Madres con niños menores de 5 años con episodios diarreicos, que acudan al pabellón de vacunas, durante los meses de mayo y junio del 2010.

Criterio de Exclusión:

- Madres con niños de 5 años que no deseen participar en la investigación con el llenado de las encuestas.
- Madres con niños menores de 5 años que no estén presentes los días en que se aplicó el instrumento.
- Madres con niños menores de 5 años, con alteraciones mentales

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

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

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

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

Dicho instrumento tiene una escala de 1 a 5 en las tres primeras dimensiones y una escala de 1 a 3 en las dos últimas dimensiones, contiene 20 enunciados de opción múltiple.

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

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

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

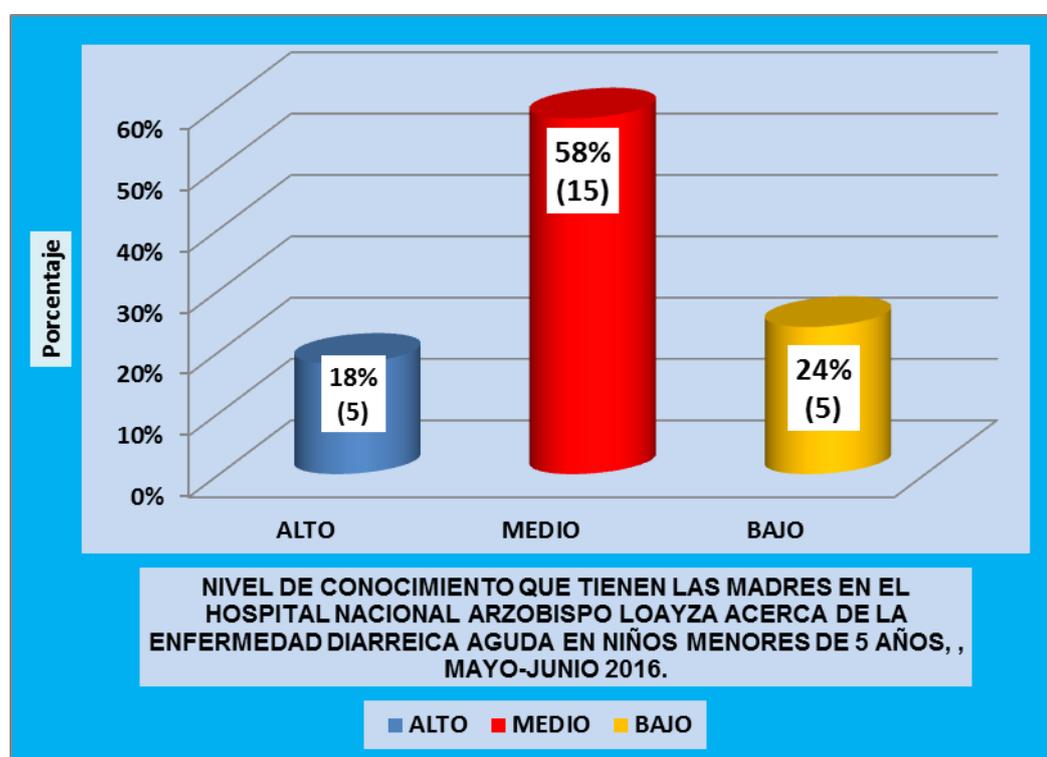
3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Se realizaron los tramites administrativos para obtener la autorización de la Licenciada del programa de Inmunización del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, para así iniciar la recolección de datos, teniendo como duración aproximadamente 5 -10 minutos, posteriormente los datos fueron procesados en forma manual a la vez se elaboró cuadros para su respectivo análisis e interpretación con la ayuda del programa estadístico SPS versión 15. Se calificó las respuestas correctas con el valor cinco "5" y las incorrectas con valor uno "1", la sumatoria de puntos brindaran el puntaje de cada individuo. Lo rangos del cuestionario serán de 20 puntos como mínimo y hasta un máximo de 78 puntos. Y se sub-clasificaran en 5 niveles de conocimientos: puntaje mínimo, máximo, malo, regular y puntaje bueno.

CAPITULO IV: RESULTADOS

GRAFICA 1

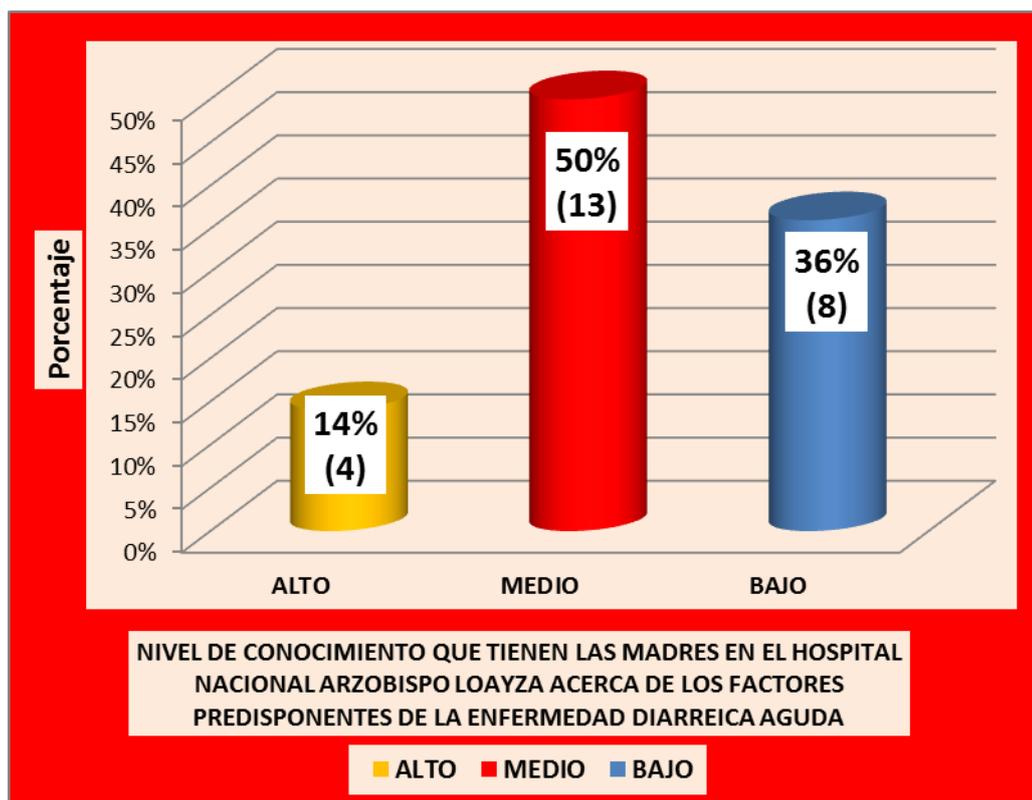
NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS MADRES EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA ACERCA DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, MAYO-JUNIO 2016.



COMENTARIO DE GRAFICA 1:

El nivel de conocimiento que tienen las madres en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza acerca de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años, mayo-junio 2016, es Medio en un 58% (15), seguido del nivel Bajo en un 24% (5) y finalmente el nivel Alto en un 18% (5).

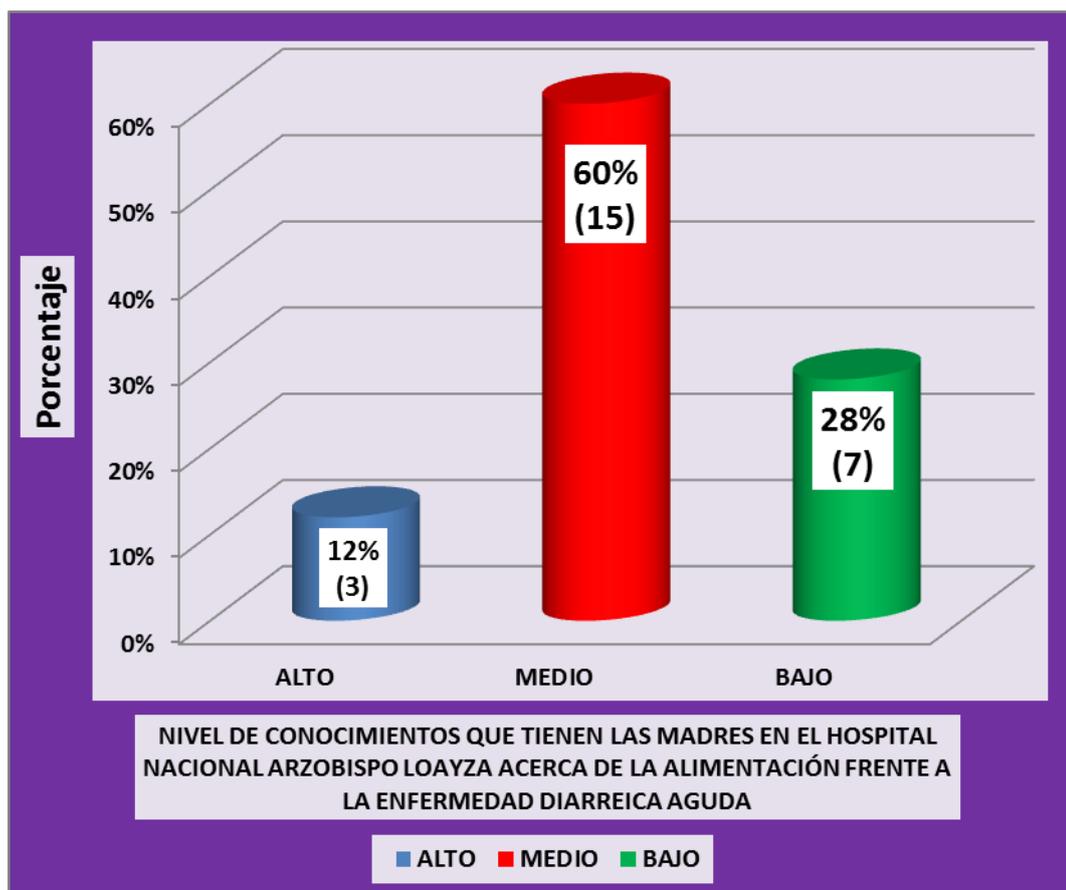
GRAFICA 2
NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS MADRES EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA ACERCA DE LOS FACTORES PREDISPONENTES DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA, EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, , MAYO-JUNIO 2016.



COMENTARIO DE GRAFICA 2:

El nivel de conocimiento que tienen las madres en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza acerca de los factores predisponentes de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años, mayo-junio 2016, es Medio en un 50% (13), seguido del nivel Bajo en un 36% (8) y finalmente el nivel Alto en un 14% (4).

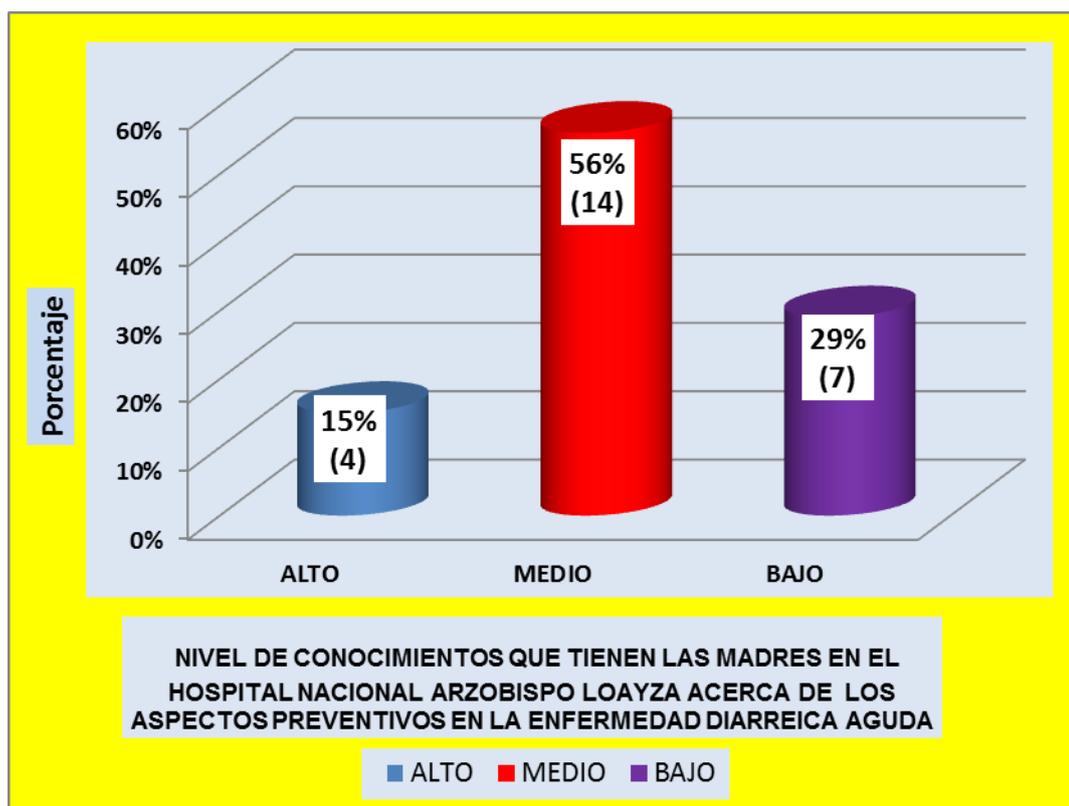
GRAFICA 3
NIVEL DE CONOCIMIENTOS QUE TIENEN LAS MADRES EN EL HOSPITAL
NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA ACERCA DE LA ALIMENTACIÓN
FRENTE A LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA, EN NIÑOS MENORES
DE 5 AÑOS, , MAYO-JUNIO 2016.



COMENTARIO DE GRAFICA 3:

El nivel de conocimiento que tienen las madres en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza acerca de la alimentación frente a la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años, mayo-junio 2016, es Medio en un 60% (15), seguido del nivel Bajo en un 28% (7) y finalmente el nivel Alto en un 12% (3).

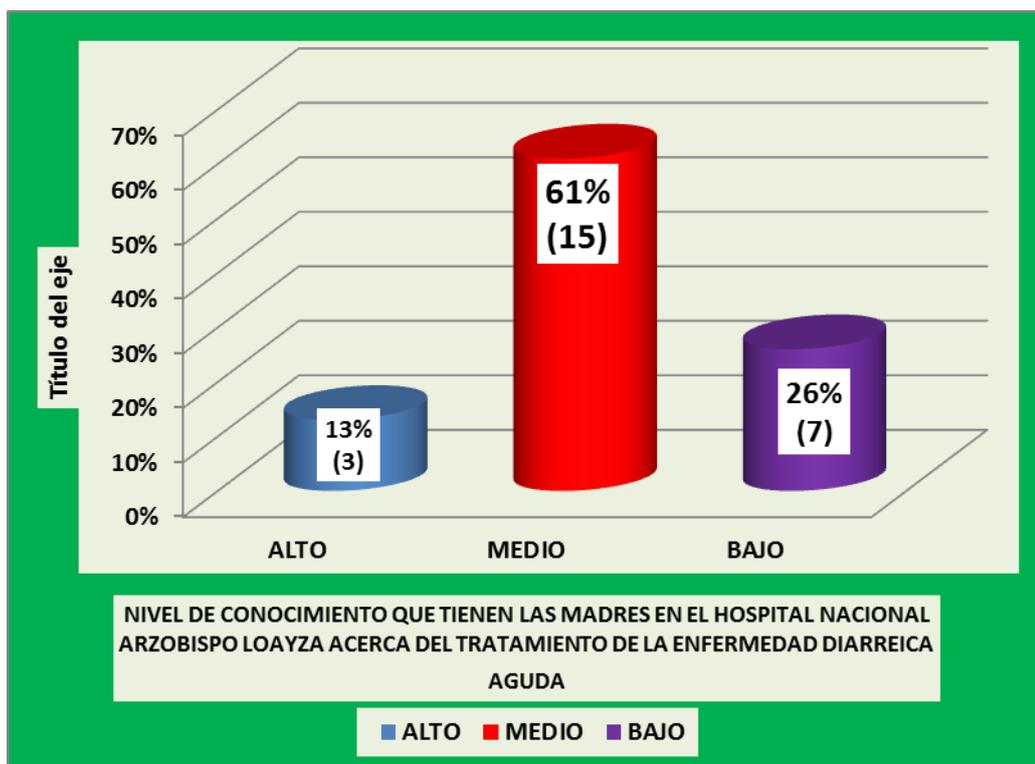
GRAFICA 4
NIVEL DE CONOCIMIENTOS QUE TIENEN LAS MADRES EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA ACERCA DE LOS ASPECTOS PREVENTIVOS EN LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA, EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, MAYO-JUNIO 2016.



COMENTARIO DE GRAFICA 4:

El nivel de conocimiento que tienen las madres en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza acerca de los aspectos preventivos en la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años, mayo-junio 2016, es Medio en un 56% (14), seguido del nivel Bajo en un 29% (7) y finalmente el nivel Alto en un 15% (4).

GRAFICA 5
NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS MADRES EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA ACERCA DEL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA, EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, MAYO-JUNIO 2016.



COMENTARIO DE GRAFICA 5:

El nivel de conocimiento que tienen las madres en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza acerca del tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años, mayo-junio 2016, es Medio en un 61% (15), seguido del nivel Bajo en un 26% (7) y finalmente el nivel Alto en un 13% (3).

PRUEBA DE HIPOTESIS

Prueba de la Hipótesis General:

H1: El nivel de conocimiento acerca de la enfermedad diarreica aguda que tienen las madres en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, mayo-junio 2010, es medio.

Ho: El nivel de conocimiento acerca de la enfermedad diarreica aguda que tienen las madres en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, mayo-junio 2010, no es medio.

H1 ≠ Ho
 $\alpha=0,05$ (5%)

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

	ALTO	MEDIO	BAJO	TOTAL
Observadas	5	15	5	25
Esperadas	8	8	9	
$(O-E)^2$	9	49	16	
$(O-E)^2/E$	1,12	6,12	1,7	8,94

COMENTARIO DE LA TABLA 1:

De acuerdo a los resultados presentados en la Tabla 1, el valor obtenido del Chi Cuadrado Calculado (X_C^2) es de 8,94; 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 (H1), con un nivel de significancia de $p < 0,05$.

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

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

OBJETIVO GENERAL

En relación al Objetivo General, se buscó determinar el nivel de conocimiento que tienen las madres en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza acerca de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años, mayo-junio 2016, encontrando que en mayor porcentaje es de nivel Medio en un 58% (15), seguido del nivel Bajo en un 24% (5) y finalmente el nivel Alto en un 18% (5). Coincidiendo con Francisco Delgado, Mario, (2010), Conclusiones: Del total de las madres, 54% conocen como mínimo dos signos de peligro en EDA. En caso de EDA se emplean líquidos caseros 49%, SRO 49%, suero casero 23%. El convivir con la abuela del niño se asoció significativamente con los conocimientos maternos ($p < 0.05$); La mitad de las madres no conocen signos de peligro y esto hace necesario intervenciones educativas en EDA y difundir la estrategia AIEPI. En estas intervenciones es necesario incluir a las abuelas y a las madres que no conviven con ellas; La estrategia AIEPI promueve la difusión de estos conocimientos y por eso su implementación es necesaria en los países y regiones que cursan con una alta incidencia de episodios de EDA en menores de cinco años.

OBJETIVO ESPECIFICO 1

En relación al Objetivo específico uno, se buscó determinar el nivel de conocimiento que tienen las madres en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza acerca de los factores predisponentes de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años, mayo-junio 2016, encontrando que en mayor porcentaje es el nivel Medio en un 50% (13), seguido del nivel Bajo en un 36% (8) y finalmente el nivel Alto en un 14% (4). 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; La enfermedad diarreica aguda es uno de los eventos trazadores del programa AIEPI; Como factores de riesgo importantes se han definido la mala calidad agua de consumo y hábitos y costumbres deficientes en cuanto a higiene personal y consumo de alimentos y la demora relacionada con falla en el reconocimiento del problema y no acudir oportunamente a un centro de atención, situación que se relaciona con el bajo nivel de educación de las madres de los menores afectados y su desconocimiento sobre las señales de alarma.

OBJETIVO ESPECIFICO 2

En relación al Objetivo específico dos, se buscó determinar el nivel de conocimiento que tienen las madres en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza acerca de la alimentación frente a la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años, mayo-junio 2016, encontrando que en mayor porcentaje es el nivel Medio en un 60% (15), seguido del nivel Bajo en un 28% (7) y finalmente el nivel Alto en un 12% (3). Coincidiendo con Macías Fernández, Juan Pablo y delgado Mantuano, Yandri Alexander, (2005), Los resultados de esta investigación fueron: se determinó que 53 pacientes menores de tres años eran positivos mediante el diagnóstico clínico y el método de laboratorio correspondiendo a un porcentaje de 40.4%, de este último solo se encontró como técnica para la determinación del rotavirus la inmunocromatofia en heces fecales ya que es el único estudio técnico que se encuentra en nuestro medio poblacional. Según la edad la más frecuentes fue el de pacientes pre-escolares, de acuerdo al sexo predominó el masculino. Por lo que debido recomendamos a las autoridades sanitarias que utilicen estos datos para que tengan conocimiento significativo real, y a futuro empleen métodos de laboratorio gratuito para nuestros hospitales para realizar una vigilancia epidemiológica de este etiológico para de esta manera mejorar las condiciones necesarias de salud en los niños de nuestra población.

OBJETIVO ESPECIFICO 3

En relación al Objetivo específico tres, se buscó determinar el nivel de conocimiento que tienen las madres en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza acerca de los aspectos preventivos en la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años, mayo-junio 2016, encontrando que en mayor porcentaje es el Medio en un 56% (14), seguido del nivel Bajo en un 29% (7) y finalmente el nivel Alto en un 15% (4). Coincidiendo con Macías Fernández, Juan Pablo y delgado Mantuano, Yandri Alexander, (2005), Los resultados de esta investigación fueron: se determinó que 53 pacientes menores de tres años eran positivos mediante el diagnóstico clínico y el método de laboratorio correspondiendo a un porcentaje de 40.4%, de este último solo se encontró como técnica para la determinación del rotavirus la inmunocromatofia en heces fecales ya que es el único estudio técnico que se encuentra en nuestro medio poblacional. Según la edad la más frecuentes fue el de pacientes pre-escolares, de acuerdo al sexo predomino el masculino. Por lo que debido recomendamos a las autoridades sanitarias que utilicen estos datos para que tengan conocimiento significativo real, y a futuro empleen métodos de laboratorio gratuito para nuestros hospitales para realizar una vigilancia epidemiológica de este etiológico para de esta manera mejorar las condiciones necesarias de salud en los niños de nuestra población.

OBJETIVO ESPECIFICO 4

En relación al Objetivo específico cuatro, se buscó determinar el nivel de conocimiento que tienen las madres en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza acerca del tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años, mayo-junio 2016, encontrando que en mayor porcentaje es el nivel Medio en un 61% (15), seguido del nivel Bajo en un 26% (7) y finalmente el nivel Alto en un 13% (3). 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 cómo tratar a su niños menor de 5 años con Diarrea adoptando una actitud negativa.

CONCLUSIONES

PRIMERO

La presente investigación tiene como título: El nivel de conocimiento acerca de la enfermedad diarreica aguda que tienen las madres en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, mayo-junio 2010, encontrando que en mayor porcentaje es el nivel Medio comprobado estadísticamente mediante el Chi Cuadrado con un valor de 8,34 y con un nivel de significancia de valor $p < 0,05$.

SEGUNDO

Con respecto a la dimensión factores predisponentes de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años, se encontró un nivel medio.

TERCERO

Con respecto a la dimensión la alimentación, se encontró que es de nivel medio.

CUARTO

Con respecto a la dimensión aspectos preventivos en la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años, se encontró que es de nivel Medio.

QUINTO

Con respecto a la dimensión tratamiento de la enfermedad diarreica aguda, se encontró que es de nivel Medio.

RECOMENDACIONES

PRIMERO

Desarrollar capacitaciones del personal de enfermería acerca de las enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años, para poder comunicar y relacionarse con las madres de familia acerca de la prevención de esta enfermedad.

SEGUNDO

Realizar charlas, seminarios y talleres para las madres de familia que puedan prevenir los riesgos de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años.

TERCERO

Promover ferias sobre alimentación nutritiva que les permita a las madres estar informadas y mejorar sus conocimientos e impedir el avance de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años.

CUARTO

Realizar campañas de ubicación de niños menores de 5 años que se puedan encontrar en riesgo hacia la enfermedad diarreica aguda, realizando además visitas domiciliarias como una guía de prevención de esta enfermedad.

QUINTO

Realizar alianzas estratégicas con el municipio, gobernación, bomberos, centros médicos, que permita difundir el mejor conocimiento acerca del tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en 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. Francisco Delgado, Mario. “Nivel del conocimiento y conducta materna en el hogar sobre el manejo de la diarrea aguda en niños menores de 5 años que son atendidos en el Hospital del Norte de Popayán; 2010”
5. Mildred Altagracia Lafontaine ,Raysa M. Duran, Porfiria Y. Santana “Nivel de conocimiento de las madres de niños menores de 5 años sobre infecciones respiratorias y diarreicas agudas. Hospital Juan Pablo Pina. Junio – agosto, San Cristóbal, Republica Dominicana”; 2009.
6. Macías Fernández, Juan Pablo y delgado Mantuano, Yandri Alexander Incidencias de síndrome diarreico agudo por rotavirus en menores de 5 años ingresados en el Hospital Verdi Cevallos Balda; Ecuador; 2005.
7. 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”.
8. Burga Rivero, Claudia V., Salas Mallea Ariel A.,“Conocimientos y actitudes de las madres de niños menores de 5 años sobre signos de

- alarma en enfermedad diarreica aguda Cala-marca (La Paz, Bolivia) entre julio y septiembre. Perú; 2006.
9. Bautista, Bárbara; Cortes C., Gloria. "Conocimiento de las madres acerca de la prevención y manejo de la enfermedad diarreica aguda". Mayo-julio Lambayeque. Perú; 2007.
 10. Bunge, Mario, la ciencia su método y su filosofía. Edit. Ariel. Buenos Aires. X edición; 2004.
 11. Russel, Bertrand "El Conocimiento Humano." .Edit Ariel, Buenos Aires XI Edic; 2004 .
 12. Kramer B, Kanof A. Revisión histórica de la diarrea. Rev Cubana Pediatría, 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 Panama 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. Pag 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

CUESTIONARIO

I. INTRODUCCIÓN

Buenos días mi nombre es **LILIANA QUISPE PARI**, estudiante de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas y estoy realizando un estudio de investigación con el objetivo de obtener información acerca del conocimiento que tienen cada uno de ustedes sobre la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años”. Por lo que le pido su cordial colaboración.

II. INSTRUCCIONES:

Lea cuidadosamente cada una de las preguntas y luego marque con un aspa la alternativa que Ud. considere la correcta. Este cuestionario es anónimo solo les pido que responda con veracidad y precisión. Agradezco su cordial colaboración en el desarrollo de este cuestionario.

III. Datos Generales

1. Edad:

- a) 15 – 19 b) 20 – 49 c) 50 – 60

2. Estado civil:

- a) Soltero b) Casado c) Viudo d) Divorciado

3. Hijos:

- a) Si b) No

4. ¿Tiene hijos menores de 5 años, de ser si, diga cuantos?

.....

5. Religión:

- a) Católica b) Cristiana c) Evangélica
d) Otros especifique:

6. Grado de instrucción:

- a) Primaria b) Secundaria c) Superior
d) Otros.....

1. Ocupación:.....

III. Instrucciones

Lea detenidamente cada una de los ítems que se le presentan a continuación. Marque con una cruz (+) o una equis (x) la respuesta que usted crea correcta, por cada ítem hay 3 posibilidades de respuesta, elija una de ellas:

TOTALMENTE DE ACUERDO.....TA

INDECISO.....I

TOTALMENTE EN DESACUERDO..... TD

ENUNCIADO	TA	I	TD
DESCRIPCION			
1. La diarrea aguda a la presencia de deposiciones líquidas o acuosas.			
2. Las diarreas generalmente son en número mayor de tres en 24 horas y que dura menos de 14 días;			
3. Conoce Ud. Que es la diarrea			
- Idéntica un episodio diarreico			
- Reconocimiento de signos y síntomas.			
- Complicaciones de La diarrea.			
- Conoce Ud. los factores predisponentes a la diarrea:			
Servicios de alcantarillado.			
- Servicios de abastecimiento de agua			
-Eliminación de basura			
-Tipo de alimentación que brinda.			
-Lactancia materna. y/o artificial.			
- Conoce Ud. Las medidas preventivas de la diarrea			
Higiene de alimentos.			
-Lavado de manos.			
-Higiene personal			
-Higiene del hogar			
-Consumo de agua			

-Conservación de los alimentos			
- Conoce Ud. El tratamiento de la diarrea Tratamiento casero. -Suero de rehidratación oral -Automedicación			
9. Las características de la deshidratación del menor de 5 años y que necesita tratamiento plan B son: Mucosa seca, lágrimas ausente e irritabilidad.			
10. Para iniciar el plan B, es necesario llevarlo a un establecimiento de salud más cercano.			
11. En el plan B, el objetivo es tratar la deshidratación mediante el uso de terapia de rehidratación oral (TRO), usando sales de rehidratación oral (SRO)			
12. En el Plan C, el objetivo es tratar la deshidratación rápidamente.			
13. En el plan C, La rehidratación intravenosa está indicada ante el fracaso de la terapia de rehidratación oral (TRO).			
14. La deshidratación es la complicación más frecuente y grave de las diarreas en los niños.			
15. El tiempo de tratamiento de la diarrea es demasiado prolongado y solo veo poca mejoría.			
16. Causas de la deshidratación son: Aumento de pérdidas de líquidos y electrolitos por las evacuaciones líquidas y por los vómitos, Disminución de la ingesta, irritabilidad.			

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS MADRES EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA, SOBRE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, MAYO NIO 2016”
BACHILLER: LILIANA QUISPE PARI

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADORES	INDICADORES	INDICADORES
<p>Problema Principal ¿Cuál es el nivel de conocimiento que tienen las madres en el hospital Nacional Arzobispo Loayza sobre la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años, Mayo – Junio,2016?</p> <p>Problemas Específicos: ¿Cuál es el nivel de conocimiento que tienen las madres en el hospital Nacional Arzobispo Loayza acerca de los factores predisponentes de la enfermedad diarreica aguda, en niños menores de 5 años, Mayo- Junio,2016?</p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimiento que tienen</p>	<p>Objetivo General Identificar el nivel de conocimiento que tienen las madres en el hospital Nacional Arzobispo Loayza acerca de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años, , Mayo-Junio 2016.</p> <p>Objetivos Específicos Identificar el nivel de conocimiento que tienen las madres en el hospital Nacional Arzobispo Loayza acerca de los factores predisponentes de la enfermedad diarreica aguda, en niños menores de 5 años, , Mayo-Junio 2016.</p> <p>Identificar el nivel de</p>	<p>Hipótesis General •El nivel de conocimiento acerca de la enfermedad diarreica aguda que tienen las madres en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, mayo-junio 2010, es medio.</p> <p>Hipótesis Específicas: • El nivel de conocimiento acerca de los factores predisponentes de la enfermedad diarreica aguda que tienen las madres en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, mayo-junio 2010, es medio.</p>	<p>Variable Dependiente</p> <p>NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA DIARREA INFANTIL</p>	<p>Conocimientos Generales</p> <p>Factores Predisponentes</p>	<p>. - Idéntica un episodio diarreico - Reconocimiento de signos y síntomas. - Complicaciones de La diarrea. - - Servicios de alcantarillado. de abastecimiento de agua - Eliminación de basura</p>	<p>. Nivel de Ingreso: Bajo, Mediano-Alto, Extrema pobreza Grado de Instrucción: Analfabeta, Primaria, Secundaria, Superior Edad: < 19 años, 20 a 34 años, 35 a + años Estado Civil: Soltera. Casada, Conviviente Otros. Urbano, Rural Procedencia:</p> <p>a) Conocimiento alto. 16 – 20 puntos</p> <p>b) Conocimiento medio. 10 – 15 puntos</p> <p>c) Conocimiento bajo. 0 – 09 puntos</p>

<p>las madres en el hospital Nacional Arzobispo Loayza acerca de la alimentación frente a la enfermedad diarreica aguda, en niños menores de 5 años, Mayo – Junio,2016?</p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimiento que tienen las madres en el hospital Nacional Arzobispo Loayza acerca de los aspectos preventivos de la enfermedad diarreica aguda, en niños menores de 5 años, Mayo – Junio,2016?</p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimiento que tienen las madres en el hospital Nacional Arzobispo Loayza acerca del tratamiento de la enfermedad diarreica aguda, en niños menores de 5 años, Mayo – Junio, 2016?</p>	<p>conocimientos que tienen las madres en el hospital Nacional Arzobispo Loayza acerca de la alimentación frente a la enfermedad diarreica aguda, en niños menores de 5 años, Mayo-Junio 2016.</p> <p>Identificar el nivel de conocimientos que tienen las madres en el hospital Nacional Arzobispo Loayza acerca de los aspectos preventivos en la enfermedad diarreica aguda, en niños menores de 5 años, Mayo-Junio 2016.</p> <p>Identificar en nivel de conocimiento que tienen las madres en el hospital Nacional Arzobispo Loayza acerca del tratamiento de la enfermedad diarreica aguda, en niños menores de 5 años, Mayo-Junio 2016.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El nivel de conocimientos acerca de la alimentación frente a la enfermedad diarreica aguda que tienen las madres en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, mayo-junio 2010, es medio. <p>El nivel de conocimientos acerca de los aspectos preventivos frente a la enfermedad diarreica aguda que tienen las madres en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, mayo-junio 2010, es medio.</p> <p>nivel de conocimiento acerca del tratamiento frente a la enfermedad diarreica aguda que tienen las madres en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza</p>		<p>Aspecto preventivo</p> <p>Tratamiento</p>	<p>tipo de alimentación que brinda.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Higiene de alimentos. - Lavado de manos. - Higiene personal - Higiene del hogar - Consumo de agua - Conservación de los alimentos <p>- Tratamiento casero.</p> <p>- Suero de rehidratación oral</p> <p>- Automedicación</p>		
--	---	---	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

CUESTIONARIO

IV. INTRODUCCIÓN

Buenos días mi nombre es LILIANA QUISPE PARI, estudiante de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas y estoy realizando un estudio de investigación con el objetivo de obtener información acerca del conocimiento que tienen cada uno de ustedes sobre la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años”. Por lo que le pido su cordial colaboración.

V. INSTRUCCIONES:

Lea cuidadosamente cada una de las preguntas y luego marque con un aspa la alternativa que Ud. considere la correcta. Este cuestionario es anónimo solo les pido que responda con veracidad y precisión. Agradezco su cordial colaboración en el desarrollo de este cuestionario.

VI. Datos Generales

1. Edad:

- a) 15 – 19 b) 20 – 49 c) 50 – 60

2. Estado civil:

- a) Soltero b) Casado c) Viudo d) Divorciado

3. Hijos:

- a) Si b) No

4. ¿Tiene hijos menores de 5 años, de ser si, diga cuantos?

.....

5. Religión:

- a) Católica b) Cristiana c) Evangélica
d) Otros especifique:

6. Grado de instrucción:

- a) Primaria b) Secundaria c) Superior
d) Otros.....

1. Ocupación:.....

III. Instrucciones

Lea detenidamente cada una de los ítems que se le presentan a continuación. Marque con una cruz (+) o una equis (x) la respuesta que usted crea correcta, por cada ítem hay 3 posibilidades de respuesta, elija una de ellas:

TOTALMENTE DE ACUERDO.....TA
INDECISO.....I
TOTALMENTE EN DESACUERDO..... TD

ENUNCIADO	TA	I	TD
DESCRIPCION			
1. La diarrea aguda a la presencia de deposiciones líquidas o acuosas.			
2. Las diarreas generalmente son en número mayor de tres en 24 horas y que dura menos de 14 días;			
3. Conoce Ud. Que es la diarrea			
- Idéntica un episodio diarreico			
- Reconocimiento de signos y síntomas.			
- Complicaciones de La diarrea.			
- Conoce Ud. los factores predisponentes a la diarrea:			
Servicios de alcantarillado.			
- Servicios de abastecimiento de agua			
-Eliminación de basura			
-Tipo de alimentación que brinda.			
-Lactancia materna. y/o artificial.			
- Conoce Ud. Las medidas preventivas de la diarrea			
Higiene de alimentos.			
-Lavado de manos.			
-Higiene personal			
-Higiene del hogar			
-Consumo de agua			
-Conservación de los alimentos			

<p>- Conoce Ud. El tratamiento de la diarrea</p> <p>Tratamiento casero.</p> <p>-Suero de rehidratación oral</p> <p>-Automedicación</p>			
<p>9. Las características de la deshidratación del menor de 5 años y que necesita tratamiento plan B son: Mucosa seca, lágrimas ausente e irritabilidad.</p>			
<p>10. Para iniciar el plan B, es necesario llevarlo a un establecimiento de salud más cercano.</p>			
<p>11. En el plan B, el objetivo es tratar la deshidratación mediante el uso de terapia de rehidratación oral (TRO), usando sales de rehidratación oral (SRO)</p>			
<p>12. En el Plan C, el objetivo es tratar la deshidratación rápidamente.</p>			
<p>13. En el plan C, La rehidratación intravenosa está indicada ante el fracaso de la terapia de rehidratación oral (TRO).</p>			
<p></p>			
<p>14. La deshidratación es la complicación más frecuente y grave de las diarreas en los niños.</p>			
<p>15. El tiempo de tratamiento de la diarrea es demasiado prolongado y solo veo poca mejoría.</p>			
<p>16. Causas de la deshidratación son: Aumento de pérdidas de líquidos y electrolitos por las evacuaciones líquidas y por los vómitos, Disminución de la ingesta, irritabilidad.</p>			