



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

**SERVICIOS BASICOS Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS QUE TENEN LOS PADRES
DE FAMILIA DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL CENTRO
POBLADO EL TREBOL-HUARAL 2012”**

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA

BACHILLER: SOTA CHAMPI GIANINA

**LIMA – PERÚ
2018**

SERVICIOS BASICOS Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS QUE TENEN LOS PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL CENTRO POBLADO EL TREBOL-HUARAL 2012”

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi familia

Su amor, confianza y apoyo incondicional
durante mis estudios

AGRADECIMIENTO

A Dios. Por permitirnos llegar a este momento tan especial en nuestras vidas, que nos han enseñado a valorarte cada día más.

A mis Familiares. Porque directamente impulsaron para realizar mis estudios superiores, y resto de mis familiares que resulta muy difícil poder nombrarlos en tan poco espacio.

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue determinar los servicios básicos y nivel de conocimiento sobre enfermedades diarreicas agudas tienen los padres de familia de niños menores de 5 años del centro poblado el Trebol-Huaral 2012. Fue un estudio de tipo no experimental de nivel descriptivo y de corte transversal, cuya muestra fueron 50 padres entre sus conclusiones tenemos. El género que predomina entre los padres es que en el 58%(29) son de género femenino, el 42%(21) son de género masculino. El 52%(26) padres cuentan con abastecimiento de agua potable y alcantarillado de agua. Solo el 28%(14) tienen únicamente alcantarillado de agua servidas y no cuentan con constante abastecimiento de agua por la ubicación de sus viviendas. Asimismo solo el 20% refiere tener servicio de asistencia médica. El 58%(29) de los padres tienen nivel medio de conocimiento sobre conceptos básicos de enfermedades diarreicas agudas, el 28%(14) tienen un nivel alto y el 14%(7) tienen un nivel bajo. En la dimensión restricción de alimentos durante las enfermedades diarreicas aguda en el 60%(30) es de nivel medio en el 26%(13) de nivel alto y el 16%(8) de nivel bajo.

El 56%(28) de los padres refieren que la fuente de información sobre las enfermedades diarreicas agudas fueron el personal de salud, el 30%(15) de ellos refieren por sí mismos y el 14%(7) manifiestan que son los familiares.

Palabras Claves: Servicios básicos y Enfermedades diarreicas

ABSTRACT

The objective of the research was to determine the basic services and level of knowledge about acute diarrheal diseases have the parents of children under 5 years of age in the center of Trebol-Huaral 2012. It was a non-experimental study of descriptive level and cross section, whose sample was 50 parents among their conclusions we have. The gender that predominates among parents is that in 58% (29) are female, 42% (21) are male. 52% (26) parents have drinking water supply and sewerage. Only 28% (14) have only sewage water and do not have constant water supply due to the location of their homes. Likewise, only 20% refer to having a medical assistance service. 58% (29) of parents have a medium level of knowledge about basic concepts of acute diarrheal diseases, 28% (14) have a high level and 14% (7) have a low level. In the dimension of food restriction during acute diarrheal diseases in 60% (30) is of medium level in 26% (13) of high level and 16% (8) of low level.

56% (28) of parents report that the source of information on acute diarrheal diseases was health personnel, 30% (15) of them refer for themselves and 14% (7) state that they are relatives

Keywords: Basic services and diarrheal diseases

ÍNDICE

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESÚMEN

i

ABSTRAC

ii

ÍNDICE

iii

INTRODUCCIÓN

v

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	3
1.3. Objetivos de la investigación	3
1.3.1. Objetivo general	3
1.3.2. Objetivos específicos	4
1.4. Justificación del estudios	4
1.5. Limitaciones	5

CAPITULOII: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio	6
2.2. Base teórica	11
2.3. Definición de términos	24
2.4. Hipótesis	27
2.5. Variables	28
2.5.1. Definición conceptual de las variables	28
2.5.2. Definición operacional de las variables	28
2.5.3. Operacionalización de la variable	29

CAPITULOIII: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	30
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	31
3.3. Población y muestra	32
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	32
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	33
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	34
CAPÍTULO V: DISCUSION	42
CONCLUSIONES	43
RECOMENDACIONES	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCIÓN

Las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) representan una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en los países subdesarrollados. Se estima que en los menores de 5 años se producen entre 750 y 1 000 millones de episodios diarreicos y cerca de 5 millones de defunciones anuales por esta causa. Estas enfermedades están muy relacionadas con las condiciones de vida de las personas, su nivel educacional y status socioeconómico. La incidencia de las enfermedades diarreicas está basada en los factores predisponentes tales como: hacinamiento, falta de servicios básicos (agua, desagüe), silos mal diseñados, inadecuada práctica del lavado de manos, alimentos regados con aguas contaminadas, falta de salubridad en la elaboración de la alimentación familiar, venta de comida a nivel ambulatorio con malas prácticas de higiene y alimentos inadecuados para el consumo humano. Las enfermedades diarreicas pueden ser: Diarreas agudas y diarreas persistentes, o acuosas y disintéricas, muchas de estas auto limitantes o de fácil manejo y tratamiento .Las complicaciones de una diarrea, se ven magnificadas en la infancia, siendo este el factor que hace peligrar la vida del paciente. Está demostrada que la rehidratación de los pacientes es la mejor estrategia para prevenir complicaciones producto de una enfermedad diarreica. Se presenta el Capítulo I relacionado a Problema de investigación, el Capítulo II, Marco teórico, Capítulo III, Metodología y Capítulo IV: Resultados y anexos

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los niños por encontrarse en un proceso continuo de crecimiento y desarrollo descubriendo e interactuando día a día el mundo que los rodea no toman en cuenta su salud, por lo mismo que son pequeños y no pueden valerse por sí mismos siendo los más vulnerables dentro de la familia. La madre por instinto es la primera defensora sobre la salud de su hijo quien hace uso de sus conocimientos, prácticas y actitudes adquiridos en el transcurso de su vida para el cuidado de su hijo. A nivel mundial la enfermedad diarreica aguda se encuentra en segundo lugar como enfermedad mortal de la infancia, según el informe del fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) La enfermedad causa el fallecimiento de 1.5 millones de niños al año en todo el mundo. (Unicef, 2009)¹

La diarrea es la tercera causa de muerte en el Perú y el mundo, principalmente en niños menores de 5 años en zonas rurales y urbano-marginales. De cada 1000 niños nacidos, 55 mueren durante el primer año, contribuyendo las Enfermedades Diarreicas Agudas con 6.0 por mil nacidos vivos. Cada niño menor de cinco años se enferma entre 4 a 5 veces al año. Microbios y otros agentes que la originan provienen principalmente de las

heces humanas, que por diversos mecanismos llegan a la boca, cerrando de esta manera la cadena fecal-oral.

Esta transmisión tiene como factores a la mala calidad del agua, falta de servicios básicos (agua y desagüe), condiciones de hacinamiento, inadecuadas prácticas de alimentación, higiene y saneamiento. Como principal responsable de la crianza del niño, cumple un rol preponderante en su cuidado y por consecuencia en la prevención de la Enfermedades Diarreicas Agudas, de acuerdo a los conocimientos que tiene de la enfermedad entendiéndose como conocimiento a toda información que posee el individuo, por medio de una educación formal e informal, los cuales muchas veces pudieron ser adquiridos por creencias, costumbres y prácticas, entendiéndose a la práctica como el ejercicio de un conjunto de habilidades y destrezas adquiridas por medio de la experiencia, la cual puede ser valorada a través del impacto, de la observación o expresada a través del lenguaje²

En la región de las Américas, la enfermedad diarreica aguda se encuentra entre las cinco primeras causas de muerte en todas las edades en 17 países y se considera la presencia de heces líquidas o 2 acuosas, generalmente cuando ocurren más de 3 veces en 24 horas y que duran menos de 14 días, donde la disminución de la consistencia es más importante que el número de veces. En el Perú, el 26 de diciembre del 2012, se han registrado un total 507 397 casos de atenciones por Enfermedades Diarreicas Agudas en niños menores de cinco años. Asimismo la Ciudad de Tacna se encuentra en el séptimo lugar con 8,276 casos con una tasa de 10 000 habitantes.³

El centro poblado el trébol que se ubica en la ciudad de Huaral exactamente a 10 min de la misma en carro, no es ajena a este problema ya que del 100% de la población solo cuenta con desagüe y agua potable el 50% de la misma. Teniendo como factor de riesgo este gran problema.

Frente a las situaciones planteadas se tiene las siguientes interrogantes

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

¿Qué servicios básicos y nivel de conocimiento sobre enfermedades diarreicas agudas tienen los padres de familia de niños menores de 5 años del centro poblado el Trebol-Huaral 2012?

1.2.2.- Problemas Específicos

- ¿Qué servicios básicos tienen los padres de familia de niños menores de 5 años del centro poblado el Trebol-Huaral 2012?
- ¿Qué nivel de conocimiento sobre conceptos básicos de enfermedades diarreicas agudas tienen los padres de familia de niños menores de 5 años del centro poblado el Trebol-Huaral 2012?
- ¿Qué nivel de conocimiento sobre restricción de alimentación durante enfermedades diarreicas agudas tienen los padres de familia de niños menores de 5 años del centro poblado el Trebol-Huaral 2012?
- ¿Qué nivel de conocimiento sobre las acciones a tomar durante las enfermedades diarreicas agudas tienen los padres de familia de niños menores de 5 años del centro poblado el Trebol-Huaral 2012?
- ¿Habrán recibido capacitación y/o información sobre las enfermedades diarreicas agudas los padres de familia de niños menores de 5 años del centro poblado el Trebol-Huaral 2012?
-

1.3.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVOS GENERAL

Determinar los servicios básicos y nivel de conocimiento sobre enfermedades diarreicas agudas tienen los padres de familia de niños menores de 5 años del centro poblado el Trebol-Huaral 2012

1.3.2.- Objetivos Específicos

- Identificar los servicios básicos tienen los padres de familia de niños menores de 5 años del centro poblado el Trebol-Huaral 2012
- Reconocer el nivel de conocimiento sobre conceptos básicos de enfermedades diarreicas agudas tienen los padres de familia de niños menores de 5 años del centro poblado el Trebol-Huaral 2012
- Reconocer el nivel de conocimiento sobre restricción de alimentación durante enfermedades diarreicas agudas tienen los padres de familia de niños menores de 5 años del centro poblado el Trebol-Huaral 2012
- Reconocer el nivel de conocimiento sobre las acciones a tomar durante las enfermedades diarreicas agudas tienen los padres de familia de niños menores de 5 años del centro poblado el Trebol-Huaral 2012
- Identificar la fuente de información sobre las enfermedades diarreicas agudas los padres de familia de niños menores de 5 años del centro poblado el Trebol-Huaral 2012

1.4 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Puesto que las enfermedades diarreicas agudas constituyen un problema de salud pública de prioridad por su magnitud y consecuencias negativas mayoritarias para el grupo vulnerable y que uno de los elementos reconocidos en los programas más avanzados del mundo, son los conocimientos, creencias, actitudes y prácticas que tienen las madres para reconocer sus necesidades y costumbres frente a las enfermedades diarreicas agudas; se considera de gran relevancia realizar el estudio en este campo de la salud, donde la enfermera contribuye directa y eficazmente en el cuidado de la salud infantil, desarrollando actividades preventivo-promocionales, teniendo en cuenta para esto las características socio-culturales de la población, lo cual contribuirá a disminuir la morbi-mortalidad infantil y de esta manera mejorar la calidad de vida así como el nivel de salud de los mismos.

Es de suma importancia saber el nivel de conocimientos que poseen las padres y así colaborar a la reducción de la tasa de mortalidad a causa de las EDAS brindando información y enriqueciendo sus conocimientos con talleres en los que se imparta información acerca del tema.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La primera limitación corresponde a la disponibilidad poblacional , ya que la población estudiada no está disponible las 24 horas del día debido a sus actividades laborales (Agricultura y otros trabajos).

La segunda limitación sería no contar con apoyo profesional, para las distintas actividades en la comunidad.

La tercera limitación sería el bajo nivel cultural y educativo de la población a estudiar.

La cuarta y última limitación sería la falta de interés por parte de los habitantes para el acceso a los servicios de salud.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1.1.- ANTECEDENTES NACIONALES

Sierra Carlos Hernán, Calvache José Andrés, Ríos Ángela María, Mosquera Catalina, Salas Ingrid, Agredo Francisco, Meneses Rubiel. (2006)⁴. “Conocimientos maternos sobre signos de peligro en diarrea aguda en el marco de la estrategia AIEPI”. Objetivo fue establecer los conocimientos maternos sobre signos de peligro en EDA en menores de 5 años y determinar prácticas de hidratación, el diseño fue descriptivo y la muestra y localización del estudio estuvo constituida por 204 cuidadores elegidos consecutivamente que asistieron por primera vez a la consulta de crecimiento y desarrollo de un hospital de nivel I en Popayán. Colombia Se midieron a través de la técnica de la entrevista y el cuestionario en los cuales fueron aplicados en forma personal a cada madre. Los Resultados: Del total de las madres, 54% conocen como mínimos 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 ($p < 0.05$)⁴

Jiménez Huamaní, Cesar, realizó una investigación titulada “Inicio de la alimentación complementaria y estado nutricional en lactantes de 6 a 12

meses que acuden al Centro de Salud Fortaleza, en Lima. 2008”, cuyo objetivo fue determinar el inicio de la alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses en el Centro de Salud Fortaleza. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte 9 transversal. La población estuvo conformada por 240 madres y la muestra se obtuvo mediante el muestreo por conveniencia en un total de 45 madres y 45 lactantes. La técnica que se utilizó fue la entrevista encuesta y los instrumentos, un cuestionario semi estructurado y una lista de chequeo. Las conclusiones a las que llegó, entre otras fueron:

“La mayoría de los lactantes del centro de salud “Fortaleza” inicio la alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad. Un menor porcentaje inicio la alimentación complementaria antes de los 6 meses o después de los 7 meses de edad. Los lactantes que iniciaron la alimentación complementaria tardía (después de los 7 meses), tienen mayor índice de Desnutrición de I^o, que los lactantes que iniciaron un alimentación precoz (antes de los 6 meses) y normal (6 meses)”.⁵

Barba Torres, Horacio realizó un estudio sobre “Características de la alimentación que recibe el niño de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal que acude a la estrategia sanitaria de crecimiento y desarrollo de niño sano del Centro de Salud Fortaleza 2008”; cuyo objetivo fue determinar las características de la alimentación que recibe el niño de seis meses a un año con déficit en la curva ponderal. El estudio fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo. La población estuvo conformada por 220 niños, la muestra fue seleccionada mediante el muestreo aleatorio simple, siendo un total de 67 niños. La técnica fue la entrevista y el instrumento el cuestionario. Las conclusiones a las que llegó, entre otras fueron: “Las características de la alimentación son adecuadas para la mayoría de niños de 6 meses a 1 año, teniendo como condiciones 10 favorables la cantidad de la alimentación y las prácticas de higiene que realiza la madre o cuidadora durante la alimentación del niño. Los que se encuentran en condición

inadecuada son la frecuencia, consistencia y la interacción de la madre o cuidadora en el momento de la alimentación con el niño”.⁽⁶⁾

Abanto Quispe Ana María, Lujan Cabanillas Mirtha Kelly, Huaranca de Ojeda Ivonne (2011)¹. “Vigilancia Enfermedades Diarreicas”.

Objetivo: Contribuir a identificar las principales causas de morbilidad principalmente en la población infantil en la Localidad de Huaral especialmente en los ámbitos geográficos de población que carecen de servicios de saneamiento básico y las existentes se encuentran deficientes, expresión clásica de situación de pobreza, el diseño: El estudio es de tipo Transversal y la muestra y Localización:

La muestra de heces analizadas para la detección de rotavirus en los niños menores de 5 que acudieron fue 69 muestras analizadas siendo un total de 99.6%, siendo el mes de abril el mayor porcentaje que fue representado por el sexo masculino con el 22.5% seguido por el sexo femenino con el 20.6%. Sus Instrumentos: fueron Guía de revisión de expedientes y sus Resultados:

El estudio sobre el manejo integral de la Diarrea Aguda se presentó 124 casos por EDAs. En el mes de abril se presentó 02 casos de EDAs disintérica. Del total de EDAs atendidas el grupo más afectado son los mayores de 5 años que se notificaron 100 casos que equivale a 40 %, y en los menores de 5 años fueron 53 casos notificados que equivale a 21%. Por su importancia en Salud Pública⁷

Burgoa Rivero Claudia, Salas Mallea Ariel (2008) “Conocimientos y actitudes frente a signos de alarma en diarreicas en niños menores de 5 años” Cuyo objetivo fue determinar los conocimientos de las madres de niños menores de 5 años sobre signos de alarma de enfermedad diarreica aguda (EDA) para concurrir a un servicio de salud. Cuyo Diseño: Se utilizó el tipo cualitativo. La muestra y localización:

La muestra estuvo conformada por 79 madres de Cala-marca (La Paz, Bolivia) fueron seleccionadas aleatoriamente para una entrevista entre

julio y septiembre de 2006. Se aplicaron estadísticas descriptivas para resumir los datos demográficos y presentar los conocimientos de las madres en torno a IRA y EDA. La mayor proporción de madres entrevistadas tenía en promedio 28 años y un grado de escolaridad primario (79.8%). Entre sus resultados están en relación a EDA, 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 SRO pero, 51.9 % consideró que en niños con EDA debe suspenderse el pecho y la comida.⁸

2.1.2.- Antecedentes Internacionales

Ruiz Silva María Dolores, Frómeta Hierrezuelo Ana Rosa. Programa educativo sobre diarrea persistente para madres de lactantes. Cuba 2009. Cuyo objetivo fue Contribuir a elevar su nivel de conocimientos sobre la enfermedad diarreica persistente en recién nacidos y para lo cual se confeccionó un programa educativo que se aplicaría en 5 sesiones de clases. Entre las principales variables analizadas figuraron: edad, ocupación, escolaridad y otras referentes al grado de conocimientos fue de diseño Transversal, la muestra y Localización: Se realizó un estudio de intervención educativa en 24 madres de lactantes pertenecientes al Grupo Básico de trabajo N^o3 del policlínico Universitario “Josué País García” de Santiago de Cuba, el instrumentos: Como instrumento se escogió la encuesta y sus resultados: Hubo un predominio manifiesto del grupo de edades de 20 a 24 años con una representatividad de 41.6%, seguida por el intervalo de 25 a 29, así como también de las madres con nivel de escolaridad entre el preuniversitario y el universitario, dado por 29.1 y 33.3%, respectivamente; sin embargo, a pesar de existir en la casuística una preponderancia de las mujeres con escolaridad media superior, prevalecen las amas de casa (33.3%) y las profesionales (25.0%).

Medina José, Labrador William. (2009) “Conocimiento de las madres cuidadoras ante un niño con diarrea aguda en hogares de cuidado diario” Con el Objetivo de incrementar el nivel de conocimiento sobre el manejo correcto de los síndromes diarreicos agudos por parte de las madres cuidadoras integrales ubicadas en una barriada. Evaluación inicial sobre los conocimientos poseídos sobre manejo de los síndromes diarreicos agudos en los hogares de cuidado diario, el diseño fue un tipo de investigación fue descriptiva, con un diseño cuantitativo no experimental. Muestra y Localización:

La población estuvo conformada por 20 madres que acudieron a las consultas del ambulatorio, a las cuales se les aplicó un instrumento estructurado en dos partes, la primera referente a los datos socio-demográficos y la segunda con preguntas dicotómicas sobre las Diarrea, Causas, Factores de Riesgos, Signos, Síntomas, Tratamiento y Prevención, el Instrumentos:

Se utilizó como instrumentos la entrevista y los Resultados fueron que el Mayor porcentaje de madres de la comunidad d nueva Esperanza 76.61% tiene conocimientos del suministro de líquidos además de la leche materna. El 57.2% desconoce la importancia de retirar los alimentos perjudiciales de la dieta del niño¹⁰

Herrera Morales Gísler, Donet Díaz Dewys, Triana Pérez Israel (2010)². “Estrategia de capacitación para reducir las enfermedades diarreicas agudas en los menores de un año”. El Objetivo fue contribuir al crecimiento del nivel del conocimiento sobre lactancia materna y hábitos higiénicos dietéticos en la prevención de las enfermedades diarreicas agudas en el Policlínico Universitario “Diego del Rosario”, se concluye que la estrategia de intervención logró cambios de conducta favorables en las madres de los menores de un año, el diseño se realizó un estudio pre-experimental.

Muestra y Localización El universo estuvo constituido por 51 madres, y una muestra de 31 según criterios de inclusión y exclusión. Se aplicó una

encuesta al inicio, como diagnóstico previo, detectándose las necesidades de aprendizaje, el Instrumentos que se aplicó una encuesta al inicio, como diagnóstico previo, detectándose las necesidades de aprendizaje y fue confeccionada la estrategia de intervención y entre sus resultados. Las madres de los menores de un año mostraron un nivel de conocimiento adecuado del 54,8 %, en relación a las ventajas de la lactancia materna al comienzo de la investigación, resultando adecuada en el 100% una vez implementada la estrategia de capacitación y ser reevaluada. Obtuvieron que un 62% de las madres investigadas tenían conocimiento sobre algunas de las ventajas de la lactancia materna, datos que coinciden con esta investigación.¹¹

2.2.- BASES TEÓRICAS

2.2.1.-Servicios Básicos: Son todos aquellos servicios que son necesarios para habitar y tener una vida saludable.

Entre otros son reconocidos como servicios básicos:

- El sistema de abastecimiento de agua potable;
- El sistema de alcantarillado de aguas servidas;
- El sistema de desagüe de aguas pluviales, también conocido como sistema de drenaje de aguas pluviales;
- El sistema de vías;
- El sistema de alumbrado público;
- La red de distribución de energía eléctrica;
- El servicio de recolección de residuos sólidos;
- El servicio de Gas;
- El servicio de la seguridad pública;
- Servicio de asistencia médica;
- Establecimientos educativos;
- Cementerios;

2.2.2.- Conceptos básicos entorno a la Enfermedades Diarreicas Agudas

La diarrea es un síndrome clínico de etiología diversa que se acompaña de la expulsión frecuente de heces de menor consistencia de lo normal en número mayor a tres en 24 horas, a menudo se acompaña de vómitos y fiebre. Es causada principalmente por agentes infecciosos como bacterias, virus, parásitos y hongos pero también puede ser producida por la ingestión de fármacos o toxinas, alteraciones en la función intestinal, intolerancia a algunos alimentos, alergia, reinstauración de nutrición entera después de un ayuno prolongado, entre otros. ⁽¹²⁾

¿Qué es la Enfermedad Diarreica Aguda?

Es la presencia de heces líquidas o acuosas, asociado a un aumento en la frecuencia (al menos 3 en 24 horas) y con una duración menor a 14 días. El cuadro puede ir o no acompañado de vómito y/o fiebre.

La diarrea era la cuarta causa de muerte infantil en el Perú. La Enfermedad Diarreica Aguda (Eda) constituye uno de los problemas de salud más serios que afrontan los países en vías de desarrollo, siendo una de las principales causas de Morbimortalidad infantil en los niños menores de 5 años.

2.2.3.- Las enfermedades diarreicas un problema de salud pública

Se estima que por esta causa se producen en este grupo entre 750 y 1000 millones de episodios Diarreicos y alrededor de 5 millones de Defunciones anuales, esto es unas 10 defunciones por minuto, situación dramática que difícilmente puede ser ocasionada por otro problema de salud.

Obviamente, el Perú no está exentó a este problema, al ser la Diarrea una de las Primeras causas de mortalidad en menores de 5 años, reportándose además un promedio de 4 episodios de diarrea por año.

La Atención del paciente con Diarrea en los países en vías de desarrollo, grupos de investigadores de la organización mundial de la salud (OMS) han establecido la existencia de factores de riesgo para la aparición de Diarrea, como la edad, malnutrición, inmunodeficiencias, destete precoz, infecciones previas y el uso injustificado de algunos medicamentos en la etapa aguda de la enfermedad diarreica.

Los resultados muestran una mayor relación del comportamiento de las Diarreas como los programas de educación sanitaria e higiene. La protecciones de las fuentes de agua, superficiales y subterráneas, el buen uso de los servicios de saneamiento especialmente el almacenamiento seguro del agua al interior del domicilio, el conocimiento de los riesgos sanitarios asociados al agua potable y a la higiene sanitaria, requieren de la efectiva participación ciudadana. Las experiencias exitosas les han dado a los jóvenes y a las mujeres responsables del hogar un gran protagonismo para asegurar servicios de calidad.

Carmen Amat (2008) Señala que: Las diarreas han significado un grave problema de salud pública por su magnitud y trascendencia. Tienen una distribución mundial con grandes variaciones en su frecuencia entre los países, y aún entre las distintas regiones de un mismo país, siendo los factores determinantes: las condiciones geográficas, culturales, sociales, económicas, ambientales y de servicios públicos.¹²

Epidemiología

Las EDA; presentan varios factores de Riesgo: Como factores de la conducta, no lactancia materna exclusiva (durante los primeros 6 meses de vida), usar biberones, conservar los alimentos a temperatura ambiente durante varias horas antes de su consumo. (10) En Riobamba en el área de consulta externa y emergencia en el año 2008 en el mes de Enero a Diciembre 2'231.0039. En 2009 desde el

mes de enero a diciembre 1344.138, en Marzo del 2010 1.045 en el periodo Marzo- Noviembre 2010 1.961 niños. (11)

Factores desencadenan el desarrollo de la diarrea en niños

En los niños menores de 5 años los principales factores que pueden favorecer el desarrollo de enfermedad diarreica aguda son:

- Ausencia de lactancia materna o suspensión precoz de ésta.
- Tabaquismo en el hogar.
- Uso de agua visiblemente contaminada para consumo y preparaciones de alimentos en el hogar.
- Anemia o desnutrición en cualquier grado.
- Contacto cercano con un paciente con diarrea.
- Viajes a sitios con altos casos de diarrea en su población.
- Ausencia de inodoros o inadecuada eliminación de heces y basura en el hogar.
- Presencia de moscas en el hogar del niño.

Factores protegen a los niños de desarrollar diarrea

- Uso de inodoros con tubos de aguas residuales.
- Usar jarras con tapa.
- Usar agua hervida para su consumo.
- Hervir los chupos y teteros.
- Cocinar bien los alimentos de riesgo.
- Usar agua con cloro para la limpieza de alimentos.
- Vacunación contra el rotavirus según el esquema del Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI).
- Lavado rutinario de manos con agua y jabón en menores de 5 años de edad y sus cuidadores.¹³

Factores pueden incidir en que un niño menor de 5 años presente graves complicaciones por diarrea

En general, la enfermedad diarreica aguda puede manejarse en casa y se resuelve sola, si se siguen las recomendaciones correctas dadas por el personal de salud para su cuidado y tratamiento. Pero existen algunos factores que pueden favorecer que un niño tenga más riesgo que otros de presentar complicaciones graves por diarrea y en estos casos es prudente consultar oportunamente:

- Niños menores de 3 meses.
- Presencia de edemas o inflamación en piernas y pies.
- Niños con desnutrición.
- Signos de deshidratación (palidez, ojeras, boca seca, sed intensa, decaimiento o somnolencia).
- Diez o más deposiciones diarreicas en las últimas 24 horas.
- Cinco o más vómitos en las últimas 4 horas.
- Infección por rotavirus.
- Evidencia de sangre visible en las deposiciones y/o pus, fiebre alta (mayor a 39 grados centígrados) o que el niño luzca muy enfermo.
- Disminución de la cantidad de orina eliminada durante el día.
- Dolor abdominal continuo o localizado en la parte derecha del abdomen.

Clasificación: diarreas agudas (duran menos de 2-3 semanas) A.- Antecedentes de viaje a zona tropical o sub tropical (diarrea del viajero): presencia de sangre oculta o de leucocitos en materia fecal.

1.- Están indicados exámenes bacteriológicos, Parasitológicos y, eventualmente, una rectoscopia para investigar salmonelosis, Shigelosis, amebiasis, enteritis por *Campylobacter* o *Yersinia Enterocolítica*⁽¹⁴⁾

2.- Ausencia de sangre y de leucocitos en materia fecal, se puede tratar de una enteritis secundaria a alguna forma de colibacilos enterotoxigénica, que es la causa más frecuente de la diarrea del

viajero, o puede ser debido a una Giardiasis, a agentes virales, a *Vibrio Cholerae*.⁽¹³⁾

B.- Antecedentes de ingesta de un alimento sospechoso.

1.- Presencia de sangre y/o leucocitos en la materia fecal. Investigar Salmonelosis, amebiasis, infección por *Campylobacter*.

2.- Ausencia de sangre y de leucocitos en materia fecal:

a.- Periodo de incubación breve (menos de 6 a 8 horas), se debe investigar la presencia de una enterotoxina producida por *Estafilococo* o *Bacillus Cereus*.

b.- Periodo de incubación prolongado (más de 6 horas hasta 24 horas). Investigar enteritis por *Clostridium Perfringens*, que proliferan sobre los alimentos en mal estado.

c.- Antecedentes de Antibiocoterapiareciente. Investigar colitis postantibioticos por *Clostridium Difficile* o sus toxinas patógenas. Diarreas crónicas.- duran más de 3 a 4 semanas.

A.- Colon irritado o colon irritable: Es la causa más frecuente.

B.- Diarreas medicamentosas:

1.- Enfermedad de los laxantes irritantes por ser negativo por el enfermo y es difícil de demostrar. Las pruebas de laboratorio permiten reconocer Fenolftaleína y el Bisacodilo,

DIARREA TÓXICA: Las bacterias enterotoxígenas (*vibrión colérico*, *colibacilo*, *estafilococo*) permanecen localizados en la luz intestinal, en contacto con el ribete en cepillo de los enterocitos y secretan una enterotoxina que activa la adenilciclase del AMP cíclico, lo cual produce hipersecreción de agua, cloro y bicarbonato. No hay sangre ni leucocitos en materia fecal y los antibióticos carecen de utilidad.

C. Diarrea por compromiso de la mucosa intestinal:

Las bacterias entero invasivas (*Shigelosis*, *Salmonellas*, *Colibacilo*, *Enteroinvasivo*) o las amebas invaden las células de la mucosa

intestinal. Se detecta sangre, pus, o por lo menos, leucocitos en materia fecal; según el germen patógeno, esta indica un tratamiento específico. ⁽¹⁴⁾

D. Signos y síntomas:

1. Aspectos del paciente:

Al principio cuando la deshidratación es leve, los pacientes pueden tener buen aspecto, pero a medida que la rehidratación aumenta se vuelven irritables y se debilitan. Por último entran en un estado de aturdimiento y caen en inconsciencia; su cuerpo está laxo, sus manos y los pies fríos y están próximos a la muerte. Es todo lo que se denomina estado de Shock o coma. ⁽¹⁵⁾

E. Signos del pliegue:

Con los dedos pulgar e índice se hace un pliegue en el abdomen, luego al soltarlo, normalmente la piel vuelve a su estado inicial inmediatamente. En el caso de una deshidratación grave pueden transcurrir más de dos segundos hasta que la piel vuelva a su posición normal. Esto es lo que se conoce como signo de pliegue. ⁽¹⁴⁾

F. Llenado capilar: Al presionar las puntas de los dedos (uñas) o palmas de las manos y plantas de los pies, la sangre de los pequeños vasos sanguíneos se vacía; al dejar de presionar, en condiciones normales, inmediatamente, recobra el color normal. En caso de deshidratación, la coloración demora más de 3 segundos en reaparecer debido a la disminución de la turgencia. ⁽¹⁴⁾

G. Ojos y llanto Cuando el cuerpo pierde líquidos, los tejidos de la parte posterior de los ojos también se deshidratan y estos aparecen hundidos. Al inicio del proceso diarreico el llanto del niño se acompaña de lágrimas que disminuyen o desaparecen y en estado de deshidratación grave, los ojos se ponen secos y opacos. ⁽¹⁴⁾

2.2.4.- Tratamiento de soporte ∪ Rehidratación oral ∪ Rehidratación intravenosa ∪ Alimentación precoz

1. Rehidratación Según el grado de deshidratación que presente el paciente. Signo clínico Leve (5% o 50cc/kg) Moderada (10% o 100cc/kg) Severa (15% o 150cc/kg) Fontanela anterior Normal o ligeramente deprimida Deprimida Muy deprimida Tono ocular Normal Disminuido Muy disminuido Mucosa oral Saliva filante Seca Seca Signo del pliegue Negativo 1 – 2 segundos > 2 segundos Llenado capilar Normal 2 – 4 segundos > 4 segundos Piel Pálida Pálida – fría Moteada Diuresis Normal o ligeramente disminuida Oliguria Oligo - anuria
2. Rehidratación oral Pacientes con un grado I de deshidratación. ∪ Sales de rehidratación oral: La nueva solución de SRO también reduce la incidencia de vómito en 30% y del volumen fecal en 20%.
3. Rehidratación endovenosa Pacientes con grado II, III y shock hipovolémico. ∪ Bolos: 20cc/kg ∪ Recuperación de perdidas: Según grado de deshidratación. ∪ Líquidos basales: Holliday-segar
4. Método de holliday segar Líquidos para 24 horas. Edad Volumen 1-10kg 100cc/kg 11-20kg 100cc+ 50cc/kg 21-30kg 1500cc+ 20cc/kg >30kg Superficie corporal $SC = peso \times 4 + 7 \text{ peso} + 90$ 1500-2000 cc x m² SC al día
5. Tratamiento farmacológico ∪ Antibióticos ∪ Probióticos: Enterogermina 1 amp VO x 10 días ∪ Inhibidores del peristaltismo: Atropina ∪ Sustancias astringentes o adsorbentes: Hidróxido de aluminio o colestiramina ∪ Micronutrientes: Sulfato de zinc ∪ Antieméticos: Metroclorpramida
6. Antibióticos Agente Indicación Antibiótico Aeromonas Diarrea persistente Cefixima Campylobacter Enfermedad grave Eritromicina Azitromicina Clostridium difficile Diarrea persistente Metronidazol Vancomicina E. coli Enf. grave Cefalosporinas 3^a Salmonella enteritidis <3 meses e inmunodepresión Amoxicilina Cotrimoxazol Salmonella typhi y paratyphi Todos los casos Cloranfenicol Shigella Todos los

casos Ciprofloxacino Cefixima V. cholerae Siempre Tetraciclina
Yersinia Enf. Invasiva Bacteriemia Cefotaxime

¿Cómo tratarse?

Siempre debe administrarse Sales de Rehidratación Oral con el fin de prevenir la deshidratación, ya que esta es la complicación más frecuente que presentan los niños con enfermedad diarreica aguda. En los niños menores de dos años de edad, se puede administrar 2 a 3 onzas luego de cada deposición líquida y en niños mayores de dos años, se pueden administrar 3 a 5 onzas luego de cada deposición líquida. También se pueden administrar líquidos o alimentos preparados mediante cocción de cereales en grano o molidos (arroz, maíz o cebada) y cocinados en agua, o aquellos que se preparan con papa, plátano o arroz y preferiblemente preparados con sal. No se recomienda en ninguna situación administrar bebidas carbonatadas (gaseosas o refrescos de soda), bebidas rehidratantes para deportistas (gatorade, squash, powerade, etc.), soluciones orales de electrolitos con menos de 40mm/L de sodio en su composición (Pedialyte® 30, Hidraplus® 30), solución de agua, sal y azúcar.

¿Qué tipo de alimentos se deben administrar durante la diarrea?

Se recomienda continuar con la alimentación habitual y apropiada para la edad: lactancia materna, fórmula láctea, sólidos preferiblemente ricos en carbohidratos complejos (yuca, plátano, papa, ñame, maíz), carnes magras y frutas, según la edad del niño. Nunca se recomienda el ayuno en los niños menores de 5 años ni la administración de jugos de frutas industrializados.

¿Cuándo se deben administrar antibióticos en niños con enfermedad diarreica aguda?

En general no se recomienda el uso de antibióticos de forma rutinaria en niños con enfermedad diarreica aguda. Sin embargo, algunos niños pueden requerir tratamiento con antibióticos, pero siempre debe ser formulado por un médico o pediatra y nunca auto-formulado.

¿Qué otros medicamentos se pueden administrar en los niños con enfermedad diarreica aguda?

No se recomienda administrar sin fórmula médica medicamentos que podrían emplearse en el tratamiento de la enfermedad diarreica aguda. Siempre debe consultar a un médico o pediatra antes de iniciar cualquier tratamiento.¹⁵

¿Cuándo se debe consultar?

Debe asistir por urgencias si:

- Signos de deshidratación (palidez, ojeras, boca seca, sed intensa, decaimiento o somnolencia, manos y pies fríos).
- Alteraciones neurológicas (somnolencia, dificultad para despertar al niño, crisis convulsivas).
- Vómito persistente que no permita la hidratación con suero oral.
- Dolor abdominal continuo o localizado en la parte derecha del abdomen, inflamación del abdomen asociado a dolor.
- Presencia de otras enfermedades en el niño.
- Presencia de inflamación o edema en piernas o pies.
- Evidencia de sangre visible en las deposiciones y/o pus, fiebre alta (mayor a 39 grados centígrados) o que el niño luzca muy enfermo.
- Disminución en la cantidad de orina eliminada durante el día.
- Diez o más deposiciones diarreicas en las últimas 24 horas.

- Cinco o más vómitos en las últimas 4 horas.

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.(23)

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

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

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

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

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

Las condiciones de vida y patrones culturales que se siguen en nuestro país, hace que nuestra población infantil esté en riesgo continuo de desarrollar una enfermedad como las EDAs, siendo los grupos más vulnerables los niños en edad preescolar.⁽²³⁾

Teoría de Madeleine Leininger:

procede de la antropología y de la enfermería, ha definido la enfermería transcultural como una de las grandes áreas de la enfermería, que se centra en el estudio y el análisis comparado de las diferentes culturas y subculturas del mundo, desde el punto de vista de sus valores asistenciales, de la expresión y convicciones sobre la salud y la enfermedad y de los modelos de conducta, siempre con el propósito de desarrollar una base de conocimientos científicos y humanísticos que

permitan una práctica de la atención sanitaria específica de la cultura y / o universal. ⁽¹⁷⁾

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

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

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

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

la población respecto a su salud, y cuidado que brinda cada madre de familia a sus niños⁽²⁴⁾

2.3.- DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

➤ **Conocimientos:**

Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, o a través de la introspección. En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo.

➤ **Contaminación:**

Es la alteración nociva del estado natural de un medio como consecuencia de la introducción de un agente totalmente ajeno a ese medio (contaminante), causando inestabilidad, desorden, daño o malestar en un ecosistema, en un medio físico o en un ser vivo.

➤ **Deshidratación:**

Es la pérdida excesiva de agua y sales minerales de un cuerpo. Puede producirse por estar en una situación de mucho calor (sobre todo si hay mucha humedad), ejercicio intenso, falta de bebida o una combinación de estos factores.

➤ **Diarrea:**

Es el aumento súbito en el número de evacuaciones con incremento del contenido líquido y a veces acompañado de sangre o moco, en número de 3 ó más en 24 horas.

➤ **Hábitos saludables:**

Son costumbres cotidianas que pueden influir negativa o positivamente en nuestra salud.

➤ **Heces:**

Es el conjunto de los desperdicios generalmente sólidos o líquidos producto final del proceso de la digestión. Las heces son los restos de los alimentos no absorbidos por el aparato digestivo (como fibras y otros componentes que no son útiles para el ser en cuestión), y también células del epiteliointestinal que se descaman en el proceso de absorción de nutrientes, microorganismos, y otras sustancias que no logran atravesar el epitelio intestinal.

➤ **Hidratación:**

El término hidratación suele usarse para referirse a las reacciones de hidratación. Este tipo de reacción consiste en la adición de una o más moléculas de agua a un determinado compuesto. Si la hidratación se produce en un mineral se le denomina hidratación mineral.

➤ **Morbilidad:**

Es la cantidad de personas o individuos que son considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en un espacio y tiempo determinados. La morbilidad es, entonces, un dato estadístico de altísima importancia para poder comprender la evolución y avance o retroceso de alguna enfermedad, así también como las razones de su surgimiento y las posibles soluciones.

➤ **Mortalidad:**

La mortalidad nos indica el número de fallecimientos de una población en concreto por cada 1000 habitantes, durante un período de tiempo determinado, este puede ser durante un año

➤ **Promoción:**

Consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma

➤ **Prevención:**

La adopción de medidas encaminadas a impedir que se presente la enfermedad

➤ - **Morbimortalidad.**- Podemos comenzar explicando que la morbilidad es la presencia de un determinado tipo de enfermedad en una población. La mortalidad, a su vez, es la estadística sobre las muertes en una población también determinada.

➤ - **Hipercatabolismo.**- Es el incremento de la utilización de proteínas sin un aumento proporcional de la síntesis, lo cual conduce a un equilibrio nitrogenado negativo.

➤ -**Malnutrición.**- La malnutrición es el estado que aparece como resultado de una dieta desequilibrada, en la cual hay nutrientes que faltan, o de los cuales hay un exceso, o cuya ingesta se da en la proporción errónea.

➤ . **Infecciones Entéricas.**- Las enfermedades entéricas usualmente se presentan por falta de higiene en las personas, especialmente el lavado de las manos, poca higiene de los alimentos, en su almacenamiento, preparación y consumo y los contaminantes del medio ambiente.

- **Incidencia** .-Se define como la proporción de individuos sanos que desarrollan la enfermedad a lo largo de un periodo determinado.

- **Desnutrición** .- Es un estado patológico provocado por la falta de ingesta o absorción de alimentos o por estados de exceso de gasto metabólico.

➤ -**Ablactación.**- La **ablactación** es el proceso mediante el cual se introducen de manera progresiva alimentos distintos a leche materna a la dieta de tu bebé.

➤ -**Diarrea Aguda.**- Es la infecciosa, que puede ser producida por bacterias que viven en la comida o el agua, y por tanto adquirida por intoxicación

alimentaria, aunque también pueden ser producidas por virus (es la denominada gastroenteritis vírica, de carácter leve y que desaparece espontáneamente

- **-Diarrea Disenterica.-** Se define como diarrea de tipo inflamatoria por que se caracteriza por la presencia de deposiciones frecuentes con mucus, pus, y sangre.
- **Diarrea Persistente.-** Es la diarrea que dura mas de 14 días.
- **-Anorexia.-** Trastorno de origen neurótico que se caracteriza por un rechazo sistemático de los alimentos y que se observa generalmente en personas jóvenes; suele ir acompañado de vómitos provocados, adelgazamiento extremo y, en el caso de las mujeres, desaparición de la menstruación.
- **-Factor Iatrogenico.-** Iatrogenia, es un daño en la salud, causado o provocado por un acto médico. Se deriva de la palabra *iatrogénesis* que tiene por significado literal ‘provocado por el médico o sanador’ (*iatros* significa ‘médico’ en griego, y *génesis*: ‘crear’).¹ Puede ser producido por una droga, procedimiento médico o quirúrgico, realizado por algún profesional vinculado a las ciencias de la salud, ya sea médico, terapeuta, psicólogo , farmacéutico, enfermera, dentista, etc.

2.4.- HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Ha.- Servicios básicos son adecuados y el conocimiento sobre enfermedades diarreicas agudas que tienen los padres de familia de niños menores de 5 años es alto.

H° Servicios básicos son inadecuados y el conocimiento sobre enfermedades diarreicas agudas tienen los padres de familia de niños menores de 5 años es de nivel medio.

2.5.- VARIABLES

2.5.1. Definición de la variable

Servicios básicos: Son todos aquellos servicios que son necesarios para habitar y tener una vida saludable

Conocimientos sobre enfermedades diarreica agudas

Es la información que tienen los padres sobre las enfermedades diarreicas agudas en niños menores de cinco años.

2.5.2. Definición de la variable descriptiva

Servicios básicos:

Serán consideradas en adecuadas cuando cuenta con los servicios más básicos e inadecuada cuando no cuenta con ellos

Conocimientos sobre enfermedades diarreica agudas

Es la información que tienen los padres sobre las enfermedades diarreicas agudas siendo valoradas en nivel alto medio y bajo

2.5.3.- Operacionalización de las variables

Variable	Dimensiones	valoración
Servicios Básicos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El sistema de abastecimiento de agua potable ➤ El sistema de alcantarillado de aguas servidas ➤ Servicio de asistencia médica. 	<p style="text-align: center;">Adecuado</p> <p style="text-align: center;">Inadecuado</p>
<p style="text-align: center;">Conocimiento sobre Enfermedades diarreicas agudas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocimiento sobre los conceptos básicos de enfermedades diarreicas ➤ Conocimiento sobre restricción de alimentos durante las enfermedades diarreicas ➤ Conocimiento sobre las acciones a tomar durante las enfermedades diarreicas agudas 	<p style="text-align: center;">Alto</p> <p style="text-align: center;">Medio</p> <p style="text-align: center;">Bajo</p>

CAPITULO III. METODOLOGIA

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Tipo de Investigación:

De tipo no experimental. Porque no se manipularán las variables de estudio.

Nivel de Investigación

De nivel descriptivo:

Es descriptiva porque está orientada al a describir una situación y/o un hecho en este caso los servicios básicos y el nivel de conocimiento sobre las enfermedades diarreicas de los padres con niños menores de 5 años

Es de corte transversal:

Ya que el contacto del investigador con la población en estudio fue en un determinado momento.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO:

El estudio se realizó en centro poblado del distrito de Huaral es uno de los doce que conforman la provincia de Huaral, ubicada en el Departamento de Lima, y perteneciente a la Región Lima. En esta provincia se encuentra el CENTRO POBLADO EL TREBOL El centro poblado el trébol está ubicado a 15 min de la ciudad de Huaral, es de fácil acceso cuenta aproximadamente con 5mil habitantes, y en su gran mayoría se dedican a la chacra (trabajo de



campo) siendo su jornal de 5am a 5pm diariamente , el centro poblado está dividido en calles entre las principales tenemos el pino, los sauces, los álamos las azucenas, las palmeras, las pincianas. Este centro poblado se caracterizaba hasta hace dos años por la falta de agua potable y desagüe, ya que solo tenían

acceso al , agua de pozo y a silos fabricados por los mismos pobladores siendo vulnerables a contraer diversas enfermedades entre ellas las diarreas , a fines del año 2013 se hicieron los primeros trabajos para iniciar la obra de agua potable y desagüe, al día de hoy todo el centro poblado cuenta con estos servicios básicos , el centro poblado el trébol cuenta con un centro educativo de nivel secundario estatal y dos de nivel primario uno estatal y otro particular, cuenta también con un centro de salud que brinda atención diaria ,cuenta con dos enfermeras , una obstetra, un medico, tres personal técnico, por dato de los mismos pobladores hay promotor de salud pero no hace nada por la mejoría de la población,

Cuenta también con un comedor popular que brinda alimentación a muchas familias de bajos recursos.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

Población: Estuvo constituida por 91 padres de niños menores de 5 años del centro poblado menor “el Trébol de Huaral – 2012”

Muestra:

Fue de manera no probabilística e intencional ya que se consideró solamente a 50 padres que aceptaron participar del centro poblado menor “el Trébol de Huaral – 2012”

Criterios de Inclusión: Son los siguientes:

- Padre y madre de familia.
- Madres con niños menores de 5 años.
- Madres que centro poblado menor “el trébol de Huaral – 2012 Niños(as) menores de 5 años.

Criterios de Exclusión: Son los siguientes:

- Madres que no tengan hijos.
- Madres que tengan hijos mayores de 5 años.
- Madres que no asisten a la charla educativa en el AA.HH “Nuevo Huaral” en la provincia de Huaral.
- Padres de familia
- Niños(as) mayores de 5 años.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA TOMA DE DATOS

El método que se aplicó es el de la encuesta y como instrumento se utilizará el cuestionario estructurado con 14 preguntas cerradas

3.5. VALIDEZ DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Motivare a la población de la siguiente manera:

Me presentare ante ellos cordialmente y luego de haber establecido una comunicación fluida pude reconocer el tipo de población en el cual voy a desarrollar mi proyecto de investigación. Luego de haber establecido comunicación con la población le explicare a todos el motivo de mi visita sustentando así la importancia del reconocimiento de los signos de alarma en las EDAS, haciéndoles reconocer los factores de riesgo y los problemas que conlleva la presencia de estos casos en la comunidad y en nuestra sociedad.

Utilizando materiales visuales como; (rotafolios, afiches y tríptico) que serán presentados en una charla educativa e informativa.

RESULTADOS

TABLA: 1

SERVICIOS BÁSICOS TIENEN LOS PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL CENTRO POBLADO EL TREBOL-HUARAL 2012

Servicios Básicos	N°	%
El sistema de abastecimiento de agua potable	26	52
El sistema de alcantarillado de aguas servidas	14	28
Servicio de asistencia médica.	10	20
Total	50	100

Interpretación: Se observa que el 52%(26) padres refieren que cuentan con abastecimiento de agua potable contando también con alcantarillado de agua y solo el 28%(14) tienen únicamente alcantarillado de agua servidas y no cuentan con constante abastecimiento de agua por la ubicación de sus viviendas. Asimismo solo el 20% refiere tener servicio de asistencia médica.

TABLA: 2

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CONCEPTOS BÁSICOS DE ENFERMEDADES
DIARREICAS AGUDAS QUE TIENEN LOS PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS**

Nivel	N	%
Alto	14	28
Medio	29	58
Bajo	7	14
Total	50	100

Interpretación: Se observa que el 58%(29) de los padres tienen nivel medio de conocimiento sobre conceptos básicos de enfermedades diarreicas agudas, el 28%(14) tienen un nivel alto y el 14%(7) tienen un nivel bajo.

GRAFICO: 2

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CONCEPTOS BÁSICOS DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS QUE TIENEN LOS PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

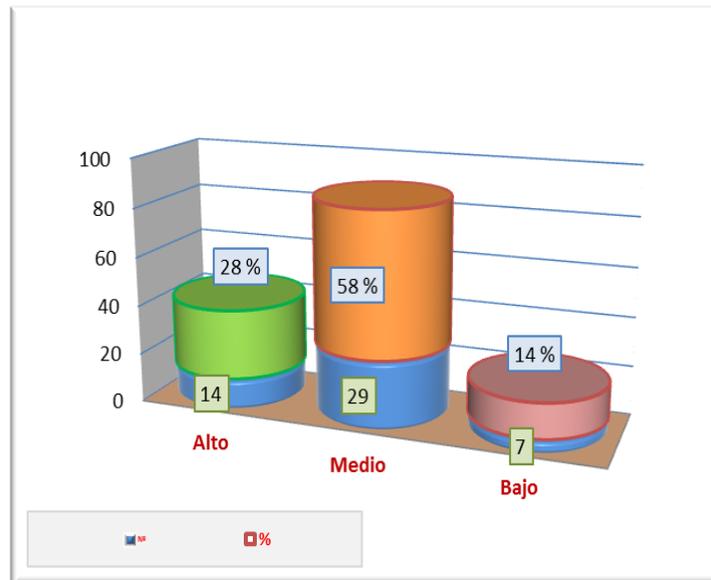


TABLA: 3

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE RESTRICCIÓN DE ALIMENTACIÓN
DURANTE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS QUE TIENEN LOS
PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS**

Nivel	N	%
Alto	13	26
Medio	29	58
Bajo	8	16
Total	50	100

Interpretación: Se observa que el 58%(29) de los pacientes tienen un nivel medio de conocimientos en la dimensión restricción de alimentos durante las enfermedades diarreicas agudas, el 26%(13) tienen un nivel alto y el 16%(8) tienen un nivel bajo.

GRAFICO: 3

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE RESTRICCIÓN DE ALIMENTACIÓN DURANTE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS QUE TIENEN LOS PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

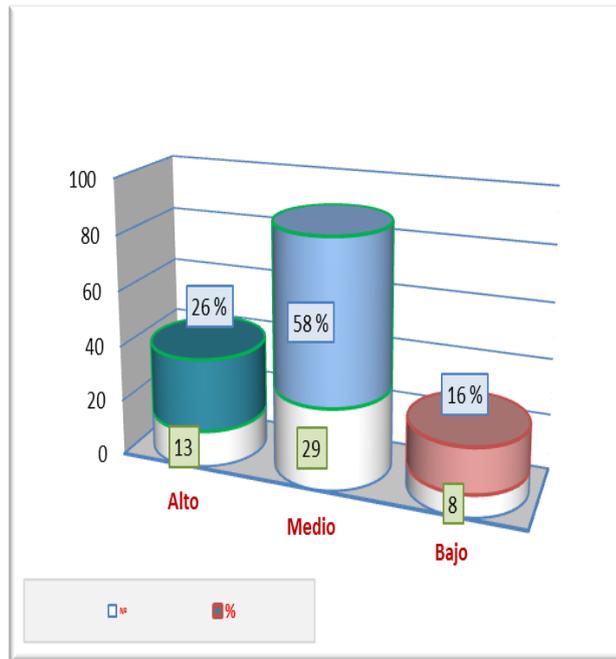


TABLA: 4

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS ACCIONES A TOMAR DURANTE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS QUE TIENEN LOS PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

Nivel	N	
		%
Alto	12	24
Medio	30	60
Bajo	8	16
Total	50	100

Interpretación: Se observa que el 60%(30) de los padres tienen un nivel medio en la dimensión acciones a toma durante las enfermedades diarreicas agudas. Asimismo el 24%(12) tienen un nivel alto y el 16%(8) tienen un nivel bajo.

GRAFICO: 4

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS ACCIONES A TOMAR DURANTE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS TIENEN LOS PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

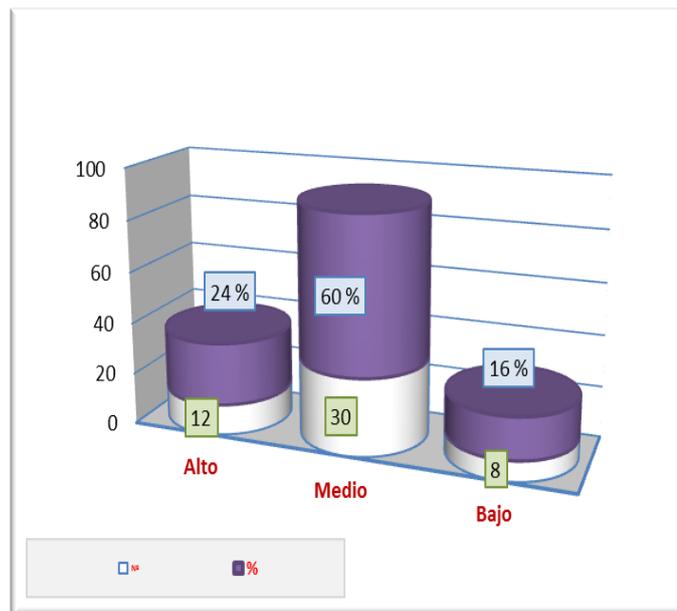


TABLA: 5

**FUENTE DE INFORMACIÓN SOBRE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS
AGUDAS DE LOS PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS**

Nivel	N	%
Por sí mismos	15	30
Personal de Salud	28	56
Familiares	7	14
Total	50	100

Interpretación: Se observa que el 56%(28) de los padres refieren que la fuente de información sobre las enfermedades diarreicas agudas fueron el personal de salud, el 30%(15) de ellos refieren por sí mismos y el 14%(7) manifiestan que son los familiares.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Teniendo en cuenta las variables intervinientes, se observa que el 58%(29) de los padres son de género femenino, el 42%(21) son de género masculino. El 52%(26) padres refieren que cuentan con abastecimiento de agua potable y alcantarillado de agua servidas. Otro porcentaje del 28%(14) tienen únicamente alcantarillado de agua servidas y no cuentan con constante abastecimiento de agua según los padres tienen dificultades por la ubicación de sus viviendas. Asimismo una problemática manifestada por los padres que es un mínimo porcentaje refiere que no cuentan con un seguro de salud ya que solo el 20% refiere tener servicio de asistencia médica. Respecto al nivel de conocimiento básicos sobre las enfermedades diarreicas agudas se encontró que el 58%(29) de los padres tienen nivel medio de conocimiento sobre conceptos básicos de enfermedades diarreicas agudas, el 28%(14) tienen un nivel alto y el 14%(7) tienen un nivel bajo. Predominando un nivel medio también en el conocimiento sobre la restricción de alimentos y la dimensión acciones a tomar durante las enfermedades diarreicas agudas, el 26%(13) tienen un nivel alto y el 16%(8) tienen un nivel bajo de los padres tienen un nivel medio en la dimensión acciones a tomar durante las enfermedades diarreicas agudas. Asimismo el 24%(12) tienen un nivel alto y el 16%(8) tienen un nivel bajo. Entonces es posible decir que pueden padecer de enfermedades diarreicas agudas sobre todo en el porcentaje de padres que no sabe qué hacer y de qué manera prevenir frente a posibles complicaciones, ya que cuenta con un nivel de conocimiento medio y alto el resultado es similar a lo obtenido por Pinto Márquez Ruth publicado, titulado Conocimiento y práctica de las enfermedades diarreicas agudas en el grupo poblacional de padres con niños menores de 5 años del AA HH Santa Rosa -Collique 2009 donde se encuentra que el 57% de los padres no tienen los conocimientos ni la práctica adecuada sobre las enfermedades diarreicas agudas y manifiestan que nunca recibieron información sobre la enfermedad y si acudieron al centro de salud solamente les dieron indicaciones sobre que darle a sus niños y no como prevenir y que alimentos darles si se encuentran con presentando diarrea.

Teniendo en cuenta los resultado de la investigación se puede ver que las áreas de conocimiento tienen resultados similares ya que nos muestran que existe porcentajes de usuarios que obtuvieron un nivel bajo corroborando que no todos reciben y/o recibieron información.

CONCLUSIONES

- El género que predomina entre los padres es que en el 58%(29) son de género femenino, el 42%(21) son de género masculino.
- El 52%(26) padres cuentan con abastecimiento de agua potable y alcantarillado de agua. Solo el 28%(14) tienen únicamente alcantarillado de agua servidas y no cuentan con constante abastecimiento de agua por la ubicación de sus viviendas. Asimismo solo el 20% refiere tener servicio de asistencia médica.
- El 58%(29) de los padres tienen nivel medio de conocimiento sobre conceptos básicos de enfermedades diarreicas agudas, el 28%(14) tienen un nivel alto y el 14%(7) tienen un nivel bajo.
- En la dimensión restricción de alimentos durante las enfermedades diarreicas aguda en el 60%(30) es de nivel medio en el 26%(13) de nivel alto y el 16%(8) de nivel bajo.
- El 56%(28) de los padres refieren que la fuente de información sobre las enfermedades diarreicas agudas fueron el personal de salud, el 30%(15) de ellos refieren por sí mismos y el 14%(7) manifiestan que son los familiares.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda que el personal de salud que laboran en la jurisdicción del centro poblado promocionar orientaciones necesarias a los padres y con ello entiendan sobre la necesidad de contar con los servicios básicos a la medida de sus posibilidades y sobre todo la información necesaria sobre las enfermedades diarreicas.
- Se recomienda tomar en cuenta la investigación ya que nos permite reconocer las necesidades de nuevas estrategias para el reforzar o instruir y así poder concientizar a los padres en que el cuidado y prevención de las enfermedades diarreicas.
- Se recomienda que el profesional de enfermería brinde permanente orientación y con ello fomentar la promoción y prevención de la salud ya que depende de ellos el cuidado en la alimentación, higiene y evitar disminuir los riesgos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CARMEN AMAT (2008) Salud Comunitaria y Familiar en el Perú 359 pág.(151)
2. CARMEN AMAT (2008) Salud Comunitaria y Familiar en el Perú 359 pág.(152),
3. Mota, Fernando (2001), . Acute, infectious diarrhea among children in developing countries. Seminars in Pediatric Infectious Diseases, 2004
4. Según Guiraldes (1996) WHO estimates of the causes of death in children. The Lancet, 2005, 365(9465):1147–52.
5. Jazmín et al., (2001) Checkley W et al. Multi-country analysis of the effects of diarrhoea on childhood stunting. International Journal of Epidemiology, 2008, 37(4):816–30.
6. .Brown E et al (1994) Checkley W et al. Multi-country analysis of the effects of diarrhoea on childhood stunting. International Journal of Epidemiology, 2008, 37(4):816–30.
7. Checkley W et al. Multi-country analysis of the effects of diarrhoea on childhood stunting. International Journal of Epidemiology, 2008, 37(4):816–30.
8. Burton MJ, Mabey DC. The global burden of trachoma: a review. PLoS Neglected Tropical Diseases, 2009, 3(10):e460.
9. Mathers CD, Ezzati M, Lopez AD. Measuring the burden of neglected tropical diseases: the global burden of disease framework. PLoS Neglected Tropical Diseases, 2007, 1(2):e114.

10. Tratamiento clínico de la diarrea aguda. Ginebra/Nueva York, Organización Mundial de la Salud/UNICEF, 2004.
11. Implementing the new recommendations of the clinical management of diarrhoea. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.
12. Cash RA et al. A clinical trial of oral therapy in a rural cholera-treatment center. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 1970, 19(4):653–6.
13. Mahalanabis D et al. Oral fluid therapy of cholera among Bangladesh refugees. *Johns Hopkins Medical Journal*, 1973, 132(4):197–205.
14. Mahalanabis D et al. Water and electrolyte losses due to cholera in infants and small children: a recovery balance study. *Pediatrics*, 1970, 45(3):374–85.
15. Nalin DR, Cash RA. Oral or nasogastric maintenance therapy in pediatric cholera patients. *Journal of Pediatrics*, 1971, 78(2):355–8.
16. Aldana V RS, Coria L JJ, Bustos CE, Espinosa MLE, Karam BJ. Infecciones diarreicas agudas en menores de 5 años. *Práctica médica efectiva*. 2001;3(7). Disponible en: <http://bvs.insp.mx/articulos/1/17/v3n7.pdf> Consultado Julio 8, 2007.
17. Nalin DR et al. Oral maintenance therapy for cholera in adults. *The Lancet*, 1968, 2(7564):370–3.
18. Curtis V, Kanki B. *Happy healthy and hygiene: how to set up a hygiene promotion program*. New York: UNICEF; 2011.
19. Curtis V. Domestic hygiene and diarrhoea: Pinpointing the problem. *Trop Med Int Health* 2010; 5 (1): 22–32.

20. Cervantes Baute IC, Bosch Govea M, Armero Pérez G. Valoración del conocimiento de las madres sobre las diarreas y su prevención. Policlínico Docente "Victoria de Girón" Palma Soriano, Santiago de Cuba. Rev Cubana Enfermería 2011; 17(1)56-9.
21. Rey Camacho Y. Conocimiento de las enfermedades diarreicas agudas en un establecimiento penitenciario: Revista de Ciencias Médicas La Habana 2009; 15 (1).
22. Gutiérrez G, Guiscafré H, Reyes H, Pérez R, Vega R, Tomé P. Reducción de la mortalidad por enfermedades diarreicas agudas. Experiencias de un programa de investigación-acción. Salud Pública Méx 2001; 36:168179.
23. Delgado MF, Sierra H, Calvache C, Ríos JA. Conocimientos maternos sobre signos de peligro en diarrea aguda en el marco de la estrategia AIEPI: Corporación Editora Médica del Valle Universidad del Valle, Cali, Colombia; 2011

ANEXOS



CONOCIMIENTO MATERNO DEL MANEJO DE DIARREAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

Buenos días Señores padres de familia, les pido por favor contestar las siguientes preguntas que permitirá contribuir en el beneficio de la salud de sus niños. No se preocupen es anónima.

EDAD

SEXO

1.-¿CON QUE SERVICIOS BASICOS CUENTA SU HOGAR?

a) Agua, luz y desagüe b) Poso, silo y luz c) Otros

.....

2.-¿CUANTOS HIJOS MENORES DE 5 AÑOS TIENE?

a) Uno b) Dos c) Mas de dos

d) Ninguno

3.-¿SABE UD. QUE SON LAS DIARREAS?

a) Heces liquidas y aumento de numero de deposiciones

b) Dolor de barriga

c) Estreñimiento

d) No Sabe

4.-¿QUE CREE UD. QUE CAUSA LA DIARREA?

a) Ingestión de alimentos en mal estado

b) Falta de higiene

c) Empacho de alimentos

d) Otros

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: SERVICIOS BASICOS Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS QUE TENEN LOS PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL CENTRO POBLADO EL TREBOL-HUARAL 2012”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	METODOLOGIA
<p>¿Qué servicios básicos y nivel de conocimiento sobre enfermedades diarreicas agudas tienen los padres de familia de</p>	<p>Determinar los servicios básicos y nivel de conocimiento sobre enfermedades diarreicas agudas tienen los padres de familia de niños menores de 5 años del centro poblado el Trebol-Huaral 2012</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>➤ Identificar los servicios básicos tienen los padres de familia de niños menores de 5 años del centro</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>Ha.- Servicios básicos son adecuados y el conocimiento sobre enfermedades diarreicas agudas que tienen los padres de familia de niños menores de 5 años es alto.</p> <p>H° Servicios básicos son</p>	<p>Tipo y nivel de investigación</p> <p>El presente estudio es de nivel no experimental, de tipo descriptivo y de corte transversal</p> <p>Población: Estuvo constituida por 91 padres de niños menores de 5 años del centro poblado menor “el Trébol de Huaral – 2012”</p> <p>Muestra:</p> <p>Fue de manera no probabilística e intencional ya que se consideró solamente a 50 padres que</p>

<p>niños menores de 5 años del centro poblado el Trebol-Huaral 2012?</p>	<p>poblado el Trebol-Huaral 2012</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Reconocer el nivel de conocimiento sobre conceptos básicos de enfermedades diarreicas agudas tienen los padres de familia de niños menores de 5 años del centro poblado el Trebol-Huaral 2012 ➤ Reconocer el nivel de conocimiento sobre restricción de alimentación durante enfermedades diarreicas agudas tienen los padres de familia de niños menores de 5 años del centro poblado el Trebol-Huaral 2012 ➤ Reconocer el nivel de conocimiento sobre las acciones a tomar durante las enfermedades 	<p>inadecuados y el conocimiento sobre enfermedades diarreicas agudas tienen los padres de familia de niños menores de 5 años es de nivel medio.</p>	<p>aceptaron participar del centro poblado menor “el Trébol de Huaral – 2012</p> <p>Técnica</p> <p>Se utilizara será la encuesta, por ser la ideal para cumplir el objetivo de la investigación.</p> <p>Instrumento</p> <p>Se utilizara un cuestionario con 14 ítems, para medir el nivel de conocimientos de los padres acerca de las enfermedades Diarreicas Agudas en menores de 5 Años</p>
--	--	--	--

	<p>diarreicas agudas tienen los padres de familia de niños menores de 5 años del centro poblado el Trebol-Huaral 2012?</p> <p>➤ Identificar la fuente de información sobre las enfermedades diarreicas agudas los padres de familia de niños menores de 5 años del centro poblado el Trebol-Huaral 2012</p>		
--	---	--	--

