



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

**“CONOCIMIENTO Y ACTITUD QUE TIENEN LOS PADRES DE NIÑOS
MENORES DE 1 AÑO SOBRE LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN EL CENTRO DE SALUD SEÑOR
DE LOS MILAGROS – HUAYCÁN, SECTOR I UCV 137 – 138,LIMA- 2013**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA.

BACHILLER: YOLANDA SILVA YPANAQUE DE RAMOS

LIMA- PERÚ

2016

**“CONOCIMIENTO Y ACTITUD QUE TIENEN LOS PADRES DE NIÑOS
MENORES DE 1 AÑO SOBRE LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN EL CENTRO DE SALUD SEÑOR
DE LOS MILAGROS – HUAYCÁN, SECTOR I UCV 137 – 138, LIMA- 2013**

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas, que tienen los padres de niños menores de 1 año en el Centro de Salud Señor de los Milagros – Huaycán, Sector I UCV 137-138, Lima -2013. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de 64 padres de familia, para el recojo de la información se utilizó un Cuestionario tipo Likert modificado de 18 ítems, organizado por las dimensiones: Fuentes de riesgo, medidas preventivas, tratamiento en el hogar. La validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de (0,835); la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de (0,817). La prueba de Hipótesis se realizó mediante el estadístico Chi Cuadrado con un valor de 17,01 y un nivel de significancia de $p < 0,05$.

CONCLUSIONES:

El nivel de conocimiento sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas, que tienen los padres de los niños menores de 1 año en el Centro de Salud Señor de los Milagros- Huaycán Sector I UCV 137-138, Lima, es Bajo Este nivel de conocimientos se presentan por las respuestas que se señalan: No conoce que es la diarrea infantil tampoco conoce sobre los signos, síntomas y complicaciones de una diarrea.

PALABRAS CLAVES: *Conocimiento, prevención, enfermedades diarreicas agudas, Fuentes de riesgo, medidas preventivas, tratamiento en el hogar.*

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to determine the level of knowledge about the prevention of acute diarrheal diseases, which parents of children under 1 year of age have in the Health Center of the Miracles - Huaycan, Sector I UCV 137-138, Lima -2013. A descriptive cross-sectional study was carried out with a sample of 64 parents. A modified 18-item Likert questionnaire was used to collect information, organized by the following dimensions: Sources of risk, preventive measures, home treatment . The validity of the instrument was performed by the test of agreement of the expert judgment obtaining a value of (0.835); Reliability was performed using the Cronbach's alpha with a value of (0.817). The Hypothesis test was performed using the Chi Square statistic with a value of 17.01 and a significance level of $p < 0.05$.

CONCLUSIONS:

The level of knowledge about the prevention of acute diarrheal diseases, which have the parents of children under 1 year in the Health Center Señor de los Milagros-Huaycán Sector I UCV 137-138, Lima, is Low This level of knowledge Are presented by the answers that are indicated: It does not know that it is the infantile diarrhea neither knows about the signs, symptoms and complications of a diarrhea.

KEYWORDS: *Knowledge, prevention, acute diarrheal diseases, Sources of risk, preventive measures, treatment at home.*

INDICE

	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	4
1.3.1 Objetivos generales	4
1.3.2 Objetivos específicos	4
1.4 Justificación del estudio	5
1.5 Limitaciones de la investigación	6
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes de estudio	7
2.2 Bases teóricas	13
2.3 Definición de términos	50
2.4 Hipótesis	51
2.5 Variables	52
2.5.1 Definición conceptual de la variable	52
2.5.2 Definición operacional de la variable	52
2.5.3 Operacionalización de la variable	54
CAPITULO III: MATERIAL Y METODO	
3.1 Tipo y nivel de investigación	56
3.2 Descripción del ámbito de la investigación	57

3.3	Población muestra	57
3.4	Técnica e instrumentos para la recolección de datos	57
3.5	Validez y confiabilidad del instrumento	57
3.6	Plan de recolección y procesamiento de datos	58
 CAPÍTULO IV: RESULTADOS		59
 CAPÍTULO V: DISCUSION		65
 CONCLUSIONES		69
 RECOMENDACIONES		71
 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		72
 ANEXOS		
	Matriz	
	Instrumento	
	66	

INTRODUCCIÓN

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

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 grado de desarrollo socioeconómico, el cual repercute en las existentes condiciones sanitarias como son: la calidad de los servicios públicos del agua potable, la inequidad al acceso de agua segura, y la falta de una inadecuada infraestructura de red de desagüe y alcantarillado. Por otro lado, el nivel de educación, los hábitos de higiene, las deficiencias en la manipulación de alimentos y la falta de conciencia para su prevención control, tienen un impacto negativo significativo.

Ese mismo año, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica registró históricamente el mayor número de episodios de diarrea aguda en la población, Este problema se agrava porque prevalece en el país conceptos erróneos respecto a la prevención y tratamiento de esta enfermedad, como el uso de antidiarreicos, anticolinérgicos y antieméticos abuso de antibióticos bajo el falso concepto de que la diarrea es una "infección intestinal" la restricción de la dieta hace que se agrave la desnutrición ocasionada por la diarrea y contribuye a su empeoramiento.

La enfermedad diarreica aguda (EDA) se puede definir como un cambio súbito en el patrón de evacuación intestinal normal del individuo, caracterizado por aumento en la frecuencia o disminución en la consistencia de las deposiciones. Para ser considerada como aguda, su aparición debe tener menos de tres semanas. La causa más importante y frecuente de EDA es la infección entero-cólica con

respuesta variable en los enfermos; algunos manifiestan cuadros graves, otros síntomas moderados y otros son asintomáticos.(FEPAFEM – 2008).

Las infecciones diarreicas son responsables de 18% de las defunciones de niños menores de cinco años en todo el mundo, por lo que representa la segunda causa más común de mortalidad infantil a nivel mundial con 1.7 millones de muertes cada año. El saneamiento deficiente puede conducir a un aumento de la transmisión a través del agua, alimentos, utensilios, las manos y moscas. Rotavirus es altamente contagiosa y una de las principales causas de diarrea grave y la muerte (alrededor del 20%) en los niños. (OMS - 2009).

En América Latina las enfermedades diarreicas son la segunda causa de mortalidad infantil. Los países más afectados son: Nicaragua, Honduras, Bolivia y México, ya que allí se registran las tasas más altas de natalidad. (OPS – 2008). En países en desarrollo, los niños menores de tres años sufren, de promedio, tres episodios de diarrea al año. Cada episodio priva al niño de nutrientes necesarios para su crecimiento. En consecuencia, la diarrea es una importante causa de malnutrición, y los niños malnutridos son más propensos a enfermar por enfermedades diarreicas. La prevención de esta enfermedad básicamente radica en la educación que deberían de recibir los padres de familia ya que ellos son los responsables de la salud y bienestar de sus hijos.

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

La investigación está desarrollada por capítulos elaborados de la siguiente manera:

Capítulo I: El Problema de la Investigación, con la formulación del problema principal, secundario, 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 de la investigación, 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 sirvió para sustentar los resultados que se obtendrá en la investigación.

RESULTADOS

Los anexos, donde se incluye el Cronograma de Actividades, instrumentos, confiabilidad, y matriz de consistencia.

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La enfermedad diarreica continúa siendo una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad en los menores de cinco años, a pesar de los grandes esfuerzos y logros que, desde la perspectiva de la salud pública, se han implementado, como la distribución desales de rehidratación oral, la educación relacionada con la prevención de episodios diarreicos, la recuperación y las prácticas tradicionales que apoyan un tratamiento adecuado.

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

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

En el 2008, las enfermedades diarreicas fueron la tercera mayor causa de muerte en países de ingresos bajos, donde ocasionaron el 6,9% de los fallecimientos. Son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años, tras la neumonía. De los 1500 millones de niños que fallecieron por enfermedades diarreicas en 2008, el 80% tenían menos de dos años.⁽²⁾

En países en vías de desarrollo como el nuestro, los niños menores de 5 años sufren, en promedio, tres episodios de diarrea al año. Cada episodio priva al niño de nutrientes necesarios para su crecimiento. En consecuencia, la diarrea es una importante causa de malnutrición, y los niños malnutridos son más propensos a enfermar por enfermedades diarreicas. Se evidencia que un número importante de niños no regresaron a la consulta ante los signos de deshidratación y estado de gravedad, o bien, fueron llevados demasiado tarde como para poder salvarlos. Destacan, así mismo, que la mayoría de las muertes ocurrió en el hogar y que las situaciones fueron también manejadas por la familia con auto prescripción incorrecta y sin usar el SRO⁽³⁾.

En la propuesta de la OMS y de la OPS sobre la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), donde se han tratado de unir varios programas, entre otros enfermedad diarreica e infección respiratoria aguda (CED-IRA) se vienen adelantando diversas estrategias o líneas de trabajo que apuntan a reducir la mortalidad, morbilidad y severidad de los episodios de EDA-IRA padecidos por los menores de 1 año.

Se ha podido observar que población afectada son los niños menores de 1 años ya que este grupo etario recién está empezando a crecer y son los padres los que tienen la responsabilidad y obligación de llevarlo al control de crecimiento y desarrollo cada mes; a su vez son ellos los que deberían preocuparse por tener un adecuado conocimiento sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas.

Por todo lo anteriormente expuesto, el presente estudio se formula la siguiente interrogante. ¿Cuál es el nivel de conocimiento y actitud de los padres de menores de 1 año sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas, en el Centro de Salud Señor de los Milagros – Huaycán, Sector IUCV 137 – 138, Lima- 2013.

1.2.- FORMULACION DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General:

¿Cuál es el nivel de conocimiento y actitud de los padres de menores de 1 año sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas, en el Centro de Salud Señor de los Milagros – Huaycán, Sector IUCV 137 – 138, Lima- 2013

1.2.2. Problemas Específicos

¿Cuál es el nivel de conocimiento de los padres de menores de 1 año sobre las fuentes de infección de la enfermedad diarreica aguda en el Centro de Salud Señor de los Milagros – Huaycán, Sector IUCV 137 – 138, Lima- 2013

¿Cuál es el nivel de conocimiento de los padres de menores de 1 año sobre la preparación y almacenamiento de los alimentos

para la Prevención de las EDAs en el Centro de Salud Señor de los Milagros – Huaycán, Sector IUCV 137 – 138, Lima- 2013

¿Cuál es el nivel de conocimiento de los padres de niños menores de 1 año sobre el tratamiento en el hogar de las EDAs. En el Centro de Salud Señor de los Milagros – Huaycán, Sector IUCV 137 – 138, Lima- 2013?

¿Cuál es la actitud sobre la prevención y tratamiento de las EDAs, que tienen los padres de niños menores de 1 año en el Centro de Salud Señor de los Milagros – Huaycán, Sector IUCV 137 – 138, Lima- 2013.

1.3.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.3.1. Objetivo General

Determinar el nivel de conocimiento sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas, que tienen los padres de niños menores de 1 año en el Centro de Salud Señor de los Milagros – Huaycán, Sector I UCV 137-138, Lima -2013

1.3.2. Objetivos Específicos

Determinar el nivel de conocimiento sobre las fuentes de infección de la enfermedad diarreica aguda que tienen los padres de niños menores de 1 año que acuden al Centro de Salud Señor de los Milagros – Huaycán, Sector I UCV 137 – 138, Lima- 2013

Establecer el nivel de conocimiento sobre prevención en la preparación y almacenamiento de los alimentos que tienen los padres de niños menores de 1 año en el Centro de Salud Señor de los Milagros – Huaycán, Sector I UCV 137 – 138, Lima- 2013

Determinar el nivel de conocimiento sobre el tratamiento en el hogar de la enfermedad diarreica aguda que tienen los padres de

niños menores de 1 año, en el Centro de Salud Señor de los Milagros – Huaycán, Sector I UCV 137 – 138,Lima- 2013

Conocerla actitud sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas, que tienen los padres de niños menores de 1 año, en el Centro de Salud Señor de los Milagros – Huaycán, Sector I UCV 137 – 138,Lima- 2013

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

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

Considerando que la diarrea es una enfermedad prevenible y la cual es desencadenada por inadecuadas acciones de los padres de familia como preparación manipulación inadecuada de alimentos, déficit de higiene en el hogar, desconocimiento de las fuentes de infección de esta enfermedad entre otros. Teniendo adecuado conocimiento sobre la enfermedad diarreica aguda y educando a los padres de familia sobre la prevención y tratamiento podemos evitar que los niños menores de 5 años enfermen o mueran.

Las EDAs ocupan el segundo lugar como causa de morbilidad en el Perú, Uno de los principales problemas que se asocian con mayor gravedad de las enfermedades en los niños menores de cinco años es la falta o escaso conocimiento de las madres acerca de medidas preventivas y tratamiento, por lo que se considera de suma importancia realizar un proyecto de investigación sobre este tema.

Los resultados de la investigación permitirán que se obtenga información importante para conocer acerca del nivel de conocimiento que tienen los padres con respecto a la prevención y tratamiento de las EDAs. en niños

menores de 1 año en el Centro de Salud Señor de los Milagros –
Huaycán, Sector I UCV 137 – 138, Lima- 2013

1.5.- LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

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

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

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”. La investigación tiene por objetivo principal determinar el 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, la investigación es de Tipo de descriptivo prospectivo; Nombre de institución: Universidad del Cauca 2010.

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

a las madres que no conviven con ellas; La estrategia AIEPI promueve la difusión de estos conocimientos y por eso su implementación es necesaria en los países y regiones que cursan con una alta incidencia de episodios de EDA en menores de cinco años. ⁽³⁾

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”. La investigación tiene como objetivo principal identificar el 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. Tipo de investigación: Descriptivo de corte transversal.

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 ⁽⁴⁾.

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, 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. De estos 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.⁽⁵⁾

2.1.2. Antecedentes Nacionales:

Javier Miranda Candelario, Rómulo Huamaní Egocheaga, Katy Ordoñez Tanchiva, Melitina Campos Luyo, Cecilia Campos Noriega Manejo de la enfermedad diarreica aguda en niños hospitalizados en el Hospital III Grau EsSalud. La investigación tiene por Objetivo: Evaluar el manejo de enfermedad diarreica aguda en niños en el Hospital Grau EsSalud., los Material y métodos utilizados son Investigación es retrospectiva, observacional y analítica de hospitalizados por enfermedad

diarreica aguda durante 2005, en el Servicio de Pediatría del Hospital III Grau. EsSalud.

Los resultados fueron los siguientes: Se evaluaron 194 pacientes, 57% hombres y 43% mujeres. El 43% correspondió a lactantes entre 6 y 12 meses y el 42% a niños entre 1 a 5 años. Fueron 84% eutróficos. El 61% recibió lactancia materna exclusiva y 22% automedicación antibiótica previa. Ingresaron con deshidratación moderada 88%, leve 10% y severa 2%. De 16 cuadros diarreicos disentéricos, 15 recibieron antibióticos. De 178 casos de diarrea acuosa, 80 tuvieron reacción inflamatoria positiva compatible con etiología bacteriana, todos recibieron antibióticos, mientras que 98 fueron virales por reacción inflamatoria negativa, 73 de las cuales no recibieron antibióticos y 25 sí por mala evolución. Faltan pruebas diagnósticas rápidas para rotavirus, y otras como lactoferrina fecal, 2 Hay subutilización de suero de rehidratación oral, Abuso terapia endovenosa y otros medicamentos como antieméticos, No se cumple con realimentación temprana, Abuso en prescripción antibióticos.⁽⁶⁾

Duran Luis Roxana Abigail, Realizo una investigación titulada “nivel de conocimiento sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas, que tienen los padres de familia de niños menores de 5 años de edad del Asentamiento humano contigo Perú, Huaral - 2011”. Tiene por objetivo general determinar nivel de conocimiento sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas, que tienen los padres de familia de niños menores de 5 años de edad del Asentamiento humano contigo Perú, Huaral - 2011. La presente investigación es descriptiva, no experimental y de cohorte transversal. Se utilizó como instrumento un cuestionario semiestructurado con preguntas de acuerdo a la descripción de las variables en estudio el cual fue aplicado a 64 padres de familia.⁽⁷⁾

Los resultados de la investigación demostraron que el nivel de conocimiento sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas, que tienen los padres de familia de niños menores de 5 años de edad del Asentamiento Humano Contigo Perú, Huaral – 2011, es medio en un 39%, equivalente a 25 padres de familia, seguido de un nivel de conocimiento bajo con un 31%, equivalente a 20 padres de familia y un 30%, equivalente a 19 padres de familia tienen un nivel de conocimiento bajo. Ante la prueba de riesgo, el tener un nivel de conocimiento bajo en los padres de familia, se constituye en riesgo muy elevado para sus niños menores de 5 años ($OR=8$), es decir, existe 8 veces más riesgo que los niños presenten enfermedades diarreicas agudas si sus padres no tienen un nivel de conocimiento adecuado sobre la prevención tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas.

Cerna Tello, Carmen Milagros, realizo una investigación, para obtener El título de licencia de en enfermería titulada: “nivel de conocimientos y actitudes sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas en madres de niños menores de 5 años en el AA.HH. Señor de la soledad – chancay 2010” Tiene por objetivo general Determinar el grado de relación que existe entre el nivel de conocimientos y actitudes sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas en madres de niños menores de 5 años en el AA.HH. Señor de la Soledad – Chancay 2010. La investigación es de enfoque No Experimental, de tipo Descriptivo; se utilizó como instrumento un cuestionario semiestructurado de 20 preguntas de acuerdo a la descripción de las variables en estudio el cual fue aplicado a 150 madres de familias con niños menores de 5 años.

La autora llego 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⁽⁸⁾

José Eduardo Grados Flores; realizó una investigación titulada “Nivel de conocimiento sobre enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años, que tienen las madres en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Mayo-Junio 2010”. Tiene por objetivo general Identificar el nivel de conocimiento que tienen las madres acerca de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años,. Es un estudio de tipo no experimental, y de método descriptivo de corte transversal, el cual determinará conocer las prácticas que las madres realizan frente a un cuadro diarreico agudo. La técnica de recolección de datos fue la encuesta, teniendo como muestra a 25 madres de familias con niños menores de 5 años con enfermedades diarreicas agudas, que acudieron al Hospital Arzobispo Loayza, durante los meses de mayo-junio en el año 2010⁽⁹⁾.

Se tuvo como resultado; que el nivel de conocimiento que tienen las madres sobre las enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años, es de un nivel bajo, en un 52%, un 28% tienen un conocimiento medio; y solo un 20% tienen conocimiento alto. El nivel de conocimiento sobre las enfermedades diarreicas agudas respecto a los factores predisponentes, alimentación, aspectos preventivos y tratamiento; encontrando que existe un bajo nivel de conocimientos en estas dimensiones en un 60%, con un 48%, no reconocen los factores predisponentes y la alimentación adecuada y el 36% no conocen el tratamiento durante un cuadro diarreico agudo. Se rechaza la hipótesis planteada, donde se afirma que el nivel de conocimiento acerca de la enfermedad diarreica aguda que tienen las madres en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, mayo-junio 2010 es media.⁽⁹⁾

2.2.- BASE TEORICA

2.2.1. Alcances Básicos sobre el Conocimiento:

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). 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.⁽¹⁰⁾

Para el filósofo griego Platón, el conocimiento es aquello necesariamente verdadero (episteme). En cambio, la creencia y la opinión ignoran la realidad de las cosas, por lo que forman parte del ámbito de lo probable y de lo aparente.

El conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón. Se dice que el conocimiento es una relación entre un sujeto y un objeto. El proceso del conocimiento involucra cuatro elementos: sujeto, objeto, operación y representación interna (el proceso cognoscitivo).

- ❖ **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.⁽¹²⁾

➤ **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.⁽¹²⁾

3. Medio:

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

4. Imagen: Constituye el instrumento mediante el cual la conciencia cognoscente aprehende su objeto. También es la

interpretación que le damos al conocimiento consecuente de la realidad.

2.2.2. La actitud

La actitud es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas. En este sentido, puede considerarse como cierta forma de motivación social -de carácter, por tanto, secundario, frente a la motivación biológica, de tipo primario- que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas. Eiser[1] define la actitud de la siguiente forma: predisposición aprendida a responder de un modo consistente a un objeto social.⁽¹³⁾

En la Psicología Social, las actitudes constituyen valiosos elementos para la predicción de conductas. Para el mismo autor de la obra fish, la actitud se refiere a un sentimiento a favor o en contra de un objeto social, el cual puede ser una persona, un hecho social, o cualquier producto de la actividad humana.

Basándose en diversas definiciones de actitudes, Rodríguez definió la actitud como una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto. Las actitudes son consideradas variables intercurrentes, al no ser observables directamente, pero sujetas a inferencias observables.

⁽¹³⁾

2.2.2.1. Componentes de la actitud

Rodríguez distingue tres componentes de las actitudes:

- **Componente cognoscitivo:** para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva del objeto. Está formada por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre un objeto. En este caso se habla de

modelos actitudinales de expectativa por valor, sobre todo en referencia a los estudios de Fishbein y Ajzen. Los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes. La representación cognoscitiva puede ser vaga o errónea, en el primer caso el afecto relacionado con el objeto tenderá a ser poco intenso; cuando sea errónea no afectará para nada a la intensidad del afecto.

- **Componente afectivo:** es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones - que se caracterizan por su componente cognoscitivo -.

- **Componente conductual:** es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud.

Para explicar la relación entre actitud y conducta, Fishbein y Ajeen, (1980, citado en Rodríguez [2]) han desarrollado una teoría general del comportamiento, que integra un grupo de variables que se encuentran relacionadas con la toma de decisiones a nivel conductual, ha sido llamada Teoría de la acción razonada.⁽¹³⁾

La psicología social distingue un estudio de la estructura intra-actitudinal de la actitud, para identificar la estructura interna, de un estudio de la estructura inter-actitudinal, para buscar diferencias y similitudes entre mapas donde confluyen más actitudes.

2.2.2.2. Las funciones de las actitudes

En los procesos cognitivos, emotivos, conductuales y sociales, son múltiples. La principal función resulta ser la cognoscitiva. Las actitudes están en la base de los procesos cognitivos-emotivos propuestos al conocimiento y a la orientación en el ambiente. Las actitudes pueden tener funciones instrumentales, expresivas, de adaptación social (como en los estudios de Sherif sobre la actitud en relación al ingroup, el propio grupo de referencia y el outgroup, el grupo externo), ego defensivo (un ejemplo clásico es el estudio sobre la personalidad autoritaria de Adorno en los años 50).

Este concepto resulta central en toda la psicología social porque tiene una aplicación en muchos campos distintos:

- Frente a objetos o conductas específicas con finalidad predictiva de la conducta, en los estudios de mercado.
- Grupos o minorías étnicas, mediante el estudio de los prejuicios y de los estereotipos.
- Fines y objetivos abstractos, donde este tipo de actitud está definido como valor personal.
- La actitud en relación a sí mismo, definida como autoestima.

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.⁽¹⁴⁾

La diarrea, o pasaje repetido de deposiciones acuosas, es uno de los motivos más frecuentes de consulta en la práctica pediátrica ambulatoria. Está entre las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo, particularmente entre los niños que viven en medio de pobreza, educación insuficiente y saneamiento inadecuado.

La diarrea es fuente constante de problemas de alimentación, la mayoría de ellos relacionados a mitos o creencias y es el principal responsable de la mal nutrición calórico–proteica infantil y la morbilidad asociada a ella.

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. (14)

2.2.3.2. Etiología

El aislamiento de patógenos en niños con diarrea se consigue entre el 50 y 84% de los episodios. El agente más frecuentemente aislado es Rotavirus (más frecuentemente grupo A serotipos G1 y G3). Otros microorganismos que se encuentran con cierta frecuencia son: Escherichia Coli enteropatógena (ECEP), Escherichia Coli enterotoxigénica (ECET), Campylobacter jejuni, Shigella sp (S. sonnei y S. flexneri dan cuenta de más del 86% de todos los aislamientos de Shigella), y Salmonella sp. En diarrea asociada a Síndrome Hemolítico Urémico (SHU), se encuentra con frecuencia relativamente alta la Escherichia Coli enterotoxigénica 0157:H7 aun cuando otras bacterias también juegan un papel etiológico. ⁽¹³⁾

En 10 a 20% de los episodios de diarrea se identifica más de un patógeno. La interpretación de algunos de estos microorganismos, como agentes causales del episodio de diarrea en estudio, es incierta. Esto es particularmente válido en el caso de la ECEP, un microorganismo que se ha calificado como patógeno "histórico" y bajo cuya denominación se agrupan numerosas cepas, tanto genuinamente patógenas como algunas que no lo han demostrado ser. No siempre se utilizan métodos específicos para determinar la patogenicidad de este microorganismo. Por otra parte, existen individuos asintomáticos portadores de patógenos putativos: virus, bacterias o parásitos, destacando el hecho de que el rotavirus se puede aislar en 4 a 5% de los recién nacidos sanos.

Debe recalcar que no todos los episodios de diarrea aguda en la comunidad requieren estudio etiológico, sino principalmente aquellos que duran más de lo habitual, los que producen deshidratación iterativa, se presentan como síndrome disentérico, o resultan en hospitalización del paciente. ⁽¹⁵⁾

Dado el conocimiento actual sobre la epidemiología y etiopatogenia de la diarrea aguda y la creciente disponibilidad de métodos diagnósticos microbiológicos, es impropio formular el diagnóstico de "diarrea parenteral" o de "transgresión alimentaria" en pacientes pediátricos, sin una apropiada evaluación de los potenciales factores y agentes infecciosos involucrados.

Los mecanismos de transmisión descritos para enteropatógenos fecales son: vía fecal-oral (ciclo ano-mano-boca), a través de vómitos y secreciones nasofaríngeas por vía aérea.

Un hecho característico de las infecciones por bacterias enteropatógenas es que ocurren con mayor frecuencia y severidad en niños que no reciben lactancia materna. Cuando se producen en lactantes alimentados al pecho materno, dichos episodios son generalmente leves o inaparentes, hecho que destaca el importante papel protector de la lactancia materna exclusiva.

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

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

secreción de éstos por las criptas. Así, se genera un flujo bidireccional de agua y electrolitos entre el lumen intestinal y la circulación sanguínea. Normalmente la absorción, es mayor que la secreción, por lo que el resultado neto es absorción, que alcanza a más del 90% de los fluidos que llegan al intestino delgado. Alrededor de 1 litro de fluido entra al intestino grueso, donde, por mecanismo de absorción, sólo se elimina entre 5 y 10 ml/kg/24 horas de agua por heces en lactantes sanos. Por lo tanto, si se produce cualquier cambio en el flujo bidireccional, es decir, si disminuye la absorción o aumenta la secreción, el volumen que llega al intestino grueso puede superar la capacidad de absorción de éste, con lo que se produce diarrea. El agua se absorbe por gradientes osmóticas que se crean cuando los solutos (especialmente Na^+) son absorbidos en forma activa desde el lumen por la célula epitelial de la vellosidad.⁽¹⁶⁾

Los mecanismos de absorción de Na^+ son:

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

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

cripta al lumen intestinal. Esto crea una gradiente osmótica, que genera flujo pasivo de agua y electrólitos desde el líquido extracelular al lumen intestinal a través de canales intercelulares. (17)

2.2.4. Fuentes de Infección

Los factores de riesgo para las enfermedades diarreicas son: ambientales (ej.: agua inadecuada o con contaminación fecal, falta de facilidades sanitarias, mala higiene personal y doméstica, inadecuada preparación y almacenamiento de alimentos, ignorancia o patrones culturales adversos con malas prácticas del destete y tardía búsqueda de atención médica) y del huésped (ej.: desnutrición, deficiencias inmunológicas, factores genéticos, ausencia de lactancia materna). (18)

I. Abastecimiento del agua.

Estas fuentes son lugares en las que se obtiene agua para beber, como ríos, manantiales, arroyos u ojos de agua, lagos, pozos e incluso presas y cuerpos de agua destinados al riego. (18)

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

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

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

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

Si hay un pozo para abastecer el agua es importante mantenerlo limpio procurando evitar la existencia de basura cerca o alrededor

de el y teniéndolo siempre tapado. Además, se debe recordar que el agua que se utilice debe hervirse y desinfectarse.⁽¹⁹⁾

Si es posible, se recomienda que se realice la protección del pozo, lo que se logra construyendo un revestimiento de concreto, ladrillo, o piedra en las paredes internas del pozo, tapándolo con una cubierta de concreto instalando una bomba. Es importante recordar que antes de iniciar la protección de un pozo o cualquier otro tipo de fuente de abastecimiento se debe realizar un reconocimiento sanitario y, en su caso, solicitar un análisis del agua antes de recomendar obras o cambios.

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

Estos deben tener tres salidas: Una para el nivel de agua, otra para su abastecimiento, y otra salida para vaciar la cámara cuando se realicen opresiones de mantenimiento. Existen diversos tipos de obras para captar las aguas superficiales que reciben el nombre de obras de toma.

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

II. Disposición de la basura

La basura o los residuos sólidos son aquellos materiales que no se consideran útiles para quien se deshace de ellos, pero que si son manejados adecuadamente pueden obtenerse diversos beneficios.⁽¹⁹⁾

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

Los residuos sólidos representan un problema por son un factor importante en la presencia de enfermedades por la propagación

de fauna nociva, como moscas, cucarachas, mosquitos, ratas y ratones. Entre las enfermedades relacionadas con la fauna nociva están las infecciones intestinales, parasitosis, dengue, paludismo, entre otras.

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

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

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

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

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

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

III. Manejo higiénico de los alimentos:

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

Adquirir y preparar únicamente los alimentos frescos (leche, verdura, fruta y carne), que se consumirán durante el día, Frijol, maíz, azúcar y arroz, procura tenerlos en lugares frescos y recipientes con tapa o costales cerrados., Lavar con agua y jabón las frutas y verduras que se usan para preparar los alimentos, o desinfectarlas con cloro o yodo, Si los alimentos se encuentran desprotegidos, el polvo y las moscas pueden contaminarlos, El aseo de manos, trastes y utensilios antes de cocinar nos ayuda a conservar la salud, porque los microbios se eliminan con agua y jabón, El agua que se utiliza tanto en la preparación de alimentos como en el lavado de utensilios de cocina debe estar desinfectada.⁽²⁰⁾

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

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

IV. Higiene personal

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

V. Higiene en el hogar

➤ Disposición de excremento y orinas (excretas)

Los desechos humanos (excremento y orina) representan un riesgo para la salud si no se dispone sanitariamente, en ellos se encuentra un gran número de microbios transmisores de enfermedades. ⁽²¹⁾

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

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

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

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

El mantenimiento periódico, es decir la extracción de los lodos se utiliza aproximadamente cada dos años ⁽²¹⁾

a. La forma como disponer el agua excedente:

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

b. Cuando sea necesario el foso sanitario se debe

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

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

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

Proteger los alimentos, almacenar y disponer correctamente de los desechos, disponer adecuadamente excretas, hervir el agua durante tres minutos es tiempo suficiente para eliminar cualquier microbio presente, almacene el agua en el mismo recipiente en el que la hirvió. Se debe de tener cuidado con la contaminación causada por las manos, cucharones o tazas sucias, utilice recipientes pequeños en donde el agua pueda hervirse directamente, no es necesario airear el agua, no meta en la olla las manos, tazas o cucharas. ⁽²²⁾

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

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

Utilice recipientes limpios y con tapa, sirva adecuadamente el agua (no utilice cucharones o recipientes sucios).⁽²²⁾

2.2.5. Diagnostico

En la historia clínica de la diarrea es esencial indagar sobre: duración de la enfermedad; características de las deposiciones: consistencia (líquida y disgregada), presencia de otros elementos (mucosidades, sangre, alimentos no digeridos); frecuencia de evacuaciones durante las 24 horas previas; presencia y frecuencia de vómitos; fiebre, irritabilidad, decaimiento, sed; capacidad o no de recibir alimentos y líquidos; tipo y volumen de los alimentos recibidos; normalidad o no de la diuresis. Luego, al practicar el examen físico, es esencial evaluar el estado general del niño, su estado de conciencia, y muy especialmente, el grado de deshidratación, así como la presencia de manifestaciones que puedan impartir un carácter especial al cuadro: distensión abdominal marcada (medición de circunferencia abdominal), disminución de ruidos intestinales, edema, fiebre alta.⁽²³⁾

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.⁽²⁴⁾

2.2.6. Complicaciones

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

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

- Disminución de la ingesta
- Aumento de las pérdidas insensibles.⁽²⁵⁾

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 hiponatremia (sodio sérico < 130 mEq/l), hipernatrémica (sodio sérico > 150 mEq/l) o isonatremica con sodio sérico normal (con mucho, la más frecuente).⁽¹⁹⁾

La depleción de potasio también se puede observar en los niños con diarrea y deshidratación, siendo más acentuada en pacientes desnutridos, con vómitos o diarrea prolongada. La diarrea también provoca acidosis metabólica que suele ser proporcional al grado de deshidratación del paciente y se produce por los siguientes mecanismos:

- a) Pérdida de base por líquido intestinal
- b) Mayor absorción de ion H⁺
- c) Aumento de producción de cuerpos cetónicos
- d) Aumento del metabolismo anaerobio
- e) Disminución de la excreción del ion H⁺, por hipoperfusión renal 1) compensación parcial por hiperventilación.

Otra complicación es el íleo intestinal, secundario a hipocalcemia, o medicamentoso por la administración de antieméticos (atropínicos) o medicamentos que reducen la motilidad (Lopermida, 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.⁽²⁶⁾

	A	B	C
1. Observe: Condición Ojos Lagrimas Boca y lengua Sed	Bien, alerta Normales Presentes Húmedas Bebe normal, sin sed	Intranquilo, irritable Hundidos Ausentes Secas Sediento, bebe ávidamente	Comatoso Hipotónico Muy hundidos y secos Ausentes Muy secas Bebe mal o no es capaz de beber
2. Explore Signo del pliegue	Desaparece rápidamente	Desaparece lentamente	Desaparece muy lento (>2seg)
3. Decida	No tiene signos de deshidratación	Si presenta dos o más signos incluso por lo menos uno, tiene deshidratación	Si presenta dos o más signos incluso por lo menos uno, tiene deshidratación grave. El estado comatoso indica shock
4. Trate	Use el plan A	Use el plan B Pese al niño si es posible	Use el plan C Pese al niño

or la autora-2013

- **Medidas a Realizar**

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

- a) **Tratamiento ambulatorio:** para diarrea aguda sin deshidratación clínica
- b) **Tratamiento en Servicio de Urgencia o en sala de diarrea y hospitalización parcial:** para diarrea aguda con deshidratación moderada
- c) **Hospitalización:** para diarrea grave.⁽²⁶⁾

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

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).⁽²⁷⁾

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, uro cultivo u otros en búsqueda de focos infecciosos que pudieran explicar la presencia de deposiciones líquidas. ⁽²⁰⁾

2.2.7. Prevención

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

Promoción de alimentación adecuada: lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, y parcial hasta los 2 años de edad; Prácticas adecuadas del destete; Uso de agua limpia: abundante y protegida de contaminación; Higiene personal y doméstica adecuada: lavado de manos con jabón y uso de letrinas; Eliminación adecuada de las heces, especialmente de los pañales con deposiciones, y por último, en algunos países: Inmunización contra el sarampión ⁽²⁰⁾

El termino prevención de la enfermedad se utiliza por lo general para designar a las estrategias encaminadas a reducir los factores personales que disminuyan la susceptibilidad a la enfermedad. “La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. ⁽²⁸⁾

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

estrategias, la prevención de la enfermedad se define como una actividad distinta.

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

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

Para Caplan, la prevención es una acción integral con tres niveles de intervención, articulados y simultáneos. ⁽²⁹⁾

I. Prevención Primaria:

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

II. Prevención Secundaria

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

III. Prevención Terciaria (Rehabilitación):

Procura reducir el funcionamiento defectuoso (secuela) y el daño recobrando la posibilidad de reintegración. ⁽³⁰⁾

- **Promoción de alimentación adecuada**

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

2.2.8. Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda

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

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

shock y cuyo objetivo es tratar la deshidratación rápidamente.⁽³¹⁾

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 continúan 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.⁽³¹⁾

• **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:
- 2 Que han sido vistos en un servicio de salud y se les ha encontrado *sin signos de deshidratación*;

- 3 Que han sido tratados en un establecimiento de salud con el plan de tratamiento b o c hasta que se corrigió la deshidratación;
- 4 Que han desarrollado diarrea recientemente, pero que no han visitado un establecimiento de salud. ⁽³¹⁾

Plan de tratamiento A para tratar la diarrea en el hogar
<p>Use este plan para enseñar a la madre a:</p> <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
<p>Explique las tres reglas para el tratamiento de la diarrea en el hogar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. De al niño mas 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 aun no esta 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: <ul style="list-style-type: none"> . Muchas deposiciones acuosas . come o bebe poco . Vomita repentinamente . fiebre . Sed marcadas . Sangre en las heces

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

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

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

- Describa y muestre la cantidad a ser brindada luego de cada deposición diarreica empleando una medida local.
- Muestre a la madre como mezclar la sro.
- Muéstrole 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, dígame 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 contraindicadas 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.⁽³²⁾

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 trisó dicó, di hidratado) en igual concentración (en mili equivalentes), lo que confiere más estabilidad a la fórmula en lugares de elevada temperatura y humedad.

- **Plan B**

Las fases de la terapia son:

Rehidratación: que permite corregir el déficit de agua y electrolitos, hasta la desaparición de los signos de deshidratación.

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

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

–Sodio: 90 mEq/l,

- Potasio: 20 mEq/l,
- Cloruros: 80 mEq/l,
- Citrato: 10 mEq/l,
- Glucosa: 20 gr/l.
- La Os molaridad es de 311 mOsm/Kg.

Más recientemente se ha desarrollado y evaluado otra SRO, de menor Os molaridad que la anterior. Esta formulación, que ha demostrado ser aún una mejor promotora de la absorción de agua y electrolitos 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 Os molaridad 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. ⁽³²⁾

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. ⁽³³⁾

Técnica de administración de soluciones parenterales;

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

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

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

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

En caso de mejoría del estado de shock pasar a plan b de tratamiento con vida suero oral. Y posteriormente a plan a hasta ser dado de alta, siempre que no existan complicaciones o enfermedad subyacentes..⁽²⁴⁾

2.2.9. Estrategia Sanitaria

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

Desarrollar a corto plazo acciones de atención primaria, con amplio nivel de cobertura espacial y poblacional, para controlar los factores de riesgo identificados, ya que la mayor parte de la problemática de salud es evitable.

Concertar con los principales actores sociales, asignando claramente responsabilidades, para ejecutar soluciones integrales participativas dentro de una propuesta de asistencia sanitaria esencial.

Establecer sistemas locales de salud que den atención primaria a grupos prioritarios específicos, en una región geográfica determinada.⁽³⁴⁾

2.2.10. Rol de la Enfermera En La Prevención de EDAS

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

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

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

El profesional de enfermería por ser inherente a su formación y por estar tan cerca de la población y de los pacientes, tiene una vasta experiencia de vida personal y profesional relacionado a la promoción de la salud y prevención de enfermedades; así es reconocido en el contexto internacional el rol que tuvieron las enfermeras en el proceso de erradicación de la viruela, en la erradicación de la circulación del polio virus salvaje en las Américas, así como el rol que actualmente cumplen en el proceso de erradicación del sarampión.⁽³⁴⁾

No podemos olvidar el rol que cumplen en su aporte a la disminución de la mortalidad infantil y neonatal, a través de acciones relacionadas a la atención integral del niño en aspectos

relacionadas al control del crecimiento y desarrollo del niño normal, la recuperación y rehabilitación de los niños con problemas de crecimiento y desarrollo, la promoción de hábitos y estilos de vida saludables, y la detección temprana, el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de enfermedades prevalentes como las enfermedades respiratorias agudas y las **Enfermedades Diarreicas Agudas**, las acciones de promoción de la lactancia materna y los cuidados inmediatos del recién nacido, entre otros. ¹⁵

2.2.11. Teorías de Enfermería que Sustentan la Investigación

a) Nola Pender

Basa su Modelo Promoción de la Salud en la teoría del aprendizaje de Albert Bandura, que defiende la importancia de los procesos cognitivos en la modificación del comportamiento, ²¹ teniendo como pasos del proceso: atención, retención, reproducción y motivación ²². Todo este proceso ocurre en la persona siendo esencial que la enfermera los considere como base para la educación que brinda a la persona; también la teoría de fishbein sobre la acción razonada. Que asegura que la conducta depende de actitudes personales y de normas sociales. (35)

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

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

crecimiento y desarrollo disminuyendo así la vulnerabilidad de los niños a desarrollar EDAs, así como evitar adoptar conductas del riesgo.

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

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

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

saludables y que logren desarrollar conductas preventivas para que desarrollen autocuidado de su propia vida.

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

b) Teoría de Madeleine Leininger:

procede de la antropología y de la enfermería, ha definido la enfermería transcultural como una de las grandes áreas de la enfermería, que se centra en el estudio y el análisis comparado de las diferentes culturas y subculturas del mundo, desde el punto de vista de sus valores asistenciales, de la expresión y convicciones sobre la salud y la enfermedad y de los modelos de conducta, siempre con el propósito de desarrollar una base de conocimientos científicos y humanísticos que permitan una práctica de la atención sanitaria específica de la cultura y / o universal. ⁽³⁶⁾

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

Establece la diferencia entre enfermería transcultural e intercultural, en donde la primera se refiere a los profesionales de enfermería preparados y comprometidos en adquirir un

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

Los cuidados culturales conforman la teoría integral de enfermería más amplia que existe, ya que tiene en cuenta la totalidad y la perspectiva holística de la vida humana y la existencia a lo largo del tiempo, incluyendo factores culturales sociales, la visión del mundo, la historia y los valores culturales, el contexto ambiental, las expresiones del lenguaje y los modelos populares (genéricos) y profesionales. ⁽²⁶⁾

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

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Conocimiento sobre enfermedades diarreicas agudas:** conjunto organizado de información que poseen las madres acerca de los diversos aspectos básicos y conceptuales de las enfermedades diarreicas agudas, los que se adquieren a través de la herencia social y cultural.
- **Enfermedades diarreicas agudas:** se define como el aumento de frecuencia, fluidez y volumen de las deposiciones más de tres veces al día de lo normal para un niño en particular con pérdida variable de agua y electrolitos, cuya duración es menor de 14 días.
- **Morbilidad:** indicador de salud, se refiere a la cantidad de personas o individuos considerados enfermos o víctimas de una enfermedad en un espacio y tiempo determinados. La morbilidad es, entonces, un dato estadístico de altísima importancia para poder comprender la evolución, avance o retroceso de una enfermedad, así también como las razones de su surgimiento y las posibles soluciones.
- **Mortalidad:** es el indicador demográfico que señala el número de defunciones de una población por cada 1.000 habitantes, durante un período determinado generalmente un año.
- **Prevención de la salud :** Es el conjunto de actividades y medidas que se llevan a cabo desde los servicios de salud para evitar la aparición de enfermedades, su desarrollo o evolución y las complicaciones de las mismas actuando sobre las personas tanto en un nivel individual como de la población en general.
- **Promoción de la salud:** Se interpreta como un conjunto de medidas que tienen por objeto mejorar la calidad de vida y el estado de salud de la población.

- **Tratamiento:** Es un conjunto de medios que se utiliza para curar y aliviar una enfermedad.

2.4 HIPÓTESIS

2.4.1. Hipótesis General

- El nivel de conocimiento y actitud tienen los padres de niños menores de 1 año sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas, en el Centro de Salud Señor de los Milagros de Huaycán Sector IUCV 137 – 138, Lima-2013: Es bajo.

2.4.2. Hipótesis Específicas

- El nivel de conocimiento sobre de las fuentes de infección de la enfermedad diarreica aguda que tienen los padres de niños menores de 1 año en el Centro de Salud Señor de los Milagros de Huaycan Sector IUCV 137 – 138, Lima- 2013: Es bajo
- El nivel de conocimiento sobre prevención en la preparación y almacenamiento de los alimentos que tienen padres de niños menores de 1 año en el Centro de Salud Señor de los Milagros de Huaycan Sector IUCV 137 – 138, Lima- 2013: Es bajo.
- El nivel de conocimiento sobre el tratamiento en el hogar de la enfermedad diarreica aguda que tienen los padres de niños menores de 1 año en el Centro de Salud Señor de los Milagros de Huaycan Sector IUCV 137 – 138, Lima- 2013: Es bajo.
- La actitud sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas, que tienen padres de niños menores de 1 año en el Centro de Salud Señor de los Milagros de Huaycan Sector IUCV 137 – 138, Lima- 2013: Es Inadecuada.

2.5. VARIABLES

2.5.1. Definición Conceptual de las Variables

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

- **Actitud sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas:** La actitud es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas. En este sentido, puede considerarse como cierta forma de motivación social -de carácter, por tanto, secundario, frente a la motivación biológica, de tipo primario- que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas. Eiser[1] define la actitud de la siguiente forma: predisposición aprendida a responder de un modo consistente a un objeto social.

2.5.2. Definición Operacional de las Variables

- **Nivel de conocimiento sobre la enfermedad diarreica aguda:** Es la determinación del conocimiento sobre la diarrea, en el aspecto preventivos y tratamiento que tienen padres de niños menores de 1 año en el Centro de Salud Señor de los Milagros de Huaycan Sector IUCV 137 – 138, Lima-2013 : Esteniendo una medición de alto, medio y bajo, el cual será medido mediante la aplicación de un cuestionario, calificado en conocimiento alto, medio y bajo.

- **Actitud sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas:** La actitud es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas. Esta forma de actuar evidencia las prácticas que tienen los padres de familia frente a la prevención y

tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas, las cuales tendrá una medición de adecuadas e inadecuadas.

2.5.3. Operacionalización de las Variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
conocimiento sobre la prevención y tratamiento de la EDAs	Es la determinación de cuanto conocen los padres sobre la enfermedad diarreica infantil	Es la determinación del conocimiento sobre la diarrea, Aspecto preventivos y tratamiento que tienen los padres de familia, clasificado como alto, medio y bajo.	Conocimientos Generales	<ul style="list-style-type: none"> - Idéntica un episodio diarreico - Reconocimiento de signos y síntomas. - Complicaciones de La diarrea. 	Nominal
			Prevención sobre las fuentes de infección.	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de servicios básicos - Hacinamiento - Higiene personal - Higiene en el hogar. - Lavado de manos - Consumo de agua 	Nominal
			Prevención en la preparación y almacenamiento de los alimentos.	<ul style="list-style-type: none"> -Higiene en la Manipulación de alimentos. - Conservación de los alimentos 	Nominal
			Prevención de la deshidratación	<ul style="list-style-type: none"> -Reconocer signos de alarma. - Hidratación Oral - Alimentación 	Nominal
			Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> -Tratamiento casero. -Suero de rehidratación oral -Automedicación 	Nominal

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Practica sobre la prevención y tratamiento de la EDA	Es la forma de actuar de los padres de familia sobre la prevención y tratamiento de las EDAS	Esta forma de actuar evidencia las prácticas que tienen los padres de familia frente a la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas, las cuales tendrá una medición de adecuadas e inadecuadas.	Fuentes de información	<ul style="list-style-type: none"> - Información en el Centro de Salud - Información recibida por medios audiovisuales - información recibida mediante charlas y/o capacitación. 	Nominal
			Prevencción en la preparación y almacenamiento de los alimentos.	<ul style="list-style-type: none"> - Higiene persona - Higiene en el hogar. - Lavado de mano - Consumo de agua Higiene en la Manipulación de alimentos. - Conservación de los alimentos 	Nominal
			Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Reconocer adecuadamente los signos de alarma. - Realiza Hidratación Oral adecuadamente - Alimentación adecuada para el niño con EDA - prepara el Tratamiento casero adecuadamente - administra adecuadamente el Suero de rehidratación oral. 	Nominal
					Nominal
					Nominal

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 ESTUDIO

El Centro de salud Señor de los Milagros se encuentra ubicado en la Avenida 15 de Julio s/n Zona G Huaycán

3.3. POBLACION Y MUESTRA

POBLACION:

La población está conformada por 300 padres de familias con niños menores de 1 año que acuden al Centro de Salud Señor de los Milagros – Huaycán, Sector I UCV 137 – 138, Lima- 2013.

MUESTRA:

Se eligió de forma no aleatoria a 64 padres de familias con niños menores de 1 año que acuden al Centro de Salud Señor de los Milagros – Huaycán, Sector I UCV 137 – 138, Lima- 2013.

3.4. TECNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

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

- Conocimientos generales.
- Fuentes de información
- Almacenamiento y preparación de los alimentos
- Tratamiento

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

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

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

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

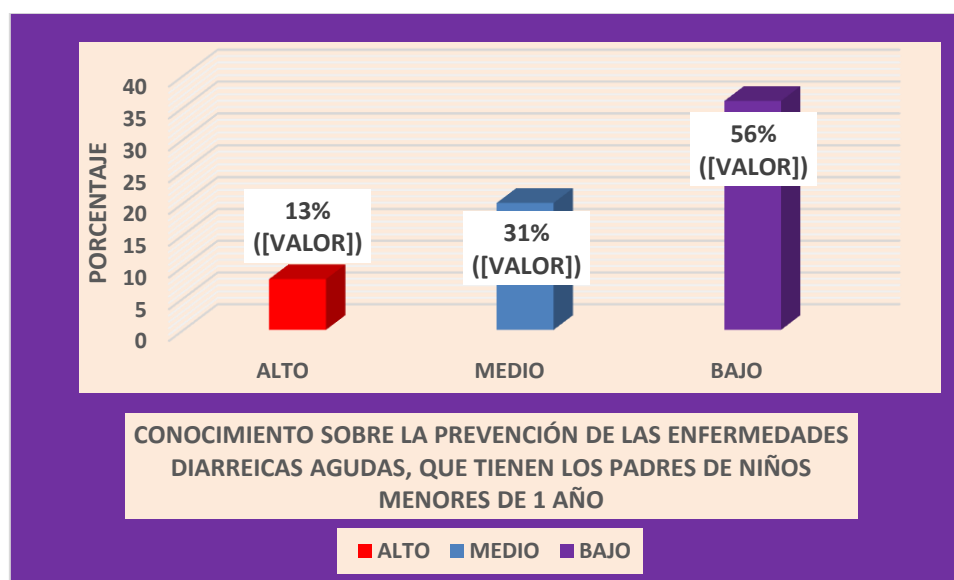
3.6. PLAN DE RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Se realizaron los trámites administrativos para obtener la autorización de las autoridades del Centro de Salud I Señor de los Milagros – Huaycán, Sector I UCV 137 – 138, Lima

CAPITULO IV: RESULTADOS

GRAFICO 1

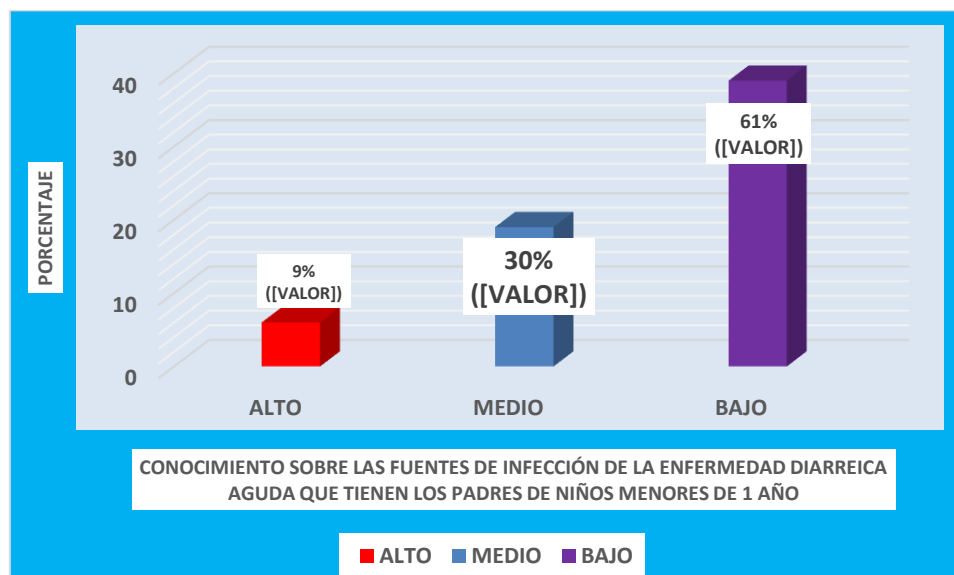
CONOCIMIENTO SOBRE LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS, QUE TIENEN LOS PADRES DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO EN EL CENTRO DE SALUD SEÑOR DE LOS MILAGROS – HUAYCÁN, SECTOR I UCV 137-138, LIMA -2013



Según los resultados presentados en la Grafica 1, el nivel de conocimiento sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas, que tienen los padres de los niños menores de 1 año en el Centro de Salud Señor de los Milagros- Huaycán Sector I UCV 137-138, Lima, es Bajo en un 56%(36), Medio en un 31%(20) y Alto en un 13%(8). Estos niveles de conocimientos se presentan por las respuestas que se señalan: No conoce que es la diarrea infantil tampoco conoce sobre los signos, síntomas y complicaciones de una diarrea.

GRAFICO 2

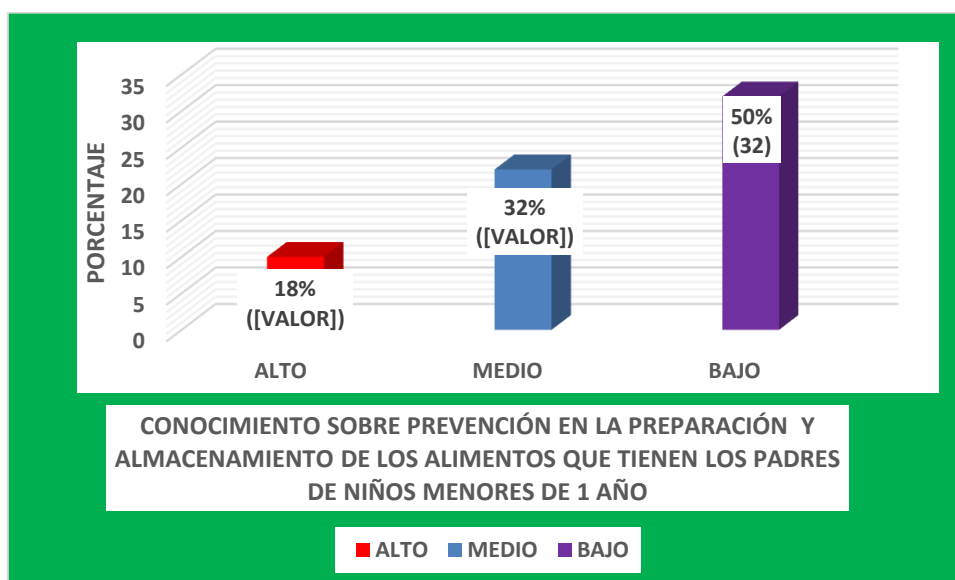
CONOCIMIENTO SOBRE LAS FUENTES DE INFECCIÓN DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA QUE TIENEN LOS PADRES DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SEÑOR DE LOS MILAGROS – HUAYCÁN, SECTOR I UCV 137 – 138, LIMA- 2013



Según los resultados presentados en la Grafica 2, el nivel de conocimiento sobre las fuentes de infección de las enfermedades diarreicas agudas, que tienen los padres de los niños menores de 1 año en el Centro de Salud Señor de los Milagros- Huaycán Sector I UCV 137-138, Lima, es Bajo en un 61%(39), Medio en un 30%(19) y Alto en un 9%(6). Estos niveles de conocimientos se presentan por las respuestas que se señalan: Su vivienda cuenta con servicio de alcantarillado ni con abastecimiento de agua, elimina la basura de 1 a 3 veces por semana.

GRAFICA 3

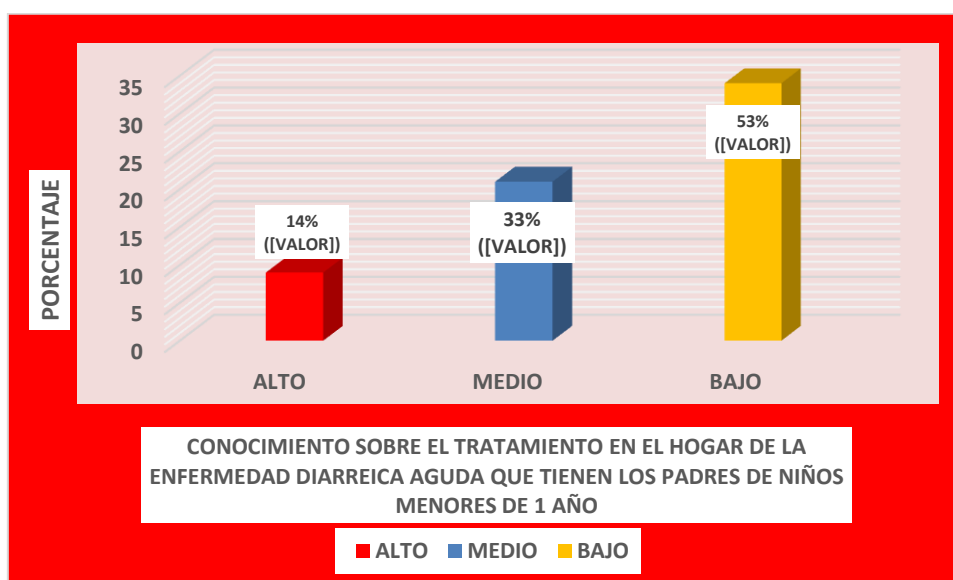
CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN EN LA PREPARACIÓN Y ALMACENAMIENTO DE LOS ALIMENTOS QUE TIENEN LOS PADRES DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO EN EL CENTRO DE SALUD SEÑOR DE LOS MILAGROS – HUAYCÁN, SECTOR I UCV 137 – 138,LIMA- 2013



Según los resultados presentados en la Grafica 3, el nivel de conocimiento sobre prevención en la preparación y almacenamiento de los alimentos en la prevención de enfermedades diarreicas agudas, que tienen los padres de los niños menores de 1 año en el Centro de Salud Señor de los Milagros- Huaycán Sector I UCV 137-138, Lima, es Bajo en un 50%(32), Medio en un 32%(22) y Alto en un 18%(10). Estos niveles de conocimientos se presentan por las respuestas que se señalan: No saben cuál es el Tipo de alimentación frente a un cuadro diarreico, asimismo no saben hasta qué edad le debe brindar lactancia materna Exclusiva a su hijo.

GRAFICA 4

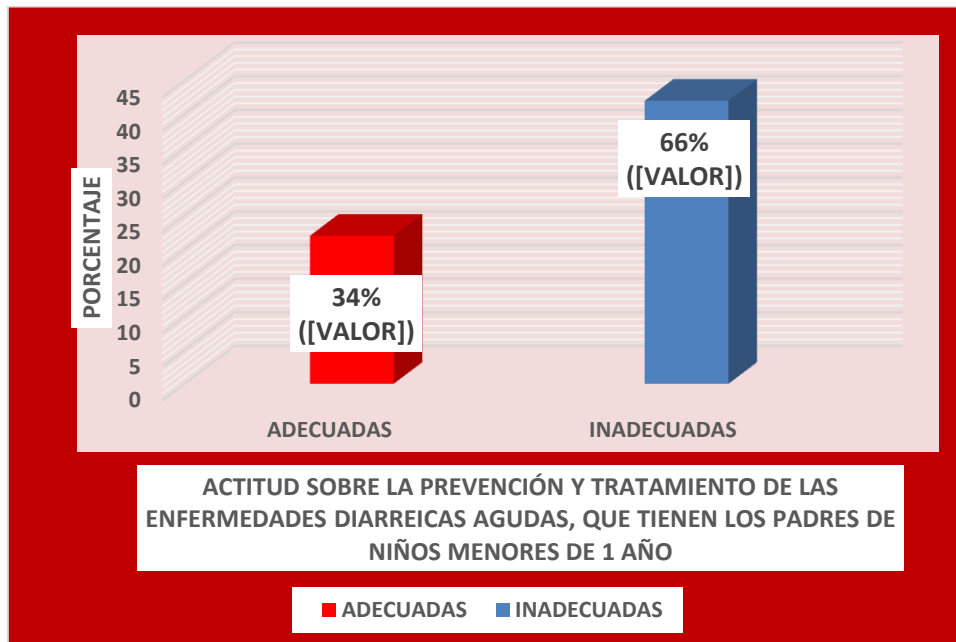
CONOCIMIENTO SOBRE EL TRATAMIENTO EN EL HOGAR DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA QUE TIENEN LOS PADRES DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO, EN EL CENTRO DE SALUD SEÑOR DE LOS MILAGROS – HUAYCÁN, SECTOR I UCV 137 – 138,LIMA- 2013



Según los resultados presentados en la Grafica 4, el nivel de conocimiento sobre el tratamiento en el hogar en la prevención de enfermedades diarreicas agudas, que tienen los padres de los niños menores de 1 año en el Centro de Salud Señor de los Milagros- Huaycán Sector I UCV 137-138, Lima, es Bajo en un 53%(34), Medio en un 33%(21) y Alto en un 14%(9). Estos niveles de conocimientos se presentan por las respuestas que se señalan: No utiliza sueros caseros ni brinda infusiones, no utiliza sales de rehidratación oral, se auto medica frente a un cuadro diarreico.

GRAFICA 5

ACTITUD SOBRE LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS, QUE TIENEN LOS PADRES DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO, EN EL CENTRO DE SALUD SEÑOR DE LOS MILAGROS – HUAYCÁN, SECTOR I UCV 137 – 138, LIMA- 2013



Según los resultados presentados en la Grafica 5, el nivel Actitud sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas, que tienen los padres de los niños menores de 1 año en el Centro de Salud Señor de los Milagros- Huaycán Sector I UCV 137-138, Lima, es Inadecuada en un 66%(42), y Adecuadas en un 34%(22).

PRUEBA DE HIPOTESIS

Prueba de la Hipótesis General:

Ha: El nivel de conocimiento y actitud tienen los padres de niños menores de 1 año sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas, en el Centro de Salud Señor de los Milagros de Huaycán Sector IUCV 137 – 138, Lima-2013: Es Bajo.

Ho: El nivel de conocimiento y actitud tienen los padres de niños menores de 1 año sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas, en el Centro de Salud Señor de los Milagros de Huaycán Sector IUCV 137 – 138, Lima-2013: No es Bajo.

Ha ≠ Ho

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

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

	ALTO	MEDIO	BAJO	TOTAL
Observadas	8	20	36	64
Esperadas	21	21	22	
$(O-E)^2$	169	1	196	
$(O-E)^2/E$	8,05	0,05	8,91	

De acuerdo a los resultados presentados en la Tabla 1, el valor obtenido del Chi Cuadrado Calculado (X_C^2) es de 17,01; siendo el valor obtenido del Chi Cuadrado de Tabla (X_T^2) de 5,53; como el Chi Cuadrado de Tabla es menor que el Chi Cuadrado Calculado ($X_T^2 < X_C^2$), entonces se rechaza la Hipótesis Nula (Ho) y se acepta la Hipótesis Alterna (Ha).

Siendo cierto que: El nivel de conocimiento y actitud tienen los padres de niños menores de 1 año sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas, en el Centro de Salud Señor de los Milagros de Huaycán Sector IUCV 137 – 138, Lima-2013: Es Bajo.

DISCUSION DE RESULTADOS

OBJETIVO GENERAL

El nivel de conocimiento sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas, que tienen los padres de los niños menores de 1 año en el Centro de Salud Señor de los Milagros- Huaycán Sector I UCV 137-138, Lima, es Bajo en un 56%(36), Medio en un 31%(20) y Alto en un 13%(8). Estos niveles de conocimientos se presentan por las respuestas que se señalan: No conoce que es la diarrea infantil tampoco conoce sobre los signos, síntomas y complicaciones de una diarrea. Coincidiendo con Delgado (2010) El autor llegó a las siguientes 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. Coincidiendo además con Grados (2010) Obtuvo como resultado; que el nivel de conocimiento que tienen las madres sobre las enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años, es de un nivel bajo, en un 52%, un 28% tienen un conocimiento medio; y solo un 20% tienen conocimiento alto. El nivel de conocimiento sobre las enfermedades diarreicas agudas respecto a los factores predisponentes, alimentación, aspectos preventivos y tratamiento; encontrando que existe un bajo nivel de conocimientos en estas dimensiones en un 60%, con un 48%, no reconocen los factores predisponentes y la alimentación adecuada y el 36% no conocen el tratamiento durante un cuadro diarreico agudo. Se rechaza la hipótesis planteada, donde se afirma que el nivel de conocimiento acerca de la enfermedad diarreica aguda que tienen las madres en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, mayo-junio 2010 es media.

OBJETIVO ESPECIFICO 1

El nivel de conocimiento sobre las fuentes de infección de las enfermedades diarreicas agudas, que tienen los padres de los niños menores de 1 año en el Centro de Salud Señor de los Milagros- Huaycán Sector I UCV 137-138, Lima, es Bajo en un 61%(39), Medio en un 30%(19) y Alto en un 9%(6). Estos niveles de conocimientos se presentan por las respuestas que se señalan: Su vivienda cuenta con servicio de alcantarillado ni con abastecimiento de agua, elimina la basura de 1 a 3 veces por semana. Coincidiendo con Lafontaine, Duran 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

El nivel de conocimiento sobre prevención en la preparación y almacenamiento de los alimentos en la prevención de enfermedades diarreicas agudas, que tienen los padres de los niños menores de 1 año en el Centro de Salud Señor de los Milagros- Huaycán Sector I UCV 137-138, Lima, es Bajo en un 50%(32), Medio en un 32%(22) y Alto en un 18%(10). Estos niveles de conocimientos se presentan por las respuestas que se señalan: No saben cuál es el Tipo de alimentación frente a un cuadro diarreico, asimismo no saben hasta qué edad le debe brindar lactancia materna Exclusiva a su hijo. Coincidiendo con Fernández y Delgado (2005) 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. Coincidiendo además con Cerna (2010) obtuvo los siguientes resultado: Existe un mínimo porcentaje de madres que tienen un adecuado conocimiento sobre las características de las diarreas, las causas etc., como medidas preventivas en caso se presente en sus niños menores de 5 años; La relación entre conocimientos y actitudes sobre la prevención y tratamiento de enfermedades diarreicas agudas demostró que; mientras exista un alto porcentaje de madres con conocimientos bajos sobre la enfermedad en estudio, serán las que tengan mayor actitud negativa con respecto a la prevención y tratamiento de la enfermedad; Los resultados demuestran que son muy pocas las madres que tienen un adecuado conocimiento sobre las medidas preventivas y el tratamiento de la enfermedad; demostrando que existe un número significativo de madres (60%), que desconocen que la administración de líquidos, administración de leche materna, administración de comidas fraccionadas y preparación de panetelas forman parte del tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas en sus niños menores de 5 años; Las madres realizan prácticas inapropiadas 80%, sobre tratamiento de EDA ya que son prácticas aprendidas por sus padres de generación en generación. estos resultados reflejan que la madre no sabe cómo tratar a su niños menor de 5 años con Diarrea adoptando una actitud negativa.

OBJETIVO ESPECIFICO 3

El nivel de conocimiento sobre el tratamiento en el hogar en la prevención de enfermedades diarreicas agudas, que tienen los padres de los niños menores de 1 año en el Centro de Salud Señor de los Milagros- Huaycán Sector I UCV 137-138, Lima, es Bajo en un 53%(34), Medio en un 33%(21) y Alto en un 14%(9). Estos niveles de conocimientos se presentan por las respuestas que se señalan: No utiliza sueros caseros ni brinda infusiones, no utiliza sales de rehidratación oral, se auto medica frente a un cuadro diarreico. Coincidiendo con Miranda y Otros (2012) Los resultados fueron los siguientes: Se evaluaron

194 pacientes, 57% hombres y 43% mujeres. El 43% correspondió a lactantes entre 6 y 12 meses y el 42% a niños entre 1 a 5 años. Fueron 84% eutróficos. El 61% recibió lactancia materna exclusiva y 22% automedicación antibiótica previa. Ingresaron con deshidratación moderada 88%, leve 10% y severa 2%. De 16 cuadros diarreicos disintéricos, 15 recibieron antibióticos. De 178 casos de diarrea acuosa, 80 tuvieron reacción inflamatoria positiva compatible con etiología bacteriana, todos recibieron antibióticos, mientras que 98 fueron virales por reacción inflamatoria negativa, 73 de las cuales no recibieron antibióticos y 25 sí por mala evolución. Faltan pruebas diagnósticas rápidas para rotavirus, y otras como lactoferrina fecal, 2 Hay subutilización de suero de rehidratación oral, Abuso terapia endovenosa y otros medicamentos como antieméticos, No se cumple con realimentación temprana, Abuso en prescripción antibióticos. Coincidiendo además con Duran (2011) Los resultados de la investigación demostraron que el nivel de conocimiento sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas, que tienen los padres de familia de niños menores de 5 años de edad del Asentamiento Humano Contigo Perú, Huaral – 2011, es medio en un 39%, equivalente a 25 padres de familia, seguido de un nivel de conocimiento bajo con un 31%, equivalente a 20 padres de familia y un 30%, equivalente a 19 padres de familia tienen un nivel de conocimiento bajo. Ante la prueba de riesgo, el tener un nivel de conocimiento bajo en los padres de familia, se constituye en riesgo muy elevado para sus niños menores de 5 años (OR=8), es decir, existe 8 veces más riesgo que los niños presenten enfermedades diarreicas agudas si sus padres no tienen un nivel de conocimiento adecuado sobre la prevención tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas.

OBJETIVO ESPECIFICO 4

El nivel Actitud sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas, que tienen los padres de los niños menores de 1 año en el Centro de Salud Señor de los Milagros- Huaycán Sector I UCV 137-138, Lima, es Inadecuada en un 66%(42), y Adecuadas en un 34%(22).

CONCLUSIONES

PRIMERO

El nivel de conocimiento sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas, que tienen los padres de los niños menores de 1 año en el Centro de Salud Señor de los Milagros- Huaycán Sector I UCV 137-138, Lima, es Bajo. Este nivel de conocimientos se presentan por las respuestas que se señalan: No conoce que es la diarrea infantil tampoco conoce sobre los signos, síntomas y complicaciones de una diarrea. Se comprobó estadísticamente mediante el Chi Cuadrado con un valor de 17,01 y un nivel de significancia de valor $p < 0,05$.

SEGUNDO

El nivel de conocimiento sobre las fuentes de infección de las enfermedades diarreicas agudas, que tienen los padres de los niños menores de 1 año en el Centro de Salud Señor de los Milagros- Huaycán Sector I UCV 137-138, Lima, es Bajo. Estos niveles de conocimientos se presentan por las respuestas que se señalan: Su vivienda cuenta con servicio de alcantarillado ni con abastecimiento de agua, elimina la basura de 1 a 3 veces por semana.

TERCERO

El nivel de conocimiento sobre prevención en la preparación y almacenamiento de los alimentos en la prevención de enfermedades diarreicas agudas, que tienen los padres de los niños menores de 1 año en el Centro de Salud Señor de los Milagros- Huaycán Sector I UCV 137-138, Lima, es Bajo. Este nivel de conocimiento se presenta por las respuestas que se señalan: No saben cuál es el Tipo de alimentación frente a un cuadro diarreico, asimismo no saben hasta qué edad le debe brindar lactancia materna Exclusiva a su hijo.

CUARTO

El nivel de conocimiento sobre el tratamiento en el hogar en la prevención de enfermedades diarreicas agudas, que tienen los padres de los niños menores de 1 año en el Centro de Salud Señor de los Milagros- Huaycán Sector I UCV 137-138, Lima, es Bajo. Estos niveles de conocimientos se presentan por las

respuestas que se señalan: No utiliza sueros caseros ni brinda infusiones, no utiliza sales de rehidratación oral, se auto medica frente a un cuadro diarreico.

QUINTO

El nivel Actitud sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas, que tienen los padres de los niños menores de 1 año en el Centro de Salud Señor de los Milagros- Huaycán Sector I UCV 137-138, Lima, es Inadecuada.

RECOMENDACIONES

Promover en las enfermeras en el Centro de Salud Señor de los Milagros-Huaycán Sector I UCV 137-138, Lima, el cumplimiento de acciones preventivo-promocionales en el primer nivel de atención, a los padres o personas responsables del cuidado del niño en el hogar, enfatizando el reconocimiento de los signos de alarma, fuentes de riesgo, medidas preventivas y tratamiento en el hogar de las EDA, disminuyendo de esta manera sus eventuales complicaciones.

Desarrollar propuestas que capaciten a los padres de familia sin perder la esencia de su tradición (creencias, actitudes y costumbres) y plantear estrategias educativas innovadoras como las jornadas familiares, grupos e Interaprendizaje familiar y otros, a través en un enfoque territorial y ecológico en alianzas estratégicas. que mejoren los conocimientos acerca de las EDA.

Promover una mejor relación de la enfermera con los padres de familia, que permita mejorar los conocimientos y actitudes del conjunto de padres que necesitan del apoyo y orientación profesional en salud, para atender a sus menores hijos en el caso de las EDA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vilca B. Guías de práctica clínica para la atención de las patologías más frecuentes y cuidados esenciales del niño y la niña. Perú 2006.
2. MINSA .Boletín epidemiológico.Vol.17 (22) 2008.
3. 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
4. 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.
5. Macías Fernández, Juan Pablo y delgado Mantuano, Yandri Alexander en la ciudad de. Incidencias de síndrome diarreico agudo por rotavirus en menores de 5 años ingresados en el Hospital Verdi Cevallos Balda.Manabí-Ecuador en 2005
6. Javier Miranda Candelario¹, Rómulo Huamaní Egocheaga¹, Katy Ordoñez Tanchiva¹, Melitina Campos Luyo¹, Cecilia Campos Noriega¹ Manejo de la enfermedad diarreica aguda en niños hospitalizados en el Hospital III Grau EsSalud; 2008.
7. Duran Luis Roxana Abigail. nivel de conocimiento sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas, que tienen los padres de familia de niños menores de 5 años de edad del Asentamiento humano contigo Perú, Huaral; 2011.
8. Cerna Tello, Carmen Milagros. “nivel de conocimientos y actitudes sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas en

madres de niños menores de 5 años en el AA.HH. Señor de la soledad – chancay; 2010.

9. José Eduardo Grados Flores; “Nivel de conocimiento sobre enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años, que tienen las madres en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Mayo-Junio 2010.
10. Bunge, Mario, la ciencia su método y su filosofía. Edt. 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 Pediátrica, 1964; 36(2): 30.
13. Rodríguez, A.. Psicología Social. México: Trillas. ISBN; 1999.
14. Cáceres Dc, Estrada E, De Antonio R, Peláez D. La enfermedad diarreica aguda: un reto para la salud pública. Rev Panam Salud Pública. 2005; 17(1):6–1.
15. MINSA .Boletín epidemiológico.Vol.17 (22) 2009 . Pág. 25-35.
16. Organización Panamericana de la Salud. “Guías básicas de tecnologías apropiadas en agua potable y saneamiento básico” España: 2003. pp.25
17. Organización Panamericana de la Salud. “Hacia una vivienda saludable: Que viva mi hogar: Manual para el agente comunitario” pp 56.
18. Organización Panamericana de la Salud. “Guías básicas de tecnologías apropiadas en agua potable y saneamiento básico” segunda edición actualizada Colombia, Ginebra; 2001.
19. Organización Panamericana de la Salud. “Hacia una vivienda saludable: Que viva mi hogar: Manual para el agente comunitario” pp 56

20. OPS/OMS Manual de Tratamiento de la Diarrea". Serie Paltex N° 13. Organización Panamericana de la Salud. Edit. OPS/OMS, 1987
21. OPS/OMS Manual de Tratamiento de la Diarrea". Serie Paltex N° 13. Organización Panamericana de la Salud. Edit. OPS/OMS, 1987.
22. Herrera Morales, Gísler, Donet Díaz, Dewys, Triana Pérez, Israel. "Estrategia de capacitación para reducir las enfermedades diarreicas agudas en niños menores de un año" Perú. (2008)
23. Encizo, Rolando Rafael. "Actitudes de las madres frente a la diarrea en niños menores de cinco años de edad, en el pueblo joven Bayovar" 2006.
24. Bautista, Bárbara; Cortes C., Gloria. "Conocimiento de las madres acerca de la prevención y manejo de la enfermedad diarreica aguda". Mayo-julio 2007
25. Kramer B, Kanof A. Revisión histórica de la diarrea. Rev Cubana Pediatría, 1964; 36(2): 30.
26. Suarez L. Gastroenteritis aguda: Rehidratación oral y Tx nutricional An. Esp. Pediatr 2001; 55: 2-4.
27. Giannella RA; Broitman S, Zamcheck N. Gastric acid barrier to ingested microorganisms in man: studies in vivo and in Vitro. GUT. 1972; 13; 251-256.
28. Provisional Comité on Quality; Subcomité en Gastroenteritis aguda. Manejo de Gastroenteritis. Ayuda en niños pequeños. AAP. 2005.
29. Lara E. Gastroenteritis, antibióticos y estancia hospitalaria. Archivos de Investigación Pediátrica de México 1999; 2.
30. Alarcón P. Manejo de la diarrea aguda en lactantes y niños. Rev. Gastroenterología del Perú. 1997; 17 supl 1.

31. Manrique S. Abuso de antibióticos en pacientes con gastroenteritis por rotavirus en pediatría. *Anales médicos* 2004; 49:24-28.
32. Eiser, J.R. *Psicología Social*. Madrid: valencia. ISBN; España;1999.
33. Uso racional medicamentos en el manejo de la diarrea aguda en niños. Serie. Paltex. N° 23. Organización Panamericana de la Salud. Edit. OPS/OMS, 1991.
34. Delpiano L, Tejerina H, Cona E, Avilés C. Patrones de susceptibilidad in vitro y comportamiento clínico de Shigella. *Rev. Chil infectol* 2001; 180: 101-107
35. Ann Marriner Tomey, *Modelos y Teorías en Enfermería*, cuarta edición. Pp. 400.
36. Madeleine Leninger, *Modelos y Teorías en Enfermería*, cuarta edición. Pp. 400

ANEXOS

ANEXO Nº 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL PROYECTO DE INVESTIGACION

TITULO: “CONOCIMIENTO Y ACTITUD QUE TIENEN LOS PADRES DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO SOBRE LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN EL CENTRO DE SALUD SEÑOR DE LOS MILAGROS – HUAYCÁN, SECTOR I UCV 137 – 138, LIMA- 2013

BACHILLER: YOLANDA SILVA YPANAQUE.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimiento y actitud de los padres de menores de 1 año sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas, en el Centro de Salud Señor de los Milagros – Huaycán, Sector I UCV 137 – 138, Lima-2013</p> <p>Problemas Específicos</p> <p>¿Cuál es el nivel de</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar el nivel de conocimiento y actitud sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas, que tienen los padres de niños menores de 1 año en el Centro de Salud Señor de los Milagros – Huaycán, Sector I UCV 137 – 138,Lima-2013</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Identificar el nivel de conocimiento sobre de las fuentes de infección de la enfermedad diarreica aguda que tienen los padres de niños menores de 1 año que acuden al Centro de Salud Señor de los Milagros – Huaycán, Sector I UCV 137 – 138,Lima-2013</p> <p>Identificar el nivel de conocimiento sobre prevención en la preparación y almacenamiento de los alimentos que tienen</p>	<p style="text-align: center;">□</p> <p>Hipótesis General</p> <p>El nivel de conocimiento y actitud tienen los padres de niños menores de 1 año sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas, en el Centro de Salud Señor de los Milagros de Huaycan Sector I UCV 137 – 138, Lima- 2013 : Es medio.</p> <p>Hipótesis Específicas</p> <p>El nivel de conocimiento sobre de</p>	<p>VI. Conocimiento sobre la prevención y tratamiento de la EDA</p>	<p>Conocimientos Generales</p> <p>Prevención sobre las fuentes de infección.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifica un episodio diarreico ▪ -Reconocimiento de signos y síntomas. ▪ Complicaciones de La diarrea. ▪ Falta de servicios básicos ▪ Hacinamiento ▪ Higiene personal ▪ Higiene en el hogar. ▪ Lavado demanos ▪ consumo de agua ▪ Higiene en la Manipulación de alimentos. ▪ Conservación d e los alimentos

<p>conocimiento de los padres de menores de 1 año sobre las fuentes de infección de la enfermedad diarreica aguda en el Centro de Salud Señor de los Milagros – Huaycán, Sector I UCV 137 – 138, Lima- 2013</p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimiento de los padres de menores de 1 año sobre la preparación y almacenamiento de los alimentos para la Prevención de las EDAs en el Centro de Salud Señor de los Milagros – Huaycán, Sector I UCV 137 – 138, Lima- 2013</p>	<p>los padres de niños menores de 1 año en el Centro de Salud Señor de los Milagros – Huaycán, Sector I UCV 137 – 138,Lima- 2013</p> <p>Determinarel nivel de conocimiento sobre el tratamiento en el hogar de la enfermedad diarreica aguda que tienen los padres de niños menores de 1 año, en el Centro de Salud Señor de los Milagros – Huaycán, Sector I UCV 137 – 138,Lima- 2013</p> <p>Conocer la actitud sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas, que tienen los padres de niños menores de 1 año, en el Centro de Salud Señor de los Milagros – Huaycán, Sector I UCV 137 – 138,Lima- 2013</p>	<p>las fuentes de infección de la enfermedad diarreica aguda que tienen los padres de niños menores de 1 año en el Centro de Salud Señor de los Milagros de Huaycan Sector I UCV 137 – 138, Lima- 2013 : Es bajo</p> <p>El nivel de conocimiento sobre prevención en la preparación y almacenamiento de los alimentos que tienen padres de niños menores de 1 año en el Centro de Salud Señor de los Milagros de Huaycan Sector I UCV 137 – 138, Lima- 2013: Es medio.</p> <p>El nivel de conocimiento sobre el tratamiento en el hogar de la enfermedad</p>	<p>VD.</p> <p>Practica sobre la prevención y tratamiento de la EDA</p>	<p>Prevención en la preparación y almacenamiento de los alimentos.</p> <p>Prevención de la deshidratación</p> <p>Tratamiento</p> <p>Fuentes de información</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Casos reportados de forma verbal ▪ Frecuencia de atención medicas • Reconocer signos de alarma. • Hidratación Oral • Alimentación • Tratamiento casero. • Suero de rehidratación oral • Automedicación • Información en el Centro de Salud • Información recibida por medios audiovisuales • información recibida mediante charlas y/o capacitación. • Higiene persona • Higiene en el hogar. • Lavado de mano • Consumo de agua
--	---	--	--	--	--

<p>¿Cuál es el nivel de conocimiento de los padres de niños menores de 1 año sobre el tratamiento en el hogar de las EDAs. En el Centro de Salud Señor de los Milagros – Huaycán, Sector I UCV 137 – 138, Lima- 2013?</p> <p>¿Cuál es la actitud sobre la prevención y tratamiento de las EDAs, que tienen los padres de niños menores de 1 año en el Centro de Salud Señor de los Milagros – Huaycán, Sector I UCV 137 – 138, Lima- 2013</p>		<p>diarreica aguda que tienen los padres de niños menores de 1 año en el Centro de Salud Señor de los Milagros de Huaycan Sector I UCV 137 – 138, Lima- 2013: Es bajo.</p> <p>La actitud sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas, que tienen padres de niños menores de 1 año en el Centro de Salud Señor de los Milagros de Huaycan Sector I UCV 137 – 138, Lima- 2013: Es adecuada.</p>		<p>Prevención en la preparación y almacenamiento de los alimentos.</p> <p>Tratamiento</p>	<p>Higiene en la Manipulación de alimentos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conservación de los alimentos • Reconocer adecuadamente los signos de alarma. • Realiza Hidratación Oral adecuadamente • Alimentación adecuada para el niño con EDA • prepara el Tratamiento casero adecuadamente • administra adecuadamente el Suero de rehidratación oral.
---	--	---	--	---	---

METODOLOGÍA	INSTRUMENTO
<p>TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN</p> <p>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 los padres realizan frente a un cuadro diarreico infantil.</p> <p>POBLACIONY MUESTRA</p> <p>POBLACION:</p> <p>La población está conformada por 300 padres de familias con niños menores de 1 año que acuden al Centro de Salud Señor de los Milagros – Huaycán, Sector I UCV 137 – 138, Lima- 2013.</p> <p>MUESTRA:</p> <p>Se eligió de forma no aleatoria a 64 padres de familias con niños menores de 1 año que acuden al Centro de Salud Señor de los Milagros – Huaycán, Sector I UCV 137 – 138, Lima- 2013.</p>	<p>TECNICAS E INSTRUMENTOS</p> <p>Se utilizó como técnica la entrevista-encuesta y el instrumento fue el cuestionario. El instrumento estará dirigido a los padres y consta de las siguientes partes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Conocimientos generales. <input type="checkbox"/> Fuentes de información <input type="checkbox"/> Almacenamiento y preparación de los alimentos <input type="checkbox"/> Tratamiento <p>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.</p> <p>VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO</p> <p>El instrumento fue sometido a la evaluación de Juicio de Expertos para determinar su validez, teniendo como participantes a licenciadas en enfermería en la especialidad de Pediatría, llegando a obtener 0.843 cuyas opiniones y recomendaciones sirvieron para mejorar el instrumento.</p> <p>Para determinar la confiabilidad se aplicaron formulas estadísticas tales como el Coeficiente de Alfa de Crombach para la confiabilidad de conocimientos teniendo un puntaje de 1.00, indicando que el instrumento es confiable.</p> <p>PLAN DE RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE DATOS</p> <p>Se realizaron los trámites administrativos para obtener la autorización de las autoridades del Centro de Salud I Señor de los Milagros – Huaycán, Sector I UCV 137 – 138, Lima</p>

ANEXO N° 02

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

I. INTRODUCCIÓN

El presente cuestionario tiene por finalidad recoger información con respecto a la “Conocimiento y actitud sobre la prevención y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda que tienen los padres de familias con niños menores de 1 año en el Centro de Salud Señor de los Milagros – Huaycán, Sector I UCV 137 – 138, Lima- 2013. Para lo cual Usted encontrará 20 preguntas las cuales marcará la respuesta conveniente, es de carácter anónimo.

II. INSTRUCCIONES:

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de cuanto conoce sobre las enfermedades diarreicas agudas (EDAs). Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos según cuanto sabe de esta enfermedad. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia experiencia.

III. DATOS GENERALES

Edad

- a) 18 años a menos ()
- b) 19 a 20 años ()
- c) 30 años ()

Sexo

- a) masculino ()
- b) femenino ()

Grado de Instrucción

- a) Primaria. ()

- B) Secundaria ()
C) Superior ()

Ocupación: _____

I. CONOCIMIENTOS GENERALES:

- 1) ¿Conoce que es la diarrea infantil?
- a) Presencia de dolores estomacales ()
 - b) Fiebre, nauseas, sed insaciable ()
 - c) Presencia de deposiciones liquidas, mayor de 3 veces en 24 horas ()
 - d) Ausencia de deposiciones, estreñimiento ()
- 2) ¿Signos y síntomas de una diarrea?
- a) Vómitos y fiebre ()
 - b) Cólicos estomacales, dolores musculares ()
 - c) Retortijones abdominales, sensación imperiosa de defecar ()
 - d) Estreñimiento y mareos ()
- 3) ¿Cuáles son las complicaciones de la diarrea?
- a) Deshidratación y pérdida de peso ()
 - b) Neumonía y tuberculosis ()
 - c) Desnutrición e infecciones estomacales ()
 - d) Neumonía y Shock ()

II. FUENTES DE INFECCION:

- 4) ¿Su vivienda cuenta con servicio de alcantarillado?
- a. SI b. NO
- 5) ¿Su vivienda cuenta con abastecimiento de agua?
- a. SI b. NO

6) ¿Cuántas veces por semana elimina la basura?

a.) 1 a 3 veces

b.) 3 a 5a veces

c.) 5 a 7 veces

III. ALIMENTACIÓN:

7) ¿Cuál es el Tipo de alimentación frente a un cuadro diarreico?

a) Dieta blanda y abundantes líquidos ()

b) Frutas, verduras, carnes ()

c) Alimentación normal ()

d) Restricción de alimentos ()

8) ¿Hasta qué edad le brindo lactancia materna Exclusiva a su hijo?

a) 0 a 3 meses ()

b) 0 a 6 meses ()

c) 0 a 12 meses ()

d) 12 meses a más ()

9) ¿Brindo lactancia artificial a su hijo. Hasta que tiempo?

SI

NO

a) 0 a 3 meses ()

b) 0 a 6 meses ()

c) 6 a 12 meses ()

d) 12 meses a más ()

IV. ASPECTO PREVENTIVO:

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

a. SI

b. NO

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

a. SI

b. NO

12) ¿Baña a su hijo frecuentemente?

a. SI

b. NO

13) ¿Limpia su casa diariamente?

a. SI

b. NO

14) ¿Hierve el agua antes de consumirla?

a. SI

b. NO

15) ¿Mantiene los alimentos refrigerados?

a. SI

b. NO

V. TRATAMIENTO:

16) ¿Utiliza sueros caseros?

a. SI

b. NO

17) ¿Brinda infusiones?

a. SI

b. NO

18) ¿Utiliza sales de rehidratación oral?

a. SI

b. NO

19) ¿Utiliza antidiarreicos?

a. SI

b. NO

20) ¿Se auto medica frente a un cuadro diarreico?

a. SI

b. NO

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO N° 03

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

ESCALA LIKERT PARA MEDIR LAS ACTITUDES

		Si	No
1	Identifica las diarreas en su niño menor de 1 año		
2	Identifica los signos y síntomas de la diarrea en el menor de 1 año.		
3	Conoce las identificaciones de las complicaciones de una EDA		
4	Su vivienda cuenta con abastecimiento de agua		
5	Su vivienda tiene desagüe		
6	Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad.		
7	Brinda una adecuada alimentación al niño menor de 1 año		
8	Brinda regular cantidad de líquidos al menor de 1 año		
9	Brinda leche como parte de la dieta diaria en el menor de 1 año.		
10	Identifica que brindarle líquidos es lo principal ante unas diarreas.		
11	La madre se lava las manos antes de dar de comer al menor de 1 año		
12	Se lava las manos antes y después de ir a los servicios higiénicos.		
13	Baña a su hijo frecuentemente		
14	Es importante lavarle las manos al menor antes y después de ir al baño		
15	Es importante lavarle las manos al menor antes de darle de comer		
16	Hierve el agua antes de consumirla		
17	Me siento bien cuando pienso en lo que hecho en el		

	pasado y lo que espero hacer en el futuro.		
18	Sabe preparar los sueros caseros como panetelas		
19	Sabe utilizar las sales de rehidratación oral		
20	Utiliza medicamentos para prevenir las diarreas en el menor de 1 año.		

ANEXO N° 04

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

APRECIACIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS

INVESTIGACION: “Conocimiento y actitud sobre la prevención y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda que tienen padres de familias con niños menores de 1 año que acuden al Centro de Salud Señor de los Milagros – Huaycán, Sector I UCV 137 – 138, Lima- 2013.

JUEZ EXPERTO: _____

A continuación le presento a Ud. el cuestionario con los criterios para el análisis del instrumento de recolección de datos que se adjunta.

N°	CRITERIOS	APRECIACIÓN	
		SI	NO
1	El instrumento responde al planteamiento del problema		
2	El instrumento responde a los objetivos del problema		
3	Las dimensiones que se han tomado en cuenta son adecuadas para la realización del instrumento		
4	El instrumento responde a la operacionalización de las variables		
5	La estructura que presenta el instrumento es de forma clara y precisa		
6	Los ítems están redactados en forma clara y precisa		
7	El número de ítem es el adecuado		
8	Los ítems del instrumento son validos		
9	Se debe incrementar el número de ítems		
10	Se debe eliminar algunos ítems		
A	Observaciones		
B	Sugerencias		

FIRMA

ANEXO Nº 05 UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

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

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

INSTRUMENTO: NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS, QUE TIENEN LOS PADRES DE CON NIÑOS MENORES DE 1 AÑO QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SEÑOR DE LOS MILAGROS – HUAYCÁN, SECTOR I UCV 137 – 138, LIMA- 2013.

JUECES	INDICADORES	A	B	C	D	E	F	G	TOTAL	Proporción de Concordancia (P)	
CRITERIOS											
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado	65	60	100	100	75	75	70	545	77.86	
2. OBJETIVO	Está expresado en capacidades observables	65	60	100	100	75	80	65	545	77.86	
3. ACTUALIDAD	Adecuado a la identificación del conocimiento de las variables de investigación	65	60	95	90	80	70	75	535	76.43	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica en el instrumento	65	60	95	100	90	81	70	561	80.14	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad con respecto a las variables de investigación	60	60	90	81	80	90	90	551	78.71	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las variables de investigación	60	60	100	100	80	80	80	560	80.00	
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos de conocimiento	60	60	100	100	95	90	80	585	83.57	
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los índices e indicadores y las dimensiones	60	60	90	81	95	95	90	571	81.57	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación	65	60	95	100	100	75	75	570	81.43	
TOTAL		62.78	60.00	96.11	94.67	85.56	81.78	77.22		717.57	
Es válido si P es ≥ 0.70										P=	79.73

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

ANEXO N° 06

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

DETERMINACION DE LA VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Para validez del instrumento se aplicó la fórmula de Pearson, obteniendo:

ITEM	N	sum(x)	sum(y)	sum(x^2)	sum(y^2)	sum(x*y)	numerador	denominador	r
1	18	13	298	13	5014	222	122	306.790	0.4
2	18	17	298	17	5014	278	-62	156.895	-0.4
3	18	11	298	11	5014	197	268	333.910	0.8
4	18	16	298	16	5014	274	164	215.258	0.8
5	18	15	298	15	5014	259	192	255.265	0.8
6	18	13	298	13	5014	223	140	306.790	0.5
7	18	15	298	15	5014	255	120	255.265	0.5
8	18	11	298	11	5014	185	52	333.910	0.2
9	18	17	298	17	5014	279	-44	156.895	-0.3
10	18	17	298	17	5014	280	-26	156.895	-0.2
11	18	9	298	9	5014	170	378	342.473	1.1
12	18	17	298	17	5014	253	-512	156.895	-3.3
13	18	14	298	14	5014	241	166	284.760	0.6
14	18	17	298	17	5014	287	100	156.895	0.6
15	18	17	298	17	5014	280	-26	156.895	-0.2
16	18	11	298	11	5014	192	178	333.910	0.5
17	18	17	298	17	5014	280	-26	156.895	-0.2
18	18	17	298	17	5014	283	28	156.895	0.2
19	18	17	298	17	5014	280	-26	156.895	-0.2
20	18	13	298	13	5014	222	122	306.790	0.4

$$r = \frac{N \sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{(N \sum x^2 - (\sum x)^2)(N \sum y^2 - (\sum y)^2)}}$$

Ítem 1