



**TESIS**

**“CONOCIMIENTOS SOBRE DIARREA Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN  
LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE LA COMUNIDAD  
SANTA CATALINA. LA VICTORIA. 2016”.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**BACHILLER:  
QUISPE SOTO MIRIAM**

**ASESORA: Mg.  
JENNY SÁNCHEZ DELGADO**

**LIMA - PERÚ, 2018**

**“CONOCIMIENTOS SOBRE DIARREA Y MEDIDAS DE  
PREVENCIÓN EN LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5  
AÑOS DE LA COMUNIDAD SANTA CATALINA. LA VICTORIA.  
2016”**

*Dedicado a Dios, por ser quien guía mis pasos. A mis padres y hermanos, por ser el motor constante en mi desarrollo personal y profesional*

*Agradezco a DIOS por darme la vida y llenarme de bendiciones*

*A mí adorada madre por ser una madre ejemplar, por todo su apoyo, paciencia, amor y lucha por hacernos cada día unas mejores personas.*

*A mi padre por habernos dado todo su amor, ayuda y dedicación.*

*A los docentes por transmitirnos sus valiosos conocimientos, aprendizajes y experiencias para ser mejores profesionales. A todos ustedes desde mi corazón mil gracias*

## RESUMEN

La presente investigación titulada “Conocimientos sobre diarrea y medidas de prevención en las madres de niños menores de 5 años de la comunidad Santa Catalina. La victoria. 2016” es de tipo cuantitativa, descriptivo, correlacional, por su alcance es transversal no experimental de nivel aplicada, La muestra estuvo constituida por 275 madres de niños menores de 5 años. Se tomo el diseño muestral no probabilístico por conveniencia. A través de los resultados se llegaron a las siguientes conclusiones.

Del 100% de las madres de niños menores de 5 años de la comunidad Santa Catalina, la mayoría fluctúan entre las edades de 24 a 27 años, tienen estudios de secundaria, provienen de la sierra, conviven con sus parejas, tienen 4 hijos menores de 5 años y su condición laboral es dependiente. Las madres de niños menores de 5 años de la comunidad Santa Catalina, tiene bajos conocimientos sobre la diarrea y bajas medidas de prevención. Las madres de niños menores de 5 años de la comunidad Santa Catalina tienen bajos conocimientos sobre la definición, tipos, causas de la diarrea y los signos de deshidratación. Las madres de niños menores de 5 años de la comunidad Santa Catalina, tienen bajas medidas de prevención en relación al lavado de manos, la vacunación y en la manipulación de alimentos

**Palabras claves:** conocimiento sobre diarrea, niños, madres, medidas de prevención.

## **ABSTRACT**

This research entitled "Knowledge about diarrhea and prevention measures in mothers of children under 5 years of the Santa Catalina community. The victory. 2016 "is of a quantitative, descriptive, correlational type, because of its non-experimental cross-sectional scope of application level. The sample consisted of 275 mothers of children under 5 years of age. The non-probabilistic sample design was taken for convenience. Through the results, the following conclusions were reached.

Of 100% of the mothers of children under 5 years of age in the Santa Catalina community, the majority fluctuate between the ages of 24 and 27, have secondary education, come from the highlands, live with their partners, have 4 children under 5 years and his working condition is dependent. Mothers of children under 5 years of age in the Santa Catalina community have low knowledge about diarrhea and low prevention measures. The mothers of children under 5 years of age in the Santa Catalina community have low knowledge about the definition, types, causes of the diary and the signs of dehydration. Mothers of children under 5 years of age in the Santa Catalina community have low prevention measures in relation to hand washing, vaccination and food handling.

**Keywords:** knowledge about diarrhea, children, mothers, prevention measures.

## INDICE

Pág.

**DEDICATORIA**

**AGRADECIMIENTO**

**RESUMEN**

I

**ABSTRAC**

II

**ÍNDICE**

**ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS**

**INTRODUCCIÓN**

### **CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	
1.2.1. Problema General	4
1.2.2. Problemas Específicos	4
1.3. Objetivos de la investigación	
1.3.1. Objetivo general	4
1.3.2. Objetivos específicos	4
1.4. Justificación del estudio	5
1.5. Limitaciones de la investigación	5

### **CAPITULO II: MARCO TEÓRICO**

2.1. Antecedentes del estudio	6
2.2. Base teórica	8
2.3. Definición de términos	22
2.4. Variables	23
2.4.1. Definición conceptual de la variable	23
2.4.2. Definición operacional de la variable	24
2.4.3. Operacionalización de la variable	24

<b>CAPITULO III: METODOLOGIA</b>	
3.1. Tipo y nivel de investigación	25
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	25
3.3. Población y muestra	26
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	26
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	26
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	26
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	27
<b>CAPÍTULO V: DISCUSION</b>	33
<b>CONCLUSIONES</b>	35
<b>RECOMENDACIONES</b>	36
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	37
<b>ANEXOS</b>	40
Matriz	
Instrumento	

## ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

	Pág.
<b>Tabla 1</b>	
Perfil de las madres de niños menores de 5 años de la comunidad Santa Catalina. La Victoria. 2016	27
<b>Gráfico 1</b>	
Conocimientos y las medidas de prevención sobre diarrea en las madres de niños menores de 5 años de la comunidad Santa Catalina. La Victoria. 2016	29
<b>Gráfico 2</b>	
Conocimientos sobre la diarrea en las madres de niños menores de 5 años de la comunidad Santa Catalina. La Victoria. 2016	30
<b>Gráfico 3</b>	
Medidas de prevención de diarrea en las madres de niños menores de 5 años en la comunidad Santa Catalina. La Victoria. 2016	31

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades diarreicas agudas constituyen un aspecto importante a conocer por las madres teniendo en cuenta su alta incidencia en todo el mundo.

Aún se identifican problemas en el conocimiento por parte de madres y familiares, como es: persistencia de costumbres y hábitos inadecuados que favorecen la aparición de complicaciones como deshidratación y diarreas persistentes. La eficacia del tratamiento de la diarrea, depende de, si las madres usan correctamente la terapia de hidratación oral y el resto de los componentes del manejo efectivo en el hogar. <sup>(1)</sup>

La terapia de rehidratación oral y a los múltiples esfuerzos realizados por el MINSA, se ha producido una sustancial disminución de la mortalidad por enfermedades diarreicas agudas, aunque su morbilidad constituye todavía un problema sanitario, cuya prevención debe ser una tarea priorizada del médico y la enfermera de la familia mediante las actividades de educación para la salud, que promuevan la lactancia materna, la terapia de rehidratación oral y los hábitos higiénicos en la comunidad. <sup>(2, 3)</sup>

De ahí la labor de enfermería en la gestión del cuidado para evitar las enfermedades diarreicas agudas educando a las madres las cuales son las encargadas del bienestar de sus hijos.

La presente investigación para fines de estudio contiene

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

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

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

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

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

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

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

En todo el mundo, la enfermedad diarreica aguda (EDA), tiene una alta morbimortalidad, representando la segunda causa de muerte; afectando a todos los grupos etáreos, principalmente los niños menores de 5 años y en países pobres donde la desnutrición constituye un componente predisponente y la dificultad a los accesos de salud un determinante. <sup>(4, 5)</sup>

La Organización Mundial de la Salud define a la diarrea como la presencia de tres o más deposiciones al día o una frecuencia mayor que la normal, de heces sueltas o líquidas. La infección puede ser causada por bacterias, virus y/o parásitos y se transmite por alimentos o agua de consumo contaminado, así como de una persona a otra como resultado de una higiene deficiente. <sup>(6, 7)</sup>

Las enfermedades diarreicas agudas (EDAs), a nivel mundial, representan la segunda mayor causa de mortalidad en niños menores de cinco años, además afectan a todos los grupos etarios, pero los más afectados son los niños. En algunas zonas del Perú se ha encontrado que la incidencia de enfermedad diarreica es de 4,38 episodios por niño-año, siendo muy superior al promedio mundial. <sup>(7, 8)</sup>

En países de Latinoamérica y El Caribe, las EDAs representan una de las tres causas más comunes de enfermedad, promoviendo gran demanda en servicios de salud.<sup>1</sup> Algunos llegan incluso a sufrir hasta tres episodios de diarrea al año, y cada uno priva al niño de los nutrientes que necesita para su crecimiento.<sup>(9)</sup>

En el Perú, las EDAs son responsables del 7% de la mortalidad de niños menores de 5 años de edad y son uno de los principales motivos de consulta médica.<sup>(10)</sup> Del total de hospitalizados por EDAs en el año 2010, más de 50% fueron menores de 5 años. Para el año 2011, hasta la semana epidemiológica (SE) 04, el 51% de los episodios de EDAs notificados fueron en menores de 5 años, mostrando una tendencia similar al periodo 2010.<sup>(11)</sup>

La Diarrea es la tercera causa de morbi-mortalidad en el Perú, sobretodo en niños que viven de zonas rurales y en los barrios periféricos de Lima en niños menores de cinco (05) años. Por cada 1000 nacidos vivos, 55 mueren durante el primer año, contribuyendo la Enfermedad Diarreica Aguda con 6.0 de esas muertes. De este grupo etéreo, cada niño se enferma en promedio 4 a 5 veces al año, promoviendo el ausentismo escolar, y ausentismo laboral del responsable del niño.<sup>(12)</sup>

Dentro de los principales problemas que promueve la mayor gravedad de la diarrea en niños, está el poco conocimiento de los padres y otros responsables de su cuidado con respecto a su manejo, lo que determina la necesidad de ser evaluado por un personal de salud. En muchos sectores, a pesar de tener servicios y personal de salud accesibles, los niños no son llevados a una atención oportuna por el especialista, siendo tratados en forma casera. En ocasiones, los niños son vistos por curanderos y otros personajes que practican la medicina tradicional. El poder manejar la enfermedad de un niño en casa, se aconseja siempre que las medidas utilizadas no sean potencialmente nocivas, y que tanto

padres o cuidadores reconozcan los signos de alarma para decidir cuándo deben ser llevados a un centro asistencial. <sup>(13)</sup>

Retardar la atención de estos niños, puede provocar el deterioro en su salud, e incluso su muerte. Con frecuencia los niños con EDA grave y deshidratación son tratados en casa dándoles líquidos caseros y ocasionalmente antiespasmódicos, antidiarreicos o antibióticos. Todo esto puede prevenirse si se tiene el adecuado conocimiento de la diarrea, sus signos de alarma y manejo, especialmente la terapia de rehidratación oral (TRO). <sup>(14)</sup>

La Diarrea Aguda en niños, es una enfermedad muy frecuente en nuestra población, sobre todo en ciertas épocas del año, en ciertas zonas de nuestro país de difícil acceso a servicios de salud, y también en circunstancias difíciles con las que nos toca atravesar en diversas ciudades, azotadas por desastres naturales y otros que favorecen que esta enfermedad aumente en su incidencia.

Durante las prácticas comunitarias se pudo observar el poco o nada de conocimientos de las madres, sobre lo signos de alarma en la EDA; encontrándose una asociación entre falta de identificación de los signos de alarma y muerte por EDA. Siendo importante intervenir, para poder corregir sus deficiencias y asegurar el adecuado manejo en el hogar, para disminuir con ello los altos gastos en salud que represente las múltiples atenciones que puedan necesitar cada niño. Así mismo el tratar la EDA en niños desde el inicio con Terapia de Rehidratación Oral (TRO) depende de las madres, lo que significa una necesidad de intervención de enfermería en este aspecto, que ha resultado efectivo en muchas partes del mundo, disminuyendo sus complicaciones, para lo cual se necesita explorar los conocimientos que tienen las madres sobre el tema. <sup>(15)</sup>

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA GENERAL**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuáles son los conocimientos sobre diarrea y las medidas de prevención en las madres de niños menores de 5 años de la comunidad Santa Catalina. La Victoria. 2016?

### **1.2.2. Problemas específicos**

- ¿Cuáles son los conocimientos sobre la diarrea en las madres de niños menores de 5 años de la comunidad Santa Catalina. La Victoria. 2016?
  
- ¿Cuáles son las medidas de prevención de diarrea en las madres de niños menores de 5 años en la comunidad Santa Catalina. La Victoria. 2016?

## **1.3. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar los conocimientos sobre diarrea y las medidas de prevención en las madres de niños menores de 5 años de la comunidad Santa Catalina. La Victoria. 2016

### **1.3.2. Objetivos específicos**

Identificar los conocimientos sobre la diarrea en las madres de niños menores de 5 años de la comunidad Santa Catalina. La Victoria. 2016

Identificar las medidas de prevención de diarrea en las madres de niños menores de 5 años en la comunidad Santa Catalina. La Victoria. 2016

## **1.4. JUSTIFICACIÓN**

La investigación se justifica en la medida que pretende encontrar respuestas a problemas vinculados con la prevalencia de diarrea aguda

en un sector de la ciudad de Lima. De este modo, señalamos las siguientes justificaciones:

Desde este punto de vista, de la salud se trata de contribuir a la erradicación de uno de los problemas más graves por cuanto afecta al tracto digestivo y que, incidiendo en niños menores de cinco años, se constituye en un peligroso motivo de sufrimiento y muerte infantil

La diarrea en cualquiera de sus formas es causada por negligencia en el manejo de condiciones ambientales como por ejemplo: manejo y conservación del agua, higiene de manos antes del consumo de alimentos o en la preparación de los mismos. Entendemos que la comprensión de la relación condiciones ambientales y diarrea conllevará a la adopción de medidas correctivas que permitan prever la incidencia de ese cuadro.

Curar las diarreas puede causar grandes pérdidas de dinero para la familia ya que los medicamentos son caros.

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

La primera limitación corresponde a la población de estudio, ya que la muestra son solo las madres de niños menores de 5 años en la comunidad Santa Catalina. La Victoria.

La segunda limitación corresponde a los resultados, solo servirán para la comunidad Santa Catalina, donde se llevara a cabo la investigación.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

#### 2.1.1. Antecedentes Internacionales

**CABEZAS Quinzo Miriam P**, en su estudio titulado “intervención educativa sobre prevención de enfermedades diarreicas agudas desde el enfoque AIEPI comunitario para madres con niños menores de cinco años del centro de educación inicial Lic. Alfonso Chávez Jara. Riobamba – Ecuador. 2011”. Implementar una intervención educativa sobre prevención de enfermedades diarreicas agudas desde el enfoque AIEPI comunitario para madres con niños menores de cinco años del centro de educación inicial Lic. Alfonso Chávez Jara. 2011. El tipo de estudio que se llevó a cabo en la investigación es observacional transversal. La ejecución de la investigación, tuvo lugar en 30 madres que son las que tienen niños menores de cinco años del Centro de Educación Inicial. Llegando a las conclusiones:

*“En cuanto a las características socio demográficas la edad comprendida de las madres de 19 a 25 años nos dio un 67%; estado civil casadas el 64%; ocupación principal quehacer domésticos el 30%; paridad de las madres de 3 a 4 hijos el 87%; cuenta con servicios básicos agua potable en el hogar el 87%. En lo referente al diagnóstico situacional se puede concluir que del grupo de estudio existe 87% de madres que tienen de 1 a 3 hijos en su familia, y 3 de ellos han sufrido de episodios diarreicos , de los 3 niños 1 actualmente en cada familia tiene diarrea. La fuente principal de abastecimiento de agua es la red pública, el 64% de madres la consumen tal como viene de la red*

*pública, mientras que el 36% de madres prefieren hacerla hervir el tiempo necesario, de este porcentaje el 87% de madres hacen hervir el agua menos de 5 minutos, el 13% de 6 a 8 minutos y el 0% de madres no hace hervir el agua tiempo necesario. El 63% de madres se lavan las manos antes comer, 27% se lavan las manos después de hacer las necesidades y por último las madres carecen de conocimiento sobre la EDA en un 80%. Antes de la intervención educativa las madres tenían un desconocimiento sobre EDA en un 80% luego de la intervención educativa se elevó sus conocimientos en un 95%.<sup>(16)</sup>*

**Rosario Cabrera Elías** en su investigación titulada “Uso comparativo del sistema de severidad vesikari en menores de cinco años con enfermedad diarreica aguda con resultados positivos y negativos a rotavirus, en el servicio de pediatría del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2014” cuyo objetivo fue Determinar la gravedad de los casos de enfermedad diarreica aguda en niños menores de cinco años describiendo los resultados positivos y negativos para rotavirus mediante el sistema de severidad Vesikari del Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Llegando a las conclusiones:

*“Los resultados muestran que existen diferencias clínicas y mayor gravedad de la diarrea por rotavirus en niños menores de 5 años en relación con niños con rotavirus negativo, en el Servicio de Pediatría del Hospital Sergio E. Bernales. Existe mayor gravedad de la diarrea por rotavirus en niños menores de 5 años en relación con niños con rotavirus negativo, siendo 6,8 veces más probable un grado severo, en el Servicio de Pediatría del Hospital Sergio E. Bernales. La prevalencia en la enfermedad diarreica por Rotavirus en menores de 5 años fue de 25.2%.en el Servicio de Pediatría del Hospital Sergio E. Bernales. El género que predominó en la diarrea por rotavirus fue el femenino 56,7% a diferencia de rotavirus negativo donde las frecuencias fueron casi similares, en el Servicio de Pediatría del Hospital Sergio E. Bernales. El rango etario de mayor frecuencia en la diarrea por rotavirus fue de 12 a 23 meses con 43%, a comparación de rotavirus negativo donde las frecuencias estuvieron en menores de 12 meses con 52,8%, en el Servicio de Pediatría del Hospital Sergio E. Bernales. El nivel de gravedad de diarrea por rotavirus fue severa en un 60% y el nivel de gravedad para negativos de moderada en un 55,1 %, en el Servicio de Pediatría del Hospital Sergio E. Bernales. Se encontró diferencias significativas entre el grupo de rotavirus positivo y negativo en el*

*número de diarreas en las últimas 24 horas, la media de días de vómitos, en el número de vómitos en las últimas 24 horas, en el grado de deshidratación, el tratamiento recibido y en la media del score de Vesikari, en el Servicio de Pediatría del Hospital Sergio E. Bernales. Las manifestaciones clínicas en ELISA positivo a Rotavirus se caracterizaron por una diarrea con duración de 1 a 4 días con evacuaciones  $\geq 6$  en 24 horas, vómitos  $\geq 3$  días con un máximo de 2 a 4 episodios en 24 horas, temperatura  $\geq 38.5^\circ\text{C}$  que osciló entre  $38.5^\circ\text{C}$  y  $38.9^\circ\text{C}$ , deshidratación moderada a severa y rehidratación oral o endovenosa. Las manifestaciones clínicas en ELISA negativo a Rotavirus se caracterizaron por una diarrea con duración de 1 a 4 días con evacuaciones de 4 a 5 en 24 horas, vómitos de 1 día con un máximo de 2 a 4 episodios en 24 horas, temperatura que osciló entre  $37.1^\circ\text{C}$  y  $38.4^\circ\text{C}$ , deshidratación leve y tratamiento en casa.<sup>(17)</sup>*

## **2.2 BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. Diarrea**

La Diarrea Aguda es muy frecuente en niños menores de 5 años y contribuye de forma importante a un aumento de la mortalidad y morbilidad. Gracias a un programa para el control de la Diarrea Aguda, promovido en especial por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y centrado fundamentalmente en implementar las SRO a nivel comunitario y en el entrenamiento de profesionales de la salud, los índices de mortalidad asociados a la diarrea aguda descendieron en todo el mundo el 75% entre 1980 y 2008, pero siguen siendo muy elevados y se han mantenido en los últimos años.<sup>(18)</sup>

La diarrea es una enfermedad infecciosa producida por virus, bacterias, hongos o parásitos, que afecta principalmente a niños menores de cinco años. Mundialmente causa 4.6 millones de muertes infantiles anuales, de los cuales el 70% ocurre por deshidratación, complicación más frecuente y grave de la enfermedad. Los cuadros diarreicos suelen presentarse frecuentemente en la temporada de verano.

También se la define como el aumento de la frecuencia, contenido líquido, y volumen de las heces. Un niño experimentará entre uno y tres episodios de diarrea aguda por año, en los tres primeros años de vida, cifra que asciende hasta diez por año en comunidades de extrema pobreza. En los países en desarrollo la letalidad por diarrea aguda infantil es elevada.

La diarrea es un síntoma de infecciones ocasionadas por muy diversos organismos bacterianos, víricos y parásitos, la mayoría de los cuales se transmiten por agua con contaminación fecal. La infección es más común cuando hay escasez de agua limpia para beber, cocinar y lavar. Las dos causas más comunes de enfermedades diarreicas en países en desarrollo son los rotavirus y Escherichia coli.

La diarrea aguda es parte de las enfermedades más comunes en niños y también es la segunda causa de morbilidad y de mortalidad en el mundo. Siendo la mortalidad en su mayor parte en países en desarrollo. En países industrializados, a pesar de tener mejor condición sanitaria, la diarrea aguda aún sigue siendo una de las primeras causas de morbilidad infantil y de demanda de atención sanitaria. En Europa es la patología que se presenta con mayor frecuencia en niños sanos, calculándose una incidencia anual de 0,5 a 2 episodios en niños menores de 3 años. A pesar de tener múltiples causas, la principal causa de diarrea aguda es la infección entérica.<sup>(19)</sup>

### **Causas**

- **Infección:** La diarrea es un síntoma de infecciones ocasionadas por muy diversos organismos bacterianos, víricos y parásitos, la mayoría de los cuales se transmiten por agua con contaminación fecal. La infección es más

común cuando hay escasez de agua limpia para beber, cocinar y lavar. Las dos causas más comunes de enfermedades diarreicas en países en desarrollo son los rotavirus y Escherichia coli.

- **Malnutrición:** Los niños que mueren por diarrea suelen padecer malnutrición subyacente, lo que les hace más vulnerables a las enfermedades diarreicas. A su vez, cada episodio de diarrea empeora su estado nutricional. La diarrea es la segunda mayor causa de malnutrición en niños menores de cinco años.
- **Fuente de agua:** El agua contaminada con heces humanas procedentes, por ejemplo, de aguas residuales, fosas sépticas o letrinas, es particularmente peligrosa. Las heces de animales también contienen microorganismos capaces de ocasionar enfermedades diarreicas.
- **Otras causas:** Las enfermedades diarreicas pueden también transmitirse de persona a persona, en particular en condiciones de higiene personal deficiente. Los alimentos elaborados o almacenados en condiciones antihigiénicas son otra causa principal de diarrea. Los alimentos pueden contaminarse por el agua de riego, y también pueden ocasionar enfermedades diarreicas el pescado y marisco de aguas contaminad

La fisiopatología común a todas las diarreas se basa en una alteración de la absorción y secreción de agua y electrolitos de la mucosa intestinal. El recién nacido y lactante presenta unas características que le hacen especialmente sensible a este tipo de patología. La particularidad más importante se debe a su elevada proporción de agua, debido a una relación superficie corporal/peso mayor que en el adulto, lo que determina un mayor o menor grado de deshidratación.

La diarrea osmótica que ocasionan los rotavirus se debe a que lesionan en forma focal las células de las vellosidades del intestino delgado, disminuyendo la producción de la lactasa (disacaridasa responsable de la digestión de la lactosa) lo que provoca aumento de la osmolalidad en la luz intestinal y condiciona mayor secreción de agua, que se pierde a través de las heces

La fisiopatología de las enfermedades diarreicas constituye un elemento de extraordinaria importancia en su tratamiento efectivo. Para su comprensión es necesario conocer las funciones fisiológicas intestinales relacionadas con la absorción y secreción del agua y los electrólitos, de igual forma que la distribución del agua en el organismo es esencial para comprender las alteraciones funcionales inducidas por las enfermedades diarreicas.

Los mecanismos que rigen los movimientos del agua y los electrólitos en el intestino son los que permiten una absorción casi total de los volúmenes hídricos provenientes de la ingestión de líquidos, del agua contenida en los alimentos y de las secreciones digestivas. Cuando estos mecanismos se alteran por una infección u otro fenómeno, el agua y los electrólitos son mal absorbidos o no se absorben, lo que implica su pérdida considerable mediante las heces que se fugan por las diarreas. La terapia de rehidratación oral tiene como base funcional la fisiología de mucosa intestinal y los trastornos digestivos derivados.

El intestino constituye una gran superficie de absorción de agua, electrólitos y otros nutrientes. Al igual que los demás segmentos

del tubo digestivo, la pared del intestino delgado está compuesta, del exterior al interior, por 5 capas: la serosa, que es una extensión del peritoneo; la muscular, que está formada por 2 capas de fibras musculares lisas, una externa longitudinal y otra interna circular; la submucosa, formada por un tejido conjuntivo denso que contiene células dispersas, así como las glándulas de Brünner en el duodeno; la muscularis mucosae, que está constituida por una capa delgada de fibras musculares; y la mucosa, formada por un epitelio de una sola capa que recubre un tejido conjuntivo denominado lámina propia. Es a nivel de la mucosa donde se ubican los principales mecanismos que controlan la absorción del agua y los electrolitos. El intestino delgado tiene la forma de un tubo alargado, que en el adulto mide aproximadamente de 5 a 8 m. Consta de 3 partes: el duodeno, el yeyuno y el íleon. El intestino grueso se compone de ciego y apéndice; el colon ascendente, transversal y descendente; el sigmoide; el recto y el canal anal. Tiene una longitud de 1,5 m, y cada uno de los segmentos tiene estructura y funcionamiento diferentes. El intestino posee una superficie de absorción que se multiplica por varios sistemas: las válvulas conniventes, las vellosidades y las microvellosidades. Las válvulas conniventes o pliegues del Kerkring son repliegues transversales de la submucosa recubierta por la muscularis mucosae y la mucosa. Miden hasta 1 cm de diámetro, lo que las hace visibles macroscópicamente, y el intestino delgado tiene alrededor de 1 000 millones en su conjunto. El área de la superficie luminal de la mucosa del intestino delgado se aumenta 600 veces por la presencia de estos pliegues, las vellosidades y las microvellosidades. Las vellosidades intestinales son proyecciones de la mucosa en forma de dedos de guante u hojas, representan alrededor de 10 millones y son visibles con una lupa binocular. Cada vellosidad tiene un vaso linfático denominado lácteo que se

comunica con los vasos linfáticos de la mucosa y que se agranda para formar un seno pequeño cubierto por células endoteliales; entre el epitelio y el seno central se encuentra una red de vasos sanguíneos. Cada vellosidad intestinal está recubierta por una capa de células epiteliales columnares denominadas enterocitos y en la base de las vellosidades están las criptas de Lieberkühn o glándulas intestinales. Las microvellosidades de los enterocitos forman el "borde en cepillo", que está compuesto por microvellosidades finas. Se estima que cada enterocito contiene alrededor de 600 microvellosidades. Esta superficie de absorción tan grande muestra la importancia de los intercambios que en ella se llevan a cabo. Las microvellosidades producen una capa superficial de glicoproteínas, denominada glicocalix, la cual contiene los transportadores intestinales y las enzimas. Los enterocitos que cubren las extremidades y la parte media de las vellosidades son células epiteliales columnares y tienen como función la absorción, mientras que los enterocitos de las criptas de las vellosidades son células epiteliales cuboideas con función secretoria.

### **Clasificación de las diarreas**

- **Diarrea aguda acuosa:** Es la más frecuente. Contiene deposiciones líquidas, sin sangre. Puede acompañarse de vómitos, fiebre, pérdida del apetito. Generalmente termina en una semana. Produce deshidratación. Usualmente no requiere antibiótico
- **Diarrea disentérica:** Es una diarrea con sangre, menos frecuente y puede acompañarse de fiebre y malestar general. La atención debe realizarla el médico en un establecimiento de salud. En todos los casos, se

recomienda acudir al establecimiento de salud más cercano.

- **Diarrea persistente:** La diarrea persistente se inicia en forma aguda y se prolonga más de 14 días. Alrededor del 10% de los casos de diarrea aguda se vuelven persistentes. Esta condición deteriora el estado nutricional y está asociada con mayor mortalidad que la diarrea aguda. Una diarrea tiene mayor riesgo de prolongarse cuando los niños son menores de 6 meses, desnutridos o son alimentados con fórmula o leche fluida. Entre el 35 al 50% de las muertes por diarrea son debidas a diarrea persistente. La muerte se produce como consecuencia de: Deterioro nutricional progresivo. Estados prolongados de deshidratación y desequilibrio electrolítico. Sepsis. Su etiología es multifactorial e incluye desde gérmenes hasta el uso de tratamientos inadecuados durante el episodio diarreico como mal manejo de la hidratación, reiteración de la deshidratación, dietas hipocalóricas, ayuno, uso indebido de antibióticos y otras medicaciones o la utilización de soluciones hiperos molares como jugos y gaseosas. En estos casos se debe descartar parasitosis como *Giardias*, *Entamoebahystolítica*, *Cryptosporidium*. En pacientes con diarrea prolongada se debe aumentar el aporte calórico con hidratos de carbono complejos y aceites vegetales, aumentar el aporte proteico con carnes y/o clara de huevo, utilizar alimentos sin fibra, disminuir o suspender el aporte de lactosa si se sospecha un daño de la mucosa intestinal

Las enfermedades diarreicas agudas se encuentran entre las principales causas de muerte infantil en los países en desarrollo. Se estima que en el año 2000 se produjeron 1.500 millones de episodios de diarrea aguda que cobraron entre 1,4 y 2,5 millones de vidas. Tanto la incidencia como el riesgo de mortalidad por

patología diarreica son más frecuentes en los niños menores de cinco años, sobre todo entre los seis meses y los dos años de edad: aproximadamente el 85% de las muertes por diarrea ocurren en los menores de un año.

Los niños desnutridos tienen mayores posibilidades de morir en un episodio diarreico que los que están bien nutridos. Además, los lactantes y niños menores desarrollan deshidratación más rápidamente que los niños mayores o los adultos. En los países industrializados son relativamente pocos los pacientes que mueren por diarrea, pero sigue siendo una causa importante de morbilidad y costos en salud.

Entre otras consecuencias de la diarrea infantil en los países con recursos limitados se incluyen desnutrición, disminución del crecimiento y alteración del desarrollo cognitivo. Durante las últimas tres décadas se ha logrado una disminución de la tasa de mortalidad en los países en desarrollo gracias a factores tales como distribución y uso generalizado de sales de rehidratación oral (SRO), mayor frecuencia y/o duración de la alimentación a pecho, mejor nutrición, mejor estado sanitario e higiene. Sin embargo, la morbilidad se ha mantenido relativamente constante durante las últimas dos décadas, presentando cada niño menor de 5 años de edad un promedio de tres episodios de diarrea anuales.

### **Mecanismo de la diarrea**

En el intestino delgado, ocurre absorción del agua y electrolitos por las vellosidades del epitelio y, simultáneamente, secreción de éstos por las criptas. Normalmente la absorción es mayor que la secreción, por lo que el resultado neto favorece ligeramente a la

absorción, con lo que más del 90% de los fluidos que llegan al intestino delgado son absorbidos a lo largo del tracto gastrointestinal. 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 pudiera superar la capacidad de absorción de éste, con lo que se produce diarrea. La diarrea acuosa puede producirse básicamente por dos mecanismos, que pueden sobreponerse en un mismo individuo. Éstos son:

- Secreción --> diarrea secretora
- Acción osmótica --> diarrea osmótica.

El rotavirus causa una lesión parcelar de las células absortivas de la mucosa del intestino delgado, lo que da origen a mala absorción parcial y transitoria de nutrientes, como mecanismo inicial de la diarrea. Luego ocurre una proliferación rápida de las células inmaduras de las criptas, las que poseen una actividad secretora predominante, con una insuficiente capacidad absortiva. Por ello es común que durante el curso de la enteritis aguda por rotavirus haya un cierto grado de pérdidas fecales (mala absorción) de diversos nutrientes. Como suelen preservarse amplias áreas de la mucosa con normalidad histológica y funcional, se considera que la mucosa no dañada compensa la disfunción de las áreas invadidas por el virus. La enfermedad es auto limitada, con un comienzo brusco con vómitos y fiebre, a los que sigue la diarrea, que dura de 5 a 7 días. Las tasas fecales son relativamente altas y la gran mayoría de estos pacientes se recuperan perfectamente con uso exclusivo de terapia de rehidratación oral (TRO) y una realimentación precoz, iniciada luego de la fase inicial de TRO.

Las cepas enterotoxigénicas de *E. coli* producen toxinas que inducen una elevada secreción intestinal de agua y electrolitos. En este sentido, el mecanismo aludido es semejante, cualitativamente, al producido por el *Vibrio cholerae*. Sin embargo este último genera unas pérdidas fecales (por exacerbación del mecanismo secretor) aún más elevadas. Las cepas enteroadherentes de *Escherichia coli* al adherirse estrechamente a la mucosa intestinal pueden destruir el ribete en cepillo de las células de la superficie sobre la cual se implantan. La *Shigella* y las cepas invasoras de *Escherichia coli* invaden la mucosa y la *Shigella* además elabora una toxina secreto génica. El *Clostridium difficile*, que habitualmente se asocia con el uso de antibióticos, también elabora toxinas, las que afectan el intestino grueso.

- **Diarrea secretora:** Diarrea Secretoria: Bacterias con capacidad de adherirse al epitelio sin invadirlo. Producen Entero toxina. Se unen a adenilciclase activando el AMP cíclico (*V. Cholerae*) o la Guanilciclase y provocan estimulación del GPPc (ECET) Estimulan mecanismo secretor de cloro y actúan inhibiendo la reabsorción de Na y Cl. Ello produce aumento en la luz intestinal de agua y electrolitos ocasionando diarrea y acidosis
- **Diarrea osmótica:** La diarrea osmótica que ocasionan los rotavirus se debe a que lesionan en forma focal las células de las vellosidades del intestino delgado, disminuyendo la producción de la lactasa (disacaridasa responsable de la digestión de la lactosa) lo que provoca aumento de la osmolalidad en la luz intestinal y condiciona mayor secreción de agua, que se pierde a través de las heces

### **Valoración del estado de hidratación**

El dato clínico más exacto para considerar el grado de deshidratación es el porcentaje de pérdida ponderal, lo que representa el déficit de líquidos existente. La deshidratación se considera según esta pérdida como: <sup>(19)</sup>

- Leve o no deshidratado: pérdida menor del 3% del peso corporal.
- Moderada: pérdida del 3 al 9% del peso corporal.
- Grave: pérdida mayor del 9% del peso corporal.

Por lo general, se debería disponer de un peso previo, pero al no tenerlo en la mayoría de los casos, se realiza una aproximación a través de escalas clínicas (conjunto de signos y síntomas), aunque las mismas no están validadas para el manejo de pacientes a nivel individual. En la historia clínica el principal dato respecto a la ausencia de deshidratación es que el paciente cuente una diuresis normal. Respecto a los signos clínicos independientemente asociados a deshidratación, los más significativos son: pérdida de turgencia cutánea, respiración anormal, relleno capilar lento, mucosa oral seca, ausencia de lágrimas y alteración neurológica. Cuando se toman en conjunto, la presencia de 2 de los 4 últimos predice un déficit del 5% con una sensibilidad y especificidad del 79% y 87% respectivamente. Se suele encontrar alteración de electrolitos principalmente asociado a edad menor de 6 meses, junto con mucosas secas, vómitos, llenado capilar lento, ausencia de diabetes y taquicardia. <sup>(19)</sup>

### **Criterios de gravedad y necesidad de hospitalización:**

Las recomendaciones para iniciar tratamiento hospitalario son:

- Deshidratación grave (> 9% del peso corporal).
  - Choque.
  - Vómitos persistentes o biliares.
  - Alteraciones neurológicas (letargo, crisis convulsivas, etc.).
  - Fracaso del tratamiento con SRO
- 
- **Realimentación precoz:** Se ha observado que la instauración de la alimentación completa habitual del niño tras 4 horas de rehidratación oral favorece mayor ganancia de peso y disminuye la duración de la diarrea o más incidencia de intolerancia a la lactosa. Además aumenta el bienestar del niño al poder comer libremente, sin dietas restrictivas, hipocalóricas y poco apetecibles. <sup>(19)</sup>
  - **Tipo de alimentación.** Los alimentos ofrecidos deben ser nutritivos, fáciles de digerir y de rápida absorción, económicos, de sabor agradable y, sobre todo, carentes de efectos nocivos sobre el curso de la enfermedad. <sup>(19)</sup>
  - **Lactancia materna.** La evidencia científica apoya la necesidad de mantenerla, sin restricción. Su buena tolerancia es debida a: menor osmolaridad y mayor contenido en enzimas que la leche de vaca y el aportar factores hormonales y antimicrobianos. <sup>(19)</sup>
  - **Fórmula/leche para lactantes.** Se ha demostrado que la realimentación de los niños con diarrea aguda pueden ser con una fórmula o leche sin diluir, benéfica sobre todo cuando se añade el uso de una solución de rehidratación oral y el reinicio de una alimentación precoz. <sup>(19)</sup>
  - **Lactosa y leches especiales.** Actualmente no está indicado una fórmula sin lactosa, hipoalergénica o hidrolizada. Par su uso, habría que esperar la aparición de signos o síntomas de malabsorción para detectar los contados casos en los que pudiera aparecer, siendo indicada en los casos de diarrea prolongada o recidivante, en los que se encuentra un pH menor

de 5,5 y/o la presencia de más de un 0,5% de sustancias reductoras en el examen de las heces. <sup>(19)</sup>

- **Dietas mixtas.** Hay que mantener una alimentación variada, lo que mantiene una adecuada absorción de macronutrientes, evitar alimentos con alto contenido en azúcares elementales, los que empeoran la diarrea por su efecto osmótico. Son mejor tolerados aquellos alimentos como hidratos de carbono complejos (trigo, arroz, papas, pan y cereales), yogurt, carnes magras, vegetales y frutas. <sup>(19)</sup>
- **Micronutrientes.** El zinc es el principal micronutriente implicado en estos cuadros, demostrándose que la suplementación con zinc reduce significativamente la gravedad de la diarrea en niños en países en vías de desarrollo y disminuye los episodios posteriores. No es claro su mecanismo de acción, aunque se cree que favorece el efecto inmunológico y la recuperación epitelial. La evidencia disponible ha llevado a la OMS y UNICEF a recomendar en países en desarrollo el tratamiento con zinc de todos los niños con diarrea. <sup>(19)</sup>
- **Probióticos.** En los últimos años los probióticos han surgido como un nuevo elemento en la prevención y tratamiento de la diarrea infecciosa. La base racional para su uso es su buen papel al modificar la composición de la flora colónica y actuando en contra de los agentes enteropatógenos, demostrando un beneficio clínico moderado de algunos probióticos en el tratamiento de la diarrea aguda acuosa, principalmente por rotavirus y en lactantes y niños pequeños. Esto, dependiendo de la cepa (siendo los más efectivos *Lactobacillus GG* y *Saccharomyces boulardii*), de la dosis (mayor para dosis > 10<sup>10</sup> UFCs) y no es útil en la diarrea invasiva bacteriana. Es más efectivo cuando se administra de forma precoz y en niños de países desarrollados. <sup>(19)</sup>

### **Tratamiento farmacológico:**

Los fármacos de uso habitual en estos procesos son inhibidores de la motilidad intestinal (loperamida y otros opiáceos y anticolinérgicos), sustancias adsorbentes (colesteramina, sales de aluminio) y modificadores de la secreción intestinal (sales de bismuto). Estos no están indicados en la población infantil, por no demostrarse su eficacia y/o por la existencia de importantes efectos secundarios. <sup>(19)</sup>

### **Prevención:**

Ya que la principal vía de contagio es la fécalo-oral, es importante.

- Higiene ambiental
- Limpieza adecuada de las manos
- Limpieza de los objetos empleados en la manipulación de niños con diarrea.
- Vacuna anti rotavirus para todos los niños
- Utilización de sales de rehidratación oral con baja osmolaridad
- Administración sistemática de suplementos de zinc a los niños con diarrea aguda en países en desarrollo.
- Rehidratación oral por 3 a 4 horas en niños con deshidratación leve a moderada, seguida de una reintroducción rápida de la alimentación habitual asociada a suplementos de solución rehidratante para compensar las pérdidas constantes.
- En niños con diarrea sin deshidratación, mantener la alimentación habitual, asegurando suplementos de solución rehidratante para compensar pérdidas mantenidas.
- Mantener la lactancia materna en todos los casos.
- En la mayoría de los niños no se debería usar una leche sin lactosa o de un hidrolizado de proteínas de leche de vaca.
- Por lo general, no se necesitan agentes farmacológicos para el manejo de la diarrea aguda.
- El uso de antibióticos sería solo en casos muy concretos.

### 2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Diarrea:** La diarrea es una enfermedad infecciosa producida por virus, bacterias, hongos o parásitos, que afecta principalmente a niños menores de cinco años. Mundialmente causa 4.6 millones de muertes infantiles anuales, de los cuales el 70% ocurre por deshidratación, complicación más frecuente y grave de la enfermedad. Los cuadros diarreicos suelen presentarse frecuentemente en la temporada de verano.
- **La diarrea osmótica.** Tipo de diarrea producida por rotavirus cuyos efectos se manifiestan en lesiones en forma focal las células de las vellosidades del intestino delgado, disminuyendo la producción de la lactasa (disacaridasa responsable de la digestión de la lactosa) lo que provoca aumento de la osmolalidad en la luz intestinal y condiciona mayor secreción de agua, que se pierde a través de las heces.
- **Diarrea secretora.** Es el tipo de diarrea producida por bacterias con capacidad de adherirse al epitelio sin invadirlo. Producen Enterotoxina. Se unen a adenilciclase activando el AMP cíclico (V. Cholerae) o la Guanilciclase y provocan estimulación del GPPc (ECET) Estimulan mecanismo secretor de cloro y actúan inhibiendo la reabsorción de sodio y Cloro.
- **Diarrea Acuosa:** Es la más frecuente. Contiene deposiciones líquidas, sin sangre. Puede acompañarse de vómitos, fiebre, pérdida del apetito. Generalmente termina en una semana. Produce deshidratación. Usualmente no requiere antibiótico.
- **Diarrea persistente:** La diarrea persistente se inicia en forma aguda y se prolonga más de 14 días. Alrededor del 10% de los casos de diarrea aguda se vuelven persistentes.

- **Enfermedad diarreica aguda (EDA):** Es una enfermedad intestinal generalmente infecciosa y autolimitada, que se caracteriza por evacuaciones líquidas o de menor consistencia y más frecuentes, por lo general en número mayor a tres en 24 horas con un tiempo de evolución menor de dos semanas. <sup>(20)</sup>
  
- **Deshidratación:** Es el estado clínico que se produce por la pérdida de agua y solutos. La causa más común en niños es la diarrea.
  
- **Micronutrientes:** Vitaminas y minerales que tienen un requerimiento diario relativamente pequeño pero que es indispensable para los diferentes procesos bioquímicos y metabólicos del organismo y en consecuencia para el buen funcionamiento del cuerpo humano. <sup>(21)</sup>
  
- **Pro-bióticos:** Microorganismos vivos que, en cantidades adecuadas, confieren un efecto benéfico a la salud del huésped. <sup>(22)</sup>

## 2.4. VARIABLES

Conocimientos sobre diarrea

Medidas de prevención

### 2.4.1. Definición conceptual de la variable

El nivel de Conocimientos, se denomina así al conjunto de saberes acumulados respecto a un área específica que le permite enfrentar y solucionar problemas cotidianos. Por esta condición vincula saberes previos con los nuevos para aplicarlos en la solución de un nuevo problema.

### 2.4.2. Definición operacional de la variable

Representada por cuadros diarreicos. Se denomina así a la evacuación de heces de modo frecuente en una unidad de

tiempo. Asume distintas características tales como predominio de líquidos, en ocasiones, sangrado, como en la disentería.

### 2.4.3. Operacionalización de la variable

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Conocimientos sobre diarrea y las medidas de prevención	Conocimientos	Definición Tipos de diarrea Causas Signos de deshidratación
	Prevención	Lavado de manos Vacunación Manipulación de alimentos

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

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

La presente investigación fue de tipo cuantitativa, descriptivo, correlacional, por su alcance es transversal ya que se refiere a un tiempo específico y único, por su profundidad es descriptiva, por su carácter es de tipo cuantitativo ya que se centra de manera predominante en los objetivos y busca la cuantificación del fenómeno de estudio. El método de la investigación es no experimental de nivel aplicativo

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

La zona de investigación se ubico en el distrito de La Victoria, en un área comprendida entre las avenidas Santa Catalina por el norte, avenida Javier Prado por el este, la avenida Canadá por el oeste y la Av. Campodónico.

La urbanización se caracteriza por dar acogida de grupos sociales medios y medio bajo. Un alto porcentaje son empleados, públicos o privados, con un alto índice de profesionalización. Sin embargo, acoge también a un fuerte contingente perteneciente a clase baja que, generalmente

desempeñan trabajo como empleados del hogar. Otros son vendedores informales

### **3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **3.3.1. Población**

La población estuvo conformada por los 275 madres de niños menores de 5 años de la comunidad Santa Catalina. La Victoria.

#### **3.3.2. Muestra**

La muestra estuvo constituida por 275 madres de niños menores de 5 años de la comunidad Santa Catalina. La Victoria. Se tomara el diseño muestral no probabilístico por conveniencia.

### **3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

Como técnica que se utilizo fue la encuesta y como instrumento un cuestionario el instrumento consta de ítems, con respuestas cerradas.

### **3.4 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

La validez del instrumento fue dada a través de los jueces expertos, donde participaron 5 profesionales, esto permitió los reajustes necesarios al instrumento; para luego realizar una prueba piloto.

### **3.5 PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS**

Una vez recolectado los datos se elaboro el cuadro de códigos y puntajes con el paquete estadístico SPSS a fin de procesar los datos y presentarlo en tablas y gráficos estadísticos

## **CAPÍTULO IV: RESULTADOS**

Después de recolectados los datos, fueron procesados en forma manual y con el programa Excel agrupados de tal forma, que se presenta en la tabla y gráficos estadísticos para facilitar su análisis e interpretación.

Se presenta una tabla de perfil de las madres de niños menores de 5 años y luego los gráficos, ambos relacionados con los objetivos de la investigación. En el análisis de los resultados solo se realiza en base a las 275 madres de niños menores de 5 años de la comunidad Santa Catalina.

**Tabla 1**

Perfil de las madres de niños menores de 5 años de la comunidad Santa Catalina. La Victoria. 2016

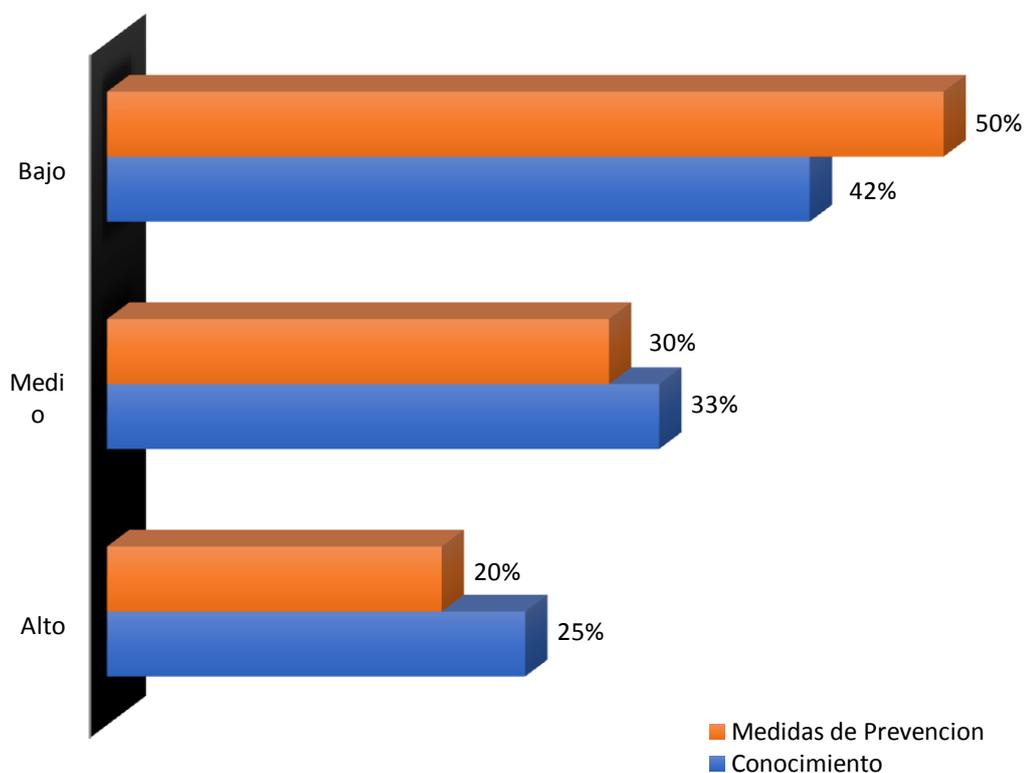
Perfil	Madres de niños menores de 5 años	
	f	%
<b>Edad</b>		
20 a 23	54	20%
24 a 27	76	28%
28 a 31	45	16%
32 a 35	39	14%
36 a 39	33	12%
40 a 43	28	10%
Total	275	100%
<b>Grado de instrucción</b>		
Primaria	35	13%
Secundaria	154	56%
Superior	86	31%
Total	275	100%
<b>Lugar de Procedencia</b>		
Costa	87	32%
Sierra	121	44%
Selva	67	24%
Total	275	100%
<b>Estado Civil</b>		
Madre soltera	45	16%
Casada	35	13%
Separada	67	24%
Conviviente	128	47%
Total	275	100%
<b>Nº de Hijos menores de 5 años</b>		
Solo 1	32	12%
Solo 2	67	24%
Solo 3	78	28%
Solo 4	98	36%
Total	275	100%
<b>Condición laboral</b>		
Independiente	47	17%
Dependiente	147	53%
Ama de casa	81	30%
Total	275	100%

**Fuente:** Encuesta a las madres de niños menores de 5 años de la comunidad Santa Catalina. La Victoria. 2016

Del 100% de las madres de niños menores de 5 años de la comunidad Santa Catalina, el 28% fluctúan entre las edades de 24 a 27 años, el 56% tienen estudios de secundaria, el 44% provienen de la sierra, el 47% conviven con sus parejas, el 36% tienen 4 hijos menores de 5 años, la condición laboral del 53% es dependiente.

**Gráfico 1**

Conocimientos y las medidas de prevención sobre diarrea en las madres de niños menores de 5 años de la comunidad Santa Catalina. La Victoria. 2016

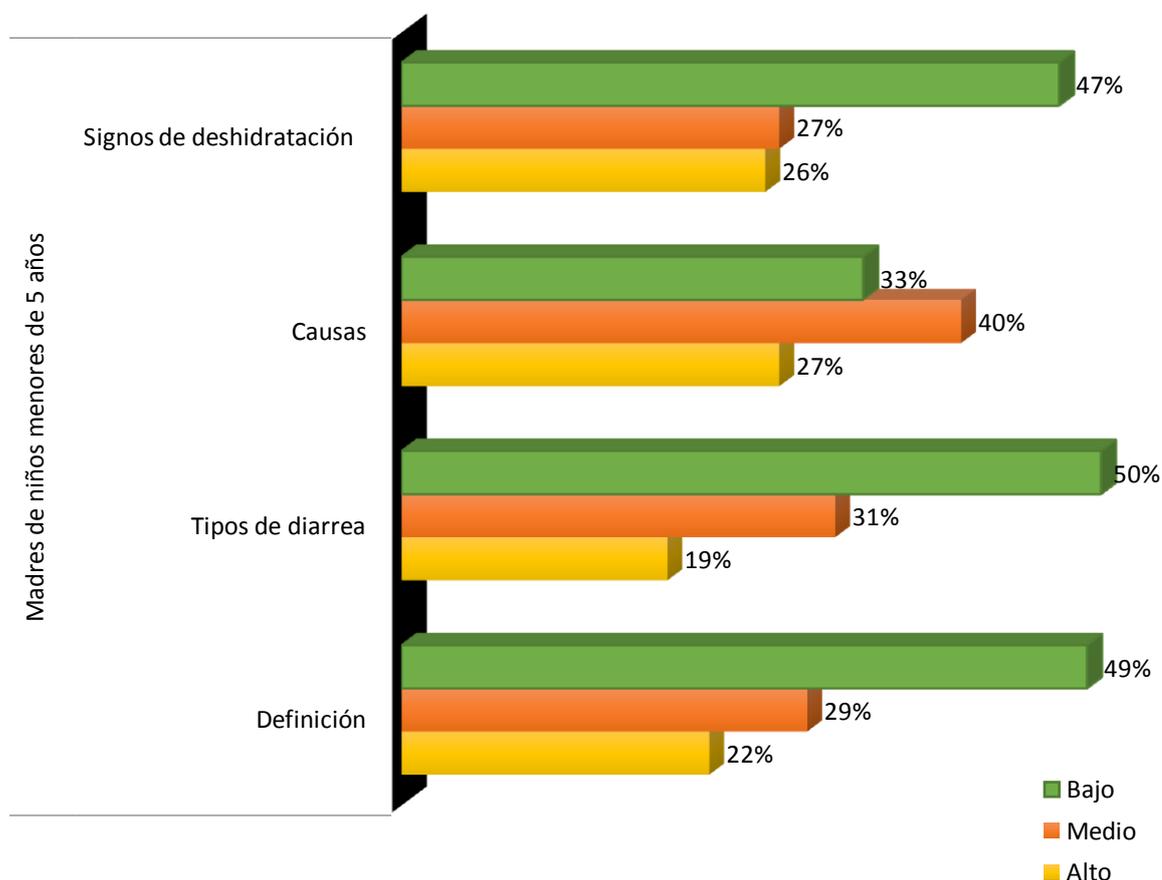


**Fuente:** Encuesta a las madres de niños menores de 5 años de la comunidad Santa Catalina. La Victoria. 2016

Las madres de niños menores de 5 años de la comunidad Santa Catalina, el 42% tiene bajos conocimientos sobre la diarrea y bajas medidas de prevención con el 50%, en tanto el 33% tienen medianamente conocimientos sobre la diarrea y medianamente toman medidas de prevención con el 30%, y solo el 25% tiene un alto conocimiento sobre la diarrea y por ende un altas medidas de prevención con el 20%

**Gráfico 2**

Conocimientos sobre la diarrea en las madres de niños menores de 5 años de la comunidad Santa Catalina. La Victoria. 2016

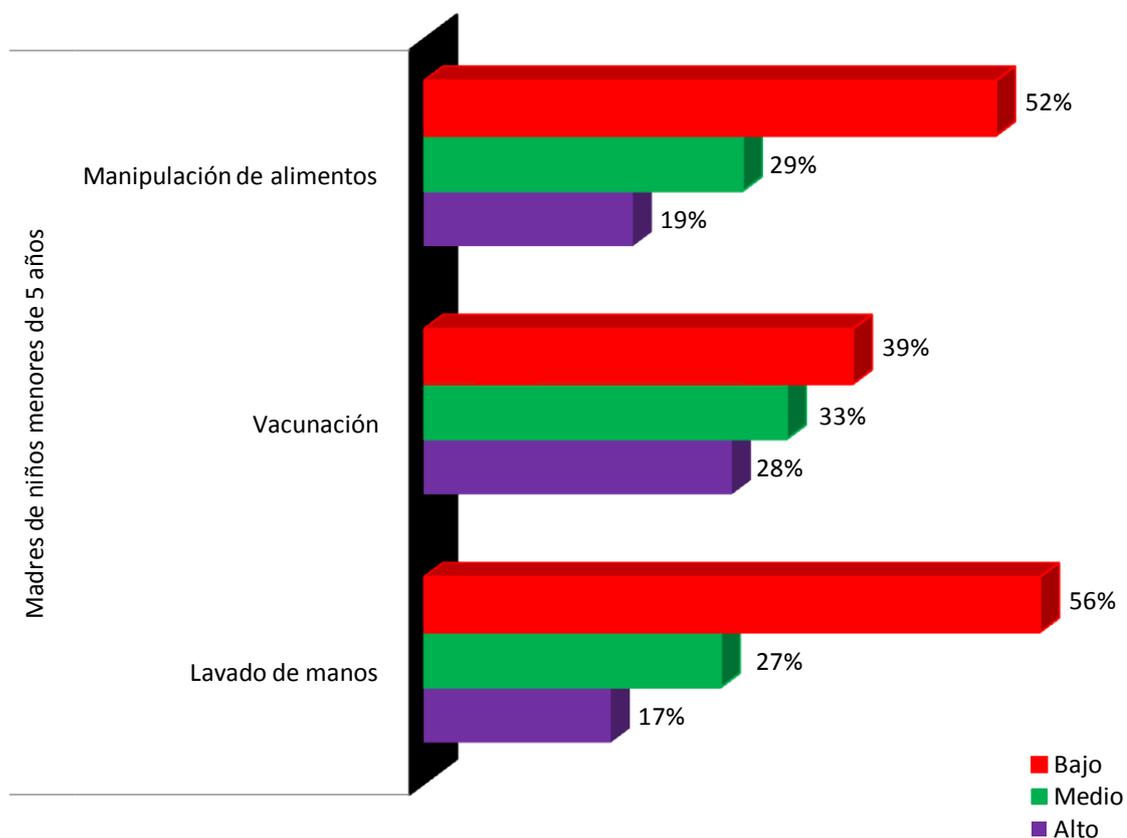


**Fuente:** Encuesta a las madres de niños menores de 5 años de la comunidad Santa Catalina. La Victoria. 2016

Las madres de niños menores de 5 años de la comunidad Santa Catalina, el 49% tienen bajos conocimientos la definición de diarrea, el 50% sobre los tipos de diarrea, el 33% sobre las causas de la diarrea, el 47% sobre los signos de deshidratación.

**Gráfico 3**

Medidas de prevención de diarrea en las madres de niños menores de 5 años en la comunidad Santa Catalina. La Victoria. 2016



**Fuente:** Encuesta a las madres de niños menores de 5 años de la comunidad Santa Catalina. La Victoria. 2016

Las madres de niños menores de 5 años de la comunidad Santa Catalina, el 56% tienen bajas medidas de prevención en relación al lavado de manos, el 39% tienen bajas medidas de prevención en relación a la vacunación, el 52% tienen bajas medidas de prevención en relación a la manipulación de alimentos

## **CAPÍTULO V: DISCUSION**

Las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años, y ocasionan la muerte de 525 000 niños cada año. En el pasado, la deshidratación grave y la pérdida de líquidos eran las principales causas de muerte por diarrea. En la actualidad es probable que otras causas, como las infecciones bacterianas septicémicas, sean responsables de una proporción cada vez mayor de muertes relacionadas con la diarrea. Los niños malnutridos o inmunodeprimidos son los que presentan mayor riesgo de enfermedades diarreicas potencialmente mortales.

Se define como diarrea la deposición, tres o más veces al día (o con una frecuencia mayor que la normal para la persona) de heces sueltas o líquidas. La deposición frecuente de heces formes (de consistencia sólida) no es diarrea, ni tampoco la deposición de heces de consistencia suelta y “pastosa” por bebés amamantados.

La diarrea suele ser un síntoma de una infección del tracto digestivo, que puede estar ocasionada por diversos organismos bacterianos, víricos y parásitos. La infección se transmite por alimentos o agua de consumo

contaminados, o bien de una persona a otra como resultado de una higiene deficiente.

Las intervenciones destinadas a prevenir las enfermedades diarreicas, en particular el acceso al agua potable, el acceso a buenos sistemas de saneamiento y el lavado de las manos con jabón permiten reducir el riesgo de enfermedad. Las enfermedades diarreicas deben tratarse con una solución salina de rehidratación oral (SRO), una mezcla de agua limpia, sal y azúcar. Además, el tratamiento durante 10 a 14 días con suplementos de zinc en comprimidos dispersables de 20 mg acorta la duración de la diarrea y mejora los resultados.

Las enfermedades diarreicas son una causa principal de mortalidad y morbilidad en la niñez en el mundo, y por lo general son consecuencia de la exposición a alimentos o agua contaminados. En todo el mundo, 780 millones de personas carecen de acceso al agua potable, y 2500 millones a sistemas de saneamiento apropiados. La diarrea causada por infecciones es frecuente en países en desarrollo.

En países de ingresos bajos, 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 amenaza más grave de las enfermedades diarreicas es la deshidratación. Durante un episodio de diarrea, se pierde agua y electrolitos (sodio, cloruro, potasio y bicarbonato) en las heces líquidas, los vómitos, el sudor, la orina y la respiración.

## CONCLUSIONES

1. Del 100% de las madres de niños menores de 5 años de la comunidad Santa Catalina, la mayoría fluctúan entre las edades de 24 a 27 años, tienen estudios de secundaria, provienen de la sierra, conviven con sus parejas, tienen 4 hijos menores de 5 años y su condición laboral es dependiente.
2. Las madres de niños menores de 5 años de la comunidad Santa Catalina, tiene bajos conocimientos sobre la diarrea y bajas medidas de prevención
3. Las madres de niños menores de 5 años de la comunidad Santa Catalina tienen bajos conocimientos sobre la definición, tipos, causas de la diarrea y los signos de deshidratación.
4. Las madres de niños menores de 5 años de la comunidad Santa Catalina, tienen bajas medidas de prevención en relación al lavado de manos, la vacunación y en la manipulación de alimentos

## RECOMENDACIONES

1. Al personal de salud en coordinación con el presidente de la comunidad de Santa Catalina se sugiere fortalecer la capacidad para realizar intervenciones de prevención, en particular las relacionadas con el saneamiento y el mejoramiento de las fuentes de agua, así como con el tratamiento y almacenamiento seguro del agua en los hogares.
2. Al personal de salud se sugiere desarrollar nuevas intervenciones sanitarias tales como la inmunización contra los rotavirus, capacitaciones a los agentes de salud, especialmente en el ámbito comunitario sobre las medidas de prevención de la diarrea, y los signos de deshidratación rehidratación oral.
3. Se sugiere realizar investigaciones orientadas a desarrollar y probar nuevas estrategias de prevención y control de la diarrea.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Delgado MF, Hernán Sierra C, Calvache JA, Sales I, Agredo F. Conocimientos maternos sobre signos de peligro en diarrea aguda en el marco de la estrategia AIEPI. Revista Colombia Médica (periódica en línea). 2006; 37(4) Acceso: 3/5/2007 Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol37No4/pdf/v37n4a06.pdf>
2. Riverón Corteguera RL, Mena Miranda VR, González Fernández MA. Morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales. Revista Cubana de Pediatría (periódica en línea). 2000; 72(2) Acceso: 3/5/2007 Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol72\\_2\\_00/ped02200.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol72_2_00/ped02200.htm)
3. Cervantes Baute IC, Bosch Govea M, Armero Pérez G. Valoración del conocimiento de las madres sobre las diarreas y su prevención. Revista Cubana de Enfermería (periódica en línea). 2001; 17(1) Acceso: 3/5/2007 Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086403192001000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192001000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
4. Miranda J, Ramos W. Pronóstico de la tendencia nacional y regional de las enfermedades diarreicas agudas en menores de cinco años de edad en el Perú mediante un modelo ARIMA con el enfoque Box-Jenkins. Revista Peruana de Epidemiología 2010 (1); 24-31. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203119805004>
5. Guillén A. Enfermedad diarreica: un problema recurrente de salud pública. Rev. Peru Med Exp Salud Pública. 2011; 28(1); 7-8.
6. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades Diarreicas. Nota descriptiva N° 330; 2009. disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/print.html>.
7. Miranda J, Ramos W. Pronóstico de la tendencia nacional y regional de las enfermedades diarreicas agudas en menores de cinco años de edad

- en el Perú mediante un modelo ARIMA con el enfoque Box-Jenkins. Revista Peruana de Epidemiología 2010(1):24-31.
8. Guillén A. Enfermedad diarreica: un problema recurrente de salud pública. Rev Peru Med Exp Salud Publica 2011;28(1).
  9. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades Diarreicas. Nota Descriptiva N°330; 2013. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/print.html>.
  10. Perú, Presidencia del Consejo de Ministros. Resumen Ejecutivo. Informe del cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio. Lima: Comisión Interministerial de Asuntos Sociales CIAS; 2009.
  11. Venero EG, Cruz AR. Enfermedad Diarreica Aguda. Bol Epidemiol (Lima) 2009; 18:992-3.
  12. Robles J. Guía de Promoción y Prevención de Enfermedades Diarreicas en la Atención Farmacéutica. Escuela Peruana de Atención Farmacéutica. Lima – Perú. 2007.
  13. Morán A, Medina S, Salas A, Taira K, Ttito M, Vásquez N, et al. Investigación Operativa Sobre AIEPI. Conocimiento Materno sobre signos de alarma en niños enfermos en el A.H. Villa Señor de los Milagros, Callao. Facultad de Medicina Humana, UNMSM – 2002.
  14. Delgado M, Sierra C, Calvache J, Ríos A, Mosquera C, Salas I, et al. Conocimientos maternos sobre signos de peligro en diarrea aguda en el marco de la estrategia AIEPI, 2006. Colomb Med Vol. 37 N°4; 37: 293-298
  15. Vásquez L, Herrera D, Segura M. Conocimientos sobre hidratación oral por las madres de paciente de 1 a 5 años de vida con enfermedad diarreica aguda. República Dominicana. Horiz Med. 2014; 14 (3): 24-27.
  16. CABEZAS Quinzo Miriam P, en su estudio titulado “intervención educativa sobre prevención de enfermedades diarreicas agudas desde el enfoque AIEPI comunitario para madres con niños menores de cinco años del centro de educación inicial Lic. Alfonzo Chávez jara. Riobamba – Ecuador. 2011”.
  17. Rosario Cabrera Elías en su investigación titulada “Uso comparativo del sistema de severidad vesikari en menores de cinco años con enfermedad

diarreica aguda con resultados positivos y negativos a rotavirus, en el servicio de pediatría del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2014”

18. Asociación Española de Pediatría. Guía de práctica clínica ibero-latinoamericana sobre el manejo de la gastroenteritis aguda en menores de 5 años, marzo 2014. Vol. 80 (1).
19. Asociación Española de Pediatría. Protocolos diagnósticos-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Cap. 2, Diarrea Aguda. 2010
20. Botas, A. Ferreiro, B. Soria. Deshidratación en niños. An Med (Mex). 2011; 56 (3): 146-155.
21. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) de Colombia. Disponible en: <http://www.unicef.org.co>
22. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades Diarreicas. Nota Descriptiva N°330; 2013. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/print.html>.

# **ANEXOS**

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

**Título:** “Conocimientos sobre diarrea y las medidas de prevención en las madres de niños menores de 5 años de la comunidad Santa Catalina. La Victoria. 2016

PROBLEMA	OBJETIVO	VARIABLES
<p><b>Problema general</b> ¿Cuáles son los conocimientos sobre diarrea y las medidas de prevención en las madres de niños menores de 5 años de la comunidad Santa Catalina. La Victoria. 2016?</p> <p><b>Problemas específicos</b> ¿Cuáles son los conocimientos sobre la diarrea en las madres de niños menores de 5 años de la comunidad Santa Catalina. La Victoria. 2016?</p> <p>¿Cuáles son las medidas de prevención de diarrea en las madres de niños menores de 5 años en la comunidad Santa Catalina. La Victoria. 2016?</p>	<p><b>Objetivo general</b> Determinar los conocimientos sobre diarrea y las medidas de prevención en las madres de niños menores de 5 años de la comunidad Santa Catalina. La Victoria. 2016</p> <p><b>Objetivos específicos</b> Identificar los conocimientos sobre la diarrea en las madres de niños menores de 5 años de la comunidad Santa Catalina. La Victoria. 2016</p> <p>Identificar las medidas de prevención de diarrea en las madres de niños menores de 5 años en la comunidad Santa Catalina. La Victoria. 2016</p>	<p>VI = Conocimientos sobre diarrea</p> <p>VD = Medidas de prevención</p>

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Conocimientos sobre diarrea y las medidas de prevención	Conocimientos	Definición Tipos de diarrea Causas Signos de deshidratación
	Prevención	Lavado de manos Vacunación Manipulación de alimentos

TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	VALIDEZ Y CONFIABILIDAD
<p>La presente investigación es de tipo cuantitativa, descriptivo, correlacional, por su alcance es transversal ya que se refiere a un tiempo específico y único, por su profundidad es descriptiva, por su carácter es de tipo cuantitativo ya que se centra de manera predominante en los objetivos no experimental</p>	<p><b>Población</b> La población estuvo conformada por los 275 madres de niños menores de 5 años de la comunidad Santa Catalina. La Victoria.</p> <p><b>Muestra</b> La muestra estuvo constituida por 275 madres de niños menores de 5 años de la comunidad Santa Catalina. La Victoria. Se tomara el diseño muestral no probabilístico por conveniencia</p>	<p>Como técnica fue la encuesta y como instrumento un cuestionario el instrumento consta de ítems, con respuestas cerradas</p>	<p>La validez del instrumento fue dada a través de los jueces expertos, donde participaron 5 profesionales, esto permitió los reajustes necesarios al instrumento; para luego realizar una prueba piloto.</p> <p>Una vez recolectado los datos se elaboro el cuadro de códigos y puntajes con el paquete estadístico SPSS a fin de procesar los datos y presentarlo en tablas y gráficos estadísticos</p>

## CUESTIONARIO

**Estimada Sra.**

El propósito de este trabajo es recoger información para lo cual solicitamos su colaboración voluntaria para la aplicación de esta encuesta. A continuación se le presenta un conjunto de preguntas marque con una (X) la respuesta que cree conveniente con responsabilidad y atendiendo a las indicaciones específicas.

**Datos generales:**

1. Edad:.....
2. Estado civil: Soltero ( ) Casado ( ) Conviviente ( )

ITEMS		
Se lava las manos después de usar servicios higiénicos		
Se lava las manos antes de servir los alimentos		
Se lava las manos al empezar el preparado de alimentos		
Emplea guantes u otro protector para recoger o eliminar basura		
En casa, los tachos para basura tienen tapa		
Los inodoros son higienizados con ácido muriático		
Limpia los inodoros directamente con las manos		
Despolva muebles estando los alimentos expuestos al aire libre		
En casa, emplea jabón líquido para lavado de manos		
Lava cuidadosamente dedos y uñas		
Barre con escoba la casa		
Emplea aspiradora para la limpieza de la casa		
Desempolva enseres con plumero		
Emplea cera líquida o en pasta para limpieza de pisos		
Emplea spray contra insectos teniendo cerca los alimentos destinado a los niños		
La casa está ubicada cerca de lugar acopiador de basura		
El niño prefiere llevar con las manos los alimentos a la boca		
Proliferan las moscas en la casa donde vive el niño		
El niño consume alimentos expuestos al aire libre		
El niño emplea jabones para el aseo de manos		
La casa donde vive el niño cuanta con agua y desagüe		
El servicio de agua es permanente		
Almacena agua en recipientes sin tapa		
Hierven el agua destinada al consumo del niño		
El niño consume agua directamente del caño		

