



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

**CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS MADRES DE NIÑOS
MENORES DE 5 SOBRE ENFERMEDADES DIARREICAS
AGUDAS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE PEDIATRIA
DEL HOSPITAL JOSE AGURTO TELLO – CHOSICA 2013**

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

BACHILLER : TEJADA TUTAYA BRENDA

LIMA – PERÚ

2016

**CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS MADRES DE NIÑOS
MENORES DE 5 SOBRE ENFERMEDADES DIARREICAS
AGUDAS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE PEDIATRIA
DEL HOSPITAL JOSE AGURTO TELLO – CHOSICA 2013**

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Identificar el conocimiento acerca de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años, que tienen las madres que acuden al consultorio de pediatría del hospital José Agurto Tello – Chosica 2013. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de 35 madres de niños menores de 5 años, para el recojo de la información se utilizó un cuestionario de alternativa múltiple 12 ítems, organizado por las dimensiones: factores predisponentes, tratamiento. Aspectos preventivos, alimentación. La validez del instrumento se realizó mediante el Juicio de expertos obteniendo un valor de (0,867); la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de (0,89). La prueba de Hipótesis se realizó mediante el Chi Cuadrado con un valor de (9,68), y un nivel de significancia $p < 0,05$.

CONCLUSIONES:

El nivel de conocimiento acerca de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años, que tienen las madres que acuden al Consultorio de Pediatría del Hospital José Agurto Tello – Chosica, es Bajo. Este nivel se presentan porque las madres desconocimiento de las causas, síntomas y consecuencias de la diarrea. Asimismo, desconocen las medidas preventivas en cuanto al manejo y consumo de agua, cuidado de alimentos y lavado de manos.

PALABRAS CLAVES: *Conocimiento, enfermedad diarreica aguda, prevención, tratamiento, factores predisponentes.*

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to: Identify the knowledge about acute diarrheal disease in children under 5 years of age, who have mothers who attend the pediatric office of the José Agurto Tello - Chosica Hospital 2013. It is a descriptive transversal research, With a sample of 35 mothers of children under 5 years old, for the collection of the information was used a questionnaire of multiple alternative 12 items, organized by the dimensions: predisposing factors, treatment. Preventive aspects, feeding. The validity of the instrument was made by the expert judgment obtaining a value of (0.867); Reliability was performed using the Cronbach's alpha with a value of (0.89). The Hypothesis test was performed using the Chi Square with a value of (9.68), and a significance level $p < 0.05$.

CONCLUSIONS:

The level of knowledge about acute diarrheal disease in children under 5 years old, who have the mothers who attend the Pediatric Office of the José Agurto Tello - Chosica Hospital, is Low. This level are presented because mothers are unaware of the causes, symptoms and consequences of diarrhea. Also, they do not know the preventive measures in the handling and consumption of water, food care and washing of hands.

KEY WORDS: *Knowledge, acute diarrheal disease, prevention, treatment, predisposing factors.*

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESÚMEN	i
ABSTRAC	ii
ÍNDICE	iii
INTRODUCCIÓN	v
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	
1.2. Formulación del problema	1
1.2.1. Problema General	3
1.2.2. Problemas Específicos	3
1.3. Objetivos de la investigación	3
1.3.1. Objetivo general	4
1.3.2. Objetivos específicos	4
1.4. Justificación del estudio	4
1.5. Delimitaciones de la investigación	5
	6
CAPITULOII: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	7
2.2. Base teórica	10
2.3. Definición de términos	35
2.4. Hipotesis	37
2.5. Variables	37
2.5.1. Definición conceptual de la variable	37
2.5.2. Definición operacional de la variable	38
2.5.3. Operacionalización de la variable	39

CAPITULOIII: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	40
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	41
3.3. Población y muestra	42
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	42
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	42
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	43
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	44
CAPÍTULO V: DISCUSION	50
CONCLUSIONES	52
RECOMENDACIONES	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCION

Las enfermedades diarreicas agudas (EDAS), son unas de las principales causas de morbilidad y mortalidad en los países subdesarrollados , constituyen además el principal factor desencadenante de desnutrición

Las EDAS son más frecuentes en países en vía de desarrollo, relacionadas con el bajo nivel socioeconómico, pobres medidas sanitarias y de higiene personal, altos índices de pobreza e insalubridad, falta de agua potable ,hacinamiento y deficiente atención médica para los niños con problemas de diarreas.

Para ello hace necesidades de educación a las madres de niños menores de 5 años, basadas en la prevención y promoción de la salud a escala comunitaria con énfasis en el nivel local, ya que esta representa el instrumento permanente y más eficaz para la prevención de tales enfermedades con el objetivos de lograr cambios y educación positiva de conductas y escalas de valores de la población con respecto al medio que los rodea y a su salud

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

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.

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

En países en desarrollo, 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 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. Se ha documentado elaboración que el uso de medicamentos.

Las razones por las cuales persisten las prácticas de medicación incorrecta y de no recurrir al SRO en la población han sido poco estudiadas. Algunas investigaciones han encontrado una relación significativa entre condiciones sociales y variables culturales, por un lado, y el rechazo del SRO, por el otro ⁽³⁾. Por ejemplo, se afirma que: “las familias clasificadas como tradicionales rechazaron con mayor frecuencia este tipo de tratamiento” o que “las madres que tienden a subestimar la deshidratación son de nivel económico más bajo y tiene menor acceso a los servicios médicos y los niños más desnutridos” . Por otro lado, se ha descrito el proceso de toma de decisiones durante las enfermedades diarreicas para poder entender el manejo en el hogar por parte de la familia. A partir del reconocimiento de que el niño sufre de diarrea, las practicas se dividen en dos fases: en la primera se realiza una serie de practicas de autoatencion esperando que se cure la enfermedad; en la segunda fase, el episodio se hace “publico”, es decir, la familia empieza a preocuparse por que no cede la enfermedad y determina que se requiere otro tipo de atención. El paso a la segunda fase se da en los casos en que no se ha detenido la diarrea (cabe recordar que la diarrea es autolimitada y dura de tres a cinco días) y empieza a complicarse con deshidratación.

En esta fase se realiza una serie de prácticas curativas, delimitadas por la combinación de recursos que ofrece el entorno social con los que tiene la

familia: medicación contraindicada recomendada por las redes de ayuda o farmacéuticos, así como acudir al médico privado, al tradicional o institucional. Algunas que han tenido hijos severamente deshidratados han descrito como van combinando indiscriminadamente las distintas prácticas conforme se agrava la situación. El patrón de estas combinaciones es el de utilizar todo tipo de recurso que se tiene a la mano y cada vez con mayor desesperación, pues lo que se hace no está solucionando el problema, no se está “curando” la diarrea. Se entonces la paradoja de realizar toda una serie de prácticas para curar la diarrea que no es lo peligroso, en vez de prevenir la deshidratación, que es la causa de la muerte.

Se ha visto que esta costumbre de recurrir a las prácticas “curativas de la diarrea” está relacionada con el concepto que tienen las madres acerca de la diarrea y la deshidratación: confunden ambos conceptos pensando que la deshidratación es solo el conjunto de síntomas de la diarrea y que lo que hay que hacer es “pararla”. Desconocen que la deshidratación es un proceso derivado de la diarrea, una complicación de la misma, que requiere de atención específica.

1.2.- FORMULACION DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General:

¿Conocimiento que tienen Las madres de niños menores de 5 años sobre enfermedades diarreicas agudas que acuden al consultorio de pediatría del hospital José Agurto Tello – Chosica 2013?

1.2.2. Problemas Específicos:

- ¿Conocimiento acerca de los factores predisponentes de la enfermedad diarreica aguda, en niños menores de 5 años, que tienen las madres que acuden al consultorio de pediatría del hospital José Agurto Tello – Chosica 2013?
- ¿Conocimiento acerca de la alimentación frente a la enfermedad diarreica aguda, en niños menores de 5 años,

que tienen las madres que acuden al consultorio de pediatría del hospital José Agurto Tello – Chosica 2013?

- ¿Conocimiento acerca de los aspectos preventivos de la enfermedad diarreica aguda, en niños menores de 5 años, que tienen las madres que acuden al consultorio de pediatría del hospital José Agurto Tello – Chosica 2013?
- ¿Conocimiento acerca del tratamiento de la enfermedad diarreica aguda, en niños menores de 5 años, que tienen las madres que acuden al consultorio de pediatría del hospital José Agurto Tello – Chosica 2013.?

1.3.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.3.1. Objetivo General

- Identificar el conocimiento acerca de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años, que tienen las madres que acuden al consultorio de pediatría del hospital José Agurto Tello – Chosica 2013.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar el conocimiento acerca de los factores predisponentes de la enfermedad diarreica aguda, en niños menores de 5 años, que tienen las madres que acuden al consultorio de pediatría del hospital José Agurto Tello – Chosica 2013
- Identificar el conocimiento a cerca de la alimentación frente a la enfermedad diarreica aguda, en niños menores de 5 años, que tienen las madres que acuden al consultorio de pediatría del hospital José Agurto Tello – Chosica 2013.

- Identificar el nivel de conocimientos acerca de los aspectos preventivos en la enfermedad diarreica aguda, en niños menores de 5 años, que tienen las madres que acuden al consultorio de pediatría del hospital José Agurto Tello – Chosica 2013.
- Identificar en nivel de conocimiento acerca del tratamiento de la enfermedad diarreica aguda, en niños menores de 5 años, que tienen las madres que acuden al consultorio de pediatría del hospital José Agurto Tello – Chosica 2013.

1.4. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

La Enfermedad diarreica aguda constituye un gran problema de salud pública en la mayoría de los países en vías de desarrollo, y es causa importante de morbi-mortalidad durante la infancia, especialmente por su relación con la desnutrición, los altos costos que implica para los sistemas de salud por su alta demanda de atenciones ambulatorias y hospitalizaciones. A menor edad del niño, hay mayor susceptibilidad de presentar diarrea, siendo este de mayor intensidad y con mayores posibilidades de producir deshidratación.

En Perú, la diarrea en niños es una enfermedad típica, con mayor expresión en los meses de calor y como sabemos las características epidemiológicas de nuestro país como las malas condiciones higiénicas y sanitarias de la población mas pobre (carencia de agua potable, eliminación inadecuada de excretas, proliferación de vehículos de infección como las moscas, inadecuado lavado de manos, malas condiciones de conservación de los alimentos favorecen la transmisión de una persona a otra por vía fecal-oral y determina que la enfermedad se presente en forma endémica con brotes epidémicos en los meses calidos. En nuestro país los niños menores de 5 años, son los más afectados.

La infección hospitalaria es aquella infección que no está presente clínicamente ni en período de incubación cuando el paciente ingresa al centro hospitalario. Habitualmente, se define en forma arbitraria como

aquella infección que aparece más allá de las 72 horas del ingreso, dependiendo del tipo de infección. Para reconocer si la infección fue adquirida en el hospital o en la comunidades imprescindible conocer el período de incubación de la enfermedad específica. Las epidemias de infecciones gastrointestinales en las salas de pediatría son un problema de salud pública subestimado y responsable de la prolongación de los días de hospitalización, aumento de los costos y aumento de la morbimortalidad.

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

1.5.- LIMITACIONES Y ALCANCES DE LA INVESTIGACIÓN

Limitaciones: La presente investigación se centra al accionar de enfermería en relación al cuidado y al auto cuidado de la misma. Por lo tanto se circunscribe o limita a este espacio laboral. Otra limitación presentada en este trabajo de investigación es que el de tipo de investigación es de cohorte transversal limitando así la visión del problema. Incluimos como limitación también a la búsqueda de antecedentes ya que este no es un tema muy novedoso, motivo por el cual este trabajo de investigación tiene ausencia de antecedentes nacionales obteniendo así un solo antecedente internacional.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1.- ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. Antecedentes Internacionales:

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

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

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

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

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

2.1.2. Antecedentes Nacionales:

CERNA TELLO, Carmen Milagros, realizo una investigacion, para obtener El titulo de licencia de en enfermeria 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, 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 practicas aprendidas por sus padres de generación en

generación. estos resultados reflejan que la madre no sabe como tratar a su niños menor de 5 años con Diarrea adoptando una actitud negativa⁽⁷⁾

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 tuvo como objetivo conocer el nivel de conocimiento y conducta materna en el hogar sobre el manejo de diarrea aguda en menores de 5 años, Tipo de investigación: Descriptivo prospectivo; Nombre de institución: Universidad del Cauca 2010.⁽⁸⁾ 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.⁽⁸⁾

2.2.- BASE TEORICA

2.2.1. Algunos Alcances Básicos sobre el Conocimiento:

- ❖ **Mario Bunge:** Define al conocimiento como “el conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claras, precisos, ordenados e inexactos, en base a ello se tipifica al conocimiento en: Conocimiento científico y conocimiento vulgar.⁽¹¹⁾

- 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:”⁽¹²⁾

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⁾

2.2.2. Elementos del conocimiento:

1. Sujeto:

El sujeto del conocimiento es el individuo conocedor. En él se encuentran los estados del espíritu en el que se envuelven o entran la ignorancia, duda, opinión y certeza. Este se presenta como el punto que depende por decirlo así, la verdad del conocimiento humano. Su función consiste en aprehender el objeto, esta aprehensión se presenta como una salida del sujeto fuera de su propia esfera, una invasión en la esfera del objeto y una captura de las propiedades de éste.

2. Objeto:

Es aquello a lo que se dirige la conciencia, ya sea de una manera cognoscitiva, ya sea volitiva. Es lo que se percibe, imagina, concibe o piensa. Su función es ser aprehensible y aprehendido por el sujeto.

Los objetos pueden ser reales o irreales; llamamos real todo lo que nos es dado en la experiencia externa o interna o se infiere algo de ella. Los objetos irreales se presentan, por el contrario, como meramente pensados.⁽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:

Medios del Conocimiento

	MEDIOS DEL CONOCIMIENTO	ALCANCES
MEDIO	La Experiencia interna	Consiste en darnos cuenta lo que existe en nuestra interioridad. Esta experiencia constituye una certeza primaria: en nuestro interior ocurre realmente lo que experimentamos.
	La Experiencia externa	Es todo conocimiento o experiencia que obtenemos por nuestros sentidos.
	La Razón	Esta se sirve de los sentidos, elabora los datos recibidos por ellos los generaliza y los abstrae, transformando la experiencia sensible y singular en conocimientos que valen en cualquier lugar y tiempo.
	La Autoridad	Muchísimos conocimientos que poseemos nos llegan a través de la comunicación de personas que saben mucho sobre el tema, estas personas tienen autoridad científica y lo que divulgan o enseñan merece toda nuestra adhesión.

Fuente: Bertrand Russel "Medios del Conocimiento"

4. Imagen:

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

2.2.3. Enfermedad diarreica aguda

Se considera diarrea aguda a la presencia de deposiciones líquidas o acuosas, generalmente en número mayor de tres en 24 horas y que dura menos de 14 días; la disminución de la consistencia es más importante que la frecuencia. Dura habitualmente entre 4 y 7 días. Se considera

resuelta cuando el paciente no presenta deposiciones durante 12 horas o éstas no tienen ya componente líquido. Si la diarrea dura más de 14 días, se la define como diarrea prolongada y, si dura más de 1 mes, como diarrea crónica. Si en las deposiciones hay mucosidades y sangre, se la denomina síndrome disentérico.⁽¹³⁾

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.⁽¹³⁾

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 aún 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 recalarse 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. 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.

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

2.2.3.3. Fisiopatología de la Diarrea

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

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

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

el líquido extracelular al interior de la célula epitelial a través de la membrana basolateral. Luego el Na^+ es devuelto al líquido extracelular, por la $\text{Na}^+ \text{K}^+$ ATPasa. Al mismo tiempo se produce secreción de Cl^- desde la superficie luminal de la célula de la cripta al lumen intestinal. Esto crea una gradiente osmótica, que genera flujo pasivo de agua y electrólitos desde el líquido extracelular al lumen intestinal a través de canales intercelulares.⁽¹⁴⁾

2.2.3.4. Factores de riesgo:

Los factores de riesgo para las enfermedades diarreicas son: ambientales (ej.: agua inadecuada o con contaminación fecal, falta de facilidades sanitarias, mala higiene personal y doméstica, inadecuada preparación y almacenamiento de alimentos, ignorancia o patrones culturales adversos con malas prácticas del destete y tardía búsqueda de atención médica) y del huésped (ej.: desnutrición, deficiencias inmunológicas, factores genéticos, ausencia de lactancia materna).⁽¹⁴⁾

2.2.3.5. 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. 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 autolimitada, 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. Aún cuando esta condición puede ser desencadenada por diversas causas, el agente etiológico más representativo actualmente es la E. coli.

2.2.3.6. Complicaciones

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

- a) aumento de pérdidas de líquidos y electrolitos por las evacuaciones líquidas y por los vómitos.
- b) disminución de la ingesta .
- c) aumento de las pérdidas insensibles (14)

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.

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 hiponatrémica (sodio sérico < 130 mEq/l), hipernatrémica (sodio sérico > 150 mEq/l) o isonatrémica con sodio sérico normal (con mucho, la más frecuente).⁽¹⁶⁾

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 hipokalemia, o medicamentoso por la administración de antieméticos (atropínicos) o medicamentos que reducen la

motilidad (loperamida, difenoxilato, tintura de opio). Menos frecuentes en nuestro medio son las crisis convulsivas secundarias a hipo o hipernatrémica o como consecuencia de neurotóxicas (*Shigella*), y la insuficiencia renal aguda prerrenal.⁽¹⁶⁾

	A	B	C
1. Observe:			
Condición	Bien, alerta	Intranquilo, irritable	Comatoso
Ojos	Normales	Hundidos	Hipotónico
Lagrimas	Presentes	Ausentes	Muy
Boca y lengua	Humedece	Secas	hundidos y secos
Sed	Bebe normal, sin sed	Sediento, bebe ávidamente	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 mas signos incluso por lo menos uno, tiene deshidratación	Si presenta dos o mas 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

- **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.

En las 2 primeras instancias no se requiere realizar exámenes, ya que, utilizando soluciones de rehidratación oral (SRO), la deshidratación se puede corregir sin problemas. En los pacientes hospitalizados, los exámenes pueden ayudar a evaluar globalmente al paciente (electrolitos plasmáticos, gases en sangre, hemograma y VHS) y para diagnóstico etiológico. En nuestro medio, se utilizan exámenes para identificar rotavirus (ELISA) y la solicitud de coprocultivo se justifica sólo si el cuadro se presenta como síndrome disentérico o si la diarrea aguda persiste con deposiciones líquidas, en ausencia de rotavirus. El examen parasicológico de deposiciones en general no tiene indicación en pacientes hospitalizados por diarrea (podría ser útil si no se aíslan bacterias patógenas en presencia de un síndrome disentérico). Con respecto a otros exámenes de deposiciones, como el pH y sustancias reductoras fecales, dado que habitualmente se debe esperar cierto grado de mala absorción parcial y transitoria de hidratos de carbono, es esperable que confirmen este hecho, por lo que sólo se los debe solicitar en diarreas de curso inhabitual, en desnutridos graves y en lactantes muy pequeños y en el raro caso de sospecha de deficiencia enzimática primaria de hidratos de carbono. La búsqueda

rutinaria de leucocitos polimorfonucleares fecales no es útil en la toma de decisiones, por lo que su solicitud, frecuente en el pasado, ya no se justifica; habitualmente el examen es francamente positivo (+++) cuando ya se puede apreciar sangre y/o pus en las deposiciones a simple vista. Cuando entrega resultados intermedios [(+) ó (++)], suele carecer de especificidad. Por otra parte, su sensibilidad para detectar, por ejemplo, la inflamación producida por *Shigella* es relativamente baja. Dado que el concepto de diarrea parenteral ha perdido vigencia, no se justifica solicitar examen de orina, urocultivo u otros en búsqueda de focos infecciosos que pudieran explicar la presencia de deposiciones líquidas.⁽¹⁶⁾

2.2.3.7. Prevención

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

Promoción de alimentación adecuada: lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, y parcial hasta el los 2 años de edad; Prácticas adecuadas del destete; Uso de agua limpia: abundante y protegida de contaminación; Higiene personal y doméstica adecuada: lavado de manos con jabón y uso de letrinas; Eliminación adecuada de las heces, especialmente de los pañales con deposiciones, y por último, en algunos países: Inmunización contra el sarampión (14)

- **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.

2.2.3.8. Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda

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

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

a. Tratamiento de la Diarrea en el Hogar

El tratamiento en el hogar es un componente esencial del manejo correcto de la diarrea aguda. Esto se debe a que la diarrea se inicia en el hogar y los niños atendidos en un establecimiento de salud usualmente continuaran con la

diarrea una vez que retornan al hogar. los niños deben recibir un tratamiento adecuado en el hogar si se quiere prevenir la deshidratación y el daño nutricional. las madres que se encuentran en posibilidad de tratar al niño en el hogar debe iniciar este tratamiento *antes* de buscar atención médica. Cuando se proporciona un tratamiento temprano en el hogar, usualmente se previene la deshidratación y el deterioro nutricional. Cada madre de un niño tratado por diarrea aguda en el servicio de salud debe ser orientada de cómo continuar el tratamiento de su niño en el hogar, y como brindar una terapia casera temprana para los episodios futuros de diarrea.

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

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

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

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

Plan de tratamiento A para tratar la diarrea en el hogar

Use este plan para enseñar a la madre a:

- Continuar el tratamiento del episodio actual de diarrea en el hogar.
- Proporcionar tratamiento precoz para episodios futuros de la diarrea

Explique las tres reglas para el tratamiento de la diarrea en el hogar:

1. De al niño mas líquidos de lo usual para prevenir la deshidratación.
 - 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
 - Continúe dando de lactar frecuentemente
 - Si el niño no esta alimentado de pecho, brinde la leche usual.
 - Si el niño tiene 6 meses de edad o mas, o ya se encuentre recibiendo alimentos sólidos:
 - Proporcione además cereal u otro alimento con fécula mezclado, si es posible con arvejas, vegetales y carne o pescado. Agregue 1 o 2 cucharaditas de aceite vegetal a cada ración.
 - Dele jugo de fruta fresca o plátano machacado para proveerlo de potasio.
 - Dele alimentos recién preparados. cocine y machaque bien los alimentos
 - Anime al niño a comer; ofrézcale comida al menos 6 veces al día.
 - Proporcione las mismas comidas cuando la diarrea cese y brinde una comida extra cada día durante 2 semanas.
3. Lleve al niño al trabajador de salud si el niño no mejora en 3 días o desarrolla cualquiera de lo siguiente:
 - . Muchas deposiciones acuosas . come o bebe poco
 - . Vomita repentinamente . fiebre
 - . Sed marcadas . Sangre en las heces

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

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

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

Los líquidos a aportar pueden ser alimentos caseros: agua de arroz, sopas de cereales y pollo, yogur o soluciones de rehidratación oral con 30 a 60 mEq/l de sodio. Están contraindicados las bebidas carbonatadas (gaseosas) y los jugos comerciales, por su elevado contenido de hidratos de carbono, baja concentración de electrolitos y alta osmolaridad. La forma de aportar los líquidos es con cucharita, con gotas, o a sorbos pequeños, y si el niño vomita, esperar 10 minutos para reiniciar la rehidratación.⁽¹⁵⁾

**Solución para la hidratación oral en el síndrome
diarreico agudo propuesta por la Organización
Mundial de la Salud (1971) (1984)**

1971 composición (mmol/L)				
Na+	K+	HCO ₃	Cl-	Glucosa
90	20	30	80	111

Desde 1984, se ha reemplazado el bicarbonato por citrato de sodio (citrato trisódico, dihidratado) en igual concentración (en miliequivalentes), lo que confiere mas estabilidad a la formula en lugares de elevada temperatura y humedad.

- **Plan B**

Las fases de la terapia son:

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

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

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

- Sodio: 90 mEq/l,
- Potasio: 20 mEq/l,
- Cloruros: 80 mEq/l,
- Citrato: 10 mEq/l,

- Glucosa: 20 gr/l.
- La osmolaridad es de 311 mOsm/Kg.

Más recientemente se ha desarrollado y evaluado otra SRO, de menor osmolaridad que la anterior. Esta formulación, que ha demostrado ser aún una mejor promotora de la absorción de agua y electrólitos que la SRO estándar OMS/UNICEF, se compone de: 75 mEq/l, de sodio, 20 mEq/l, de potasio, 65 mEq/l, de cloruros, 10 mEq/l, de citrato, y 75 mmol/l de glucosa; su osmolaridad es de 245 mosm/l, menor a la del plasma y, por ello, favorecedora de la absorción de fluidos desde lumen a célula y desde allí hacia el compartimiento vascular. También se ha demostrado que la necesidad, no programada, de hidratación intravenosa suplementaria en niños tratados con esta solución, se reduce significativamente, al igual que la tasa de vómitos.⁽¹⁵⁾

Las ventajas del uso de SRO sobre la terapia intravenosa son:

- Ser de bajo costo,
- No requerir material estéril,
- No requerir personal altamente entrenado,
- Ser cómoda, y no traumática, para la madre y el niño,
- Permitir a la madre participar en el tratamiento,
- Permitir que el niño acepte la alimentación más precozmente.

Por lo tanto, para tratar deshidratación clínica mediante SRO y lograr hidratación adecuada a las 4 horas, los pasos a seguir son:

Administrar SRO por boca: 50 - 100 ml/kg en 4 horas.

Si no se conoce el peso, usar la edad e indicar SRO en 4 a 6 horas según el siguiente cuadro:

		PLAN B			
Edad	Menos de 4	4 a 11 m.	12 a 23 m.	2 a 4 años	5 a 14 años
Peso (Kg)	<5	5-8	8-11	11-16	16-30
SRO (ml) en 4 h	200-400	400-600	600-800	800-1200	1200-2200

I niño pide más SRO, dar más.

- Si el niño toma lactancia materna, ésta puede aportársele entre las administraciones de SRO
- Si el niño es menor de 4 meses y no recibe lactancia materna, se puede alternar SRO con agua pura, 2/3 y 1/3, respectivamente o usar SRO con 60 mEq /L de Na+.
- Si el niño vomita, esperar 10 minutos y luego continuar con más lentitud.
- Si el niño presenta edema palpebral, pasar a Plan A.
- Evaluación de la corrección de la deshidratación a las 4 horas: Si no hay deshidratación, pasar a plan A. Si todavía hay deshidratación clínica, repetir plan B, agregando alimentos

• Plan C:

Tratamiento del. Shock hipovolémico.

El paciente con diarrea y estado de shock o algún problema grave (íleo paralítico, vómitos incoercibles, tasa alta de diarrea (>10 ml/kg./hrs) amerita soluciones endovenosas para reposición rápida de líquidos, el esquema de hidratación debe ser combinado, intravenoso y oral en cuanto haya posibilidad.

La meta es que los pacientes se hidraten por vía endovenosas en corto tiempo (3 o 4 horas), y (que la mayoría de ellos completen su hidratación por vía oral con vida suero oral a dosis de 25 ml/ kg/ hora en las siguientes 3 horas.⁽¹⁵⁾

Técnica de administración de soluciones parenterales;

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

- La primera hora 50 ml/kg/hora
- La segunda hora 25 ml/kg/hora
- La tercera hora 25 ml/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 mas segura de corregir la acidosis es aumentando el volumen circulante ya sea por vía intravenosa u oral.

En caso de mejoría del estado de shock pasar a plan b de tratamiento con vida suero oral. Y posteriormente a plan a hasta ser dado de alta, siempre que no existan complicaciones o enfermedad subyacentes. .⁽¹⁵⁾

2.2.4. Estrategia Sanitaria

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

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

Concertar con los principales actores sociales, asignando claramente responsabilidades, para ejecutar soluciones integrales

participativas dentro de una propuesta de asistencia sanitaria esencial.

Establecer sistemas locales de salud que den atención primaria a grupos prioritarios específicos, en una región geográfica determinada. .⁽¹⁵⁾

2.2.5. Teorías de Enfermería que Sustentan la Investigación

2.2.5.1. Nola Pender

Basa su Modelo Promoción de la Salud en la teoría del aprendizaje de Albert Bandura, que defiende la importancia de los procesos cognitivos en la modificación del comportamiento,²¹ teniendo como pasos del proceso: atención, retención, reproducción y motivación²². Todo este proceso ocurre en la persona siendo esencial que la enfermera los considere como base para la educación que brinda a la persona; también la teoría de fishbein sobre la acción razonada. Que asegura que la conducta depende de actitudes personales y de normas sociales.⁽¹⁷⁾

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

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

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

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

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

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

2.2.5.2. Teoría de Madeleine Leininger:

procede de la antropología y de la enfermería, ha definido la enfermería transcultural como una de las grandes áreas de la enfermería, que se centra en el estudio y el análisis comparado de las diferentes culturas y subculturas del mundo, desde el punto de vista de sus valores asistenciales, de la expresión y convicciones sobre la salud y la enfermedad y de los modelos de conducta, siempre con el propósito de desarrollar una base de conocimientos científicos y humanísticos que permitan una práctica de la atención sanitaria específica de la cultura y / o universal. ⁽¹⁷⁾

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

Establece la diferencia entre enfermería transcultural e intercultural, en donde la primera se refiere a los profesionales de enfermería preparados y comprometidos en adquirir un conocimiento y un método práctico de actuación de la enfermería transcultural. La enfermería

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

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

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

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 Conocimiento acerca de la enfermedad diarreica aguda que tienen las madres que acuden al consultorio de pediatría del Hospital José Agurto Tello – Chosica 2013, es Bajo.

2.4.2. Hipótesis Especificas:

- Conocimiento acerca de los factores predisponentes de la enfermedad diarreica aguda que tienen las madres en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, mayo-junio 2010, es Bajo.
- El nivel de conocimientos a cerca de la alimentación frente a la enfermedad diarreica aguda que tienen las madres que acuden al consultorio de pediatría del hospital José Agurto Tello – Chosica 2013 es Bajo.
- El nivel de conocimientos acerca de los aspectos preventivos frente a la enfermedad diarreica aguda que tienen las madres que acuden al consultorio de pediatría del hospital José Agurto Tello – Chosica 2013 es Bajo.
- El nivel de conocimiento acerca del tratamiento frente a la enfermedad diarreica aguda que tienen las madres que acuden al consultorio de pediatría del hospital José Agurto Tello – Chosica 2013 es Bajo.

2.5. VARIABLES

2.5.1. Definición Conceptual de las Variables



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

2.5.2. Definición Operacional de las Variables

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

2.5.3. Operacionalización de las Variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	NUMERO EN EL INSTRUMENTO DE ITEMS COSIDERADOS
CONOCIMIENTO SOBRE LA DIARREA INFANTIL	Es la determinación de cuanto conoce la madre sobre la enfermedad diarreica infantil	Es la determinación del conocimiento sobre la diarrea, Factores predisponentes, Alimentación, Aspecto preventivos y tratamiento que tienen las madres que acuden al consultorio de pediatría del hospital José Agurto Tello – Chosica, el cual será medido mediante un cuestionario y calificado en Conocimiento alto, Conocimiento regular y Conocimiento bajo	Conocimientos Generales	<ul style="list-style-type: none"> - Idéntica un episodio diarreico - Reconocimiento de signos y síntomas. - Complicaciones de La diarrea. 	3
			Factores Predisponentes	<ul style="list-style-type: none"> - Servicios de alcantarillado. - Servicios de abastecimiento de agua -Eliminación de basura 	3
			Alimentación	<ul style="list-style-type: none"> -Tipo de alimentación que brinda. -Lactancia materna. y/o artificial. 	3
			Aspecto preventivo	<ul style="list-style-type: none"> -Higiene de alimentos. -Lavado de manos. -Higiene personal -Higiene del hogar -Consumo de agua -Conservación de los alimentos 	6
			Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> -Tratamiento casero. -Suero de rehidratación oral -Automedicación 	5

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

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

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

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

TRANSVERSAL: Porqué la recolección de datos se realizará una sola vez. Recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único.

3.2. DESCRIPCION DEL AMBITO DE LA INVESTIGACION

El Hospital José Agurto Tello de Chosica, fue creado el 30 de diciembre de 1986 por decisión de la alta dirección del MINSA a propuesta de la entonces Comisión Reorganizadora del Área de Salud N° 09 presidida por el Dr. VÍCTOR PINTO DE LA SOTA SILVA, determinándose que sea ubicado en el Jr. Arequipa N° 214-218, en los ambientes físicos del Área Hospitalaria en referencia.

En el mes de marzo de 1987, se produjeron diversos deslizamientos (huaycos) ocasionando serias consecuencias en la población con destrucción de viviendas, pérdida de vidas y numerosos heridos. Estas circunstancias hicieron a que las autoridades del Sector Salud determinen el funcionamiento inmediato del Hospital el Día 10 de marzo de 1987, implementándose mininamente con los recursos humanos y materiales para atender las emergencias presentadas.

En el proceso de reorganización institucional a partir del año 1987 se crearon las unidades territoriales de Salud (UTES) funcionando en Chosica la UTES 02, siendo el primer Director el Dr. Víctor Asmat Ramírez.

A la Fecha El Hospital cuenta con los servicios de Medicina Interna, Neumología, Gastroenterología, Cirugía General, Traumatología, Oftalmología, Anestesiología, Endocrinología, Otorrinolaringología, Cardiología, Dermatología, Pediatría, Neonatología, Gineco-Obstetricia, Medicina Física inaugurada recientemente, Colposcopia, Odontología, Psicología, Nutrición, Sala de Operaciones, Rayos X, Ecografía y Laboratorio, Emergencia (atención permanente), Cuidados Críticos y Trauma Shock, contando para la atención al usuario con más de 500 trabajadores entre Profesionales Médicos y no Médicos, Técnicos y Auxiliares Asistenciales y Personal Administrativo.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población:

La población está conformada por 60 madres de niños menores de 5 años

3.3.2. Muestra:

Se elegirán de forma no aleatoria a 35 madres, siendo una muestra de 35 madres, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión:

- Que deseen participar con el llenado de las encuestas.

Criterio de Exclusión:

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

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

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

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.

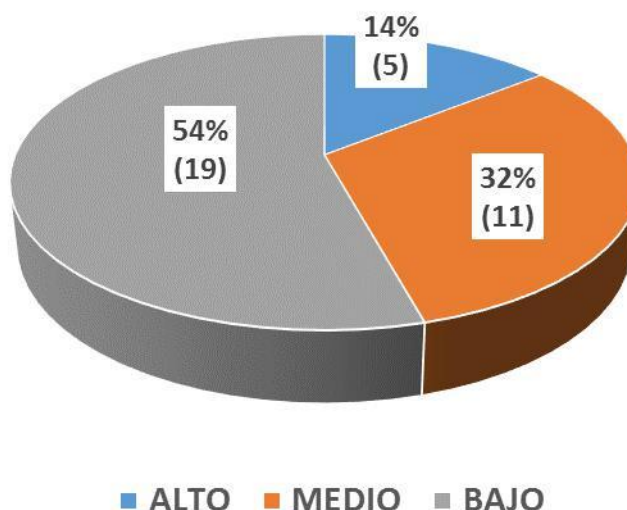
Para determinar la confiabilidad se aplicaron formulas estadísticas tales como el Coeficiente de Alfa de Crombach para la confiabilidad de conocimientos teniendo un puntaje de 1.00

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Se realizaron los tramites administrativos para obtener la autorización de los encargados del area, para así iniciar la recolección de datos, teniendo como duración aproximadamente 5 - 10 minutos, posteriormente los datos serán procesados en forma manual a la vez se elaborara cuadros para su respectivo análisis e interpretación. Se calificará las respuestas correctas con el valor cinco "5" y las incorrectas con valor uno "1", la sumatoria de puntos brindaran el puntaje de cada individuo.

CAPITULO IV: RESULTADOS
GRAFICA 1

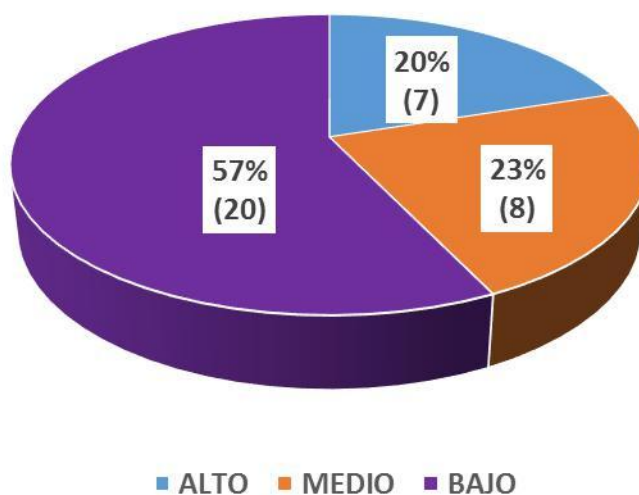
EL CONOCIMIENTO ACERCA DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, QUE TIENEN LAS MADRES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO – CHOSICA 2013.



Según los resultados presentados en la Grafica 1, el nivel de conocimiento acerca de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años, que tienen las madres que acuden al Consultorio de Pediatría del Hospital José Agurto Tello – Chosica, es Bajo en un 54%(19), Medio en un 32%(11) y Alto en un 14%(5). Estos niveles se presentan porque las madres desconocen las causas, síntomas y consecuencias de la diarrea. Asimismo, desconocen las medidas preventivas en cuanto al manejo y consumo de agua, cuidado de alimentos y lavado de manos.

GRAFICA 2

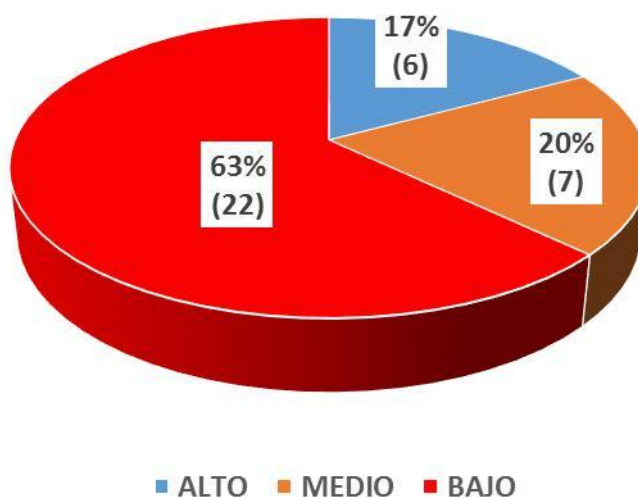
EL CONOCIMIENTO ACERCA DE LOS FACTORES PREDISPONENTES DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA, EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, QUE TIENEN LAS MADRES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO – CHOSICA 2013



Según los resultados presentados en la Grafica 2, el nivel de conocimiento acerca de los factores predisponentes de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años, que tienen las madres que acuden al Consultorio de Pediatría del Hospital José Agurto Tello – Chosica, es Bajo en un 57%(20), Medio en un 23%(8) y Alto en un 20%(7).

GRAFICA 3

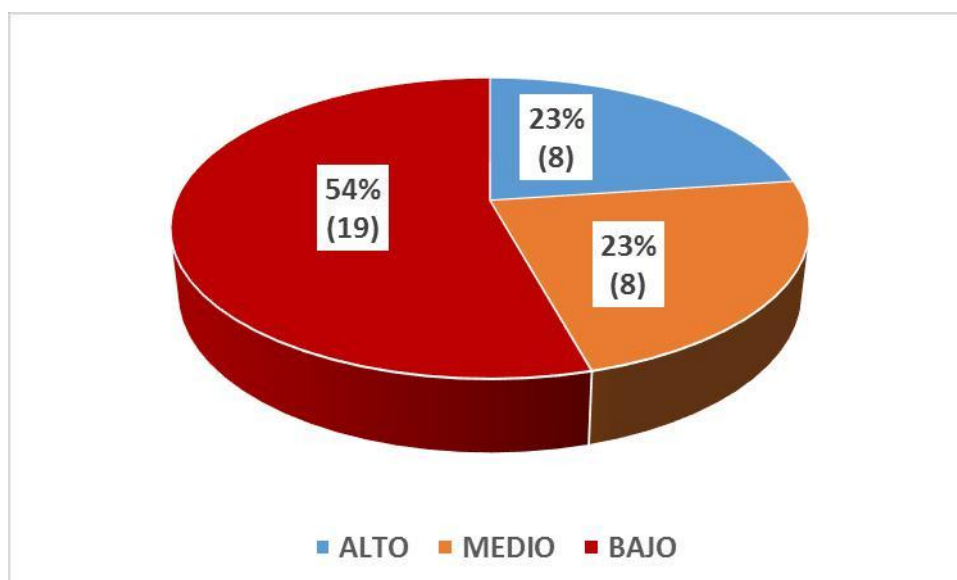
EL CONOCIMIENTO A CERCA DE LA ALIMENTACIÓN FRENTE A LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA, EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, QUE TIENEN LAS MADRES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO – CHOSICA 2013.



Según los resultados presentados en la Grafica 3, el nivel de conocimiento acerca de la alimentación frente a la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años, que tienen las madres que acuden al Consultorio de Pediatría del Hospital José Agurto Tello – Chosica, es Bajo en un 63%(22), Medio en un 20%(7) y Alto en un 17%(6).

GRAFICA 4

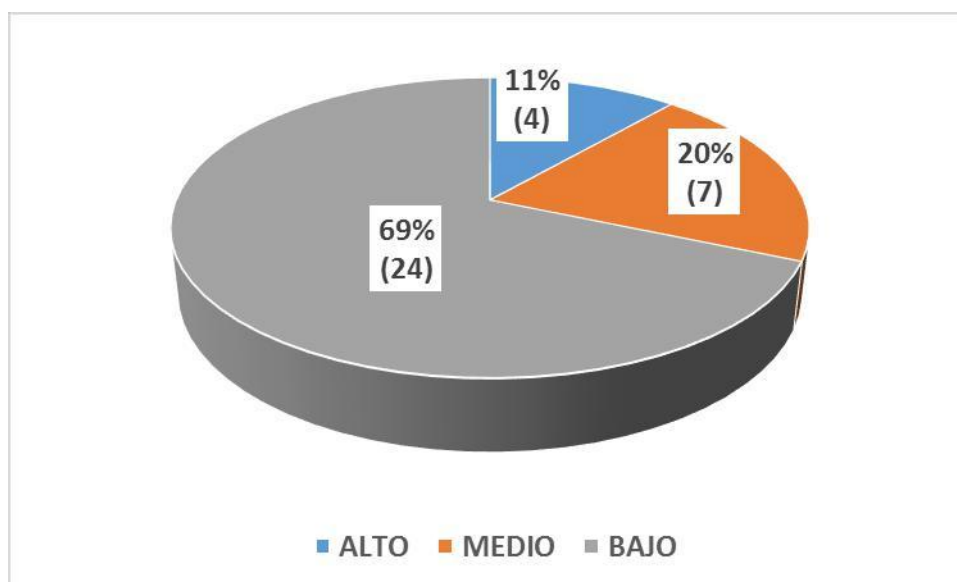
EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS ACERCA DE LOS ASPECTOS PREVENTIVOS EN LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA, EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, QUE TIENEN LAS MADRES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO – CHOSICA 2013.



Según los resultados presentados en la Grafica 4, el nivel de conocimiento acerca de los aspectos preventivos en la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años, que tienen las madres que acuden al Consultorio de Pediatría del Hospital José Agurto Tello – Chosica, es Bajo en un 54%(19), Medio y Alto en un 23%(8) respectivamente.

GRAFICA 5

NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DEL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA, EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, QUE TIENEN LAS MADRES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO – CHOSICA 2013.



Según los resultados presentados en la Grafica 5, el nivel de conocimiento acerca del tratamiento frente a la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años, que tienen las madres que acuden al Consultorio de Pediatría del Hospital José Agurto Tello – Chosica, es Bajo en un 69%(24), Medio en un 20%(7) y Alto en un 11%(4).

PRUEBA DE HIPOTESIS

Prueba de la Hipótesis General

Ha: El Conocimiento acerca de la enfermedad diarreica aguda que tienen las madres que acuden al consultorio de pediatría del Hospital José Agurto Tello – Chosica 2013, es Bajo.

Ho: El Conocimiento acerca de la enfermedad diarreica aguda que tienen las madres que acuden al consultorio de pediatría del Hospital José Agurto Tello – Chosica 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	5	11	19	35
Esperadas	12	12	11	
$(O-E)^2$	49	1	49	
$(O-E)^2/E$	4,1	0,08	4,5	

De acuerdo a los resultados presentados en la Tabla 1, el valor obtenido del Chi Cuadrado Calculado (X_C^2) es de 18,3; siendo el valor obtenido del Chi Cuadrado de Tabla (X_T^2) de 5,53; como el Chi Cuadrado de Tabla es menor que el Chi Cuadrado Calculado ($X_T^2 < X_C^2$), entonces se rechaza la Hipótesis Nula (Ho) y se acepta la Hipótesis Alternativa (Ha).

Siendo cierto que: El Conocimiento acerca de la enfermedad diarreica aguda que tienen las madres que acuden al consultorio de pediatría del Hospital José Agurto Tello – Chosica 2013, es Bajo.

DISCUSION DE RESULTADOS

El nivel de conocimiento acerca de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años, que tienen las madres que acuden al Consultorio de Pediatría del Hospital José Agurto Tello – Chosica, es Bajo en un 54%(19), Medio en un 32%(11) y Alto en un 14%(5). Estos niveles se presentan porque las madres desconocen las causas, síntomas y consecuencias de la diarrea. Asimismo, desconocen las medidas preventivas en cuanto al manejo y consumo de agua, cuidado de alimentos y lavado de manos. Coincidiendo con Delgado, (2010) quien 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.

El nivel de conocimiento acerca de los factores predisponentes de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años, que tienen las madres que acuden al Consultorio de Pediatría del Hospital José Agurto Tello – Chosica, es Bajo en un 57%(20), Medio en un 23%(8) y Alto en un 20%(7). 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(5).

El nivel de conocimiento acerca de la alimentación frente a la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años, que tienen las madres que acuden al Consultorio de Pediatría del Hospital José Agurto Tello – Chosica, es Bajo en un 63%(22), Medio en un 20%(7) y Alto en un 17%(6). Coincidiendo con CERNA (2010) quien 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 practicas aprendidas por sus padres de generación en generación. estos resultados reflejan que la madre no sabe como tratar a su niños menor de 5 años con Diarrea adoptando una actitud negativa

CONCLUSIONES

PRIMERO

El nivel de conocimiento acerca de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años, que tienen las madres que acuden al Consultorio de Pediatría del Hospital José Agurto Tello – Chosica, es Bajo. Este nivel se presentan porque las madres desconocimiento de las causas, síntomas y consecuencias de la diarrea. Asimismo, desconocen las medidas preventivas en cuanto al manejo y consumo de agua, cuidado de alimentos y lavado de manos. Estadísticamente se comprobó mediante el Chi Cuadrado con un valor de 9,68 y un nivel de significancia de $p < 0,05$.

SEGUNDO

El nivel de conocimiento acerca de los factores predisponentes de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años, que tienen las madres que acuden al Consultorio de Pediatría del Hospital José Agurto Tello – Chosica, es Bajo.

TERCERO

El nivel de conocimiento acerca de la alimentación frente a la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años, que tienen las madres que acuden al Consultorio de Pediatría del Hospital José Agurto Tello – Chosica, es Bajo.

CUARTO

El nivel de conocimiento acerca de los aspectos preventivos en la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años, que tienen las madres que acuden al Consultorio de Pediatría del Hospital José Agurto Tello – Chosica, es Bajo.

QUINTO

El nivel de conocimiento acerca del tratamiento frente a la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años, que tienen las madres que acuden al Consultorio de Pediatría del Hospital José Agurto Tello – Chosica, es Bajo.

RECOMENDACIONES

Promover campañas de prevención y promoción de la salud, por ello se recomienda que las actividades de atención primaria en salud, sean reforzadas a través de charlas y talleres, concientizando a las madres de los niños menores de 5 años que acuden a los consultorios del Hospital José Agurto Tello – Chosica, sobre la enfermedad diarreica aguda para un manejo oportuno, eficiente y prevenir sus complicaciones.

Desarrollar estrategias de intervención alimentario – nutricionales, desde las instituciones de salud, buscando aliados como a las ONGs u otras organizaciones sociales, para reducir el problema encontrado sobre la enfermedad diarreica aguda, a través del entrenamiento de las madres de niños menores de 5 años, por medio de talleres prácticos, los cuales tendrían mayor impacto en la población objetivo.

Promover en los estudiantes de enfermería de la UAP a participar en campañas de inmunizaciones, y preparar charlas sobre el tratamiento y las complicaciones de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años, orientado a las madres que acuden a los consultorios del Hospital José Agurto Tello – Chosica.

Incentivar que las autoridades del Hospital José Agurto Tello – Chosica, deben de crear políticas para fomentar las prácticas preventivas frente a las enfermedades diarreicas agudas, así como los factores predisponentes, tratamiento y la alimentación adecuada de los niños menores de 5 años.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Vilca B. Guías de práctica clínica para la atención de las patologías más frecuentes y cuidados esenciales del niño y la niña.
2. MINSA .Boletín epidemiológico.Vol.17
3. Welson W. Tratado de Pediatría, 14Edición; Interamericana de España-Mc Grand Hill; Madrid – 1992.
4. Francisco Delgado, Mario. “Nivel del conocimiento y conducta materna en el hogar sobre el manejo de la diarrea aguda en niños menores de 5 años que son atendidos en el Hospital del Norte de Popayán; 2010”
5. Mildred Altagracia Lafontaine ,Raysa M. Duran, Porfiria Y. Santana “Nivel de conocimiento de las madres de niños menores de 5 años sobre infecciones respiratorias y diarreas agudas. Hospital Juan Pablo Pina. Junio – agosto, San Cristóbal, Republica Dominicana”; 2009.
6. Macías Fernández, Juan Pablo y delgado Mantuano, Yandri Alexander en la ciudad de Manabí-Ecuador, realizaron un estudio sobre las Incidencias de síndrome diarreico agudo por rotavirus en menores de 5 años ingresado s en el Hospital Verdi Cevallos Balda.
7. Cerna Tello, Carmen Milagros, realizo una investigacion, para obtener El titulo de licencia de en enfermeria titulada: “nivel de conocimientos y actitudes sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreas agudas en madres de niños menores de 5 años en el AA.HH. Señor de la soledad – chancay 2010”.
8. Francisco Delgado, Mario “Nivel del conocimiento y conducta materna en el hogar sobre el manejo de la diarrea aguda en niños menores de 5 años que son atendidos en el Hospital del Norte de Popayán; 2010”.

9. Mildred Altagracia Lafontaine ,Raysa M. Duran, Porfiria Y. Santana “Nivel de conocimiento de las madres de niños menores de 5 años sobre infecciones respiratorias y diarreicas agudas. Hospital Juan Pablo Pina. Junio – agosto. San Cristóbal, República Dominicana”.Universidad Autónoma de Santo Domingo;2009.
- 10.Victoriano Santiago López Arteaga “Conocimiento, actitudes y prácticas adoptadas por las madres de los niños menores de 5 años ingresados al servicio de gastroenterología del HFVP en el mes de noviembre; 2008”
- 11.Bunge, Mario, la ciencia su método y su filosofía. Edt. Ariel. Buenos Aires. X edición; 2004.
- 12.Russel, Bertrand “El Conocimiento Humano.” .Edit Ariel, Buenos Aires XI edic; 2004 .
13. Kramer B, Kanof A. Revisión histórica de la diarrea. Rev Cubana Pediátrica, 1964; 36(2): 30.
- 14.Cáceres Dc, Estrada E, DeAntonio 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 . Pag. 25-35.
- 16.OPS/OMS Manual de Tratamiento de la Diarrea". Serie Paltex N° 13. Organización Panamericana de la Salud. Edit. OPS/OMS, 1987.
- 17.Ann Marriner Tomey, Modelos y Teorias en Enfermeria, cuarta edicion. Pp. 400.

ANEXOS

ENCUESTA

Marque con una (F) si es falso, (V) si es verdadera la respuesta que crea conveniente

1.- ¿QUÉ ES LA DIARREA?

- a) La diarrea es la eliminación de heces líquidas (...)
- b) Son deposiciones líquidas más de tres veces (....)
- c) Son deposiciones secas (....)

- d) Es la eliminación de eses de un día para otro (...)

2. ¿CUÁL ES LA CAUSA DE LA DIARREA?

- a) infecciones bacterianas ()
- b) por el consumo de alimentos y agua contaminada()
- c) por el consumo de alimentos limpios y en buen estado ()
- d) por dar de lactar al niño durante los 6 meses de edad()
- e) Por no lavarse las manos antes y después de dar de lactar al bebe ()

3. ¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS DE LA DIARREA?

- a) Dolor abdominal tipo calambre ()
- b) Hinchazón ()
- c) Dolor de cabeza ()
- d) Llanto del niño ()
- e) Fiebre ()
- f) Dolor de estómago ()

4. ¿QUÉ CONSECUENCIAS TRAE LA DIARREA?

- a) Deshidratación ()
- b) Anemia ()
- c) Muerte ()
- d) Dificultad para respirar ()

5. QUE MEDIDAS PREVENTIVAS DEBEN TOMAR LAS MADRES PARA PREVENIR LAS DIARREAS AGUDAS EN SUS NIÑOS.

- a) alimentar al niño con leche materna los 6 primeros meses ()
- b) caso de requerir biberones, se deben lavar bien con agua caliente y jabón y hacerlos hervir por 20 minutos ()
- c) darle al niño agua cruda en su biberón ()
- d) lavarse las manos antes de ingerir los alimentos ()

6. QUÉ MEDIDA DEBEN TOMAR LAS MADRES EN CUANTO AL MANEJO Y CONSUMO DE AGUA.

- a) hacer hervir el agua durante 20 minutos para consumirla ()
- b) consumir agua cruda ()
- c) tapar bien los recipientes que contienen agua ()
- d) lavar bien los recipientes donde se almacena el agua ()

7. QUE MEDIDAS DE DEBEN TENER LAS MADRES EN CUANTO AL CUIDADO DE LOS ALIMENTOS.

- a) mantener los alimentos bien tapados y refrigerados ()
- b) lavarse bien las manos antes de la preparación de los alimentos ()
- c) evitar el consumo de alimentos en vías públicas ()
- d) consumir alimentos bien cosidos ()

8. COMO LAVARSE CORRECTAMENTE LAS MANOS

- a) mojarse las manos con agua caliente luego añadir jabón ()
- b) frotar las manos con un poco de fuerza hasta hacer espuma ()
- c) lavarse las manos con agua si utilizar jabón ()
- d) enjuagar las manos con abundante agua luego secar ()

9. PORQUE ES IMPÓRTATE LAVARSE LAS MANOS

- a) para que estén limpias ()
- b) para disminuir el riesgo de producir infecciones bacterianas ()
- c) para gozar de buena salud ()
- d) para prevenir las infecciones diarreicas ()
- e) para prevenir infecciones respiratorias ()

10. COMO REALIZAR EL CUIDADO EN EL HOGAR

- a) barrer todos los días ()
- b) si el piso es de tierra echar agua para que no se levante el polvo ()
- c) barrer una vez a la semana ()
- d) eliminar la basura en el carro recolector ()
- e) quemarla basura ()
- f) guardar la basura en una esquina de la casa ()
- g) ordenar los servicios de cocina ()

MATRIZ DE CONSISTENCIA

CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 SOBRE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL JOSE AGURTO TELLO – CHOSICA 2013

TITULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	METODOLOGIA
<p>CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS MADRES DE NINOS MENORES DE 5 SOBRE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL JOSE AGURTO TELLO – CHOSICA 2013</p>	<p>¿Conocimiento que tienen Las madres de niños menores de 5 años sobre enfermedades diarreicas agudas que acuden al consultorio de pediatría del hospital José Agurto Tello – Chosica 2013.</p>	<p>OBJETIVOS GENERALES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar el conocimiento acerca de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años, que tienen las madres que acuden al consultorio de pediatría del hospital José Agurto Tello – Chosica 2013. <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar el conocimiento acerca de los factores predisponentes de la enfermedad diarreica aguda, en niños menores de 5 años, que tienen las madres que acuden al consultorio de pediatría del hospital José Agurto Tello – Chosica 2013 • Identificar el conocimiento acerca de la alimentación frente a la enfermedad diarreica aguda, en niños menores de 5 años, que tienen las madres que acuden 	<p>Conocimiento acerca de la enfermedad diarreica aguda que tienen las madres que acuden al consultorio de pediatría del Hospital José Agurto Tello – Chosica 2013</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 las madres realizan frente a un cuadro diarreico infantil.</p> <p>NO EXPERIMENTAL Porque no se manipula la variable de estudio. Sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos.</p> <p>DESCRIPTIVO: Por que describe la realidad a estudiar. El investigador no interviene en el estudio, se limita a observar y describir la frecuencia de la variable que se elige en el diseño del estudio. Porque se va a describir las medidas que las madres realizan frente a un cuadro diarreico.</p>

		<p>al consultorio de pediatría del hospital José Agurto Tello – Chosica 2013.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar el nivel de conocimientos acerca de los aspectos preventivos en la enfermedad diarreica aguda, en niños menores de 5 años, que tienen las madres que acuden al consultorio de pediatría del hospital José Agurto Tello – Chosica 2013. • Identificar en nivel de conocimiento acerca del tratamiento de la enfermedad diarreica aguda, en niños menores de 5 años, que tienen las madres que acuden al consultorio de pediatría del hospital José Agurto Tello – Chosica 2013. 	<p>TRANSVERSAL: Porqué la recolección de datos se realizará una sola vez. Recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único.</p>
--	--	---	---

CONSENTIMIENTO

Atraves del presente documento expreso mi voluntad en participar en la investigación titulada:

**CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS MADRES DE NIÑOS
MENORES DE 5 SOBRE ENFERMEDADES DIARREICAS
AGUDAS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE PEDIATRIA DEL
HOSPITAL JOSE AGURTO TELLO – CHOSICA 2013**

”

Se me informo el propósito de la misma, así como de los objetivos, y teniendo la confianza plena de que por la información que se vierte en el instrumento será confidencial y usada exclusivamente para fines de la investigación; además confió en que la investigación utilizara adecuadamente dicha información.

FIRMA
