

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS EN PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y
REHABILITACIÓN DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS, POR
MADRES CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. CONSULTORIOS DE
ATENCION INTEGRAL DEL NIÑO. HOSPITAL II – E SIMÓN BOLÍVAR.
CAJAMARCA – 2019.**

PRESENTADO POR

Laura Lizbeth Chávez Ambrosio

Marleny Vásquez Guro

ASESORA

Dra. María Elena Bardales Urteaga

Cajamarca – Perú

AGOSTO – 2020

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO



**Facultad de Ciencias de la Salud
Carrera Profesional de Enfermería**

**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS EN PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y
REHABILITACIÓN DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS, POR
MADRES CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. CONSULTORIOS DE
ATENCION INTEGRAL DEL NIÑO. HOSPITAL II – E SIMÓN BOLÍVAR.
CAJAMARCA – 2019.**

**Tesis Presentada en Cumplimiento Parcial de los requerimientos para
optar el Título Profesional de Licenciada de Enfermería**

Bach. Laura Lizbeth Chávez Ambrosio

Bach. Marleny Vásquez Guro

Asesora: Dra. María Elena Bardales Urteaga

Cajamarca – Perú

2020

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERO URRELO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

APROBACION DE TESIS PARA OPTAR EL TITULO
PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERIA

CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS EN PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y
REHABILITACIÓN DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS, POR
MADRES CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. CONSULTORIOS DE
ATENCION INTEGRAL DEL NIÑO. HOSPITAL II – E SIMÓN BOLÍVAR.
CAJAMARCA – 2019.

Jurado Evaluador

M C.s. Lucy Elizabeth Morales Peralta
(Presidente)

M C.s. Iris Marleny Cabrera Chaffo
(Secretaria)

Dra. María Elena Bardales Urteaga
(Vocal)

COPYRIGHT © 2020 by
CHAVEZ AMBROSIO LAURA LIZBETH
VASQUEZ GURO MARLENY
Todos los Derechos Reservados

A:

Dios, ya que gracias a él he podido llegar hasta este momento de mi carrera profesional; a Cristopher, mi hijo quien es mi fuerza e inspiración para salir adelante y ser una mejor persona cada día, a mis padres Martha y Eduardo, porque ellos siempre estuvieron a mi lado brindándome su apoyo incondicional, con sus valores y consejos para enfrentar obstáculos y dificultades que se me hayan podido presentar a lo largo de este camino; a Carlos quien es la persona que estuvo apoyándome en transcurso del desarrollo de esta investigación, a su vez dedico y agradezco de manera muy especial a mi tía Dolores Chávez quien me alentó, apoyo y oriento en las diversas etapas de mi vida personal y profesional.

Laura L. Chávez Ambrosio

A:

A Dios por darme fortaleza, amor, bendiciones, alegrías, éxitos en todos los momentos de mi formación profesional, porque sin él nada es posible.

A mi hijo Jhosep por darme la motivación de seguir adelante, a mis padres quienes me apoyaron, protegieron y me inculcaron valores para darme confianza incondicional lo cual me convirtió ser la persona que soy hoy en día.

A los docentes por sus enseñanzas y su apoyo en mi formación profesional.

Marleny Vásquez Guro

AGRADECIMIENTOS:

- Queremos expresar nuestra gratitud a Dios, quien con su bendición llena siempre nuestras vidas, a cada uno de los miembros de nuestras familias por estar siempre presentes.
- Nuestros profundos agradecimientos al personal administrativo y asistencial del Hospital II E “Simón Bolívar” por abrirnos las puertas del nosocomio y permitirnos realizar todo el proceso investigativo.
- Nuestros agradecimientos a la Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo, a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Carrera Profesional de Enfermería, a nuestros docentes quienes con sus valiosos conocimientos y enseñanzas hicieron que podamos crecer día a día como profesionales, gracias a cada una de ellas por su paciencia, dedicación, apoyo incondicional y amistad.
- Agradecer a la Dra. María Elena Bardales Urteaga por su tiempo, orientación y dedicación en el transcurso del desarrollo de nuestra tesis.
- Finalmente queremos expresar nuestras sinceras gratitudes a la Dra. Dolores E. Chávez Cabrera quien con su conocimiento, enseñanza y colaboración permitió el desarrollo de este trabajo.

LAURA Y MARLENY

RESUMEN

En la presente investigación “**Conocimientos y Prácticas en Prevención, Tratamiento y Rehabilitación de Enfermedades Diarreicas Agudas, por Madres con Niños Menores de 5 Años. Consultorios de Atención Integral del Niño. HOSPITAL II – E SIMÓN BOLÍVAR. CAJAMARCA – 2019.**”. Tiene como objetivo determinar la relación entre los conocimientos y las prácticas que tienen las madres con niños menores de 5 años; es de tipo cuantitativo, con enfoque descriptivo; transversal y correlacional, la muestra estuvo conformado por 136 madres de familia. Se utilizó como instrumento el cuestionario por medio de la técnica de la entrevista. Se obtuvo como resultado que el 75 % de las madres de familia que fueron encuestadas tienen conocimiento alto y poseen buenas prácticas en cuanto a la prevención de las enfermedades diarreicas agudas que sus niños puedan presentar; el 92% de las madres tienen conocimiento alto y buenas prácticas en cuanto al tratamiento que suelen realizar cuando sus niños tienen diarrea aguda y el 76% de las madres encuestadas poseen conocimientos altos y realizan buenas prácticas en cuanto a la rehabilitación de la enfermedad diarreica aguda. Concluyendo que si existe relación estadística significativa entre los conocimientos y prácticas que realizan las madres en prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años.

Palabras Claves: Conocimientos, Prácticas, Prevención, Tratamiento, Rehabilitación, Diarrea, Madre, Niño

ABSTRACT

In the present investigation “Knowledge and Practices in Prevention, Treatment and Rehabilitation of Acute Diarrheal Diseases, by Mothers with Children Under 5 Years Old. Clinics for Comprehensive Child Care. HOSPITAL II - E SIMÓN BOLÍVAR. CAJAMARCA - 2019.”. Its objective is to determine the relationship between knowledge and practices that mothers with children under 5 years of age have; It is quantitative, with a descriptive approach; cross-sectional and correlational, the sample consisted of 136 mothers. The questionnaire was used as an instrument by means of the interview technique. It was obtained as a result that 75% of the mothers who were surveyed have high knowledge and have good practices regarding the prevention of acute diarrheal diseases that their children may present; 92% of mothers have high knowledge and good practices regarding the treatment they usually perform when their children have acute diarrhea and 76% of the surveyed mothers have high knowledge and good practices regarding the rehabilitation of acute diarrheal disease . Concluding that there is a significant statistical relationship between the knowledge and practices performed by mothers in the prevention, treatment and rehabilitation of acute diarrheal diseases in children under 5 years of age.

Key Words: Knowledge, Practices, Prevention, Treatment, Rehabilitation, Diarrhea, Mother, Child

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS:.....	VII
RESUMEN	VIII
ABSTRACT	IX
ÍNDICE.....	X
ÍNDICE DE TABLAS.....	XII
ÍNDICE DE FIGURAS	XIII
CAPITULO I: INTRODUCCIÓN	14
1.PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	20
1.1.Planteamiento del Problema de Investigación	20
1.2.Formulación del Problema	23
1.3.Justificación del Problema.....	23
1.4.OBJETIVOS	24
1.4.1.Objetivo General.....	24
1.4.2.Objetivos Específicos	24
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	25
2.ANTECEDENTES TEÓRICOS	25
3.TEORÍA QUE SUSTENTA LA INVESTIGACIÓN	34
OPERACIONALIDAD DE VARIABLES	66
CAPITULO III: MÉTODOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	68
3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	68
3.2. ÁREA DE LA INVESTIGACIÓN.....	68
3.3. POBLACIÓN.....	69
3.3.1. Población de Estudio	69
3.4. Muestra	69
3.5. TAMAÑO DE LA MUESTRA	69
3.6. UNIDAD DE ANÁLISIS.....	71
3.7. CRITERIOS DE SELECCIÓN	71
3.8. UNIDAD DE ESTUDIO.....	71
3.9. TÉCNICAS DE LA INVESTIGACIÓN	72
3.10. INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	72
3.11. VALIDEZ DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.....	75
3.12. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS DE DATOS.....	75

3.13. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN	76
CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIONES	77
4.1. RESULTADOS E INTERPPRETACION	77
4.2. DISCUSION	88
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	90
5.1. CONCLUSIONES	90
5.2. RECOMENDACIONES	91
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
ANEXOS	101
ANEXO N° 01.....	102
CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	102
ANEXO N° 02 CUESTIONARIO	103
ANEXO 03 VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO	110
EVIDENCIAS	117

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Lugar de procedencia de las madres de niños menores de 5 años. Consultorios de Atención Integral del niño. Hospital II E Simón Bolívar – 2019.	77
Tabla 2. Edad de las madres de niños menores de 5 años. Consultorios de Atención Integral del niño. Hospital II E Simón Bolívar – 2019.....	78
Tabla 3. Conocimiento sobre concepto de diarrea de madres con niños menores de 5 años. Consultorios de Atención Integral del niño. Hospital II E Simón Bolívar – 2019.	79
Tabla 4. Conocimientos de madres con niños menores de 5 años, en tratamiento de EDAS. Consultorios de Atención Integral del Niño. Hospital II E Simón Bolívar - 2019	80
Tabla 5. Conocimientos de madres con niños menores de 5 años, en Rehabilitación de EDAS. Consultorios de Atención Integral del niño. Hospital II E Simón Bolívar – 2019	81
Tabla 6. Prácticas de madres con niños menores de 5 años, en prevención de EDAS. Consultorios de Atención Integral del niño. Hospital II E Simón Bolívar – 2019.....	82
Tabla 7. Prácticas de madres con niños menores de 5 años, en tratamiento de EDAS. Consultorios de Atención Integral del niño. Hospital II E Simón Bolívar – 2019.....	83
Tabla 8. Prácticas de madres con niños menores de 5 años, en rehabilitación de EDAS. Consultorios de Atención Integral del niño. Hospital II E Simón Bolívar – 2019.....	84
Tabla 9. Conocimiento y Práctica de madres con niños menores de 5 años en prevención de enfermedades diarreicas agudas atendidos en los consultorios de atención integral del niño. Hospital II – E Simón Bolívar 2019	85
Tabla 10. Conocimiento y Práctica de madres con niños menores de 5 años en Tratamiento de enfermedades diarreicas agudas atendidos en los consultorios de atención integral del niño. Hospital II – E Simón Bolívar 2019	86
Tabla 11. Conocimiento y Práctica de madres con niños menores de 5 años en Rehabilitación de enfermedades diarreicas agudas atendidos en los consultorios de atención integral del niño. Hospital II – E Simón Bolívar 2019	87

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Encuesta a las madres de niños menores de 5 años en el Hospital II-E Simón Bolívar.	118
Figura 2 Encuesta a las madres de niños menores de 5 años en el Hospital II-E Simón Bolívar.	118
Figura 3 Encuesta a las madres de niños menores de 5 años en el Hospital II-E Simón Bolívar.	119
Figura 4 Encuesta a las madres de niños menores de 5 años en el Hospital II-E Simón Bolívar.	119



CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

Las enfermedades diarreicas agudas son la segunda causa de mortalidad y una causa importante de desnutrición en niños menores de 5 años en todo el mundo (1). Siendo uno de los problemas de salud pública más importante, por lo general en países en vías de desarrollo ya que las condiciones de salubridad no son las óptimas para garantizar la salud de las personas por lo que su incremento de su incidencia sigue siendo relacionado como uno de los problemas principales del planeta. Actualmente en el ámbito de las enfermedades diarreicas son las causas principales de enfermedad y muerte en niños menores de 5 años constituyendo, así como las primeras causas de mortalidad infantil y de consulta ambulatoria, la humanidad particularmente asociado a condiciones de pobreza y pobreza extrema, carencia de los servicios básicos, falta de información y bajo nivel de conocimiento de la población madre que inciden de manera directa en la salud de su menor (2).

Ante estos sucesos de prevalencia mundial se han efectuado trabajos de investigación donde se manifiestan el bajo nivel de conocimiento de madres. Conocimiento y prácticas sobre manejo y prevención de enfermedad diarreica aguda en madres de niños/as del centro infantil del Buen Vivir Niño Jesús MIES, Loja 2014-2015 (3).

Nivel de conocimiento sobre enfermedades diarreicas agudas y su relación con prácticas preventivas. Lima – Perú 2015 (4).



En el estudio conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención en el asentamiento humano de la provincia de Ica, Perú, concluye que el conocimiento general de las madres sobre el manejo de diarrea persiste la creencia que se debe prohibir la lactancia materna, de que los parásitos son la principal causa y que se debe usar antibióticos como parte del tratamiento. Ica -Perú 2013 (5).

En la investigación “Conocimientos y prácticas maternas para prevenir la deshidratación en los niños con EDA del Centro de Salud N°1 Pumapungo” concluye que el 47.3% de madres tiene un bajo nivel de conocimientos sobre Diarrea y el 29.1% desconoce la forma de preparación del SRO. Cuenca – Ecuador.2013 (6).

Aun con la presentación, y difusión de los servicios de salud en las poblaciones, no se consigue del todo la atención rápida y adecuada de los casos de diarrea, siendo el desconocimiento de los padres el causal de demora y por eso de mayor obstáculo en la población menor de 5 años, de manera que se ha evidenciado la asistencia a centros de atención cotidiana(curanderos y otros) o inicio de tratamiento sin evaluación médica y que además puede resultar toxica ya que estos hechos se pueden prevenir con el conocimiento materno adecuado sobre aspectos relacionados a diarrea, signos y síntomas de peligro y las medidas precoces a seguir (7).



Según la organización mundial de la salud investiga que el 88% de las enfermedades diarreicas se debe a un abastecimiento de agua no potable, higiene y saneamiento deficientes, escasos de conocimiento de las personas en el manejo de estas y se ve reflejado en la salud del menor de 5 años y resalta que si se restablecieran estos factores, habría una reducción de 21% y 32% de mortalidad por diarrea, además de las medidas de higiene, la educación sobre el tema en el manejo de salud como la insistencia en el ámbito del lavarse las manos pueden reducir un 45% casi todas las muertes se observan en países en desarrollo donde la mayor letalidad se asocia con factores socioeconómicos, culturales y educativos siendo las más importantes en la disminución de las enfermedades diarreicas. (OPS – 2010) (8).

Según la organización mundial de la salud en julio del 2017 alrededor de 3 de cada 10 personas (2100 millones de personas) carecen de acceso a agua potable y disponible en su hogar, y 6 de cada 10 (4500 millones) carecen de un saneamiento seguro en todo el mundo. (UNICEF.2017) (9).

Las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años, y ocasionan la muerte de 525000 niños cada año. Los niños malnutridos o inmunodeprimidos son los que presentan mayor riesgo de enfermedades diarreicas potencialmente mortales que pueden estar ocasionadas por diversos organismos bacterianos, víricos y parásitos. La infección se transmite por alimentos o agua de consumo contaminado, o bien de una persona a otra como resultado de una higiene deficiente, entre los factores de riesgo que se señalan



como contribuyentes a su aparición encontramos a la madre adolescente, bajo nivel de conocimiento, el destete precoz, la higiene personal y doméstica deficientes. Como puede observarse son modificables todos ellos. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2013-2019) (10); en el 2019 las enfermedades diarreicas agudas aún siguen siendo una de las principales causas de muerte en niños menores de 5 años, según el sistema de vigilancia epidemiológica tenemos episodios de EDA, el 60,0% en mayores de 5 años; asimismo, el 97,82% son EDA acuosas y el 2,18% son EDA disintéricas. La incidencia acumulada en el 2019 es de 37,0 x 1000 habitantes, siendo mayor en los menores de 5 años (171,99 x 1000 menores de 1 año). Se han hospitalizado 7865 episodios de EDA, con una tasa de hospitalización de 6,53 x 1000 episodios; siendo mayor en los menores de 5 años (8,69 x 1000 episodios de EDA). Asimismo, se han notificado 74 defunciones por EDA, con una tasa de mortalidad del 0,23 x 100000 habitantes; siendo mayor en los menores de 5 años (1,78 x 100000 habitantes). El mayor número de defunciones se han presentado en los menores de 5 años con (67,6%) defunciones (10).

Las enfermedades diarreicas agudas, siguen siendo un problema de salud pública en el país, en el 2019 se han notificado episodios que equivalen a un incremento de estos, 4,6% más a lo reportado del 2018, siendo el departamento de Lambayeque el que tiene un mayor incremento (24,6%); por el contrario, el departamento de Ayacucho presenta el mayor decremento. A nivel nacional, los departamentos que tienen la mayor incidencia acumulada son Moquegua, Ucayali,



Arequipa, Pasco y Amazonas; asimismo, los distritos que pertenecen a la región oriental (selva) y sur del país presentan las mayores incidencias a pesar de que en los menores de 5 años se notifica un menor número de episodios de enfermedades diarreicas agudas, estos presentan la mayor incidencia, mayor tasa de hospitalización y mayor tasa de mortalidad. Los episodios de EDA acuosa y EDA disintérica se han incrementado con respecto al 2018, en un 4,7% y 1,2% respectivamente (10).



Capítulo I:

Define y delimita el problema de investigación, su formulación, los objetivos y justificación.

Capítulo II:

Este capítulo corresponde al marco teórico, en donde se presenta los antecedentes del problema tanto a nivel internacionales. Nacionales y locales, así mismo la teoría científica en la que fundamenta el trabajo, los fundamentos teóricos y finalmente las variables y operacionalización de estas.

Capítulo III:

Muestra la metodología empleada en el desarrollo del trabajo de investigación.

Capítulo IV:

Presenta los resultados de la investigación, además el análisis e interpretación de las tablas simples y finalmente con las conclusiones y recomendaciones básicas de la investigación.



1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del Problema de Investigación

El ser humano atraviesa por diferentes etapas de vida, siendo una de ellas la infancia (11) especialmente durante el primer año de vida, en donde la madre debe cubrir todos los requerimientos nutricionales en el lactante a través de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y luego iniciar la ablactancia (12). A partir de esta edad, la madre debe darle al niño alimentos nutritivos; que deben ser introducidos progresivamente de acuerdo a los requerimientos nutritivos y que deben ser preparados por la madre o persona cuidadora, en buenas condiciones de higiene; pero, en la práctica diaria esto no se cumple, ya sea por desconocimiento de la madre, sobre todo el lavado de manos antes de preparar los alimentos, la escasez del agua, entre otras causas principales; además a esto se suma las condiciones sanitarias de la vivienda, encontrándose con un saneamiento básico inapropiado en donde existe una deficiente disposición de basura, excretas y un abastecimiento de agua segura limitada; situaciones que van a contribuir a que especialmente los niños (a) por ser el grupo más vulnerable padezca especialmente de enfermedades gastrointestinales, dentro de ellas las enfermedades diarreicas agudas (12).

La diarrea, ésta definida como la deposición de heces sueltas o líquidas, de tres o más veces al día o con una frecuencia mayor que la normal (13) que puede estar ocasionada por diversos organismos bacterianos, víricos y parásitos.



Cuando el niño presenta la enfermedad diarreica aguda, la madre decide en un primer momento no acudir al establecimiento de salud, sino actúa atendiéndolo en casa, eligiendo prácticas insuficientes e inapropiadas como es el uso de medicamentos antidiarreicos sin indicación médica, administración de remedios caseros, de líquidos que no está de acuerdo a los requerimientos de agua que el niño va perdiendo a través de la diarrea, que en ese momento el niño presenta; permitiendo que el cuadro empeore y presente deshidratación, convirtiéndose en una amenaza para el niño de sufrir complicaciones como insuficiencia renal o la muerte; además las madres en la mayoría de casos no saben reconocer signos de alarma; por otro lado la madre o cuidadora priva al niño de alimentos durante el episodio de la diarrea, bajo la creencia de que los alimentos le van a producir más diarrea, alargando mucho más el episodio, tal como lo manifiesta la OPS (14).

Por otro lado, existen definiciones que contradicen en su totalidad a las creencias o prácticas que realizan las madres, ya que la estimación de los requerimientos nutricionales debe mantener un porcentaje balanceado de los diferentes tipos de nutrientes y considerar las raciones de los alimentos, según la edad del paciente. Y no suspendiéndolas como las madres creen (15). Además, después del episodio que presenta el menor, la madre no alimenta correctamente al niño para lograr recuperar el peso perdido durante el episodio, permitiendo que él presente pérdida de peso conduciéndolo a una desnutrición aguda, situación que permite que el niño sufra otro episodio de diarrea (14).



La aparición de las enfermedades diarreicas agudas (EDAS), tiene como factor, por un lado, el desconocimiento de la madre sobre las ventajas que tiene las inmunizaciones, en especial de la vacuna del rotavirus y antisarampionosa (SPR) optando que no acepte la administración de las vacunas al niño en forma oportuna y por otro el machismo presente traducido en la orden del padre para el mismo motivo; trayendo como consecuencia que el infante no tenga las defensas suficientes, predisponiéndolo a la niña y/o niño a padecer de enfermedades inmunoprevenibles y sus complicaciones, incrementando las enfermedades, especialmente las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas agudas, las mismas que se constituyen en un problema de salud pública, siendo éstas últimas la segunda causa de muerte de niños menores de cinco años y causando la muerte de 525,000 al año; toda vez que los niños mal nutridos o inmunodeprimidos son los que presentan mayor riesgo de enfermedades potencialmente mortales (13).

Además uno de los principales problemas asociados a la mayor gravedad de las enfermedades en niños menores de cinco años atendidos en los servicios de salud, es la falta de conocimiento y prácticas de los padres; y las prácticas inadecuadas para la prevención de EDAS como consumo de agua no segura, cada vez que es un vehículo de agentes patógenos responsables de padecimientos gastrointestinales especialmente en los niños (16); también la no administración de alimentos durante el episodio, aspecto fundamental para la recuperación del niño y posteriormente para la ganancia de peso perdido; por lo tanto la



morbilidad de los niños está muy relacionada con comportamientos de padres y cuidadores frente a los episodios de EDA, y las condiciones de vida desfavorables como el hacinamiento, altos niveles de contaminación ambiental, la falta de agua potable, una deficiente atención médica, el analfabetismo, la baja escolaridad y un bajo ingreso económico (17).

1.2. Formulación del Problema

¿Qué conocimientos y prácticas en prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades diarreicas agudas, tienen las madres con niños menores de 5 años atendidos en los consultorios de Atención Integral del Niño Hospital II – E Simón Bolívar. Cajamarca – 2019?

1.3. Justificación del Problema

Frente a la problemática descrita anteriormente, se realizó la presente investigación con la finalidad de evaluar los conocimientos y prácticas sobre el tema además servirán como referencia bibliográfica de otros trabajos y los resultados obtenidos se tomarán en cuenta para ser socializados con las autoridades de la Red II Cajamarca con la finalidad de implementar estrategias de intervención, especialmente en las enfermedades diarreicas agudas.



1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo General

Determinar la relación entre los conocimientos y las prácticas que tienen las madres con niños menores de 5 años en los consultorios de Atención Integral del niño. Hospital II – E Simón Bolívar. Cajamarca – 2019 en prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades diarreicas.

1.4.2. Objetivos Específicos

- a) Identificar factores socio – demográficos de las madres de menores de 5 años, atendidos en los consultorios de Atención Integral del niño. Hospital II – E Simón Bolívar.
- b) Determinar el nivel de conocimientos de las madres sobre prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades diarreicas agudas.
- c) Determinar las prácticas de las madres relacionadas a la prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades diarreicas agudas.



CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2. ANTECEDENTES TEÓRICOS

A. Internacionales

En la investigación “Conocimientos sobre prevención y manejo de Enfermedad diarreica aguda en madres de Loja, Ecuador”, concluyó que el 74% de madres encuestadas conoce la correcta definición de diarrea, 34% conocen las medidas disminuyen el peligro de producirla, sin embargo 74, 2% desconoce los factores de riesgo para desarrollar la enfermedad. En cuanto al conocimiento sobre manejo de enfermedad diarreica aguda (EDA), más del 50% de las encuestadas reconoce los síntomas para llevarlo urgente al servicio de salud u hospital, como preparar las sales de rehidratación y señales de signos de alarma para prevenir complicaciones (18).

En el estudio “Conocimientos y prácticas sobre manejo y prevención de enfermedad diarreica aguda, en madres de niños/as del Centro Infantil del Buen Vivir Niño Jesús MIES, Loja 2014 – 2015”, señalando que la mayoría de las madres definen correctamente el concepto de enfermedad diarreica aguda; el 69% y el 66% de ellas no conocen los factores de riesgo, y las medidas para disminuir el peligro de producir diarrea respectivamente, en cuanto a los conocimientos en



manejo, más de la mitad de las madres conocen la preparación de las sales de rehidratación oral y del suero oral casero así como las señales de signos para prevenir complicaciones; sin embargo la otra mitad de la población de estudio, no identifica los síntomas ni señales para llevarlo urgente al servicio de salud. Dentro de las prácticas preventivas, se determinó que de los nueve indicadores expuestos, siete de ellos son practicados adecuadamente; a diferencia de los restantes que son la presencia de animales intradomiciliarios y el cuidado de los alimentos previo a su ingesta, que no son practicados adecuadamente; y, en cuanto a la prácticas sobre manejo de EDA, se comprobó que ésta es adecuada (3).

En su investigación “Conocimientos y prácticas maternas para prevenir la deshidratación en los niños con EDA del Centro de Salud N°1 Pumapungo” concluye que el 47.3% de madres tiene un bajo nivel de conocimientos sobre Diarrea y el 29.1% desconoce la forma de preparación del SRO (6).

En el estudio sobre “Enfermedades diarreicas agudas, consejos, tratamiento y prevención”, aborda las enfermedades diarreicas agudas a través de la aplicación de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) que incluye un componente de educación al respecto, durante la atención de todos los niños en el servicio de salud, independientemente de su gravedad. Se constata que uno de los principales problemas asociados a la mayor gravedad de las enfermedades en niños menores de 5 años atendidos en los



servicios de salud es la falta de conocimiento de los padres y otros responsables del cuidado de los niños; respecto de los signos de alarma en cuadros diarreicos que indican que el niño debe ser visto por un personal de salud. La demora en la consulta puede provocar agravamiento de la enfermedad, y puede requerir que el niño sea tratado en un hospital, o incluso la falta de atención puede provocar su muerte. Se remarca que es fundamental que se conozcan los signos de alarma en un niño cuando está enfermo para ser inmediatamente atendido en un servicio de salud (19).

En la investigación “Conocimiento materno sobre estrategias básicas de prevención en enfermedad diarreica aguda” obtienen como resultados que 50,4% de madres tenían entre 20 y 35 años de edad, 40,6% provenientes del distrito sanitario Mérida, de estratos sociales Graffar IV-V; 33.3% tenían enseñanza secundaria. Sin embargo, solo 14,4% tuvo conocimiento adecuado sobre estrategias primarias de prevención en diarrea, 85% con desconocimiento de la existencia de la vacuna antirotavirus. Solo 28% utiliza suero oral. Se estableció asociación significativa entre bajo nivel de instrucción materna y nivel socioeconómico, con pobre conocimiento en prevención en EDA ($p=0,002$). Conclusiones: El desconocimiento materno de estrategias de prevención en EDA tuvo relación directa con bajos niveles de instrucción materna y nivel socioeconómico; por ello las campañas de educación deben dirigirse a estos grupos. Alimentación, rehidratación oral y vacunas son tópicos a reforzar. El saneamiento y la promoción de la higiene con participación de la comunidad



pueden llevar a una reducción significativa de la incidencia de diarrea en niños (20).

B. Nacionales

En la investigación “Conocimiento sobre enfermedades diarreicas en madres de niños menores de 5 años. Centro de Salud José Carlos Mariátegui - San Juan de Lurigancho, 2019”, se obtuvo como resultado que el 52% tienen un nivel de conocimiento medio sobre enfermedades diarreicas. Respecto a la dimensión generalidades el 52% tiene un nivel de conocimiento medio, asimismo el 48% de las participantes tiene un nivel de conocimiento medio en cuanto al tratamiento, en relación con la dimensión de medidas preventivas el 56% de las madres tienen un nivel de conocimiento bajo y por último el 52% tiene un conocimiento medio respecto a las complicaciones de las enfermedades diarreicas. Concluyendo que el conocimiento en las madres de niños menores de 5 años usuarias del servicio de Crecimiento y Desarrollo del C.S José Carlos Mariátegui, es de nivel medio y por ello se recomienda implementar la labor preventiva - promocional por parte de los profesionales de la salud (21).

En el estudio “Conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención en un asentamiento humano de la provincia de Ica, Perú”, concluye que el conocimiento general de las madres sobre el manejo de la diarrea, es regular, persiste la creencia de que se debe de prohibir la lactancia materna, de que los



parásitos son principal causa y que se debe usar antibióticos como parte de un tratamiento adecuado (5).

En la investigación “Conocimientos, actitudes y prácticas de la enfermedad diarreaica aguda en madres de niños menores de cinco años”. Obtiene como resultados que, de las madres entrevistadas, predomina un buen nivel de conocimientos frente a la enfermedad diarreaica aguda, sin haber diferencias significativas entre ambas. Las actitudes adoptadas frente a la enfermedad diarreaica aguda son equiparables en ambos nosocomios con una muy buena actitud en la mayoría de ellas. La mayoría de las madres en ambos nosocomios tienen buenas prácticas frente a la enfermedad diarreaica aguda, no habiendo diferencias significativas (22).

En el estudio “Nivel de Conocimiento sobre Enfermedad Diarreica Aguda y su relación con prácticas preventivas” concluyó que existe relación entre los conocimientos y las prácticas acerca de las medidas de prevención de EDA que tienen las madres de niños menores de 5 años encontrándose que el 93.76% de madres tienen un nivel de conocimiento medio y bajo sobre las medidas de prevención de EDA y las prácticas que emplean son en un nivel regular con un 68.75% seguida de las malas prácticas con un porcentaje de 15.63%. Conclusiones: finalmente las que más conocen, mejor practican las medidas de



control de enfermedades diarreicas agudas, teniendo un menor porcentaje el conocimiento y prácticas de las medidas de prevención de EDA (4).

En la investigación “Nivel de conocimientos de las madres con niños menores de 5 años sobre enfermedad diarreica aguda en el AA. HH Pedro Castro Alva” cuyos resultados evidencian que tienen un nivel de conocimiento bueno y el 6% tiene un nivel de conocimiento deficiente, en cuanto a las dimensiones: definición el 76% tiene un conocimiento regular, en medidas preventivas el 59% tiene un conocimiento regular y en tratamiento tienen un 78% de conocimientos regular. Conclusión: la mayoría de las madres tienen un conocimiento regular que requieren de intervención educativa por parte de los trabajadores de salud del AA. HH Pedro Castro Alva teniendo que poner mayor énfasis en estrategias preventivo - promocionales y teorías de enfermería en mejora de una calidad de vida de la familia y el niño (23).

En la investigación “Nivel de conocimiento asociado a actitudes preventivas en enfermedad diarreica aguda en madres de niños menores de 5 años, servicio de pediatría, Hospital Sergio Bernal, 2017-2018”. Se evidencia que las madres que tuvieron buen nivel de conocimiento, el 82.25% presentaron actitudes favorables y el 17.75% presentaron actitudes desfavorables. Y de aquellas madres que tuvieron mal nivel de conocimiento, el 69.23% presentaron actitudes favorables, mientras que el 30.77% presentaron actitudes desfavorables. Se encontró que



tanto la edad como el nivel de conocimiento estuvieron asociados independientemente a las actitudes preventivas: conforme aumenta la edad, la posibilidad de tener actitudes preventivas en EDA es de 1.87 con un IC95% de 1.23-2.85 y $p= 0.003$. En el caso del nivel de conocimiento, aquellos que tuvieron un buen nivel de conocimiento alcanzaron 2.06 veces la posibilidad de tener actitudes preventivas en EDA que los que tuvieron un mal nivel, con un IC95%: de 1.1-3.85 y $p= 0.024$. En conclusión, existe asociación entre el nivel de conocimiento y las actitudes preventivas sobre enfermedad diarreica aguda en madres de niños menores de 5 años en el Servicio de Pediatría del Hospital Sergio Bernal en el período 2017-2018 (24).

En la pesquisa “Conocimientos y prácticas maternas sobre la alimentación durante la enfermedad diarreica aguda en niños que acuden a una Unidad de Rehidratación Oral según edad y nivel de educación de la madre - Lima 2010”. Obtuvo como resultados diferencias significativas en: conocimientos maternos con el nivel de educación de la madre, relacionado a la importancia del Suero de Rehidratación Oral (SRO) y suero casero ($p=0.004$), y su frecuencia de administración ($p=0.02$); también se encontró diferencias significativas en prácticas maternas con la edad de la madre, con respecto a los alimentos que se restringen ($p=0.04$) y empleo de “remedios caseros” ($p=0.03$). Conclusiones: A nivel global, los conocimientos y prácticas de la alimentación del niño durante la EDA no se encontraron diferenciados con la edad y el nivel de educación de la



madre; sin embargo, en el análisis particular de estas variables si se encontró diferencias significativas en varios indicadores (25).

En la investigación “Nivel de conocimiento y medidas preventivas sobre enfermedades diarreicas en madres de niños menores de 5 años, posta LA QUEBRADA - CAÑETE 2018”. Concluyó que la diarrea es una importante causa de malnutrición, y los niños malnutridos son más propensos a enfermar de enfermedades diarreicas. Existen muchos factores que contribuyen a la elevada tasa de incidencia o severidad de la diarrea en lactantes y niños pequeños, especialmente durante el período de ablactancia. Los factores que dependen del comportamiento de las personas incluyen lo siguiente: falla para dar lactancia materna exclusiva los primeros 4 a 6 meses de vida, uso de biberón, consumo de alimentos almacenados a temperatura ambiente varias horas después de haber sido preparados, consumir agua contaminada, no lavarse las manos después de defecar o antes de manipular los alimentos y no depositar las heces en forma segura (26).

C. Locales

En la investigación “Factores socioculturales de las madres y la prevención de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años, Yuracyacu – Chota, 2011”. Obtuvo como resultados que: el grado de instrucción de las madres fue primaria incompleta y completa con 28,6% respectivamente, el 17,9% son analfabetas. Tienen acceso a agua entubada 81%; sus viviendas cuentan con 2



habitaciones 42,9% y las habitan más de 4 personas 53,6%; tienen presencia de animales domésticos como cuyes y perros 57,1%. La creencia que tienen las madres sobre la causa de EDAS, le atribuyen a que el niño ha ingerido algún alimento 40,5%; llevan a sus niños para ser atendidos al establecimiento de salud 76,2% y lo hacen al segundo día de la enfermedad 57,14%; el tratamiento de EDAS primeramente es en domicilio con plantas medicinales 69,4%; almacenan agua en baldes con tapa 46,4% y hierven agua para consumo 61,9%; disponen las excretas en letrina 70,6%, con mantenimiento inadecuado 81%; eliminan las heces del pañal del niño a campo abierto 53,8% ; lavan las manos de sus niños antes de consumir alimentos 76,2% y utilizan jabón 60,7%; corta las uñas de sus niños 76,2% y el 72,6% de madres no lavan los juguetes del niño. Por lo tanto, no existe relación entre los factores socioculturales de las madres de niños menores de 5 años con la prevención de EDAS. Concluyó que estos factores se encuentran en el estudio, pero no tienen correspondencia entre sí, por lo tanto, se necesitará trabajar con una población más grande que nos permita visualizar la problemática estudiada de manera más amplia (27).

En la investigación de “Agua y saneamiento rural y la disminución de las enfermedades diarreicas agudas en Cerrillo, Baños del Inca, (Cajamarca) – 2018”. El estudio se desarrolló con una población de 120 familias y su muestra fue de 70 de ellas. Se concluyó que evidentemente los proyectos de agua y saneamiento rural tienen incidencia en la disminución de las enfermedades diarreicas agudas en Cerrillo, Baños del Inca, Cajamarca. Se evidencia que los niños con diarreas



subsisten enflaquecidos, deshidratados, con complicaciones de neumonías. La tasa de morbilidad y mortalidad infantil por enfermedades relacionadas con el consumo de agua de baja calidad, entre las que se encuentran la diarrea y el cólera todavía es alta en el Perú, por tanto, miles de niños, principalmente, en los cinturones rurales, como es el caso de Cerrillo, Baños del Inca Cajamarca tienen el peligro de adquirir enfermedades diarreicas agudas, que incluso podrían ser hasta mortales (28).

3. TEORÍA QUE SUSTENTA LA INVESTIGACIÓN

3.1. Teoría del Entorno (Florence Nightingale)

Florence Nightingale inició su instrucción como enfermera en 1851 en Kaiserwerth, Alemania, de manera que fue una influencia grande para su filosofía de la enfermería. Formulando sus ideas y valores gracias a los años de trabajo caritativo en enfermerías hospitalarias y militares. Es considerada como la primera teórica de enfermería. En 1852 Florence Nightingale con su libro “Notas de Enfermería” tuvo como objetivo fundamentar el modelo de conservación de la energía vital del paciente y partiendo de la acción que ejerce la naturaleza sobre los individuos. Su teoría se centra en el medio ambiente, creyendo que un entorno saludable es necesario, para aplicar cuidados adecuados de enfermería. Ella afirma: Que hay cinco puntos esenciales para asegurar la salud siendo:



ventilación, iluminación, temperatura, dieta, higiene y ruido, que integran un entorno positivo o saludable para la persona (29).

4. BASES TEÓRICAS

4.1. CONOCIMIENTO

Proviene de los términos *griegos* ‘‘*cognoscere*’’ y ‘‘*gnosis*’’, que significan conocimiento (30). La ciencia y el conocimiento nacen de la intensa necesidad del ser humano desde su origen para explicar su propia naturaleza y el mundo que lo rodea, siendo un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje a través de prestar atención. En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que al ser tomados por sí solos poseen un menor valor cualitativo (31).

La comprensión teórica o práctica de un asunto referente a la realidad se adquiere como contenido intelectual relativo a un campo determinado o a la totalidad del universo; siendo la conciencia o familiaridad adquirida por la experiencia de un hecho o situación. Por otra parte la epistemología, es la rama de la filosofía que estudia o relaciona el conocimiento. Se trata por lo tanto del estudio de la función del entendimiento propio de la persona (32).



4.1.1. Elementos del Conocimiento

A. Sujeto

Es el individuo conocedor; en él que se encuentran los estados del espíritu que envuelven o asocian la ignorancia, duda, opinión y certeza. Su función consiste en aprender del objeto. Este aprendizaje se presenta como una salida del sujeto fuera de su propia esfera (23).

B. Objeto

Es aquello a lo que se dirige la conciencia, ya sea de una manera cognoscitiva (aprendizaje), así mismo es lo que se percibe, imagina, concibe o piensa. Su función es ser aprehensible o aprendido por el sujeto. Los objetos pueden ser reales o irreales; llamamos real a todo lo que nos es dado en la experiencia externa o interna. Los objetos irreales se presentan, por el contrario, como meramente pensados (23).

C. Medio

Es un instrumento de trabajo del conocimiento de la realidad, que generalmente existe una ausencia de medios especiales, siendo:



- **La experiencia interna.** Consiste en darnos cuenta en lo que existe en nuestra interioridad.
- **La experiencia externa.** Es todo el conocimiento o experiencia que obtenemos por nuestros sentidos.
- **La razón.** Se complementa con los sentidos, elaborando 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.** Es una mayor parte de los conocimientos que poseemos y nos llega 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 aprobación (23).

D. Imagen

Es el instrumento que se constituye mediante el cual la conciencia es capaz de conocer y aprender de su objeto. Así mismo es la interpretación que le damos al conocimiento consecuente de la realidad (23).

4.2. CONOCIMIENTOS DE LA MADRE

Es la capacidad del ser humano para comprender por medio de la razón; la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas, conjunto de datos o noticias relativos a una persona o cosa, siendo la facultad humana de aprender,



comprender y razonar. El Conocimiento puede ser analizado desde diferentes puntos de vista; según el tipo de experiencia que contiene un suceso ya vivido, también se le define como la facultad consciente o proceso de comprensión (23).

4.2.1. Tipos de Conocimientos

A. Conocimiento Cotidiano

Denominado también conocimiento empírico espontáneo, siendo aquel que se adquiere en las acciones que realizamos diariamente, en el trabajo, en el deporte, en la recreación; es decir haciendo "cosas" cuyo objetivo fundamental no es la adquisición de conocimientos, y estos resultan ser un producto secundario de la actividad o la comunicación, que se logran algo así como "sin querer" (33). Este conocimiento se caracteriza principalmente por un enfoque que se basa en la experiencia y que responde directamente a una demanda social y a una necesidad o práctica (34).

B. Conocimiento Técnico

Conocido también como conocimiento especializado, pero no científico, que caracteriza las artes y las habilidades profesionales. Está basado en saber crear o hacer con la finalidad de satisfacer necesidades, a diferencia de conocimiento científico esto se adquiere con el tiempo y se basa en satisfacer una necesidad a través del empleo de saberes técnicos que no requieren de algún procedimiento o



métodos para adquirirlos, su uso casi siempre es a través de la necesidad del hombre de cambiar su entorno sin hacer uso de una ciencia, nada más de su propio ingenio y técnica para lograrlo. Este conocimiento es adquirido con el tiempo a través de experiencias y la práctica, requiere del uso de herramientas o instrumentos, puede ser transmitido de generación en generación empleando la comunicación entre personas para transmitir este conocimiento (35).

C. Conocimiento Científico

Conocimiento que este guiado por principios lógicos, estructurado por conclusiones, fundamentos y leyes. Se caracteriza por ser verificable, metódico, sistemático y capaz de elaborar predicciones en el campo de lo comprobable (36). Es un conocimiento más acabado, más profundo, que se dirige al estudio de la esencia de la realidad, utilizando para ello métodos propios de la actividad científica (37).

4.3. PRÁCTICAS

Proviene del *latín* “*practice*”, y del *griego* “*practike*”, es la aplicación de una idea o experimentación de una teoría donde la realidad tendría que ser palpable; siendo un método de comportamiento o actuación, ya que tiene que ver con algo que se va a realizar o que se lleva a cabo y que requiere determinado conocimiento o perseverancia para que los resultados sean los esperados, siendo la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos (38).



4.4. PREVENCIÓN

Proviene del latín “*praeventio, praeventiōnis*” que significa **acción y efecto de prevenir**. Se refiere a la **preparación con la que se busca evitar, de manera anticipada, un riesgo, un evento desfavorable o un acontecimiento dañino** buscando prevenir enfermedades, accidentes, delitos, etc. En el ámbito de la medicina preventiva y de la salud pública, se conoce como prevención de enfermedades al conjunto de medidas aplicadas para la protección de la salud de un individuo, comunidad o población (39).

Actúa a distintos niveles:

A. Prevención Primaria

Orientada a eliminar aquellas causas que puedan derivar en una enfermedad (39), es el conjunto de medidas que se aplican en el manejo del proceso salud enfermedad antes que el individuo se enferme; son las acciones destinadas a prevenir la aparición de enfermedades (40), actuando sobre los agentes causantes y los factores de riesgo. Uno de los principales elementos de la prevención primaria es una correcta educación sanitaria que proporcione información sobre las distintas medidas encaminadas a mejorar además de la salud el resto de las condiciones de vida de la población: sociales, ambientales, económicas, etc. (41).



B. Prevención Secundaria

Son actuaciones que pretenden detectar y detener o retrasar el progreso de una enfermedad o problema de salud ya presente en el individuo (diagnóstico precoz). Identificar la enfermedad en estadios precoces puede permitir aplicar determinadas medidas que impidan su progresión. Su objetivo es el diagnóstico precoz de una enfermedad grave en estadios iniciales donde puede aplicarse un tratamiento eficaz (41) enfocada en detectar y tratar la enfermedad en estados tempranos (39). Desde este nivel de prevención se persigue impedir el progreso de la enfermedad y prevenir el surgimiento de posibles complicaciones (42).

C. Prevención Terciaria

Encaminada a evitar que la enfermedad, ya instalada, empeore (39); este nivel implica que ya la enfermedad ha provocado daños irreversibles y que hay que llevar el impacto de estos en la vida del enfermo a su mínima expresión. Desde este nivel se desarrollan acciones encaminadas a limitar el grado de discapacidad y hacer que el individuo se ajuste de forma funcional a las nuevas condiciones (42).

D. Prevención Cuaternaria

Su objetivo es evitar que el paciente sea sobre diagnosticado o su dolencia sobre tratada (39).



4.5. TRATAMIENTO

En latín significa “therapīa”, que significa "cuidado", "tratamiento médico". Es el conjunto de medios (higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos u otros), cuya finalidad es la curación o el alivio (paliación) de las enfermedades o síntomas. Es un tipo de juicio clínico. Son sinónimos: terapia, terapéutico, cura, método curativo (43).

4.6. REHABILITACIÓN

Es el cuidado que la persona recibe para recuperar, mantener y mejorar las capacidades que necesita para la vida diaria. Estas capacidades pueden ser físicas, mentales y/o cognitivas (pensar y aprender).

El objetivo general de la rehabilitación es ayudarle a recuperar sus capacidades o su independencia. Pero las metas específicas son diferentes para cada persona. Ellas dependen de la causa del problema, si la causa duradera o fue temporal, que capacidades se perdieron y qué tan grave fue el problema (44).

4.7. MADRE

En términos biológicos, es el ser vivo, hembra, que ha tenido descendencia, que ha parido a otro ser vivo luego de un tiempo apropiado de gestación que varía de acuerdo al tipo de ser vivo al que hagamos referencia, en lo social, es el primer individuo con el que entra en contacto una vez nacido. Es así que a partir de esto



se establece un vínculo de mucha profundidad entre la madre y el hijo, vínculo que muy difícilmente se puede destruir. La madre se vuelve entonces en la protectora y en la responsable del cuidado de ese nuevo ser vivo, al mismo tiempo que ese cuidado tiene que ver no sólo con ese ser vivo específico si no también con la supervivencia de la raza entera; en términos individuales, es importante señalar que las vivencias que experimenta una madre son indescriptibles, única y lo experimenta de modo diferente (45).

4.8. NIÑO

Proviene de la palabra latín “*infans*” que significa “*el que no habla*”. Comprende al **individuo que tiene pocos años de vida y, se encuentra en el periodo de la niñez** (46). En su sentido más amplio, la niñez abarca todas las edades del niño: desde que es un lactante recién nacido hasta la preadolescencia, pasando por la etapa de infante o bebé y la niñez media. No hay que olvidar el hecho de que es frecuente que en el ámbito coloquial se haga uso de la expresión “niño de teta”; se emplea para referirse a todo aquel varón que se encuentra en la fase de lactancia, es decir, que aún se alimenta de la leche materna (47).

4.9. DIARREA

Es el aumento de deposiciones y/o volumen y fluidez de heces sueltas o semilíquidas de tres o más veces al día (o con una frecuencia mayor que la normal), con presencia de elementos anormales (moco, sangre o pus) (48).



Principalmente es infecciosa y se produce en el tracto gastrointestinal causada por patógenos bacterianos, víricos o parasitarios de duración limitada, que en forma secundaria produce una alteración en el transporte, absorción de electrolitos y agua, se caracteriza por el incremento en el número de evacuaciones al día alterando la consistencia de las heces, acompañado de otros síntomas como vómitos, náuseas, dolor abdominal o fiebre (3).

Esto se constituye un problema de salud pública en el Perú debido a su alto costo económico, social y familiar; siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la niñez, especialmente en menores de dos años, ya que la prevalencia de diarrea es mayor en niños de 6 a 11 meses de edad, periodo que coincide con la incorporación de la alimentación complementaria y estos episodios de diarrea son repetitivos en el primer año de vida pudiendo deteriorar el estado nutricional y causar graves secuelas (49).

4.9.1 Fisiopatología

Se produce cuando el volumen de agua y electrolitos presentado al colón excede su capacidad de absorción, eliminándose de forma aumentada por las heces. Esto puede deberse a un aumento en la secreción y/o a una disminución de la absorción a nivel de intestino delgado, o más infrecuentemente, a una alteración similar a nivel de colón. Estas alteraciones son secundarias a la afectación intestinal que resulta de la interacción entre el agente infeccioso y la mucosa intestinal. En determinados casos se da la penetración de la barrera mucosa por antígenos extraños, tales como microorganismos o toxinas, éstas pueden ligarse a los



receptores del enterocito y estimular la secreción epitelial de agua e iones, que pueden dañar el enterocito produciendo una disminución en la absorción de electrolitos, una pérdida de las hidrolasas del borde en cepillo y un escape de fluido a través del epitelio (50).

La lesión por daño directo de la célula epitelial tiene lugar en las infecciones por agentes virales como Rotavirus, aunque en este caso las proteínas virales actuarían como enterotoxina. También se produce lesión vellositaria en infecciones agudas por protozoos tales como Giardia lamblia, Cryptosporidium parvum y Microsporidium, todo ello conduce a una pérdida aumentada de agua y electrolitos en heces; esta gran pérdida de líquidos y electrólitos puede derivar en un cuadro de deshidratación siendo más frecuente en el niño pequeño por tener una mayor área de superficie corporal; por lo tanto, habrá mayores pérdidas insensibles, además existe un flujo intestinal de agua y electrólitos más cuantiosos, habiendo una existencia de malabsorción de nutrientes secundarios en la lesión intestinal (50).

4.9.2. Etiología

Es un mecanismo de respuesta del organismo frente a un agente agresor, puede ser infecciosa, cuando es causada por agentes enteropatógenos (bacterias, virus, hongo, parásitos) o no infecciosa (inflamatoria, endocrina, tumoral, medicamentosa o por malabsorción). Los gérmenes más frecuentemente responsables de producir diarreas líquidas son: Rotavirus, Escherichia coli



enterotoxigenica (ECET), *Vibrio Cholerae* y *Giardia lamblia*; en cambio los responsables de los cuadros disentéricos (sangre en la heces) son la *Shigella* sp, *Campylobacter jejuni*, y en algunos lugares del país la *Entamoeba histolytica*; las bacterias son más frecuentes en los meses cálidos, y los Rotavirus en los meses fríos; por otro lado los enteropatógenos bacterianos, virales y protozoarios, afectan el estado fisiológico normal del intestino a través de toxinas (*V. Cholerae* y ECET), invadiendo la mucosa (*Shigella*, Rotavirus) o ambas (*Shigella*), alterando el equilibrio que existe en la secreción y la absorción intestinal (51).

Entre las principales causas de las enfermedades diarreicas agudas, tenemos:

A. Bacterias

Entre los agentes bacterianos que se han identificado sistemáticamente en los estudios sobre la etiología de diarrea en niños están:

A.1. *Shigellae* sp

Es una infección bacteriana en el revestimiento del intestino (52), las infecciones clínicas por *Shigella* ocurren solamente en humanos y en los gorilas, chimpancés y otros primates superiores; siendo el hombre su principal reservorio. En los países con malas condiciones de saneamiento ambiental y prácticas higiénicas pobres, la shigellosis es usualmente endémica siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad; también son considerados endémicas las instituciones caracterizadas por el hacinamiento y las malas prácticas higiénicas; se transmiten



fácilmente por contacto directo, por la vía fecal – oral, aunque también a través del agua y de los alimentos contaminados, produciéndose dolor abdominal agudo, tenesmo (Contracción violenta y dolorosa que sufre un órgano, especialmente el recto para expulsar) y disentería, como resultado de las lesiones colónicas (14).

En sus formas clínicas más leves, la infección por organismos del género *Shigella* se manifiesta por deposiciones líquidas, fiebre baja, malestar general y cólicos. Los casos más graves de Shigellosis presentan fiebre alta, toxemia (síndrome que se produce por la presencia de sustancias tóxicas en la sangre), cólicos abdominales intensos, tenesmo y disentería (sangre y moco en las heces), que en general, es precedida por un periodo de deposiciones líquidas (14), esto puede llevar a brotes mortales en países en desarrollo; las personas infectadas con la bacteria la excretan en sus heces, teniendo la posibilidad de propagar la bacteria al agua o a los alimentos, o directamente a otra persona. Los brotes de shigellosis están asociados con condiciones sanitarias deficientes, agua y alimentos contaminados, al igual que condiciones de vida en hacinamiento (53).

A.2. *Escherichia Coli* (E. coli)

Se reconocen cuatro clases de *Escherichia Coli* que causan diarrea en los humanos (14).



a) E. Coli Enteropatógena (ECEP)

Las cepas de ECEP representan la primera clase de E. Coli identificada como causa principal de brotes de diarrea observados en salas hospitalarias de recién nacidos y como una causa esporádica de diarrea en niños menores de un año (14).

b) E. Coli Enterotoxigénica (ECET)

En los países en desarrollo las cepas de ECET causan diarrea en niños, en especial en los menores de dos años y en los viajeros que pasan de áreas industrializadas a esos países. La diarrea causada por ECET varía desde la enfermedad parecida al cólera con producción de deshidratación grave, hasta la diarrea leve, pero usualmente se caracteriza por casos de diarrea líquida con poca o ninguna deshidratación, que en general no requieren hospitalización. La mayoría de las infecciones intestinales por ECET son asintomáticas. Además, se ha observado que el porcentaje de contactos infectados que desarrollan diarrea disminuye con la edad, lo que sugiere la adquisición de inmunidad. Asimismo, ECET causa la mayor parte de los casos de diarrea en viajeros (diarrea del turista) (14).

c) E. Coli Enteroinvasora (ECEI)

Las cepas de ECEI se asemejan a las Shigellas en varios aspectos. La mayoría son inmóviles y lactosa – negativo. Muchas cepas de ECEI manifiestan reacción



cruzada con los antisueros que se utilizan para tipificar (clasificar u organizar) a las Shigellas (14).

d) E. Coli Enterohemorrágica (ECEH)

Este síndrome clínico es diferente de la disentería bacilar, ya que la fiebre no es prominente y las deposiciones sanguinolentas son más bien copioso (abundante) y no escasa como en las otras disenterías. El síndrome se llama colitis hemorrágica (14).

A.3. Salmonella Sp

El género Salmonella incluye más de 2 000 bioserotipos diferentes, mucho de los cuales están asociados con procesos de gastroenteritis aguda en el hombre y animales. Las cepas de Salmonella que causan gastroenteritis tienen la capacidad de pasar de la luz intestinal a la lámina propia a través de las células epiteliales, con poca o ninguna destrucción de ellas. Se caracteriza por presentar fiebre, cólicos, dolor abdominal y diarrea, que comienza generalmente después de 8 a 48 horas de haberse ingerido un alimento contaminado. Usualmente dura de 2 a 5 días (14).



A.4. Vibrio Cholerae:

El agente causante del cólera es el *Vibrio Cholerae*, el mismo que se coloniza en el intestino delgado proximal sin invadir las células epiteliales, y elabora una potente enterotoxina, que es la causa de intenso aumento de secreción intestinal que provoca la diarrea líquida abundante, característica del cólera. La infección se transmite típicamente por el agua y los alimentos contaminados; manifestada por deposiciones líquidas profusas, en el curso de pocas horas, se presenta formas graves de deshidratación con choque hipovolémico tanto en niños como en adultos, y porque tiende a manifestarse mediante brotes explosivos (14).

B. Virus

B.1. Rotavirus

Es la causa viral más importante de diarrea en niños menores de dos años. Virtualmente todos los niños experimentan una o más infecciones por rotavirus durante los dos primeros años de vida y a los tres años de edad, entre el 80% y 90% de los niños ya han adquirido anticuerpos antirotavirus. Las infecciones clínicas se caracterizan por deposiciones líquidas abundantes, vómitos y fiebre. Las formas de transmisión de rotavirus, se considera que la vía fecal – oral es probablemente la más importante, pero también se transmite por medio del agua y los alimentos contaminados y no se ha probado que se transmita por vía aérea.



También se ha comprobado que existe la transmisión en servicios hospitalarios, en especial en las salas de recién nacidos (14).

B.2. Adenovirus Entéricos

Son otro grupo de virus que se ha reconocido recientemente como un agente de diarrea, es el constituido por los adenovirus “atípicos”, serotipos 40 y 41; que pueden causar una enfermedad clínica grave parecida a la gastroenteritis provocada por rotavirus. A los adenovirus de este tipo se les denomina “no cultivables”. La diarrea causada por estos virus se manifiesta clínicamente por deposiciones líquidas, vómitos y fiebre (14).

C. Protozoos

C.1. Giardia Lamblia

Es un protozoo que causa la diarrea endémica y epidémica en el hombre. Existen dos estados; trofozoíto y quiste. El quiste es el estado infeccioso, el cual después de su ingestión, se excita y da origen a un trofozoíto; en este estado habita en el intestino delgado proximal donde se adhiere al borde en cepillo de los enterocitos por medio de un disco de adhesión. La infección se establece si los agentes sobreviven y se multiplican en el intestino delgado; se transmite principalmente a través del agua contaminada y por la vía ano – mano – boca. Las infecciones en los humanos tienen una distribución mundial, pero su predominio es mayor en los



trópicos y subtrópicos, posiblemente a causa de los bajos estándares de saneamiento e higiene en esas regiones. La presencia es mayor en los niños menores de 5 años. Es común en niños de instituciones donde predominan condiciones de hacinamiento y mala higiene personal (14).

Este parásito puede causar enfermedad diarreica aguda, diarrea persistente, síndrome de mala absorción intestinal, vómitos persistentes. En los casos más graves puede causar mala absorción intestinal, un síndrome parecido a la enfermedad celíaca y retarde de crecimiento. Las infecciones por *G. lamblia* pueden ser diagnosticadas mediante la identificación de los trofozoítos y/o quistes en las heces fecales o en muestra de líquido duodenal aspirado. Sin embargo, no existe un método simple para diagnosticar las infecciones por *G. lamblia* (14).

C.2. *Cryptosporidium* Sp

Es una causa importante de diarrea endémica en niños menores de tres años, tanto en las naciones industrializadas como en los países en vía de desarrollo. Estas infecciones son más comunes en los meses cálidos. En general, el *Cryptosporidium* sp causa un síndrome relativamente leve de deposiciones líquidas y vómitos y con fiebre baja; no se encuentra en las heces, sangre ni moco. Por lo contrario, en pacientes inmunodeficientes, la enteritis por este coccidio puede ser grave, prolongada e incluso intratable, y puede causar la muerte. Este tipo de diarrea intratable se observa en pacientes graves con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Se cree que su transmisión ocurre por la vía



fecal – oral. Hasta el momento no existe una terapéutica antimicrobiana de eficacia comprobada contra el *Cryptosporidium* (14).

4.9.4. Tipos de Diarrea

Según La Organización Mundial de la Salud, clasifica en: diarrea aguda, diarrea con sangre o disentería y la diarrea persistente (54).

a) Diarrea Aguda

Es de comienzo brusco, de menos de 14 días de duración. Puede estar acompañada por vómitos y fiebre. En la mayoría de los casos se resuelve antes de los 7 días (lapso de maduración de la célula intestinal). Si no es tratada en forma oportuna, puede producir deshidratación y desnutrición. La mayoría se auto limita y se recupera con la Terapia de Rehidratación Oral (3).

b) Diarrea con Sangre o Disentería

Es un trastorno inflamatorio del intestino, que normalmente ataca al colon y produce diarreas que contienen moco y sangre en las heces. Puede causar la muerte si no se trata adecuadamente. La enfermedad se contagia a través de alimentos o agua contaminada o por contacto físico. En la mayoría de los casos, la disentería suele aparecer por una infección o infestación de parásitos. Sin embargo, también puede ser causada por un irritante químico o una infección viral



(55). Se pueden producir úlceras en las paredes intestinales. Cuando los gérmenes causantes atraviesan la pared intestinal y pasan a la sangre, se produce además fiebre (56).

c) Diarrea Persistente

Es el aumento en el volumen o el contenido líquido de las deposiciones, cambios en la consistencia y aumento en la frecuencia de las mismas. Según la definición de la OMS, diarrea es la expulsión de tres o más deposiciones líquidas con o sin sangre en 24 horas y termina cuando el último día con diarrea es seguido con al menos 48 horas con deposiciones normales. Se entiende como diarrea persistente (DP), aquel episodio diarreico de más de 14 días de duración, de comienzo agudo e infeccioso, que afecta el estado nutricional y pone al paciente en riesgo sustancial de muerte. Desde el punto de vista operacional es un episodio diarreico que dura 14 días o más (57).

4.9.5. Signos y Síntomas

Los pacientes que padecen de diarrea aguda, además del aumento del número de deposiciones líquidas, suelen tener malestar general como: náuseas, vómitos, dolor abdominal cólico (como retortijones), sensación de hinchazón abdominal que mejoran con la deposición, a veces dolor de cabeza, con frecuencia fiebre en mayor o menor medida, en algunos casos, puede observarse sangre en las heces.



Todos estos síntomas son más intensos al principio, de forma que en la mayoría de las pacientes desaparecen al cabo de 2 a 4 días (58).

Pero si la diarrea es muy abundante, puede producirse deshidratación por pérdida de líquidos, reconocible mediante síntomas y signos, como cansancio extremo, sed, boca o lengua seca, calambres musculares, mareo, orina muy concentrada o no tener necesidad de orinar por más de 5 horas (59).

4.9.10. Complicaciones

A. Deshidratación

Se produce cuando existen pérdidas de agua y electrolitos durante los procesos de diarrea. Esta sobreviene, ya sea por aumento de la secreción intestinal sin causar destrucción ni inflamación de la mucosa intestinal, o por inflamación del intestino con daño de la mucosa. Como consecuencia de ello aumenta la secreción y disminuye la absorción intestinal, quedando en la luz intestinal sustancias no absorbidas (14).

Entonces, esto ocurre cuando la persona pierde más líquidos que los que incorpora; no es un problema tan grave en los adolescentes como lo puede ser en los bebés o en los niños pequeños. Cuando la persona se deshidrata, significa que la cantidad de agua que contiene su cuerpo ha descendido por debajo de la concentración necesaria para funcionar con normalidad. Los descensos leves no causan problemas y, en la mayoría de los casos, pasan completamente



desapercibidos. Pero no beber lo suficiente para reponer las pérdidas de líquido puede hacer que la persona se encuentre bastante mal (60).

La deshidratación lleva a un deterioro progresivo de la circulación, de la función renal, del balance metabólico y finalmente si no se corrige a tiempo, se produce un daño letal que involucra a todos los sistemas del organismo (14).

1. Causas de la Deshidratación

Una causa habitual de la deshidratación en los adolescentes son las enfermedades gastrointestinales. Cuando ataca un virus estomacal o intestinal, puede perder mucho líquido a través de los vómitos y de las diarreas, y lo más probable es que no tenga muchas ganas de comer ni de beber (60).

2. Grados de Deshidratación

Las implicaciones en el diagnóstico clínico de la deshidratación de los eventos descritos previamente pueden resumirse en términos cuantitativos (14):

a) Deshidratación Leve

Se produce cuando las pérdidas de agua corporal son inferiores de 50 ml/kg de peso corporal. Hasta este límite de pérdida, los signos clínicos objetivos de



deshidratación son el aumento en la velocidad del pulso (taquicardia) y palidez de la piel.

Un poco más allá de ese límite de pérdida, sobreviene sequedad de la piel y de las mucosas, ausencia de lágrimas y disminución en la producción de orina, que los signos tempranos de deshidratación moderada. El tiempo de llenado capilar es inferior a dos segundos (14).

b) Deshidratación Moderada

Cuando avanza a un déficit de líquidos de 80 – 100 ml/kg de peso corporal, las alteraciones circulatorias se agravan progresivamente (deshidratación moderada a grave). El llenado capilar en lento (tres segundo a mas). Las extremidades están frías y moteadas (su piel se asemejaba a un moteado pictórico). La fontanela y los globos oculares están hundidos y la humedad de las mucosas y la elasticidad de la piel se reducen marcadamente (14).

c) Deshidratación Grave

Sucede generalmente en los casos de diarrea abundante, puede alcanzarse un déficit de 120 ml/kg o mayor al peso corporal. Los pacientes tienen alteraciones de la conciencia, baja presión sanguínea, piel y mucosas muy secas y el tiempo de llenada capilar es mayor a cuatro segundos. En estos casos es necesario recurrir a



la terapia endovenosa de urgencia, que debe complementarse usando vía oral son solución de SRO después de un periodo corto de terapia endovenosa (14).

4.9.11. Tratamiento de la Diarrea

A. Tipos de Tratamiento

1) Tratamiento de la Diarrea a Nivel Empírico que Realiza la Madre

El tratamiento tradicional de las enfermedades diarreicas generalmente está en función de las creencias, ideas y concepciones acerca de las causas de la enfermedad. La diarrea se atribuye a diferentes causas según sea el lugar y las características de la población. En el Perú existen varias creencias, relacionado a las causas de la enfermedad diarreica aguda; dentro de ellos el “mal del ojo”, “el maleficio”, la “introducción del frío en las mantillas” y entre otras; utilizando como forma de tratamiento la “pasada al niño con huevo entero”, “llamada de ánimo” utilizando su propia ropa y una campanilla, “pago a la tierra” que la realiza un curandero, para la “introducción del frío” administran mates calientes como la muña (menta). Como se puede apreciar el tratamiento es predominantemente etiológico, y se acompaña también de algunas medidas generales para aliviar el estado general del niño como medidas de apoyo (23).

A nivel general, el arroz, ya sea en forma de agua de arroz o como sopa es el primer producto utilizado. Los almidones y harinas son también muy



frecuentemente utilizados por las madres. Ya que son preparados en forma de panetelas con harina blanca de almidón, mandioca (yuca) o un poco de maicena en agua azucarada. Pero en algunos casos todavía persiste entre las madres la preocupación por "cortar la diarrea" que en ocasiones las induce también a suspender la alimentación sólida para "dejar en reposo el estómago" con el empleo de preparaciones domésticas se busca un efecto astringente que es reforzado cuando dos o más productos son combinados en una misma preparación por ejemplo: agua de arroz, cáscara de guayaba, semilla de palta, cáscara de granada, almidón, clara de huevo, anís y pan quemado (23).

2) Tratamiento con Sales de Rehidratación Oral (TRO), de 24 Horas

Según la Organización Mundial de la Salud las Sales de Rehidratación Oral (SRO – ORS), tienen como objetivo reponer las pérdidas previas que ocasionaron la deshidratación por diarrea y compensar las pérdidas de éstas (51).

El contenido de la sobre de las sales de rehidratación, es un polvo para diluir en 1 litro de agua: sirve para la prevención de la deshidratación y su administración es en niños menores de 2 años y consiste de 50 a 100 ml después de cada deposición líquida (aprox. 500 ml al día). Por otro lado, en niños de 2 a 10 años la administración de SRO es de 100 a 200 ml después de cada deposición líquida (aprox. 1000 ml al día) y en niños mayores de 10 años y adultos es de 200 a 400 ml después de cada deposición líquida (aprox. 2000 ml al día). Si el niño o el adulto tuviera deshidratación después de haberle ya suministrado las sales rehidratantes orales durante las primeras 4 horas deberíamos de tener en cuenta la



edad y el peso para la administración del rehidratante. Pero si pasado las 4 horas ha cesado (parado) se debe seguir el tratamiento de prevención en rehidratación ya mencionado en las primeras líneas arriba, pero si aún no ha cesado la diarrea se tendrá en cuenta la edad y el peso para nuevamente repetir el tratamiento, pero si los signos son de una deshidratación severa se tratará por vía intravenosa (51).

4.10. LACTANCIA MATERNA

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la lactancia materna como líquido vital para la salud y desarrollo de los niños a lo largo de toda la vida y reduce los costos para el sistema de salud, las familias y los gobiernos. Por ello recomienda iniciar el amamantamiento en los primeros 60 minutos de vida para proteger a los recién nacidos de infecciones y de esta manera poder salvar vidas, así como dar el pecho en forma exclusiva hasta los 06 meses y, de manera complementaria, hasta los 2 años (61).

De esta manera la lactancia materna también mejora el coeficiente intelectual, la preparación para la escuela y la asistencia a ella, y se asocia con mayores ingresos en la vida adulta. También reduce el riesgo de cáncer de mama en la madre.

Los hijos de las mujeres que han dado de lactar en forma exclusiva son más saludables y no padecen de muchas enfermedades durante su crecimiento (62).



4.11. HACINAMIENTO

Se refiere a la relación entre el número de personas o animales en un lugar, vivienda o casa y el espacio o número de cuartos disponibles por lo tanto no cuenta con las dimensiones físicas para albergarlos (63). Las personas que allí se encuentran superan la capacidad total del espacio y no cuenta con la seguridad e higiene que corresponde. Por otro lado, la pobreza también resulta ser un generador de situaciones de hacinamiento. Ante la escasez de recursos económicos, por no poder pagar el alquiler de una vivienda digna, que tenga varias habitaciones, los pobres, no tienen más opción que convivir todos juntos en pequeñas casas, y en los casos más extremos hasta en habitaciones mínimas, que deben compartir (64).

4.12. INMUNIZACIÓN

Según la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, especifica que es la misión de promover y coordinar la cooperación técnica y las alianzas para apoyar, como parte de la garantía del derecho a la salud para todos, los esfuerzos de los Estados Miembros para lograr la reducción sostenible y equitativa de la morbilidad y la mortalidad de las enfermedades prevenibles por vacunación a través de estrategias de control y eliminación para mejorar la calidad y expectativa de la vida de los pueblos de las Américas (65).

Esto permite que el organismo pueda defenderse mejor contra las enfermedades causadas por ciertas bacterias o virus (66).



Las personas que están inmunizadas contra una enfermedad no suelen contraerla, o bien contraerán una forma leve de esta. Sin embargo, como ninguna vacuna es 100% eficaz, algunas personas que han sido inmunizadas todavía pueden contraer la enfermedad.

En las comunidades y países en los que las vacunas se utilizan de forma generalizada, muchas enfermedades que antes eran frecuentes y/o mortales (como la poliomielitis, el sarampión y la difteria) ahora son raras o están bajo control. Seguir las recomendaciones para la vacunación o inmunización es muy importante para la propia salud de la persona y para la salud de su familia y de los miembros de su comunidad (66).

a) Tipos de Inmunización

1. Inmunización Activa

Se utilizan vacunas para estimular los mecanismos naturales de defensa del organismo. El sistema inmunitario responde a una vacuna mediante la producción de sustancias (como anticuerpos y glóbulos blancos o leucocitos) que reconocen y atacan a las bacterias o virus específicos contenidos en la vacuna. Posteriormente, cuando la persona se expone a dichas bacterias o virus, el organismo, automáticamente, produce esos anticuerpos y otras sustancias para prevenir o reducir la enfermedad. El proceso de administración de una vacuna se denomina vacunación, aunque en algunos casos se usa el término genérico de inmunización (66).



2. Inmunización Pasiva

Se administran directamente anticuerpos contra un organismo infeccioso específico. Se usa en personas cuyo sistema inmunitario no responde de manera adecuada a la infección, o en personas que contraen una infección antes de ser vacunadas (por ejemplo, después de sufrir una mordedura de un animal afectado de rabia). También se utiliza para evitar la enfermedad cuando la exposición es probable y la persona no tiene tiempo para completar una serie de vacunación (66).

4.13. SANEAMIENTO PÚBLICO

El saneamiento es imprescindible para prevenir numerosas enfermedades que sufren millones de personas, como las enfermedades diarreicas, las helmintiasis intestinales, la esquistosomiasis y el tracoma. El acceso universal a servicios de saneamiento en los hogares y las instituciones (como los establecimientos sanitarios y escuelas) es esencial para reducir la carga de enfermedad, mejorar los resultados nutricionales y aumentar la seguridad, el bienestar y las oportunidades de recibir educación, sobre todo para las mujeres y las niñas (67).

Según la Organización Mundial de la Salud; unas 842 000 personas de países de ingresos bajos y medianos mueren cada año como consecuencia de la insalubridad del agua y de un saneamiento e higiene deficientes; representando el 58% del total



de muertes por diarrea, ósea 280 000 personas. La diarrea sigue siendo una de las principales causas de muerte, pero es en gran medida prevenible. La mejora de la calidad del agua, de las instalaciones de saneamiento y de la higiene podría prevenir cada año la muerte de unos 361 000 niños menores de 5 años. Las excretas al aire libre persisten como un círculo vicioso de enfermedad y pobreza. Los países en que la defecación es al aire libre están más extendidos registrando el mayor número de muertes de niños menores de cinco años, así como los niveles más altos de malnutrición y pobreza siendo más grandes las diferencias en relación con la riqueza (68).



5. HIPOTESIS

Hipótesis Alterna (Ha). Los conocimientos de las madres con niños menores de 5 años guardan relación con las prácticas en prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades diarreicas agudas.

Hipótesis Nula (Ho). Los conocimientos de las madres con niños menores de 5 años que no guardan relación con las prácticas en prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades diarreicas.

6. OPERACIONALIDAD DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

CONOCIMIENTO

Es un conjunto de información que poseen las madres de niños menores de 5 años sobre la Enfermedad Diarreica Aguda en cuanto a la prevención, tratamiento y rehabilitación en la salud de su niño.

VARIABLE DEPENDIENTE

PRÁCTICA

Es la respuesta expresada de las madres sobre la forma como ellas actúan frente a la enfermedad diarreica aguda que sus niños puedan presentar.



OPERACIONALIDAD DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR	INSTRUMENTO
V.I Conocimientos de la madre sobre la Enfermedad Diarreica Aguda	Es un conjunto de información que poseen las madres de niños menores de 5 años sobre la Enfermedad Diarreica Aguda en cuanto a la prevención, tratamiento y rehabilitación en la salud de su niño.	PREVENCION: las madres con niños menores de 5 años hablaran sobre el conocimiento que tienen a nivel de prevención en cuanto a la enfermedad diarreica aguda.	ALTO	16 – 20 Puntos	C
			MEDIO	11 – 15 Puntos	U
			BAJO	< 10 Puntos	E
					S
		TRATAMIENTO: las madres con niños menores de 5 años dialogaran sobre el conocimiento que tienen a nivel del tratamiento (que es lo que hacen) sobre la enfermedad diarreica aguda.	ALTO	16 – 20 Puntos	T
			MEDIO	11 – 15 Puntos	I
			BAJO	< 10 Puntos	O
			ALTO	16 – 20 Puntos	N
		REHABILITACION: las madres de niños menores de 5 años opinaran sobre el conocimiento que tienen en cuanto a la rehabilitación frente a la enfermedad diarreica aguda.	MEDIO	11 – 15 Puntos	A
			BAJO	< 10 Puntos	R
					I
					O



V.D Práctica de la madre en la prevención, tratamiento y rehabilitación frente a la enfermedad diarreaica aguda.	Es la respuesta expresada de las madres sobre la forma como ellas actúan frente a la enfermedad diarreaica aguda que sus niños puedan presentar.	PREVENCION: acciones que realizan las madres de niños menores de 5 años, en cuanto a las prácticas de prevención hacia la enfermedad diarreaica aguda.	BUENO	7 – 9 Puntos	C
			REGULAR		
			MALO	4 – 6 Puntos	U
				< 3 Puntos	E
		TRATAMIENTO: acciones que realizan las madres de niños menores de 5 años, en cuanto a la práctica del tratamiento cuando su niño se encuentra frente a la enfermedad diarreaica aguda.	BUENO		S
			REGULAR	7 – 9 Puntos	T
			MALO	4 – 6 Puntos	I
				< 3 Puntos	O
		REHABILITACION: acciones que las madres con niños menores de 5 años realizan en cuanto a la práctica en rehabilitación cuando sus niños están con el proceso infeccioso de la enfermedad diarreaica aguda.	BUENO		N
			REGULAR	7 – 9 Puntos	A
			MALO	4 – 6 Puntos	R
				< 3 Puntos	I
					O

Fuente: (Chávez Ambrosio, L.; Vásquez Guro, M., 2020)



CAPITULO III: MÉTODOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación es de tipo cuantitativa, con enfoque descriptivo; transversal y correlacional.

- Cuantitativa porque implica el uso de herramientas de informática, estadísticas, y matemáticas para obtener resultados.
- Descriptivo porque descubre hechos o fenómenos tal cual se presentan.
- De corte transversal porque estudia la variable de un determinado momento haciendo un corte en el tiempo.
- Correlacional porque buscará encontrar la relación significativa entre variables.

3.2. ÁREA DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio se realizó durante los meses de julio, agosto y septiembre del año 2019, en el Hospital II – E Simón Bolívar en los Consultorios de Atención Integral del Niño, el cual pertenece a la Red de Salud II de la Dirección Regional de Salud Cajamarca (DIRESA), está ubicado en la Av. Mario Urteaga N° 500 de la ciudad, provincia y departamento de Cajamarca, a una Latitud Sur de 7° 9' 12", una Longitud Oeste 78° 30' 57".



3.3. POBLACIÓN

3.3.1. Población de Estudio

La población estuvo constituida por 240 madres con niños menores de 5 años que fueron atendidos en los Consultorios de Atención Integral del Niño del Hospital II-E Simón Bolívar.

3.4. Muestra

Conformada por 136 madres atendidas con niños menores de 5 años.

3.5. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se calculó considerando el muestreo aleatorio simple, determinando a 136 unidades muestrales, obedece a la siguiente fórmula:

$$N = \frac{N (Z_{1-\infty/2})^2 pq}{(N - 1) d^2 + (Z_{1-\infty/2})^2 pq}$$



Dónde:

Tamaño de Muestra

Marco muestral	N	:	210
Nivel de confianza (95%)	$Z_{1-\alpha/2}$	:	1.96
Probabilidad de efectividad (50%)	p	:	0.50
Probabilidad de la no efectividad (50%)	q	:	0.50
Margen de error (5%)	d	:	0.05

Reemplazando:

$$N = \frac{(210)(1.96)^2(0.50)(0.50)}{(210 - 1) (0.50)^2 + x(1.96)^2(0.50)(0.50)}$$

$$N = \frac{(210)(3.84)(0.50)(0.50)}{209 (0.0025) + (3.84)(0.50)(0.50)}$$

$$N = \frac{201.6}{0.5225 + 0.96}$$

$$N = 136$$



3.6. UNIDAD DE ANÁLISIS

Constituido por cada madre con niños menores de 5 años que acudieron a los Consultorios de Atención Integral del niño. Hospital II–E Simón Bolívar. Cajamarca – 2019.

3.7. CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.7.1. Criterios de Inclusión

- Madres de niños menores de 5 años que fueron atendidas y que aceptaron participar en la investigación.

3.7.2. Criterios de Exclusión

- Madres de niños menores de 5 años que no fueron atendidas y que no aceptaron participar en el estudio.

3.8. UNIDAD DE ESTUDIO

Estuvo conformada por cada madre con niños menor de 5 años que fueron atendidos en los Consultorios de Atención Integral del Niño del Hospital II E Simón Bolívar Cajamarca que cumplieron los criterios antes mencionados.



3.9. TÉCNICAS DE LA INVESTIGACIÓN

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de entrevista, previo consentimiento informado; cuya información se recopiló por medio del cuestionario; que fue revisado y validado por dos expertas en la materia de la UPAGU.

3.10. INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se utilizó como instrumento el cuestionario.

El cuestionario está dirigido para evaluar el nivel de conocimiento y prácticas en cuanto a la prevención, tratamiento y rehabilitación de las madres con niños menores de 5 años, frente a episodios diarreicos; consta de 30 preguntas cada una de ellas con sus respectivas alternativas. Considerando tres dimensiones prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años.

El cuestionario está estructurado de la siguiente manera. En la primera parte se consignarán las características sociodemográficas de la madre que consta de 02 preguntas cerradas como: lugar de procedencia y edad de la madre. En la segunda parte están consignadas las preguntas para determinar el conocimiento en: a) prevención de la enfermedad diarreica aguda conformado por 06 preguntas cerradas, b) tratamiento de las EDAS conformado por 05 preguntas cerradas y c) rehabilitación que consta de 03 preguntas cerradas; y en la tercera parte están consignadas por preguntas sobre las prácticas en: a) prevención de las enfermedades diarreicas agudas conformado por 06 preguntas cerradas, b) tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas conformado por 05 preguntas cerradas y c) rehabilitación de las enfermedades diarreicas agudas



conformado por 03 preguntas cerradas; las cuales se medirán usando indicadores que determinen el nivel de conocimientos y prácticas en prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades diarreicas agudas.

Para el cuestionario sobre conocimientos y prácticas en prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades diarreicas agudas de madres con niños menores de 5 años, se calificó de la siguiente manera:

Conocimientos de la madre sobre la Enfermedad Diarreica Aguda se determinó como:

- | | | |
|-----------|---------------------------|----------------|
| a. | Conocimiento Alto | 16 – 20 Puntos |
| b. | Conocimiento Medio | 11 – 15 Puntos |
| c. | Conocimiento Bajo | < 10 Puntos |

Se asignó a las preguntas de conocimiento el puntaje de 5 puntos por cada respuesta positiva y cero (0) por cada respuesta negativa; en el caso de las preguntas que contengan solo dos respuestas se le asignará un puntaje de 13 puntos por cada respuesta positiva y 7 por cada respuesta negativa; y en el caso de las preguntas que tengan solo 3 respuestas se le asignará un puntaje de 6.7 por cada respuesta positiva y cero (0) por cada respuesta negativa.

- a)** Cuando las madres contestan correctamente 4 preguntas, tienen un conocimiento alto sobre la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad diarreica aguda.



- b) Cuando las madres contestan correctamente de 2 a 3 preguntas tienen como conocimiento medio sobre la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad diarreica aguda.
- c) Y finalmente cuando las madres contestan solo 1 pregunta correctamente tienen un conocimiento bajo sobre la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad diarreica aguda.

Prácticas de la madre sobre la Enfermedad Diarreica Aguda se determinó como:

- | | | |
|----|----------------|--------------|
| a. | Bueno | 7 – 9 puntos |
| b. | Regular | 4 – 6 Puntos |
| c. | Malo | < 3 Puntos |

Para las preguntas sobre prácticas se asignó el puntaje de 2.25 puntos por cada respuesta positiva y cero (0) por cada respuesta negativa; y en el caso de las preguntas que contengan solo tres respuestas se le asignara un puntaje de 3 puntos por cada respuesta positiva y cero (0) por cada respuesta negativa.

- a) Cuando las madres contestan correctamente 4 preguntas tienen una práctica buena sobre en cuanto a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad diarreica aguda.
- b) Cuando las madres contestan correctamente de 2 a 3 preguntas tienen una práctica media en cuanto a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad diarreica aguda.



- c) Y finalmente cuando las madres contestan solo 1 pregunta correctamente tienen una mala práctica sobre la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad diarreica aguda.

3.11. VALIDEZ DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

El instrumento se validó por dos expertos conocedores del tema (ANEXO 03)

3.12. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS DE DATOS

La recolección de datos fue obtenida en el Hospital II – E Simón Bolívar, por cada madre con niño menor de 5 años que fueron encuestadas de manera individual. Se utilizó las siguientes técnicas e instrumentos:

- a) Emisión de oficio dirigido al director del Hospital II – E Simón Bolívar, por la decana de la Facultad de Ciencias de la Salud, para el ingreso a sus instalaciones para la recolección de datos.
- b) Consentimiento informado a las madres en cuanto a la aplicación del cuestionario.
- c) Recojo de información a través de la aplicación del cuestionario.
- d) Los datos fueron procesados mediante el programa SPSS v. 25
- e) Los resultados se presentan en tablas y gráficos.



3.13. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

- d) **Consentimiento informado**, porque las madres tendrán conocimiento del propósito de la investigación.
- e) **Anónima**, es decir no se publicará el nombre de las madres encuestadas.
- f) **Confiability**, es decir la información es exclusivo del manejo de las investigadoras.
- g) **Beneficencia**, es decir, tanto a la madre como al niño se busca hacer un bien a través de la enseñanza que se les dará por medio de algunas explicaciones en cuanto a la enfermedad en mención (Enfermedades Diarreicas Agudas).
- h) **No maleficencia**, ya que al realizar la entrevista a las madres familia no se le estaría causando ningún tipo de daño.
- i) **Libre participación**, por lo que no se presionará ni se manipularán los intereses personales a favor de la investigación, sino que será de mutuo acuerdo y de libre decisión y/o honestidad en la selección de la muestra para el presente estudio.



CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIONES

4.1. RESULTADOS E INTERPPRETACION

4.1.1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE LAS MADRES CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.

Tabla 1. Lugar de procedencia de las madres de niños menores de 5 años.

Consultorios de Atención Integral del niño. Hospital II E Simón Bolívar – 2019.

Lugar de Procedencia	N.º	%
Urbano	113	83%
Rural	23	17%
Total	136	100%

Fuente: Cuestionario elaborado por las autoras.

En la tabla según el lugar de procedencia de las madres con niños menores de 5 años con Enfermedad Diarreica Aguda podemos observar que el 17% proceden de la zona rural y el 83% de la zona urbana.



Tabla 2. Edad de las madres de niños menores de 5 años. Consultorios de Atención Integral del niño. Hospital II E Simón Bolívar – 2019.

Edad de la madre	N.º	%
Menor de 18 años	17	13%
19 - 26 años	56	41%
27 - 35 años	52	38%
36 años a más	11	8%
Total	136	100%

Fuente: Cuestionario elaborado por las autoras.

En la tabla relacionada con la edad de las madres podemos observar que el 13% son menores de 18 años, 41% se encuentran entre 19 – 26 años, 38% tienen entre 27 – 35 años y que el 8% se encuentran entre 36 años a más.



4.1.2. CONOCIMIENTOS:

A. CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, EN PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS

Tabla 3. Conocimiento sobre concepto de diarrea de madres con niños menores de 5 años. Consultorios de Atención Integral del niño. Hospital II E Simón Bolívar – 2019.

Conocimiento	Nº	%
Alto	102	75.00%
Medio	19	13.97%
Bajo	15	11.03%
Total	136	100%

Fuente: Cuestionario elaborado por las autoras.

La tabla en cuanto a los conocimientos de las madres, sobre prevención de Enfermedad Diarreica Aguda (EDAS), en donde el 75% de ellas poseen conocimiento alto. En cambio, el 13.97% de las madres tienen conocimiento medio y 11.03% bajo.



B. CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, EN TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES DIARREICAS

Tabla 4. Conocimientos de madres con niños menores de 5 años, en tratamiento de EDAS. Consultorios de Atención Integral del Niño. Hospital II E Simón Bolívar - 2019

Conocimiento	Nº	%
Alto	96	70.59%
Medio	25	18.38%
Bajo	15	11.03%
Total	136	100.00%

Fuente: Cuestionario elaborado por las autoras.

Los resultados muestran, en cuanto al nivel de conocimiento en relación con el tratamiento, en donde 70.59% es alto; 18.38% medio y 11.03% bajo.



C. CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN REHABILITACIÓN DE ENFERMEDADES DIARREICAS

Tabla 5. Conocimientos de madres con niños menores de 5 años, en Rehabilitación de EDAS. Consultorios de Atención Integral del niño. Hospital II E Simón Bolívar – 2019

Conocimiento	Nº	%
Alto	85	62.50%
Medio	21	15.44%
Bajo	30	22.06%
Total	136	100%

Fuente: Cuestionario elaborado por las autoras.

Los datos muestran, en cuanto al nivel de conocimiento con relación a la rehabilitación del niño con EDA, donde 62.50% es alto; 15.44% medio y 22.06% bajo.



4.1.3. PRÁCTICAS

A. PRACTICAS DE MADRES CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, EN PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS

Tabla 6. Prácticas de madres con niños menores de 5 años, en prevención de EDAS. Consultorios de Atención Integral del niño. Hospital II E Simón Bolívar – 2019.

Prácticas	Nº	%
Bueno	103	75.74%
Regular	18	13.24%
Malo	15	11.03%
Total	136	100%

Fuente: Cuestionario elaborado por las autoras.

La tabla muestra, en cuanto a las prácticas que tienen las madres en la prevención de EDAS; un 75.74% es bueno, 13.24% regular y 11.03% malo.



B. PRÁCTICAS DE MADRES CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, EN TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES DIARREICAS

Tabla 7. Prácticas de madres con niños menores de 5 años, en tratamiento de EDAS. Consultorios de Atención Integral del niño. Hospital II E Simón Bolívar – 2019.

Prácticas	Nº	%
Bueno	119	87.50%
Regular	5	3.68%
Malo	12	8.82%
Total	136	100%

Fuente: Cuestionario elaborado por las autoras.

Los resultados muestran, en cuanto a las prácticas que tienen las madres en el tratamiento de EDAS; donde 87.50% es bueno, 3.68% regular y 8.82% malo.



C. PRACTICAS DE MADRES CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, EN REHABILITACIÓN DE ENFERMEDADES DIARREICAS

Tabla 8. Prácticas de madres con niños menores de 5 años, en rehabilitación de EDAS. Consultorios de Atención Integral del niño. Hospital II E Simón Bolívar – 2019.

Prácticas	Nº	%
Bueno	100	73.53%
Regular	16	11.76%
Malo	20	14.71%
Total	136	100%

Fuente: Cuestionario elaborado por las autoras.

En la tabla con respecto a la práctica de las madres en rehabilitación de niños menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda es Bueno en un 73,53%, regular en un 11.76% y malo con 14.71%.



PRUEBA DE HIPÓTESIS: CHI – CUADRADO PARA DETERMINAR LA ASOCIACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE ENFERMEDADES DIARREÍCAS AGUDAS

CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE MADRES CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS

Tabla 9. Conocimiento y Práctica de madres con niños menores de 5 años en prevención de enfermedades diarreicas agudas atendidos en los consultorios de atención integral del niño. Hospital II – E Simón Bolívar 2019

Conocimientos	Prácticas			Total	%
	Bueno	Regular	Malo		
Alto	80	18	4	102	75
Medio	13	3	6	22	16
Bajo	7	4	1	12	9
Total	100	25	11	136	100

Fuente: Cuestionario elaborado por las autoras.

p-value = 0.004

Los resultados muestran que los conocimientos y prácticas de las madres en cuanto a la prevención de EDAS el 75% de ellas poseen conocimientos altos y buenas practicas; 16 % de las madres tienen conocimientos medio con prácticas regulares y el 9% conocimiento bajo y mala práctica; podemos observar que la prueba de hipótesis Chi cuadrado indica que existe una fuerte asociación entre Conocimiento y Práctica de madres con niños menores de 5 años en prevención de EDAS ($p < 0.05$). Aceptando la hipótesis alterna.



CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE MADRES CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS

Tabla 10. Conocimiento y Práctica de madres con niños menores de 5 años en Tratamiento de enfermedades diarreicas agudas atendidos en los consultorios de atención integral del niño. Hospital II – E Simón Bolívar 2019

Conocimientos	Prácticas			Total	%
	Bueno	Regular	Malo		
Alto	113	8	4	125	92
Medio	3	2	1	6	4
Bajo	2	2	1	5	4
Total	118	12	6	136	100

Fuente: Cuestionario elaborado por las autoras.

p-value= 0.001

Los resultados muestran que los conocimientos y prácticas de las madres en cuanto al tratamiento de EDAS el 92% de ellas poseen conocimientos altos y buenas practicas; 4 % de las madres tienen conocimientos medio con prácticas regulares y el 4% conocimiento bajo y mala práctica; podemos observar que la prueba de hipótesis Chi cuadrado arroja un valor $p < 0.05$, lo que indica que existe una alta asociación entre conocimientos y prácticas en madres con niños menores de 5 años, en relación el tratamiento de enfermedades diarreicas agudas; por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna.



CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE MADRES CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN REHABILITACION DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS

Tabla 11. Conocimiento y Práctica de madres con niños menores de 5 años en Rehabilitación de enfermedades diarreicas agudas atendidos en los consultorios de atención integral del niño. Hospital II – E Simón Bolívar 2019

Conocimientos	Prácticas			Total	%
	Bueno	Regular	Malo		
Alto	90	12	2	104	76
Medio	12	4	4	20	15
Bajo	8	1	3	12	9
Total	110	17	9	136	100

Fuente: Cuestionario elaborado por las autoras.

p-value= 0.001

Los resultados muestran que los conocimientos y prácticas de las madres en cuanto a la rehabilitación de EDAS el 76% de ellas poseen conocimientos altos y buenas practicas; 15 % de las madres tienen conocimientos medio con prácticas regulares y el 9% conocimiento bajo y mala práctica, advierte que la prueba de hipótesis Chi cuadrado arroja un valor $p < 0.001$, por lo que podemos concluir que existe una asociación significativa entre Conocimiento y Práctica en Rehabilitación de enfermedades diarreicas agudas.



4.2. DISCUSION

En su mayoría las madres de niños menores de 5 años atendidos en los Consultorios de Atención Integral del Hospital II E Simón Bolívar, proceden de la zona urbana, cuyas edades predominantes se encuentran entre los 19 y 26 años, resaltando también que existen madres adolescentes en un 13%, estas edades permiten tener un escaso conocimiento o información, porque muchas de ellas han tenido su hijo por primera vez, las mismas que no tienen la experiencia previa para la atención requerida del niño y aún más en mujeres adolescentes. Estos resultados coinciden en parte con los de María A. La Cruz Rengel *et al*, en donde el 50,4% de madres tenían entre 20 y 35 años; 40,6% provenientes del distrito sanitario Mérida, de estratos sociales Graffar IV-V; 33.3% tenían enseñanza secundaria. Sin embargo, solo 14,4% tuvo conocimiento adecuado sobre estrategias primarias de prevención en diarrea.

Referente a las tablas 3,4 y 5 relacionadas a los conocimientos de las madres en prevención, tratamiento y rehabilitación de EDAS, si bien es cierto, predomina el conocimiento alto, pero existe un porcentaje menor medio y bajo; significando que las madres al no contar con este requisito, se constituye en un factor de riesgo para los niños menores de 5 años, por desconocimiento parcial o total sobre las EDAS. Coincidiendo en parte con los estudios de Lizbet, Gallardo Molina *et al*, en donde el 52% tienen un nivel de conocimiento medio sobre enfermedades diarreicas. Respecto a la dimensión generalidades el 52% tiene un nivel de conocimiento medio, asimismo el 48% de las participantes tiene un nivel de conocimiento medio en cuanto al tratamiento, en relación a la dimensión de medidas preventivas el 56% de las madres tienen un nivel



de conocimiento bajo y por último el 52% tiene un conocimiento medio respecto a las complicaciones de las enfermedades diarreicas.

Concerniente a las tablas 6,7 y 8 relacionadas a las prácticas de las madres en prevención, tratamiento y rehabilitación de EDAS, se observan porcentajes elevados como buenas prácticas; pero también se tiene que observar las prácticas regulares y malas, toda vez que esto significa que en el futuro, la madre no va a llevar a cabo prácticas para prevenir, tratar y rehabilitar al niño de una EDA, constituyendo una desventaja en la salud del niño; conduciendo a esté a sufrir complicaciones mayores como la deshidratación y la muerte. Coincidiendo en parte con los estudios de Yolanda Juana Nauca Amésquita, en donde que existe relación entre los conocimientos y las prácticas acerca de las medidas de prevención de EDA que tienen las madres de niños menores de 5 años encontrándose que el 93.76% de madres tienen un nivel de conocimiento medio y bajo sobre las medidas de prevención de EDA y las prácticas que emplean son en un nivel regular con un 68.75% seguida de las malas prácticas con un porcentaje de 15.63%.



CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Que las madres de niños menores de 5 años con Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) en su mayoría proceden de la zona urbana y edades predominantes entre los 19 y 26 años.
- Que las madres de niños menores de 5 años con Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) tienen conocimiento alto y a la vez poseen buenas prácticas en la prevención, tratamiento y rehabilitación de esta.
- Existe relación entre los conocimientos y prácticas de las madres con niños menores de 5 años en prevención, tratamiento y rehabilitación de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS) con un Chi cuadrado de $p < 0.05$, lo que indica que existe una alta asociación.



5.2. RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la presente investigación, se recomienda:

- Al coordinador del programa de Atención Integral del Niño (a) del Hospital II – E Simón Bolívar, que promueva investigaciones sobre este tema.
- Al personal de enfermería que atiende en los consultorios de atención del niño en el Hospital II – E Simón Bolívar, que continúen realizando actividades promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS) a madres de niños menores de 5 años.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Jaimes C. Horizontal: marketing digital 3MEDICINA CLÍNICA CADA AÑO . MUEREN 525 MIL NIÑOS POR LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE - Consultorsalud. [Online].; 2019 [cited 2020 Mayo 13. Available from: <https://consultorsalud.com/cada-ano-mueren-525-mil-ninos-por-la-enfermedad-diarreica-aguda-en-latinoamerica-y-el-caribe/>.
- 2 Ferro Mayhua Felix Pompeyo FGPFyFGAL. Distribución temporal de las . enfermedades diarreicas agudas, su relación con la temperatura y cloro residual del agua potable en la ciudad de Puno, Perú. Scielo. 2019 Marzo ; XXI (1).
- 3 Chávez DAG. “Conocimientos y prácticas sobre manejo y prevención de enfermedad . diarreica aguda, en madres de niños/as del Centro Infantil del Buen Vivir Niño Jesús MIES, Loja 2014 – 2015. TESIS PARA TITULO. LOJA : UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, LOJA - ECUADOR ; 2015.
- 4 AMÉSQUITA YJN. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDAD . DIARREICA AGUDA Y SU RELACIÓN CON PRÁCTICAS PREVENTIVAS. TESIS. LIMA - PERU : UNIVERSIDAD SAN MARTIN DE PORRES , Lima ; 2015.
- 5 J. Jhonnell Alarco EACyEVAA. Conocimiento de las madres sobre la diarrea y su . prevención en un asentamiento humano de la provincia de Ica, Perú. SCIELO. 2013 Febrero ; VI (1).
- 6 Andrade García DM, Castillo Morocho NPYCTVA. Conocimientos y prácticas . maternas para prevenir la deshidratación en los niños con E.D.A. del Centro de Salud No 1 Pumapungo, Cuenca 2013. TESIS. Cuenca : UNIVERSIDAD DE CUENCA , Pumanpungo ; 2013.
- 7 Informatica INdEe. Reducir la Mortalidad de Niños y Niñas Menores de 5 Años de . Edad. [Online].; 2015 [cited 2020 Mayo 17. Available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1338/obj04.pdf.
- 8 SALUD LJw/DG/OMDL. Agua, saneamiento y salud (ASS) / ORGANIZACION . MUNDIAL DE LA SALUD. [Online].; 2004 [cited 2020 Mayo 24. Available from:



https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/facts2004/es/.

9 Salud OMdl. Agua, saneamiento e higiene / OMS. [Online].; 2019 [cited 2020 Mayo 12]. Available from: https://www.who.int/water_sanitation_health/es/.

1 Centro Nacional de Epidemiología PyCdE. Aspectos epidemiológicos importantes del nuevo coronavirus (COVID-19). 2020 BOLETIN EPIDEMIOLOGICO DEL PERU. 2020 Diciembre ; I(1).

1 etapasdesarrollohumano.com. EL DESARROLLO HUMANO. [Online]. [cited 2018 1 Noviembre 30]. Available from: <https://www.etapasdesarrollohumano.com/>.

1 SALUD OMDLSYOPDL. La alimentación del lactante y del niño pequeño. 2 [Online].; 2010 [cited 2018 Noviembre 30]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44310/9789275330944_spa.pdf;jsessionid=10D701524BC4122B30C03DE99654F9F1?sequence=1.

1 SALUD OMDL. Enfermedades diarreicas. [Online].; 2017 [cited 2018 Noviembre 30]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>.

1 SALUD OPDL. MANUAL DE TRATAMIENTO DE LA DIARREA. Trece ed. 4 Salud OMdl, editor. Whashington, D.C : Organizacion Mundial de la Salud ; 1987.

1 Olga Figueroa MVDNDV. Alimentación del paciente con diarrea aguda. SCIELO. 5 2014 Marzo ; LXXVII (1).

1 Panneflex PL, Salazar DA. Conocimientos y prácticas sobre enfermedades diarreicas y respiratorias entre madres de una institución de salud. Redalyc.org. 2014 Enero - Junio ; XI (1).

1 Carrillo CM, Marina FF, Dunlap KL, Gaytán SIH, López YM, Cervantes ML. 7 Lactancia materna y diarrea aguda en los primeros tres meses de vida. SCIELO. 2005 . Enero - Febrero ; XLVII(1).

1 Ayora D, Tandazo B. Revista Médica Electrónica Portales Medicos / Conocimientos sobre prevención y manejo de enfermedad diarreica aguda en madres de Loja, Ecuador. [Online].; 2016 [cited 2019 Marzo 30]. Available from: <https://www.revista->



portalesmedicos.com/revista-medica/prevencion-manejo-enfermedad-diarreica-aguda/.

1 Hurtado RA, Arancibia FL. IHSN / Enfermedades diarreicas agudas, consejos, 9 tratamiento y prevención. [Online].; 2010 [cited 2019 Marzo 28. Available from: <https://catalog.ihsn.org/index.php/citations/25893>.

2 CONOCIMIENTO MATERNO SOBRE ESTRATEGIAS BÁSICAS DE 0 PREVENCIÓN EN ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA. redalyc.org. 2012 . Septiembre - Noviembre ; I (1).

2 Gallardo Molina LYMCEJ. “Conocimiento sobre enfermedades diarreicas en madres 1 de niños menores de 5 años. Centro de Salud José Carlos Mariátegui - San Juan de . Lurigancho, 2019”. TESIS DE GRADO. LIMA : UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO , LIMA; 2019.

2 Cecilia RG, Martin CC, Lili CR, Christian DGD, Carlos DPS, Arnold DV, et al. 2 Conocimientos, actitudes y prácticas de la enfermedad diarreica aguda en madres de . niños menores de cinco años. TESIS. LIMA : UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO , LIMA ; 2016.

2 "NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LAS 3 ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS CON NIÑOS MENORES DE 5 . AÑOS EN EL ASENTAMIENTO HUMANO PEDRO CASTRO ALVA CHACHAPOYAS- 2015". Tesis. CHACHAPOYAS : UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRIGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS, Chachapoyas ; 2016.

2 Morocho Rondán SM. Nivel de conocimiento asociado a actitudes preventivas en 4 enfermedad diarreica aguda en madres de niños menores de 5 años, servicio de . pediatría, Hospital Sergio Bernal, 2017 – 2018. [Online].; 2019 [cited 2020 Febrero 29. Available from: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UAPI_ada772ae6521433476b3a58f99a7f538.

2 Cristóbal MCV. Conocimientos y prácticas maternas sobre la alimentación durante la 5 enfermedad diarreica aguda en niños que acuden a una Unidad de Rehidratación Oral . según edad y nivel de educación de la madre - Lima 2010. TESIS. LIMA : UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN MARCOS , Lima ; 2012.



- 2 COTRINA EEDLC. NIVEL DE CONOCIMIENTO Y MEDIDAS PREVENTIVAS
6 SOBRE ENFERMEDADES DIARREICAS EN MADRES DE NIÑOS MENORES
. DE 5 AÑOS, POSTA LA QUEBRADA - CAÑETE 2018. TESIS. LIMA :
UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA, LIMA ; 2019.
- 2 Coronel HT. CONCYTEC / Factores socioculturales de las madres y la prevención de
7 la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años, Yuracyacu - Chota, 2011.
. [Online].; 2017 [cited 2020 Febrero 13. Available from:
https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RUNC_9a41a5ae78514faa36bae393b1c181c4/Details.
- 2 Mendoza JWCMYJJC. Los proyectos de agua y saneamiento rural y la disminución
8 de las enfermedades diarreicas agudas en Cerrillo, Baños del Inca, Cajamarca. Tesis.
. Baños del Inca : UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO , Cajamarca; 2018.
- 2 G. FC. TEORIAS Y MODELOS DE ENFERMERIA. [Online].; 2005 [cited 2020
9 Febrero 18. Available from:
. <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>.
- 3 Definiciona. CONOCIMIENTO. [Online].; 2018 [cited 2019 Marzo 26. Available
0 from: <https://definiciona.com/conocimiento/>.
- .
- 3 Porto JP. CONOCIMIENTO / Definicion. DE. [Online].; 2008 [cited 2019 Marzo 12.
1 Available from: <https://definicion.de/conocimiento/#ixzz2dlkix7YB>.
- .
- 3 Wikipedia. Conocimiento / Wikipedia La Enciclopedia Libre. [Online].; 2019 [cited
2 2019 Marzo 17. Available from: <https://es.wikipedia.org/wiki/Conocimiento>.
- .
- 3 AMIGOS WyM. METODOLOGIA DE LA INVESIGACION. [Online].; 2012 [cited
3 2019 Marzo 12. Available from: http://pse-metiv.blogspot.com/p/conocimiento-cotidiano-y-cientifico_11.html.
- 3 Suárez EG. Conocimiento empírico y conocimiento activotransformador: algunas de
4 sus relaciones con la gestión del conocimiento. Revista Cubana ACIMED. 2011;
. XXII(2).



3 OTSO. Conocimiento tecnico y cientifico. [Online].; 2016 [cited 2019 Marzo 12.
5 Available from: <http://conosimiento12324.blogspot.com/>.

.

3 Dayanna k. CONOCIMIENTO CIENTÍFICO / LA FISICA AL ALCANCE
6 DETODOS. [Online].; 2016 [cited 2019 Marzo 12. Available from:
. <http://fisicafacil216.blogspot.com/2016/05/metodo-cientifico-y-sus-etapas.html>.

3 Cerezal J. CONOCIMIENTO CIENTIFICO / ECURED. [Online].; 2002 [cited 2019
7 MARZO 24. Available from:
. https://www.ecured.cu/Conocimiento_cient%C3%ADfico.

3 Gardey JPPyA. PRACTICA / Definicion.DE. [Online].; 2010 [cited 2019 Abril 18.
8 Available from: <https://definicion.de/practica/>.

.

3 Graus 7. Signifcado de Prevención. [Online].; 2013 [cited 2019 Abril 19. Available
9 from: <https://www.significados.com/prevencion/>.

.

4 INTRODUCCION DE PREVENCION. [Online]. [cited 2019 Abril 28. Available
0 from: http://www7.uc.cl/sw_educ/ninoquemado/html/mod3/prevencion.html.

.

4 DELGADO MA. t.interesa.es / ¿Qué es Prevención Primaria y Secundaria?.
1 [Online].; 2014 [cited 2020 Marzo 20. Available from:
. http://www.teinteresa.es/Microsites/Pregunta_al_medico/Medico_de_familia/prevencion-primaria-secundaria_0_1177682825.html.

4 VALENCIA UID. Los niveles de prevención de enfermedades. Características
2 fundamentales.. [Online].; 2018 [cited 2020 Febrero 23. Available from:
. <https://www.universidadviu.com/niveles-prevencion-enfermedades/>.

4 Wikipedia. TRATAMIENTO (MEDICINA). [Online].; 2019 [cited 2019 Abril 18.
3 Available from: [https://es.wikipedia.org/wiki/Tratamiento_\(medicina\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Tratamiento_(medicina)).

.

4 PLUS M. REHABILITACION. [Online].; 2019 [cited 2019 Abril 18. Available from:
4 <https://medlineplus.gov/spanish/rehabilitation.html>.

.



4 Bembibre C. DEFINICION DE MADRE / DEFINICIONABC. [Online].; 2010 [cited 5 2019 Abril 18. Available from: <https://www.definicionabc.com/general/madre.php>.

.

4 7GRAUS. Significado de Niño. [Online].; 2018 [cited 2019 Abril 23. Available from: 6 <https://www.significados.com/nino/>.

.

4 Merino JPPyM. DEFINICION DE NIÑO / DEFINICION.DE. [Online].; 2009 [cited 7 2019 Abril 18. Available from: <https://definicion.de/nino/>.

.

4 MEDICO D. DIARREA / CUIDATE PLUS. [Online].; 2015 [cited 2018 Abril 18. 8 Available from: <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/digestivas/diarrea.html>.

.

4 D MP, Camiña M, Quiñones C. Infección por Campylobacter y Shigella como causa 9 de Diarrea Aguda Infecciosa en niños menores de dos años en el Distrito de la . Victoria, Lima-Perú. SCIELO /. 2002 OCT. - DIC ; XIX (4).

5 Enriqueta Román Riechmann JBTMJLR. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de 0 Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNP-AEP. [Online]. . [cited 2019 MAYO 03. Available from: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/diarrea_ag.pdf.

5 SALUD MD. ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA. In SLAUD MD, editor. 1 PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS DE ATENCION EN ENFERMEDADES . DEL APARATO DIGESTIVO. LIMA: MINISTERIO DE SALUD; 1999. p. 329 - 349.

5 PLUS M. SHIGELOSIS. [Online].; 2019 [cited 2019 Mayo 30. Available from: 2 <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000295.htm>.

.

5 Plus M. SHIGELOSIS. [Online].; 2018 [cited 2019 Mayo 30. Available from: 3 <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000295.htm>.

.

5 SALUD OMDL. ENFERMEDADES DIARREICAS / OMS. [Online].; 2017 [cited 4 2019 Marzo 13. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact->



. [sheets/detail/diarrhoeal-disease](#).

5 Noticias EE. ¿Qué es la disentería? [Online].; 2012 [cited 2019 Marzo 13. Available
5 from: [https://www.eitb.eus/es/noticias/sociedad/detalle/981342/que-es-disenteria--
. \[tratamiento-sintomas-enfermedad/\]\(#\).](https://www.eitb.eus/es/noticias/sociedad/detalle/981342/que-es-disenteria--tratamiento-sintomas-enfermedad/)

5 2009 ME. DISENTERIA. [Online].; 2009 [cited 2019 Marzo 12. Available from:
6 <https://www.ecured.cu/Disenter%C3%ADa>.

.

5 EDUARDO SAGARÓ MD. Diarrea persistente. Colombia Medica. 2007 Enero -
7 Marzo ; XXXVIII(1).

.

5 Román VFM y ALS. Diarrea aguda. SCIELO. 2005 Abril ; XCVII(4).
8

.

5 Digestivas CQdE. Diarrea: causas, síntomas y prevención. [Online].; 2013 [cited
9 2019 Mayo 1. Available from: [https://www.cmed.es/actualidad/diarrea-causas-
. \[sintomas-y-prevencion_133.html\]\(#\).](https://www.cmed.es/actualidad/diarrea-causas-sintomas-y-prevencion_133.html)

6 Patricia Solo-Josephson M. Deshidratación. [Online].; 2017 [cited 2019 Mayo 1.
0 Available from: <https://kidshealth.org/es/teens/dehydration-esp.html>.

.

6 SALUD OPDL. Leche materna desde la primera hora de vida. [Online].; 2019 [cited
1 2019 Abril 28. Available from:
. [https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=4086:le
\[che-materna-desde-la-primera-hora-de-vida&Itemid=0\]\(#\).](https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=4086:leche-materna-desde-la-primera-hora-de-vida&Itemid=0)

6 Aréstegui RU. Lactancia materna exclusiva ¿Siempre?. [Online]. [cited 2019 Abril 2
2 28. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v60n2/a11v60n2.pdf>.

.

6 Paul Spicker SALyDG. HACINAMIENTO. [Online]. [cited 2019 Abril 29. Available
3 from: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/clacso/crop/glosario/h.pdf>.

.

6 Definicion C. Hacinamiento. [Online].; 2017 [cited 2019 Abril 28. Available from:
4 <https://conceptodefinicion.de/cordon-de-plata/>.



- .
- 6 SALUD OPDL. Programa de inmunización. [Online].; 2013 - 2014 [cited 2019 Mayo 5 2. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=289:immunization-program&Itemid=384&lang=es.
- 6 Savoy ML. Introduccion a la Inmunizacion. [Online].; 2019 [cited 2019 Mayo 23. 6 Available from: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/infecciones/inmunizaci%C3%B3n/introducci%C3%B3n-a-la-inmunizaci%C3%B3n>.
- 6 SALUD OMDL. Agua, saneamiento e higiene. [Online].; 2017 [cited 2019 ABRIL 7 28. Available from: https://www.who.int/water_sanitation_health/sanitation-waste/sanitation/es/.
- 6 SALUD OMDL. Saneamiento. [Online].; 2019 [cited 2019 Mayo 12. Available from: 8 <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sanitation>.
- .



GLOSARIO

- **EDA:** Enfermedad Diarreica Aguda
- **DP:** Diarrea Persistente
- **SPR:** Antisarampionosa
- **OMS:** Organización Mundial de Salud
- **OPS:** Organización Panamericana de la Salud
- **TRO:** Tratamiento de Rehidratación Oral
- **SRO:** Sales de Rehidratación Oral
- **ECEP:** Escherichia Coli Enteropatógena
- **ECET:** Escherichia Coli Enterotoxigénica
- **ECEI:** Escherichia Coli Enteroinvasora



ANEXOS



ANEXO N° 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO,, he leído detenidamente la hoja de información al participante sobre la investigación que se me ha hecho entrega, puedo hablar con las investigadoras (Egresadas de la Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo: BACH. EN ENF. LAURA LIZBETH CHAVEZ AMBROSIO, BACH. EN ENF. MARLENY VASQUEZ GURO) y hacer las preguntas necesarias sobre el estudio para comprender sus alcances y poder aclarar algunas dudas que se me puedan presentar en el llenado del instrumento.

- Estoy de acuerdo en el llenado del cuestionario sin mencionar mi identidad.
- Entiendo que participar en esta investigación es voluntario y que soy libre de abandonarlo en cualquier momento.
- Estoy de acuerdo en permitir que la información obtenida sea publicada y que pueda conocer los resultados.
- Presento libremente mi aprobación para participar en la presente investigación.

Bach. Enf. Laura L. Chávez Ambrosio

Investigadora

Bach. Enf. Marleny Vásquez Guro

Investigadora

Entrevistada (o)

Fecha: _____



ANEXO N° 02 CUESTIONARIO

UNIVERSIDAD PRIVADA “ANTONIO GUILLERMO URRELO”

CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



CUESTIONARIO

I. INTRODUCCION.

Señora; este cuestionario tiene por finalidad recoger información con fines de investigación para determinar el Nivel de Conocimientos y Prácticas en Prevención, Tratamiento y Rehabilitación de enfermedades diarreicas agudas por Madres con niños menores de 5 años. Consultorios de atención integral del niño. Hospital II – E Simón Bolívar. Cajamarca – Perú 2019; para lo cual se les pide la sinceridad en cada una de sus respuestas ya que el cuestionario será de forma anónima.

II. INSTRUCCIONES.

A continuación encontrará una serie de preguntas con diversas respuestas en cada una de ellas, marcará con una X dentro del (), la respuesta que usted cree que es la verdadera de acuerdo a lo que hace cuando su niño menor de cinco años tiene diarrea. Si tiene alguna dificultad para el llenado por favor preguntarnos.

III. DATOS GENERALES.

1. Lugar de Procedencia:

- a) Urbano ()
- b) Rural ()



2. Edad de la Madre:

- a) Menor de 18 años ()
- b) 19 – 26 años ()
- c) 27 – 35 años ()
- d) 36 a más ()

A. CONOCIMIENTO EN PREVENCIÓN

3. ¿Qué entiende por Diarrea?

- a) Es el aumento de deposiciones líquidas o semilíquidas. ()
- b) Se realizan las deposiciones por comer mucho. ()
- c) Son las deposiciones habituales. ()
- d) Cuando se enferma con cólico. ()

4. ¿Por qué cree que su niño se enferma con diarrea?

- a) Por el mal de ojo, empacho o cuando le salen los dientes. ()
- b) Consumo de agua no Potable. ()
- c) Consumo de alimentos guardados y calentados. ()
- d) Por qué no tenemos desagüe. ()

5. ¿Cuál es la medida de prevención para evitar la diarrea en su niño?

- a) Higiene personal adecuada. ()
- b) Lavarse las manos antes de dar de comer al niño. ()
- c) Lavarse las manos después de hacer las deposiciones. ()
- d) Lavarse las manos continuamente. ()

6. ¿Qué tipo de agua es la ideal para el consumo en su hogar?

- a) Agua potable y/o hervida fría. ()
- b) Agua no potable. ()

7. ¿Usted en qué momento se lava las manos para preparar los alimentos?

- a) Antes de manipular los alimentos y después de ir al baño. ()



- b) Después de ir al baño. ()
- c) A cada rato o momento. ()
- d) De vez en cuando. ()

8. ¿Sabe usted que vacunas previenen de la diarrea en su niño?

- a) Vacuna del reconocimiento o BCG. ()
- b) Vacuna del rotavirus ()
- c) Vacuna pentavalente. ()
- d) Vacuna antisarampionosa. ()

B. CONOCIMIENTO EN TRATAMIENTO

9. Cuando su niño tiene diarrea los signos y síntomas que pueden presentar son:

- a) Dificultad para respirar. ()
- b) Lloro mucho. ()
- c) Deposiciones líquidas frecuentes, sed aumentada, irritable. ()
- d) Presenta los ojos hundidos. ()

10. ¿Qué haría usted cuando su niño presenta diarrea?

- a) Darle de beber más de lo usual. ()
- b) Debe administrar el tratamiento indicado por el curandero. ()
- c) Darle de tomar gaseosa para que no se deshidrate. ()
- d) Darle antidiarreico para calmar la diarrea. ()

11. ¿Qué líquidos le administraría a su niño cuando tiene diarrea?

- a) Infusiones y panetelas. ()
- b) Agua sin hervir. ()
- c) Bolsitas salvadoras o sales rehidratantes. ()

12. ¿Cuáles son los signos y síntomas del niño deshidratado?

- a) No presenta ningún síntoma. ()



- b) Sed aumentada boca seca, llora sin lágrimas, tiene, ojos hundidos y/o solo duerme. ()
- c) Llanto con lágrimas. ()
- d) Presenta apetito abundante. ()

13. ¿Por qué su niño, después del episodio diarreico, baja de peso?

- a) Porque cuando estuvo enfermo bajo de apetito. ()
- b) Porque no le di de lactar, para que no aumente la diarrea. ()
- c) Porque le seguí dándole solo papa, arroz, fideos. ()
- d) Porque sigue con susto. ()

C. CONOCIMIENTO EN REHABILITACION

14. ¿Después del episodio diarreico de su niño, para que lo llevaría al servicio de salud?

- a) Para que le realicen su control de crecimiento y desarrollo. ()
- b) Para que el médico me diga si ya está bien. ()
- c) Para preguntar si le van hacer más análisis. ()
- d) Para ver si le sigo dando los medicamentos. ()

15. Después del episodio diarreico de su niño, cuando continuaría con sus vacunas:

- a) Inmediatamente para que no se vuelva a enfermar. ()
- b) No lo creo necesario, si con las vacunas que tiene se enfermó. ()
- c) Le preguntaría a su papá. ()
- d) No porque sigue con el susto. ()

16. ¿Cómo alimentaría a su niño después de un episodio diarreico?

- a) Incremento de alimentos líquidos. ()
- b) No darle nada hasta que desaparezca la diarrea. ()
- c) Darle de comer las tres comidas del día. ()
- d) Darle frecuentemente durante todo el día. ()



D. PRÁCTICA EN PREVENCIÓN

17. ¿Cómo reconoce usted que su niño tiene diarrea?

- a) Cuando hay un aumento de deposiciones líquidas o semilíquidas. ()
- b) Cuando come mucho y hace sus deposiciones frecuentemente. ()
- c) Son las deposiciones habituales. ()
- d) Cuando se enferma con cólicos. ()

18. ¿En qué momento cree usted que su niño se enferma con diarrea?

- a) Cuando tiene mal de ojo, empacho o cuando le salen los dientes. ()
- b) Por el consumo de agua no potable. ()
- c) Por comer alimentos guardados y calentados. ()
- d) Porque no contamos con desagüe. ()

19. ¿Qué medidas de prevención utiliza para evitar la diarrea en su niño?

- a) Higiene personal adecuada. ()
- b) Lavarse las manos antes de dar de comer al niño. ()
- c) Lavarse las manos después de hacer las deposiciones. ()
- d) Lavarse las manos continuamente. ()

20. ¿Usted como consume el agua en su hogar?

- a) Directo de la pila o caño (agua potable). ()
- b) Hervida fría. ()
- c) Directo de ojo de agua (agua no potable). ()

21. ¿Usted en qué momento se lava las manos para preparar sus alimentos?

- a) Antes de preparar los alimentos y después de que voy al baño. ()
- b) Después de ir al baño. ()
- c) A cada rato. ()
- d) Cuando me acuerdo. ()



22. ¿Qué vacuna solicitaría que le administren a su niño para protegerlo de la diarrea?

- a) Vacuna del reconocimiento o BCG. ()
- b) Vacuna del rotavirus. ()
- c) Vacuna pentavalente. ()
- d) Vacuna antisarampionosa. ()

E. PRÁCTICA EN TRATAMIENTO

23. ¿Cómo conoce usted los signos y síntomas de la diarrea en su niño?

- a) No puede respirar bien. ()
- b) Lloro mucho. ()
- c) Tiene deposiciones líquidas frecuentes, sed aumentada y está irritable. ()
- d) Tienen los ojos hundidos. ()

24. ¿Qué haría usted cuando su niño presenta diarrea?

- a) Darle de beber líquidos más de lo normal ()
- b) Administrar el tratamiento que me indicó el curandero. ()
- c) Darle gaseosa, para que no se deshidrate. ()
- d) Comprarle un antidiarreico para calmar la diarrea. ()

25. ¿Qué líquidos le da a su niño cuando tiene diarrea?

- a) Le doy de beber infusiones y pañetelas. ()
- b) Agua sin hervir. ()
- c) Compro y preparo: bolsitas salvadoras o sales rehidratantes para darle de beber ()

26. ¿Cómo reconoce usted que su niño está deshidratado, cuando tiene diarrea?

- a) No se reconocen los signos. ()
- b) Tiene sed aumentada, la boca seca, llora sin lágrimas, tiene sus ojos hundidos y/o solo duerme. ()
- c) Llanto con lágrimas. ()



- d) Tiene apetito abundante. ()

27. ¿Qué hace usted para que su niño durante el episodio diarreico no baje de peso?

- a) Darle de comer pequeñas y frecuentes raciones de comida durante todo el día ()
- b) Suspender la lactancia hasta que mejore ()
- c) Darle comer solo arroz papa y fideos. ()
- d) Limpiarlo para el susto. ()

F. PRÁCTICA EN REHABILITACION

28. ¿Para qué llevaría a su niño al servicio de salud, después del episodio diarreico?

- a) Para que le hagan su control de crecimiento y desarrollo. ()
- b) Para que el médico me diga si ya está sano ()
- c) Para ver y preguntar si le van a realizar más análisis. ()
- d) Para ver si le sigo dando los mismos medicamentos. ()

29. ¿Continuaría usted aceptando que su niño reciba las vacunas que le faltan después del episodio diarreico?

- a) Si para que no vuelva a enfermar. ()
- b) No lo creo necesario. ()
- c) Consultaría a su papá ()
- d) No porque sigue con el susto. ()

30. ¿Qué alimentos le daría a su niño después de un episodio diarreico?

- a) Le daría más alimentos líquidos. ()
- b) No le doy ningún alimento líquido. () .
- c) Brindar alimentos que contengan harinas. ()
- d) Darle alimentos ricos en proteínas, las veces que sea necesario (por lo menos cinco veces al día). ()



ANEXO 03 VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO

UNIVERSIDAD PRIVADA “ANTONIO GUILLERMO URRELO”

CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



CUESTIONARIO

I. INTRODUCCION.

Señora; este cuestionario tiene por finalidad recoger información con fines de investigación para determinar el Nivel de Conocimientos y Prácticas en Prevención, Tratamiento y Rehabilitación de enfermedades diarreicas agudas por Madres con niños menores de 5 años. Consultorios de atención integral del niño. Hospital II – E Simón Bolívar. Cajamarca – Perú 2019; para lo cual se les pide la sinceridad en cada una de sus respuestas ya que el cuestionario será de forma anónima.

II. INSTRUCCIONES.

A continuación encontrará una serie de preguntas con diversas respuestas en cada una de ellas, marcará con una X dentro del (), la respuesta que usted cree que es la verdadera de acuerdo a lo que hace cuando su niño menor de cinco años tiene diarrea. Si tiene alguna dificultad para el llenado por favor preguntarnos.

III. DATOS GENERALES.

1. Lugar de Procedencia:

- a) Urbano ()
- b) Rural ()



2. Edad de la Madre:

- a) Menor de 18 años ()
- b) 19 – 26 años ()
- c) 27 – 35 años ()
- d) 36 a más ()

A. CONOCIMIENTO EN PREVENCIÓN

3. ¿Qué entiende por Diarrea?

- a) Es el aumento de deposiciones líquidas o semilíquidas. ()
- b) Se realizan las deposiciones por comer mucho. ()
- c) Son las deposiciones habituales. ()
- d) Cuando se enferma con cólico. ()

4. ¿Por qué cree que su niño se enferma con diarrea?

- a) Por el mal de ojo, empacho o cuando le salen los dientes. ()
- b) Consumo de agua no Potable. ()
- c) Consumo de alimentos guardados y calentados. ()
- d) Por qué no tenemos desagüe. ()

5. ¿Cuál es la medida de prevención para evitar la diarrea en su niño?

- a) Higiene personal adecuada. ()
- b) Lavarse las manos antes de dar de comer al niño. ()
- c) Lavarse las manos después de hacer las deposiciones. ()
- d) Lavarse las manos continuamente. ()

6. ¿Qué tipo de agua es la ideal para el consumo en su hogar?

- a) Agua potable y/o hervida fría. ()
- b) Agua no potable. ()

7. ¿Usted en qué momento se lava las manos para preparar los alimentos?

- a) Antes de manipular los alimentos y después de ir al baño. ()



- b) Después de ir al baño. ()
- c) A cada rato o momento. ()
- d) De vez en cuando. ()

8. ¿Sabe usted que vacunas previenen de la diarrea en su niño?

- a) Vacuna del reconocimiento o BCG. ()
- b) Vacuna del rotavirus ()
- c) Vacuna pentavalente. ()
- d) Vacuna antisarampionosa. ()

B. CONOCIMIENTO EN TRATAMIENTO

9. Cuando su niño tiene diarrea los signos y síntomas que pueden presentar son:

- a) Dificultad para respirar. ()
- b) Lloro mucho. ()
- c) Deposiciones líquidas frecuentes, sed aumentada, irritable. ()
- d) Presenta los ojos hundidos. ()

10. ¿Qué haría usted cuando su niño presenta diarrea?

- a) Darle de beber más de lo usual. ()
- b) Debe administrar el tratamiento indicado por el curandero. ()
- c) Darle de tomar gaseosa para que no se deshidrate. ()
- d) Darle antidiarreico para calmar la diarrea. ()

11. ¿Qué líquidos le administraría a su niño cuando tiene diarrea?

- a) Infusiones y panetelas. ()
- b) Agua sin hervir. ()
- c) Bolsitas salvadoras o sales rehidratantes. ()

12. ¿Cuáles son los signos y síntomas del niño deshidratado?

- a) No presenta ningún síntoma. ()



- b) Sed aumentada boca seca, llora sin lágrimas, tiene, ojos hundidos y/o solo duerme. ()
- c) Llanto con lágrimas. ()
- d) Presenta apetito abundante. ()

13. ¿Por qué su niño, después del episodio diarreico, baja de peso?

- a) Porque cuando estuvo enfermo bajo de apetito. ()
- b) Porque no le di de lactar, para que no aumente la diarrea. ()
- c) Porque le seguí dándole solo papa, arroz, fideos. ()
- d) Porque sigue con susto. ()

C. CONOCIMIENTO EN REHABILITACION

14. ¿Después del episodio diarreico de su niño, para que lo llevaría al servicio de salud?

- a) Para que le realicen su control de crecimiento y desarrollo. ()
- b) Para que el médico me diga si ya está bien. ()
- c) Para preguntar si le van hacer más análisis. ()
- d) Para ver si le sigo dando los medicamentos. ()

15. Después del episodio diarreico de su niño, cuando continuaría con sus vacunas:

- a) Inmediatamente para que no se vuelva a enfermar. ()
- b) No lo creo necesario, si con las vacunas que tiene se enfermó. ()
- c) Le preguntaría a su papá. ()
- d) No porque sigue con el susto. ()

16. ¿Cómo alimentaría a su niño después de un episodio diarreico?

- a) Incremento de alimentos líquidos. ()
- b) No darle nada hasta que desaparezca la diarrea. ()
- c) Darle de comer las tres comidas del día. ()
- d) Darle frecuentemente durante todo el día. ()



D. PRÁCTICA EN PREVENCIÓN

17. ¿Cómo reconoce usted que su niño tiene diarrea?

- a) Cuando hay un aumento de deposiciones líquidas o semilíquidas. ()
- b) Cuando come mucho y hace sus deposiciones frecuentemente. ()
- c) Son las deposiciones habituales. ()
- d) Cuando se enferma con cólicos. ()

18. ¿En qué momento cree usted que su niño se enferma con diarrea?

- a) Cuando tiene mal de ojo, empacho o cuando le salen los dientes. ()
- b) Por el consumo de agua no potable. ()
- c) Por comer alimentos guardados y calentados. ()
- d) Porque no contamos con desagüe. ()

19. ¿Qué medidas de prevención utiliza para evitar la diarrea en su niño?

- a) Higiene personal adecuada. ()
- b) Lavarse las manos antes de dar de comer al niño. ()
- c) Lavarse las manos después de hacer las deposiciones. ()
- d) Lavarse las manos continuamente. ()

20. ¿Usted cómo consume el agua en su hogar?

- a) Directo de la pila o caño (agua potable). ()
- b) Hervida fría. ()
- c) Directo de ojo de agua (agua no potable). ()

21. ¿Usted en qué momento se lava las manos para preparar sus alimentos?

- a) Antes de preparar los alimentos y después de que voy al baño. ()
- b) Después de ir al baño. ()
- c) A cada rato| ()
- d) Cuando me acuerdo. ()

22. ¿Qué vacuna solicitaría que le administren a su niño para protegerlo de la



diarrea?

- a) Vacuna del reconocimiento o BCG. ()
- b) Vacuna del rotavirus. ()
- c) Vacuna pentavalente. ()
- d) Vacuna antisarampionosa. ()

E. PRÁCTICA EN TRATAMIENTO

23. ¿Cómo conoce usted los signos y síntomas de la diarrea en su niño?

- a) No puede respirar bien. ()
- b) Lloro mucho. ()
- c) Tiene deposiciones líquidas frecuentes, sed aumentada y está irritable. ()
- d) Tienen los ojos hundidos. ()

24. ¿Qué haría usted cuando su niño presenta diarrea?

- a) Darle de beber líquidos más de lo normal ()
- b) Administrar el tratamiento que me indicó el curandero. ()
- c) Darle gaseosa, para que no se deshidrate. ()
- d) Comprarle un antidiarreico para calmar la diarrea. ()

25. ¿Qué líquidos le da a su niño cuando tiene diarrea?

- a) Le doy de beber infusiones y panetelas. ()
- b) Agua sin hervir. ()
- c) Compró y preparo: bolsitas salvadoras o sales rehidratantes para darle de beber ()

26. ¿Cómo reconoce usted que su niño está deshidratado, cuando tiene diarrea?

- a) No se reconocen los signos. ()
- b) Tiene sed aumentada, la boca seca, llora sin lágrimas, tiene sus ojos hundidos y/o solo duerme. ()
- c) Llanto con lágrimas. ()
- d) Tiene apetito abundante. ()



27. **¿Qué hace usted para que su niño durante el episodio diarreico no baje de peso?**

- a) Darle de comer pequeñas y frecuentes raciones de comida durante todo el día ()
- b) Suspender la lactancia hasta que mejore ()
- c) Darle comer solo arroz papa y fideos. ()
- d) Limpiarlo para el susto. ()

F. PRÁCTICA EN REHABILITACION

28. **¿Para qué llevaría a su niño al servicio de salud, después del episodio diarreico?**

- a) Para que le hagan su control de crecimiento y desarrollo. ()
- b) Para que el médico me diga si ya está sano ()
- c) Para ver y preguntar si le van a realizar más análisis. ()
- d) Para ver si le sigo dando los mismos medicamentos. ()

29. **¿Continuaría usted aceptando que su niño reciba las vacunas que le faltan después del episodio diarreico?**

- a) Si para que no vuelva a enfermar. ()
- b) No lo creo necesario. ()
- c) Consultaría a su papá ()
- d) No porque sigue con el susto. ()

30. **¿Qué alimentos le daría a su niño después de un episodio diarreico?**

- a) Le daría más alimentos líquidos. ()
- b) No le doy ningún alimento líquido. ().
- c) Brindar alimentos que contengan harinas. ()
- d) Darle alimentos ricos en proteínas, las veces que sea necesario (por lo menos cinco veces al día). ()



EVIDENCIAS



Figura 1 Encuesta a las madres de niños menores de 5 años en el Hospital II-E Simón Bolívar.



Fuente: (Chávez Ambrosio, L.; Vásquez Guro, M., 2019)

Figura 2 Encuesta a las madres de niños menores de 5 años en el Hospital II-E Simón Bolívar.



Fuente: (Chávez Ambrosio, L.; Vásquez Guro, M., 2019)

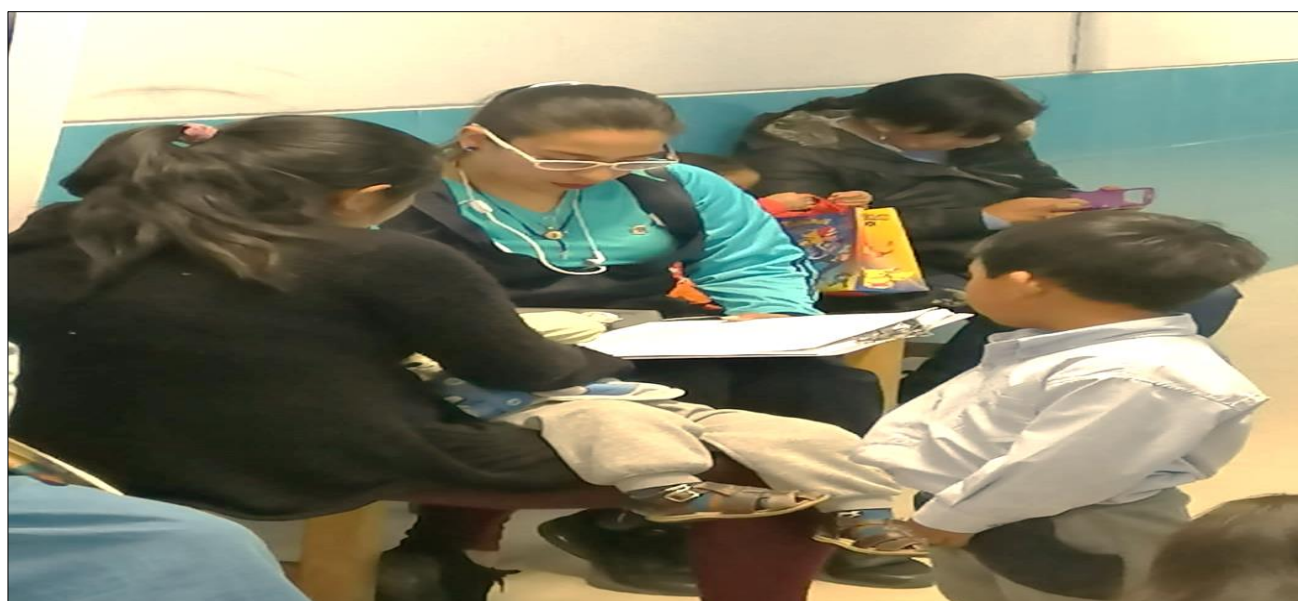


Figura 3 Encuesta a las madres de niños menores de 5 años en el Hospital II-E Simón Bolívar.



Fuente: (Chávez Ambrosio, L.; Vásquez Guro, M., 2019)

Figura 4 Encuesta a las madres de niños menores de 5 años en el Hospital II-E Simón Bolívar.



Fuente: (Chávez Ambrosio, L.; Vásquez Guro, M., 2019)