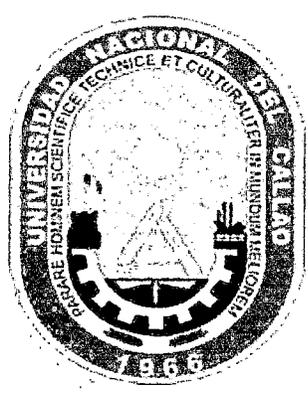


UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS PREVENTIVAS DE
EDAs EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
CENTRO DE SALUD "CARMEN DE LA LEGUA",
CALLAO - 2013"**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

AUTORAS:

- Bach. Enf. CHACÓN MORENO, Kelly Maribel**
- Bach. Enf. GUILLEN VELASQUEZ, Karol Fiorella**
- Bach. Enf. ROBLES CELINO, Mary Alexandra**

Chacón
Kelly
Prof. Cel.

Mary Alexandra Robles Celino

**Callao - 2013
PERÚ**

ID. P. = 12950

ID. EJM. = 39090

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO

Dra. ANA MARIA YAMUNIQUE MORALES	PRESIDENTA
Mg. MARIA ELENA TEODOSIO YDRUGO	SECRETARIA
Lic. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPEN	VOCAL

ASESORA: Mg. MERY ABASTOS ABARCA

NUMERO DE LIBRO: 01

NUMERO DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 9

FECHA DE APROBACION DE TESIS: 19 DE DICIEMBRE DEL 2013

DEDICATORIA

Principalmente a Dios, por habernos permitido llegar hasta esta etapa importante de nuestra vida y formación profesional; a nuestros padres por su apoyo y por darnos la oportunidad de crecer cada día en la profesión, a ellos le dedicamos nuestro espíritu luchador, nuestras ganas de seguir adelante y el éxito de nuestra carrera.

ÍNDICE

ÍNDICE	1
ÍNDICE DE CUADROS	3
ÍNDICE DE GRÁFICOS	5
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN.....	8
I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	10
1.1 Identificación del Problema	10
1.2 Formulación del Problema	11
1.3 Objetivos de la Investigación	11
1.3.1 Objetivo General	11
1.3.2 Objetivos Específicos	12
1.4 Justificación del Problema	12
1.5. Importancia	13
II. MARCO TEÓRICO	14
2.1 Antecedentes del estudio	14
2.1.1 Antecedentes Internacionales	14
2.1.2 Antecedentes Nacionales	16
2.2 Marco teórico	23
2.3.- Definición conceptual de términos	53
III. VARIABLES E HIPOTESIS	55
3.1 Variables de la Investigación	55
3.2 Operacionalización de Variables	56
3.3 Hipótesis.....	58
3.3.1 Hipótesis alternativa	58

3.3.2	Hipótesis nula.....	58
IV.	METODOLOGÍA.....	59
4.1	Tipo de Investigación.....	59
4.2	Diseño de la Investigación	59
4.3	Población y Muestra	60
4.4	Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	62
4.5	Procedimiento de Recolección de datos	64
4.6	Procesamiento estadístico y análisis de datos	65
V.	RESULTADOS.....	66
VI.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	75
6.1	Contrastación de la hipótesis con los resultados.....	75
6.2	Contrastación de los resultados con otros estudios similares	76
VII.	CONCLUSIONES	78
VIII.	RECOMENDACIONES.....	79
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
	ANEXOS	86

ÍNDICE DE CUADROS

	Pág.
CUADRO N° 5.1 DATOS GENERALES DE LA POBLACIÓN.....	67
CUADRO N° 5.2 NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EDAs EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD “CARMEN DE LA LEGUA”, CALLAO – 2013	68
CUADRO N° 5.3 CONOCIMIENTO DE DEFINICIÓN EDAs EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS ACUDEN AL CENTRO DE SALUD “CARMEN DE LA LEGUA”, CALLAO - 2013.....	69
CUADRO N° 5.4 CONOCIMIENTO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE EDAs EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD “CARMEN DE LA LEGUA”, CALLAO – 2013.....	69
CUADRO N° 5.5 CONOCIMIENTO DE COMPLICACIONES DE EDAs EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD “CARMEN DE LA LEGUA”, CALLAO – 2013.....	70
CUADRO N° 5.6 CONOCIMIENTO DE EXISTENCIA DE VACUNAS CONTRA LAS DIARREAS GRAVES EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD “CARMEN DE LA LEGUA”, CALLAO – 2013.....	70
CUADRO N° 5.7 PRÁCTICAS PREVENTIVAS DE EDAs EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD “CARMEN DE LA LEGUA”, CALLAO - 2013.....	71

CUADRO N° 5.8 CONSUMO DE AGUA SEGURA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD "CARMEN DE LA LEGUA", CALLAO – 2013.....	72
CUADRO N° 5.9 ADECUADA ELIMINACIÓN DE DESECHOS EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD "CARMEN DE LA LEGUA", CALLAO – 2013.....	72
CUADRO N° 5.10 LAVADO DE MANOS ADECUADO EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD "CARMEN DE LA LEGUA", CALLAO – 2013.....	73
CUADRO N° 5.11 CUMPLIMIENTO DE CALENDARIO DE VACUNAS, EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD "CARMEN DE LA LEGUA", CALLAO – 2013.....	73
CUADRO N° 5.12 RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS PREVENTIVAS DE EDAs EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD "CARMEN DE LA LEGUA", CALLAO - 2013.....	74
CUADRO N° 5.13 PRUEBA DE HIPOTESIS.....	75

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRAFICO N° 5.2 CONOCIMIENTO SOBRE EDAs EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD "CARMEN DE LA LEGUA", CALLAO - 2013.....	67
GRAFICO N° 5.3 PRÁCTICAS PREVENTIVAS DE EDAs EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD "CARMEN DE LA LEGUA", CALLAO - 2013.....	71

RESUMEN

Conocimientos y Prácticas preventivas de EDAs en madres de niños menores de 5 años Centro de Salud "Carmen de la Legua", Callao – 2013. La investigación tuvo como *objetivo principal*, Determinar la relación entre el nivel de Conocimiento y las Prácticas preventivas de EDAs en madres de niños menores de 5 años Centro de Salud "Carmen de la Legua", Callao - 2013

El estudio es de tipo Descriptivo, correlacional, de corte transversal, se utilizó como *instrumentos* una encuesta anónima y una lista de cotejo aplicada a través de visitas domiciliarias, empleando una muestra de 52 madres que cumplan con los criterios de inclusión del mismo.

En los *resultados* obtenidos tenemos que el Nivel Alto de conocimiento sobre EDAs de las madres tiene una tasa de 60% y un 25% presentaron un Nivel Medio de Conocimiento, con respecto a las Prácticas Preventivas de EDAs, el 73% de madres realizan Prácticas Preventivas Saludables.

Existe relación directa positiva entre los conocimientos sobre EDAs y las prácticas preventivas que realizan las madres; se demostró mediante la prueba estadística del Coeficiente R de Spearman que da como resultado una significancia de **0.891**, con este resultado se aprueba la H1.

Teniendo como conclusiones que la mayoría de madres tienen nivel alto de conocimiento sobre EDAs y que a su vez la mayoría presenta prácticas saludables, lo cual muestra una actitud responsable frente al tema tan importante.

Palabras clave: EDAs, conocimiento, prácticas, medidas preventivas

ABSTRACT

Knowledge and preventive practices EDAs in mothers of children under 5 years Health Center "Carmen de la Legua "Callao - 2013. The study's main objective, To determine the relationship between the level of knowledge and preventive practices EDAs in mothers of children under 5 years Health Center "Carmen de la Legua" Callao – 2013

The study is correlational, cross-sectional Descriptive type, was used as an anonymous survey instruments and a checklist applied through home visits, using a sample of 52 mothers who met the inclusion criteria for the same.

In the results we need the High level knowledge of EDAs mothers has a rate of 60 % and 25 % had a mean level of knowledge with respect to the Preventive Practices EDAs , 73% of mothers perform Preventive Practices healthy .

There is a positive direct relationship between knowledge and preventive practices EDAs performing mothers ; was demonstrated by the statistical test of Spearman coefficient R results in a significance of 0.891 , with this result the H1 is approved.

Against the conclusions that most mothers have high level of knowledge on EDAs and turn most healthy practices presented, showing a responsible attitude towards the important issue

Keywords: EDAs, knowledge, practices, preventive measures

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Panamericana de la Salud, las Enfermedades Diarreicas (EDAs) constituyen un problema de salud pública en el mundo, especialmente en los países en desarrollo donde representa una importante causa de morbilidad y mortalidad en niños menores de 5 años, se estima que en América Latina cada año mueren 3.5 millones de niños por este daño.

Según la OMS, Las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años, y ocasionan la muerte de 760 000 millones de niños cada año.

En los países de bajos ingresos económicos como el nuestro el promedio de episodios diarreicos en un niño es de 3 a 5 veces al año. En el Perú las EDAs ocupan el tercer lugar como causa de mortalidad y morbilidad. Siendo 1600 los niños menores de cinco años que mueren al año.

Las enfermedades diarreicas agudas ocasionan emergencias permanentes en los establecimientos de salud, más aun si se tratan de lactantes y niños con bajo peso o desnutridos. La mayoría de las personas que fallecen por EDAs en realidad mueren por una grave deshidratación. Los estudios epidemiológicos indican que los casos de diarreas están basados en varios factores: falta de servicios básicos (agua, desagüe) tipo de vivienda, inadecuada práctica de lavado de manos, falta de higiene en la elaboración de alimentos.

Este tipo de enfermedades conllevan a consecuencias fisiológicas y sociales negativas en el desarrollo normal y la adecuada nutrición de ésta población, generando problemas de Salud Pública, motivo por el cual se realizó el

estudio “Conocimientos y Practicas preventivas de EDAs en madres de niños menores de 5 años Centro de Salud “Carmen de la Legua”, Callao - 2013”

Siendo nuestro Objetivo General, Determinar la relación entre el nivel de Conocimiento y las Prácticas preventivas de EDAs en madres de niños menores de 5 años Centro de Salud “Carmen de la Legua”, Callao – 2013. La justificación del estudio resulta importante en la medida que los datos obtenidos nos permitan tomar medidas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, destinados a proteger, promover y fomentar la salud del niño: con esto pretendemos que aquellas concepciones, creencias o ideas que tienen las madres sobre la salud de sus niños que la dirigen a comportamientos determinados sean conductas favorables para la salud.

I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Identificación del Problema

Según la Organización Panamericana de la Salud, las Enfermedades Diarreicas (EDAS) constituyen un problema de salud pública en el mundo, especialmente en los países en desarrollo donde representa una importante causa de morbilidad y mortalidad en niños menores de 5 años, se estima que en América Latina cada año mueren 3.5 millones de niños por este daño.

Según la OMS, Las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años, y ocasionan la muerte de 760 000 millones de niños cada año.

En los países de bajos ingresos económicos como el nuestro, el promedio de episodios diarreicos en un niño es de 3 a 5 veces al año. Los estudios epidemiológicos indican que los casos de diarreas están basados en varios factores: falta de servicios básicos (agua, desagüe) tipo de vivienda, inadecuada práctica de lavado de manos, falta de higiene en la elaboración de alimentos.

En el Perú las EDAs ocupan el tercer lugar como causa de mortalidad y morbilidad aunque ha disminuido en los últimos años. Siendo 1600 los niños menores de cinco años que mueren al año.

La deshidratación como consecuencia de estas enfermedades ocasiona emergencias permanentes en los establecimientos de salud, más aun si se tratan de lactantes y niños con bajo peso o desnutridos. La mayoría de las

personas que fallecen por enfermedades diarreicas en realidad mueren por una grave deshidratación y pérdida de líquidos. Los niños malnutridos o inmunodeprimidos son los que presentan mayor riesgo de enfermedades diarreicas potencialmente mortales.

El total de episodios de Enfermedades Diarreicas Agudas en la Provincia Constitucional del Callao reportado por DISAS/DIRESAS en la semana epidemiológica del año 2013 es de 15558. En la Semana epidemiológica del año 2011, en la MicroRed 4 - C.S. Carmen de La Legua, se reporta 11 casos de EDA acuosa.

1.2 Formulación del Problema

¿Cuál es la relación entre el nivel de Conocimiento y las Practicas preventivas de EDAs en madres de niños menores de 5 años Centro de Salud "Carmen de la Legua", Callao - 2013?

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivo General

- ✓ Determinar la relación entre el nivel de Conocimiento y las Prácticas preventivas de EDAs en madres de niños menores de 5 años Centro de Salud "Carmen de la Legua", Callao - 2013.

1.3.2 Objetivos Específicos

- ✓ Identificar el nivel de Conocimiento de EDAs en madres de niños menores de 5 años.

- ✓ Identificar las Prácticas preventivas de EDAs en madres de niños menores de 5 años.

- ✓ Relacionar el nivel de Conocimiento y las Prácticas preventivas de EDAs en madres de niños menores de 5 años.

1.4 Justificación del Problema

Las enfermedades diarreicas agudas constituye una de las primeras causas de morbi-mortalidad más frecuente que afecta especialmente a la población infantil, ocasionando consecuencias fisiológicas y sociales en el desarrollo normal y adecuada nutrición de esta población generando problemas de salud Pública; Es preocupante que las EDAs ocasionen emergencias frecuentes en los establecimientos de salud, ello prolonga que en Perú éstas enfermedades infecciosas sean prevalentes y constituyan la tercera causa de morbi-mortalidad en el niño menor de 5 años.

Teniendo en cuenta que la madre como principal responsable de la crianza del niño, cumple un rol preponderante en su cuidado y por consecuencia en la prevención de las Enfermedades Diarreicas Agudas, es necesario entonces que tengan conocimiento sobre EDAs, ya que muchas veces los conocimientos que tienen de tal enfermedad pueden haber sido adquiridos por creencias, costumbres o prácticas desarrolladas en el quehacer

cotidiano; y que con el conocimiento adecuado puedan aplicar medidas preventivas de las enfermedades diarreicas agudas que contribuyan a reducir la morbi-mortalidad como también las complicaciones de las EDAs, y así mejorar la calidad de vida de este grupo vulnerable.

1.5. Importancia

Este estudio resulta importante en la medida que los datos obtenidos nos permitirá incentivar al profesional de enfermería sobre la importancia de desarrollar permanentemente actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades destinados a proteger, promover y fomentar la salud del niño, mejorando e incrementando los conocimientos y prácticas de las madres acerca de la prevención de las infecciones agudas, lo cual contribuirá a disminuir la morbi-mortalidad y complicaciones en la población infantil.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del estudio

Con relación al tema de estudio se revisó la literatura a nivel nacional e internacional encontrándose algunos estudios que guardan relación y que sirvieron como soporte al presente estudio de investigación, como se indica a continuación.

2.1.1 Antecedentes Internacionales

LÓPEZ ARTEAGA, Victoriano Santiago (Nicaragua - 2008), con un trabajo de investigación de tipo descriptivo correlacional (explicativo) titulado "Conocimiento, actitudes y prácticas adoptadas por las madres de los niños menores de 5 años ingresados al servicio de gastroenterología del Hospital Fernando Vélez Paiz en noviembre 2008". Encontró que el 63% de las madres tenían buen conocimiento sobre la diarrea, mientras que el 48% tenían prácticas adecuadas; en esta última se encontró mayores debilidades en las prácticas relacionadas a la alimentación. Por otro lado, se encontró que podría haber una relación inversa entre conocimientos y prácticas ya que las madres que tenían buenos conocimientos no necesariamente tenían buenas prácticas, además, no encontró relación entre la escolaridad de la madre y el nivel de conocimientos y prácticas sobre la diarrea.⁽¹⁰⁾

ARAGON GÓMEZ, A. (Colombia - 2010), con un trabajo de investigación de tipo descriptivo, titulado "Conocimientos, actitudes y prácticas adoptadas por

los cuidadores de los niños menores de cinco años con enfermedad diarreica aguda del corregimiento el Caguan. Neiva, julio – septiembre 2010” se encontró que del total de participantes, el 98,5% recibieron una calificación regular en los conocimientos y el 1,5% obtuvieron una calificación mala en esta categoría. Ninguno de los cuidadores obtuvo una calificación buena en los conocimientos. La actitud de los cuidadores de los niños menores de 5 años con EDA mostró una calificación favorable en el 52,5% de la muestra. Con relación a las prácticas, la calificación regular fue la que más predominó, en un 48% de los encuestados. Al correlacionar las categorías entre sí, se encontró correlación positiva alta entre conocimientos con prácticas, y actitudes con prácticas, con una r de Pearson de 0,642 y 0,573 respectivamente. Se obtuvo correlación positiva baja entre conocimientos con actitudes, y entre las variables edad y nivel educativo con las categorías conocimientos, actitudes y prácticas. ⁽¹⁾

REYES TUR, Yuriena y REY CAMACHO, Yurelis (Cuba - 2006), estudio descriptivo de corte transversal, “Conocimiento de las madres sobre diarrea y su prevención”, esta investigación se realizó a madres de niños menores de cinco años, al caracterizar la población en estudio se analizó algunas variables de interés como edad y escolaridad, donde predominó el grupo de madres entre 18 a 23 años 183 (40.04%), la escolaridad fue baja con 232 madres (51.21%) con nivel primario y 168 (37.08%) con nivel secundario. Encontrando Nivel de conocimiento Bueno (29.13%), regular (27.37%) y malo (43.48%) Con este trabajo, se pudo mostrar que existía inadecuado conocimiento en las madres sobre las enfermedades diarreicas agudas por lo que se recomienda futuras estrategias de intervención educativa. ⁽²³⁾

2.1.2 Antecedentes Nacionales

MATTA Wily y ORTEGA Tatiana (Lima - 2012) llevaron a cabo la investigación de tipo descriptivo, correlacional con enfoque cuantitativo denominado "Conocimiento sobre medidas preventivas y prácticas de las madres sobre EDA y su relación con características sociodemográficas". Con resultados: respecto al nivel de conocimiento sobre enfermedad diarreica aguda la mayor proporción de las madres tienen nivel de conocimiento medio (66,3%) y el 16% presentó un nivel de conocimiento bajo. Con respecto al nivel de conocimiento según las dimensiones: en la dimensión enfermedad diarreica aguda predominó el nivel de conocimiento alto con un 48,5%; en las dimensiones medidas preventivas y prácticas en el hogar, el nivel de conocimiento medio se presentó en el 65,1% y 63,3% respectivamente. Con respecto al nivel de conocimiento según grado de instrucción, edad y ocupación no se presentó asociación significativa. ⁽¹³⁾

FLORES AVALOS, Susana Maribel (Lima - 2007), realizó un trabajo de investigación de tipo descriptivo correlacionar, titulado "Nivel de conocimiento sobre EDA y su relación con las prácticas acerca de las medidas de prevención en las madres de los niños menores de 5 años hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007." se encontró que si existe relación entre los conocimientos y las practicas 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 practicas que emplean son regular con un 68.75% seguida de las malas prácticas con un porcentaje de 15.633%. ⁽⁹⁾

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO ESSALUD -GCPS-OPIS, (Lima 2012)

reporto: Las enfermedades diarreicas agudas continúan siendo uno de los principales problemas de salud pública en los países en desarrollo, constituyen una de las causas principales de mortalidad y morbilidad en el mundo, afectan a todos los grupos de edad, pero los más afectados son los niños menores de 5 años, específicamente en zonas con condiciones de pobreza. En la región de las Américas, las enfermedades diarreicas se encuentran entre las cinco primeras causas de muerte en todas las edades en 17 países.

En el Perú, se ha registrado hasta la semana epidemiológica 5 (del 29 de enero al 4 de febrero) del año 2012, 105,321 episodios de enfermedades diarreicas agudas (95 % como EDA acuosa), y cuya tasa de incidencia durante ese periodo fue de 34 episodios por cada 10 mil habitantes, valor menor registrado en los últimos 3 años, lo cual evidencia una tendencia decreciente de las EDAs. Moquegua, Pasco y Amazonas son los departamentos que reportaron las tasas más altas.

En la población asegurada hasta la semana epidemiológica 7 (12 al 18 de febrero), se han notificado 33,452 casos de EDAs, con una tasa de incidencia de 36 episodios por 10,000 asegurados. Del total de episodios por EDAs, el 28% (9,418) se presentaron en menores de 5 años, el 38% (12753) se reportaron en el servicio de consulta externa, 1% (207) en el servicio de hospitalización y el 61% (20,582) fueron atendidos en el servicio de emergencia. Las Redes Asistenciales en la que se presentaron las mayores incidencias de episodios de EDAs fueron: La Libertad, Pasco, Loreto, Moquegua y Lambayeque.

Aunque las medidas preventivas de esta enfermedad son bastante conocidas

y existen tratamientos específicos basados en la Rehidratación Oral, aún se utilizan planes de hidratación endovenoso en casos de pacientes con deshidratación leve, así como, antimicrobianos y antidiarreicos en forma indiscriminada, siendo necesario sensibilizar a los profesionales de la salud, para la aplicación de tratamiento adecuado y oportuno.

Las enfermedades diarreicas agudas aún son objeto de atención mundial, por lo cual, se están fortaleciendo las acciones de prevención dirigidas a los determinantes de esta enfermedad y al tratamiento oportuno, a fin de evitar la muerte por deshidratación y la desnutrición.

Por tanto, en esta segunda edición de nuestro boletín epidemiológico para el año 2012, presentamos información sobre las enfermedades diarreicas agudas (EDAs), sus causas y factores de riesgo, así como, el comportamiento de esta enfermedad en las Redes Asistenciales con mayor incidencia. ⁽⁸⁾

NOTA DE PRENSA DEL MINISTERIO DE SALUD

En El 2010 Se Capacitó al Personal en la Atención y Diagnóstico de estos Males: MEDIDAS DE HIGIENE BÁSICAS PUEDEN EVITAR ENFERMEDADES DIARREICAS COMO EL CÓLERA

Afectan a niños como adultos y se caracterizan por producir cuadros de deshidratación

Con la finalidad de evitar las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS) en especial el cólera, las mismas que suelen reportarse con mayor frecuencia durante el verano, los especialistas del Ministerio de Salud (MINS) exhortaron a la población a practicar medidas de higiene básicas como la

correcta manipulación del agua y alimentos que se ingieren, pues podrían estar contaminados con heces y/o vómito.

El Dr. Carlos Acosta Saal, titular de la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP) del MINSA, precisó que las EDAS afectan tanto a niños como adultos y se caracterizan por producir cuadros de deshidratación, es decir, la pérdida de agua y electrolitos (minerales importantes para la vida) por vía fecal (diarrea) y vómitos. "Las personas que desarrollan formas severas de diarrea y que no reciben hidratación oportuna pueden morir por causa de un shock", remarcó el especialista.

Señaló que la población vulnerable a estas enfermedades es aquella que tiene un abastecimiento limitado de agua limpia, manipulan y almacenan los alimentos inadecuadamente, y viven en condiciones de hacinamiento. En tal sentido, recomendó para prevenir las EDAS lavarse las manos antes de preparar los alimentos y después de utilizar los servicios higiénicos, consumir agua segura (clorada o hervida) y evitar la ingesta de alimentos que se expenden ambulatoriamente en la calle.

Tras expresar que el MINSA cuenta con un sistema de vigilancia de estas enfermedades, Acosta Saal señaló que durante el presente año está prevista la asistencia técnica, especialmente a las Redes de Salud de Lima y Callao, así como a las regiones que presentan el mayor número de casos de EDA acuosa.

Informó que el año pasado se capacitó al personal de salud, a los responsables de la atención de niñas y niños, tanto en el diagnóstico de la EDA acuosa y la deshidratación en sus diferentes grados, así como el tratamiento que se debe aplicar en cada caso especialmente el manejo de

las sales de rehidratación oral. Cabe indicar que a la fecha, los especialistas del MINSA trabajan en un Plan de Vigilancia, Prevención y Control del Cólera en consideración a una recomendación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) tras los casos de contagio y muertes a causa de esta epidemia que se reportaron en Haití y su propagación en otros países de América Latina. ⁽¹⁵⁾

Boletín Epidemiológico Callao 2011
Semana Epidemiológica (SE) n° 02 del 09/01/2011 al 15/01/2011
Enfermedades Diarreicas Agudas en el Callao

Según la Organización Panamericana de la Salud las Enfermedades Diarreicas (EDAS) constituyen un problema de salud pública en el mundo, especialmente en los países en desarrollo donde representa una importante causa de morbilidad y mortalidad en niños menores de 5 años, se estima que en América Latina cada año mueren 3.5 millones de niños por este daño.

En el Perú las EDAs ocupan el tercer lugar como causa de mortalidad y morbilidad aunque ha disminuido en los últimos años. Según ASIS 1999 – 2009 de la Dirección Regional de Salud del Callao la morbilidad por este daño ocupa una de las 10 primeras causas en la estructura de la morbilidad de la Provincia Constitucional del Callao, sobre todo en el grupo etáreo niño.

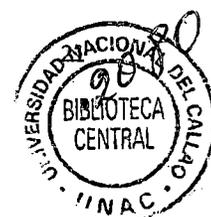
En los países de bajos ingresos económicos como el nuestro el promedio de episodios diarreicos en un niño es de 3 a 5 veces al año, sabemos que en cada episodio el paciente se desnutre, incrementando la desnutrición ya existente. Los estudios epidemiológicos indican que los casos de diarreas están basados en varios factores: falta de servicios básicos (agua, desagüe)

tipo de vivienda, inadecuada práctica de lavado de manos, falta de higiene en la elaboración de alimentos.

El Programa de Enfermedades Diarreicas de la Organización Mundial de la Salud sugiere centrarse en tres grupos de prácticas de higiene: el adecuado manejo del agua, la disposición sanitaria de excretas y residuos sólidos y lavado de manos para la prevención de enfermedades diarreicas. En el marco de este contexto observamos que este problema depende de muchos factores, por lo es necesario enfocarlo multisectorialmente: educando al paciente para evitar los factores de riesgo, coordinado con SEDAPAL para la gestión del agua segura, con las municipalidades para los desechos sólidos entre otros.

A la SE 2-2011 se han notificado 2274 casos de EDA Acuosa, 15.27% de casos menos en relación al mismo periodo del año anterior, con un promedio semanal de 1137 casos (2011) y 1342 (2010). Esta semana ha notificado el Hospital Negreiros cuya cobertura ha sido ampliada (distritos del cono norte y también datos de emergencia (anteriormente solo se notificaba los datos de consultorio externo) y el Policlínico Bellavista de ESSALUD no notifica debido a problemas de instalación de un nuevo software.

Según lugar de atención a la SE 2-2011: I Red atendió 67 (2.95%) pacientes con este daño, II Red 160 (7.04%), III Red 138 (6.07%), Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 184 (8.09%) Hospital San José 286 (12.58%) Hospital de Ventanilla 125 (5.50%) Establecimientos de ESSALUD 1141 (50.18%), otras instituciones 173 (7.61%). Según lugar de procedencia a la SE 2-2011: 767 (33.73%) de pacientes atendidos por este daño proceden del distrito Callao, 624 (27.44%) de Bellavista, 50 (2.20%) de Carmen de la Legua, 39 (1.72%) de la Perla, 2 (0.09%) de La Punta, 607 (26.69%) de Ventanilla. A la



SE 2-2011 se han notificado 13 casos de EDA Disentérica, 55.17% de casos menos en relación al mismo periodo del año anterior con un promedio semanal de 15 casos (2010) y 7 casos (2011). Según lugar de atención a la SE 2-2011 se atendieron en: I Red 1 caso (7.69%), en la II Red no se presentaron casos, III Red 5 casos (38.46%), Hospital Nacional Daniel A. Carrión 5 casos (38.46%), Hospital San José, Hospital Ventanilla y ESSALUD no se presentaron casos y en otros 2 casos (15.38%). Según lugar de procedencia a la SE 2-2011: 7 (53.85%) de casos corresponden al distrito Callao, 5 (25.0%) de Ventanilla, y 1 (7.69%) de Lima y Otros.⁽⁵⁾

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO 2013 DIRECCION DE RED DE SALUD LIMA CIUDAD

En el Perú, hasta la SE 09 – 2013 se notificaron 196,450 episodios de casos de enfermedades Diarreicas agudas con una tasa de 64 x cada 10 000 habitantes por cada 100 episodios de EDA en mayores de 5 años se notificaron 56 casos en menores de 5 años. El porcentaje de casos que llegan a hospitalizarse por una EDA no supera el 1 % del total de casos. Del total de EDAS.

En el Departamento de Lima se han registrado 52,237 casos de EDAS agudas (Acuosas+ Disentéricas), del cual 31,288 corresponden a menores de 5 años y 20,949 a mayores de 5 años. A nivel de la Red de Salud Lima Ciudad se han registrado 1,818 notificaciones sobre casos de EDAS agudas, del cual 1,801 corresponde a EDAS Acuosas y 17 corresponde a EDAS Disentéricas, a nivel de la jurisdicción 1,776 corresponde a Acuosas y los 17 a disentéricas. Por cada 105 casos de EDAS acuosas se han registrado 1 caso de EDAS disentéricas.⁽⁶⁾

2.2 Marco teórico

2.2.1 Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAs)

Las enfermedades diarreicas son infecciones del tracto digestivo ocasionadas por bacterias, virus o parásitos, cuyo principal síntoma es la diarrea. Esto es, la deposición 3 o más veces al día de heces sueltas o líquidas. ⁽¹⁴⁾

OPS/OMS define diarrea como la eliminación de tres o más deposiciones inusualmente líquidas o blandas en un periodo de 24 horas. Lo más importante es la consistencia de las heces, más que el número de deposiciones. Las evacuaciones frecuentes de heces formadas no constituyen diarrea. Los bebés alimentados exclusivamente con leche materna hacen con frecuencia deposiciones líquidas o muy blandas: esto tampoco es diarrea. Las madres generalmente saben cuándo sus niños tienen diarrea son capaces de dar definiciones sencillas en situaciones locales. Es más práctico definir diarrea como el cambio de consistencia de las deposiciones (más líquida por ejemplo), comparado con lo que la madre considera normal. El intervalo para considerar que se trata de un nuevo episodio de diarrea es definido como 48 horas durante las cuales las evacuaciones han sido de consistencia normal. ⁽²²⁾

Las diarreas son más frecuentes en verano debido al clima que favorece la diseminación de las bacterias que las provocan. Con las altas temperaturas, aumenta el riesgo de deshidratación. Por eso en caso de diarrea es importante acudir al médico y no auto medicarse, ya que puede ser el síntoma de enfermedades como el cólera. ⁽¹⁴⁾ La infección se transmite por alimentos o agua de consumo contaminado, o bien de una persona a otra

como resultado de una higiene deficiente. ⁽¹⁹⁾

Las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años, y ocasionan la muerte de 760 000 millones de niños cada año. La diarrea puede durar varios días y puede privar al organismo del agua y las sales necesarias para la supervivencia. La mayoría de las personas que fallecen por enfermedades diarreicas en realidad mueren por una grave deshidratación y pérdida de líquidos. Los niños malnutridos o inmunodeprimidos son los que presentan mayor riesgo de enfermedades diarreicas potencialmente mortales. ⁽¹⁹⁾

En países en desarrollo, los niños menores de tres años sufren, de promedio, tres episodios de diarrea al año. Cada episodio priva al niño de nutrientes necesarios para su crecimiento. En consecuencia, la diarrea es una importante causa de malnutrición, y los niños malnutridos son más propensos a enfermar por enfermedades diarreicas. ⁽¹⁹⁾

Tipos Clínicos de Enfermedades Diarreicas

Se pueden reconocer 4 tipos clínicos de diarreas, cada uno refleja la patología subyacente y la alteración fisiológica. Es muy importante determinar el tipo clínico de diarrea para adoptar la conducta terapéutica más adecuada por lo cual deberá efectuarse una historia clínica minuciosa (preguntar examinar). ⁽²²⁾

En la gran mayoría de situaciones clínicas los exámenes de laboratorio no son necesarios. Las diarreas pueden ser clasificadas:

A) De acuerdo a su duración:

- **Diarrea aguda:** Cuando la diarrea dura menos de 14 días
- **Diarrea persistente:** cuando la duración de la diarrea es mayor de 14 días. Este tipo de enfermedad diarreica se inicia como un episodio de diarrea aguda o disentería, pero persiste por catorce días o más. Los riesgos principales son la desnutrición y las infecciones extraintestinales graves; también puede estar acompañada de deshidratación. No debe confundirse con la diarrea crónica que es de tipo recurrente o de larga duración y es de causa no infecciosa, tal como sensibilidad al gluten o alteraciones metabólicas hereditarias.⁽²²⁾

B) De acuerdo a la presencia o no de sangre en las heces:

- **Diarrea disentérica:** cuando hay presencia de sangre visible en heces. Se describe como moco sanguinolento, es de escasa cantidad, generalmente no lleva a la deshidratación sino a la desnutrición, va acompañada de fiebre, dolor abdominal, vómitos, inapetencia. Los agentes etiológicos que comúnmente producen disentería son: *Shigella flexneri*, *Campylobacter jejuni*, *Entamoeba histolytica*; estos tienen carácter invasivo a la mucosa intestinal.⁽²²⁾
- **Diarrea acuosa aguda:** es de consistencia líquida sin presencia de sangre visible. Es generalmente de abundante cantidad y su consecuencia más importante es la deshidratación. Este tipo clínico de diarrea se puede dividir en 2 subtipos:
- **Diarrea secretora:** por incremento de secreciones intestinales, con la participación de mediadores químicos intracelulares: adenilciclase,

guanilciclase, prostaglandinas, serotonina. Ejemplo de este tipo de diarrea: diarrea producido por el *Vibrio Cholerae* y por la *Escherichiacoli* enterotoxigénica. ⁽²²⁾

- **Diarrea Osmótica:** por incompetencia de la mucosa intestinal para una adecuada absorción subsecuente a una descamación exagerada del epitelio intestinal. Ejemplo típico: diarrea ocasionada por el rotavirus. ⁽²²⁾

Causas de las EDAs

Infección: La diarrea es un signo de infecciones ocasionadas por muy diversos organismos bacterianos, víricos y parásitos, la mayoría de los cuales se transmiten por agua con contaminación fecal. La infección es más común cuando hay escasez de agua limpia para beber, cocinar y lavar. Las dos causas más comunes de enfermedades diarreicas en países en desarrollo son los rotavirus y *Escherichiacoli*. ⁽²¹⁾

Se acepta que los virus son la causa más importante de diarrea aguda especialmente en la infancia pero, como la mayoría de los casos de diarrea no se investiga, el impacto de estos microorganismos es en gran medida incierto. ⁽²⁴⁾

Los virus causantes de diarrea atacan las células del tracto digestivo y se propagan en ellas. Tal ataque tiene ciertas características:

- Los virus que causan gastroenteritis son bastante resistentes a los agentes físicos y químicos.
- Para mantener el ciclo replicativo viral se requiere la presencia de

células vivas, ya que los virus no se multiplican en el agua ni en los alimentos.

- Se necesitan unas pocas partículas virales para causar la infección y la enfermedad.
- Las personas infectadas eliminan grandes cantidades de partículas virales. ⁽²²⁾

Rotavirus este agente es la causa más común de diarrea tanto en los países pobres como en los industrializados y que ocasionan 25% de las muertes por diarrea en los niños menores de 5 años en todo el mundo. En los países en desarrollo, el rotavirus es el principal agente patógeno de la gastroenteritis grave en los niños menores de 2 años. Por otra parte, se calcula que anualmente ocurren en el mundo 25 millones de episodios de infección clínica por rotavirus en niños menores de 5 años de edad, de los cuales 2 millones requieren hospitalización y alrededor de 1 millón padecen desenlaces fatales. ⁽²²⁾

Los rotavirus, como agentes patógenos humanos, son ubicuos se excretan en grandes cantidades en las heces durante los episodios agudos de diarrea y se transmite de persona a persona por vía fecal – oral, aunque se han informado episodios esporádicos de infecciones por agua o alimentos contaminados y por fómites.

Los niños entre los seis y 24 meses de edad son los más susceptibles, con un pico de incidencia entre los nueve y los 12 meses de edad. Generalmente, 90% de los niños se han infectado antes de cumplir 3 años de edad, pero cerca de 70% de las infecciones son asintomáticas. Algunos niños tienen infecciones sintomáticas sucesivas, aun por el mismo serotipo.

Las infecciones frecuentes en los recién nacidos, pero generalmente es asintomática aunque puede ser grave en los niños prematuros. Los rotavirus que infectan a los neonatos hospitalizados tienden a persistir en el tiempo y son diferentes de los adquiridos en la comunidad. ⁽²²⁾

Malnutrición: Los niños que mueren por diarrea suelen padecer malnutrición subyacente, lo que les hace más vulnerables a las enfermedades diarreicas. A su vez, cada episodio de diarrea empeora su estado nutricional. La diarrea es la segunda mayor causa de malnutrición en niños menores de cinco años. ⁽²¹⁾

Fuente de agua:

El agua contaminada con heces humanas procedentes, por ejemplo, de aguas residuales, fosas sépticas o letrinas, es particularmente peligrosa. Las heces de animales también contienen microorganismos capaces de ocasionar enfermedades diarreicas. ⁽²¹⁾

Otras causas:

Las enfermedades diarreicas pueden también transmitirse de persona a persona, en particular en condiciones de higiene personal deficiente. Los alimentos elaborados o almacenados en condiciones antihigiénicas son otra causa principal de diarrea. Los alimentos pueden contaminarse por el agua de riego, y también pueden ocasionar enfermedades diarreicas el pescado y marisco de aguas contaminadas. ⁽²¹⁾

Tratamiento de la Diarrea Aguda

Objetivos:

- Prevenir la deshidratación, si no hay signos de deshidratación.
- Tratar la deshidratación si está presente.
- Prevenir el deterioro nutricional, continuando la alimentación durante la diarrea.
- Reducir la gravedad y la duración de la diarrea, y la ocurrencia de episodios futuros, administrando suplementos de zinc.⁽²⁴⁾

Entre las medidas clave para tratar las enfermedades diarreicas cabe citar las siguientes:

- **Solución de sales de rehidratación oral (SRO):** en caso de no existir deshidratación o de que ésta sea moderada, o **fluidos intravenosos** en caso de deshidratación severa o estado de shock. Las SRO son una mezcla de agua segura, sal y azúcar, que se absorben en el intestino delgado y reponen rápidamente el agua y los electrolitos perdidos en las heces.⁽¹⁴⁾

Las SRO recomendadas por la OMS y UNICEF se consideran ideales para la rehidratación de pacientes de todas las edades: niños menores de cinco años (incluyendo menores de un mes) y adultos que sufren deshidratación causada por diarrea aguda o persistente. Además se ha comprobado que la fórmula de SRO es adecuada para reemplazar las pérdidas continuas por diarrea (terapia de mantenimiento) cuando administran cantidades adecuadas de la solución de SRO junto con otros líquidos, tales como leche materna, sopas y soluciones preparadas con alimentos, como cocimientos de cereales y agua.⁽²⁴⁾

- **Complementos de zinc:** los complementos de zinc reducen un 25% la duración de los episodios de diarrea y se asocian con una reducción del 30% del volumen de las heces. ⁽¹⁴⁾ Los niños menores de 6 meses deben recibir 10 mg diarios de zinc elemental y los niños de seis meses en adelante, 20 mg diarios durante 10 a 14 días. El zinc puede darse como jarabe o como tableta que se disuelve fácilmente, si se inicia la administración de zinc tan pronto empieza la diarrea, se pueden reducir la duración y la gravedad de episodio, así como el riesgo de deshidratación. Si se continúa la suplementación de zinc durante 10 a 14 días, las pérdidas de este mineral son reemplazadas adecuadamente y se reduce el riesgo de nuevos episodios de diarrea en los dos a tres meses siguientes. ⁽²⁴⁾

El zinc tiene un papel muy importante en la resistencia a las infecciones; su deficiencia compromete múltiples aspectos del sistema inmune, desde la integridad de la piel como barrera, hasta la regulación genética en el interior de los linfocitos.

En la diarrea se produce deficiencia de zinc por la pérdida de líquidos intestinales y por el daño tisular. Por otra parte, la deficiencia de zinc favorece la prolongación de la diarrea, porque limita la capacidad de sintetizar proteínas, de reparar los daños tisulares y de defenderse de las infecciones. ⁽²²⁾

- **Alimentos ricos en nutrientes:** el círculo vicioso de la malnutrición y las enfermedades diarreicas puede romperse continuando la administración de alimentos nutritivos incluida la alimentación exclusiva con leche materna durante los seis primeros meses de vida durante los episodios de diarrea, y una vez que los niños están sanos. ⁽¹⁴⁾

Por eso, ante la presencia de diarrea es muy importante acudir al centro de salud, en especial si se trata de bebés o niños pequeños, embarazadas y personas con enfermedades crónicas. ⁽¹⁴⁾

Complicaciones de las EDAs

A. Deshidratación

La complicación más importante de las enfermedades diarreicas es la deshidratación. La mayor parte de los niños que mueren por diarrea aguda, muere a causa de la deshidratación.

La enfermedad diarreica y la deshidratación como su complicación, dan cuenta de cerca de 30% de todas las muertes de niños menores de cinco años en el mundo; entre 6 000 y 8 000 niños mueren al día debido a diarrea y deshidratación. A pesar de que hay múltiples causas de deshidratación (bronquitis, sepsis, neumonías, cetoacidosis diabética, gingivoestomatitis, estenosis pilórica, entre otras), definitivamente la causa más frecuente en pediatría es la enfermedad diarreica, acompañada o no de vómito. ⁽²²⁾

Durante un episodio de diarrea, se pierde agua y electrolitos (sodio, cloruro, potasio y bicarbonato) en las heces líquidas, los vómitos, el sudor, la orina y la respiración. Cuando estas pérdidas no se restituyen, se produce deshidratación. ⁽²⁶⁾

El grado de deshidratación se mide en una escala de tres:

❖ **Deshidratación incipiente:** sin signos ni síntomas. Se produce cuando las pérdidas de agua corporal son inferiores de 50 ml/Kg. de peso de corporal.

❖ **Deshidratación moderada:**

- Sed.
- Comportamiento inquieto o irritable.
- Reducción de la elasticidad de la piel.
- Ojos hundidos.

❖ **Deshidratación grave:**

- Los síntomas se agravan.
- Choque, con pérdida parcial del conocimiento, falta de diuresis.
- Extremidades frías y húmedas, pulso rápido y débil, tensión arterial baja o no detectable, y palidez. ⁽²⁶⁾

La deshidratación grave puede ocasionar la muerte si no se restituyen al organismo el agua y los electrolitos perdidos, ya sea mediante una solución de sales de rehidratación oral (SRO), o mediante infusión intravenosa. ⁽¹¹⁾

Evaluación del estado de hidratación de un paciente con diarrea			
SIGNOS	PLAN A	PLAN B	PLAN C
Definición	Leve o inaparente	Moderada o clínica	Grave
Pérdida de agua corporal	Menos de 50 ml/kg peso o	50 a 100 ml/kg peso ó 6 a 9% del	100 ml/kg peso o más (10% o más

	menos de 5% del peso	peso	del peso)
Condición general	Bien, alerta	Irritable	Letárgico o inconsciente
Globo ocular	Normales	Algo hundidos	Muy hundidos y secos
Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
Mucosa oral	Húmeda	Seca	Muy seca
Sed	Paciente bebe normalmente	Paciente bebe con avidez, sediento	Paciente bebe mal o no es capaz de hacerlo
Pliegue cutáneo	Vuelve a lo normal rápidamente	Se retrae lentamente < 2 s	Se retrae muy lentamente > 2 s
Tratamiento	Plan A	Plan B	Plan C
Rehidratación oral	Mucosa húmeda, lágrimas	Ojos hundidos, mucosa seca	Terapia intravenosa

B. Desnutrición

Las diarreas producen pérdidas directas de nutrientes, el agua y electrolitos, así como la disminución de la ingesta asociada por la anorexia. Esto se puede agravar todavía más iatrogénicamente por el ayuno impuesto al niño, sea por las creencias populares ó por algunas prácticas médicas que prescriban un período de ayuno en 24 a 48 horas de duración. Lo cual conlleva a la pérdida de peso frecuente que no recuperarse puede desencadenar en desnutrición. ⁽⁹⁾

Tratamiento

Existen 3 planes de tratamientos de la deshidratación causada por la diarrea.

PLAN A.

Es el llamado tratamiento en el hogar. Se emplea cuando la persona no tiene signos de deshidratación y evita la deshidratación y el deterioro nutricional.

Se debe aplicar a:

- Los niños que han sido vistos en el establecimiento de salud y no se les ha encontrado signos de deshidratación.
- Niños que han sido tratados en un establecimiento de salud con el plan B hasta que corrigió la deshidratación.
- Niños que han desarrollado diarrea recientemente, pero no han visitado un establecimiento de salud. ⁽⁹⁾

a) Recomendaciones del plan A.

- Si aún amamanta debe seguir lactando con mayor frecuencia.
- Darle alimento nutritivo en porciones pequeñas y con mayor frecuencia.
- Sumínístrele más líquidos
- Los niños destetados podrían recibir leche cereales, carbohidratos complejos (arroz, papa, etc.) carnes frutas y vegetales.
- Se deben evitar comidas con alto contenido de grasa, fibras y azúcares simple como son los jugos de frutas.
- No administrar bebidas de hidratación para deportistas.
- Después de cada deposición acuosa debe tomar suero de rehidratación oral:
 - Si es menor de 2 años de 1/4 a 1/2 tasa.
 - Si es mayor de 2 años de 1/2 a 1 tasa.

- Si el niño vomita esperar 10 minutos y luego seguir dándole líquidos con mayor lentitud, una cucharita cada 5 minutos, y reiniciar cuando deje de vomitar. ⁽⁹⁾

b) Signos de alarma durante el tratamiento con el plan A.

La madre debe ser orientada para observar los signos y síntomas en su niño. Se debe decir a la madre que siga brindando S.R.O. al niño por cada deposición líquida mediante pequeños sorbos con una tasa o cucharita hasta que la diarrea pare.

Estos son algunos síntomas.

- Deposiciones líquidas y abundantes.
- Continúa con fiebre por 2 – 3 días más.
- Vómitos a repetición.
- Presenta sangre en las heces.
- Tiene sed intensa.
- Si el niño come o bebe poco. ⁽⁹⁾

Tratamiento casero.

S.R.O

- Lavarse las manos con agua y jabón.
- Hervir un litro de agua y dejar enfriar.
- Echar el contenido del sobre y remover.
- Darle al niño por cucharita cada 5- 10 minutos poco a poco, después de cada diarrea o cuando el niño tenga sed.

Suero casero.

- Lavarse las manos con agua y jabón.
- Hervir un litro de agua y dejar enfriar, agregar 08 cucharaditas de azúcar y 1 cucharada de sal, revolver con una cuchara limpia.

- Administrarle al niño por cucharada o por gotero o taza después de cada diarrea o cuando el niño este con sed. ⁽¹¹⁾

Suero casero con zanahoria.

- Lavarse las manos.
- Hervir cantidad suficiente de agua.
- Conteniendo 3 zanahorias medianas picadas enfriar y colar.
- Separa en un recipiente (4 tazas 1 litro) y agregar 4 cucharadas de azúcar y 1 cucharadita de sal, y revolver, administrar con una cuchara, gotero o taza.

PLAN B.

Está dirigida a corregir la deshidratación sin shock presente en el niño. ⁽¹¹⁾

a) RECOMENDACIONES DEL TRATAMIENTO CON PLAN B.

- Informar a la madre para su participación activa en el tratamiento con S.R.O. al niño.
- La solución S.R.O. se administra con taza y cuchara durante un tiempo --- promedio de 4 – 6 horas, debe ofrecerse frecuentemente.
- La cantidad de solución que el niño toma cada vez que se le ofrece depende de la intensidad de la sed, en general los niños beben con avidez la S.R.O. especialmente en las primeras horas ingiriendo de 20 a 30 ml de solución por cada kilogramo de peso por hora.
- Si el niño vomita durante el tratamiento, dejar de darle la solución S.R.O. por 10 minutos y luego continuar dándole cantidades pequeñas a intervalos cortos, y si tolera la solución y no vomita otra vez, volver a dárselo a la velocidad anterior.

- Si la ingesta de solución S.R.O. ha sido insuficiente, el niño la rechaza o no se perciben signos de mejoría, deberá administrarse con más frecuencia. Si no se tiene éxito, puede usarse sonda nasogástrica, en estos casos debe evaluarse al niño con más frecuencia.
- En los establecimientos de salud es conveniente llevar un control de la evolución del niño usando una ficha clínica, en la cual debe de registrarse la cantidad de solución S.R.O. que el niño toma y los cambios que se observan en los signos y síntomas de la diarrea y deshidratación.
- La administración de SRO se suspende cuando ya esté hidratado.
- Cuando el niño ya está totalmente hidratado se pasa inmediatamente a la fase de mantenimiento que se lleva a cabo en la casa del niño.
- El trabajador de salud deberá aprovechar el cambio positivo en el estado positivo del niño que se observa durante el tratamiento, para estimular a la madre a que participe en el cuidado de su hijo y para explicarle las medidas generales para el Tratamiento en los niños con diarrea, así como las medidas para su prevención.⁽¹¹⁾

PLAN C

- La terapia endovenosa rápida se basa en la re-expansión rápida del espacio extracelular especialmente el intravascular, para corregir el choque hipovolémico. Por lo tanto, está indicado solo a paciente con deshidratación grave.
- Los criterios básicos a tener presentes son las siguientes:

a) Volumen a reponer.

Como todo paciente deshidratado pierde el 10% de su peso corporal ó más, el volumen a reponer será no menor de 100 ml x kilogramos.

b) Tiempo de reposición.

El volumen calculado será administrado por vía intravenosa por tres horas:

- Volumen a ser administrado a primera hora. El volumen que se infunde a esta primera hora es fundamental en el manejo de paciente deshidratado severo o con choque, siendo el objetivo de recuperar la volemia, lo más pronto posible. El volumen a infundir deberá ser de 50 ml x Kg. (50 % del déficit previo calculado).

En la segunda hora el volumen que será administrado es 25 ml x Kg. (25 % del déficit calculado).

En la tercera hora. El volumen que será administrado es 25 ml x Kg. (25% del déficit calculado).

Se debe iniciar la terapia de rehidratación oral precozmente. Único requisito para iniciarla es que el paciente este consciente, lo cual sucede, en la mayoría de los casos entre la primera y segunda hora de iniciada la terapia endovenosa.

c) Complicaciones. Más frecuentes, observadas en niños que ingresan a este plan son:

- **Convulsiones**, se presenta cuando la administración de fluidos endovenosos son de una composición inadecuada (Líquidos hipotónicos). Dar alimentos ricos en potasio durante y después del episodio de diarrea.
- **Sobre hidratación**, manifestándose por edema generalizado, edema pulmonar, insuficiencia cardiaca congestiva, trastorno de la conciencia y aumento de peso superior al déficit calculado al momento del ingreso.

- Insuficiencia renal aguda, sospechar insuficiencia renal si a pesar de haberse repuesto el déficit adecuadamente, el paciente no micciona. ⁽⁹⁾

2.2.2 Conocimiento

“Para **Mario Bunge** define el conocimiento como un “conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos ordenados, vagos e inexactos, el cual puede ser clasificado en conocimiento vulgar llamándose así a todas representaciones que el común de los hombres hacen en su vida cotidiana por el simple hecho de existir, de relacionarse con el mundo de captar mediante los sentidos información inmediata acerca de los objetivos, los fenómenos naturales y sociales, se materializa mediante el lenguaje simple y natural, el conocimiento científico que es racional analítico sistemático y verificable a través de la experiencia.”⁽³⁾

El conocimiento tiene un carácter individual y social; puede ser: personal, grupal y organizacional, ya que cada persona interpreta la información que percibe sobre la base de su experiencia pasada, influida por los grupos a los que perteneció y pertenece. También influyen los patrones de aceptación que forman la cultura de su organización y los valores sociales en los que ha transcurrido su vida. Esto determina que el conocimiento existe, tanto en el plano del hombre como de los grupos y la organización, y que estos se encuentran determinados por su historia y experiencia social concreta. ⁽¹⁸⁾

“Villapando” sostiene que el conocimiento es un tipo de experiencia que contiene una representación de un hecho ya vivido, es la facultad consciente

o proceso de comprensión, entendimiento que es propio el pensamiento, percepción, inteligencia, razón. Se le clasifica como conocimiento sensorial, respecto a la percepción de hechos externos y la captación de estados psíquicos internos. Conocimiento intelectual, ello se origina de concepciones aislados y de hechos causales de ellas. Conocimientos de la razón, referidos a las causas internas fundamentales, generales, verdaderas de la existencia y modo de ser de las cosas. ⁽²⁵⁾

El conocimiento puede ser entendido, con relación a datos e información, como "información personalizada"; con relación al estado de la mente, como "estado de conocer y comprender"; puede ser definido también como "objetos que son almacenados y manipulados"; "proceso de aplicación de la experiencia"; "condición de acceso a la información y potencial que influye en la acción". ⁽⁴⁾

Es importante considerar que todos tenemos conocimiento el cual puede ser vago e inexacto pero que se vuelve racional y verificable a través de la experiencia, por medio formal e informal mediante el ejercicio intelectual. El nivel de conocimiento de las madres sobre las enfermedades diarreicas Agudas es definido como la mayor o menor probabilidad que tiene la persona de establecer los conocimientos que se adecuan a un tema en particular. Es medido como: ⁽²⁾

- **Conocimiento Alto:** Cuando en la madre, se evidencia, un grado de comprensión superior u óptima sobre determinado tema. ⁽²⁾

- **Conocimiento Medio:** Cuando en la madre, se evidencia, un grado de comprensión aceptable o que no es totalmente correcto sobre determinado tema. ⁽²⁾

-Conocimiento Bajo: Cuando en la madre, se evidencia, un grado de comprensión incorrecto sobre determinado tema. ⁽²⁾

Tipos de Conocimiento

a) Intuitivo. Se da cuando percibimos el acuerdo o desacuerdo de las ideas de modo inmediato, a partir de la consideración de tales ideas y sin ningún proceso mediador.

b) Demostrativo. Es el que obtenemos al establecer el acuerdo o desacuerdo entre dos ideas recurriendo a otras que sirven de mediadoras a lo largo de un proceso discursivo en el que cada uno de sus pasos es asimilado a la intuición.

c) Sensible. Es el conocimiento de las existencias individuales, y es el que tiene más del sol y demás cosas.

d) Científico. Es aquella verdad descubierta a través del proceso de investigación basada en todas aquellas evidencias que nos llevan a indagar en la realidad para obtener una verdad con certeza. ⁽⁹⁾

2.2.3 Prácticas

Es la ejecución de un conjunto de procedimientos, actividades y tareas, debe entenderse en primera instancia, como la exposición reiterada a una situación concreta (estimulo) y luego como la repetición de una respuesta consistente frente a ello lo cual deben ser observados, la cual va contribuir a

que se afiance conductas frente a esas situaciones y lleguen a formar parte de su aprendizaje y por lo tanto de sus conocimientos y comportamientos. ⁽⁹⁾

- La práctica se mide a través de la experiencia.

Así por ejemplo como la mujer al tener mayor número de hijos tendrá mayor experiencia debido a que va a estar reiteradamente expuesta a una situación que puede estar relacionada con el cuidado de la salud de su hijo, y a su vez tener mayor número de contactos con el personal de salud, lo cual va a contribuir a que se afiancen conductas frente a esas situaciones y lleguen a formar parte de su aprendizaje y por lo tanto de sus conocimientos y comportamientos.

La práctica será evaluada conjuntamente mediante la observación de las habilidades y destrezas psicomotriz del sujeto. Independientemente es evaluada por la conducta psicomotriz observación por el sujeto para el logro de sus objetivos. De lo cual tenemos que la práctica, es el ejercicio de un conjunto de habilidades y destrezas adquiridas por medio de la experiencia, la cual puede ser valorada a través de la observación o expresada a través del lenguaje.

- Es el ejercicio de cualquier arte o facultad conforme a sus reglas.

- Uso continuado costumbre o estilo de una cosa.

- Actuación bajo supervisión, que realizan los estudiantes en los últimos cursos de la especialidad.

- Aplicación de una teoría. ⁽⁹⁾

Prácticas de Prevención de EDAs

Es un conjunto de habilidades y destrezas adquiridas por medio de la experiencia, la cual puede ser valorada a través de la observación o expresada a través del lenguaje. Se clasifica en prácticas saludables y no saludables. ^(17, 7)

Explicarle a la madre que ella puede evitar otros episodios de la diarrea y por consiguiente para reducir las muertes, evitadas por el manejo adecuado de los casos, deben enfocarse en unas pocas intervenciones de eficacia comprobada. ⁽⁹⁾

Las principales Medidas para prevenir la diarrea en bebés y niños, son:

a) Alimentación Adecuada según la edad del niño

Lactancia materna (menores de 6 meses exclusiva): Durante los primeros seis meses de vida, los niños deberían recibir exclusivamente leche materna. Esto quiere decir que un bebé saludable debería recibir leche materna y ningún otro alimento o líquido, como agua, infusiones, jugos, bebidas de cereal, leche animal o fórmulas. Los niños alimentados exclusivamente al pecho tienen mucha menor posibilidad de tener diarrea o de morir por ella que los niños que no son alimentados al pecho o que lo son parcialmente. La probabilidad de presentar diarrea grave que ocasione hospitalización es 30 veces menor en los niños que solo reciben leche materna, en comparación con los alimentados con biberón. ⁽²²⁾

Si la lactancia materna no es posible, los niños que vayan a recibir leche de vaca (modificada para los menores de seis meses) o fórmula infantil deben hacerlo en una taza y no en biberón. Esto es posible aun en niños muy pequeños. Los biberones y los chupones no deberían usarse porque son muy difíciles de limpiar y portan fácilmente microorganismos que pueden producir diarrea. Deben darse instrucciones cuidadosas sobre la preparación higiénica de las fórmulas, utilizando agua hervida. ⁽²⁴⁾

Alimentación complementaria: Debe iniciarse cuando el niño cumple seis meses; es un periodo peligroso, porque el niño podría recibir alimentos que no tienen un valor nutricional adecuado y los alimentos o bebidas pueden estar contaminados con microbios patógenos, incluyendo los productores de diarrea. El peligro es que el niño se desnutra por la dieta inadecuada y los episodios repetidos de diarrea, o que muera por deshidratación causada por un episodio de diarrea aguda. ⁽²¹⁾

b) Lavado de Manos

Todos los agentes productores de diarrea pueden ser diseminados por las manos que han sido contaminadas por materias fecales. El riesgo de diarrea se reduce sustancialmente cuando los miembros de la familia practican regularmente el lavado de manos. Todos los miembros de la familia deberían lavarse las manos después de la defecación, después de limpiar a un niño que ha defecado, después de desechar las heces de los niños, antes de preparar los alimentos y antes de comer. El buen lavado de manos requiere de uso de jabón o sustitutos locales como ceniza o arena, y suficiente agua para enjuagarse. ⁽²²⁾

c) Uso de Letrinas y Eliminación de Excretas

Un ambiente sanitario protege contra la diseminación de los agentes productores de diarrea. Los patógenos que causan la diarrea son excretados en las heces de una persona o animal infectados; desechar adecuadamente las excretas puede ayudar a interrumpir la diseminación de la infección. La materia fecal puede contaminar el agua con la que juegan los niños, la que utilizan las madres para lavar la ropa, o la que se encuentra almacenada para su uso en el hogar. ⁽²⁴⁾

Los inodoros deben mantenerse limpios y en buen funcionamiento. Si no hay instalaciones sanitarias unidas a una red de alcantarillado o pozos sépticos bien hechos, si no hay disponibilidad de letrina, la familia debe asignar un lugar alejado de la casa y de donde juegan los niños, localizado a más de 10 metros de la fuente de agua, enterrar las heces y no permitir que los niños vayan solos al área designada para defecar; no permitir que jueguen, ni toque la tierra de esa área.

En muchas comunidades, se consideran inofensivas las heces de los niños. Sin embargo, la mayoría de las veces están infectadas con enteropatógenos y sus heces son en realidad una fuente importante de infección para otras personas. Esto es valedero para los niños con diarrea y para los que tiene infecciones asintomáticas. Por lo tanto, el desecho higiénico de las heces de todos los niños menores es un aspecto significativo de la prevención de la diarrea. Es necesario educar a las familias sobre la naturaleza peligrosa de las heces de los niños menores y enfatizar la importancia desecharlas higiénicamente. ⁽²²⁾

d) Manipulación de Alimentos

Los alimentos pueden contaminarse por agentes productores de diarrea en todas las etapas de producción y preparación: desde el periodo de crecimiento (por el uso de fertilizantes humanos), en los lugares públicos, como mercados, durante la preparación en la casa o en los restaurantes, y también cuando se guardan sin refrigerar después de preparados.

En los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad se debe hacer énfasis en los siguientes mensajes claves en la preparación y el consumo de alimentos para niños menores de 2 años:

- No comer alimentos crudos, excepto frutas obtenidas de árboles (no las que están en contacto con el suelo) en buen estado.
- Lavar las manos con jabón cuidadosamente después de la defecación y antes de cocinar los alimentos.
- Cocinar los alimentos hasta que estén completamente cocidos incluyendo la parte más profunda.
- Comer los alimentos cuando todavía están calientes o recalentarlos apropiadamente ($> 60\text{ }^{\circ}\text{C}$) antes de comerlos.
- Lavar y secar cuidadosamente todos los utensilios después de utilizarlos, incluyendo las esponjas o trapos que se usan para limpiar la mesa de la cocina.
- Mantener los alimentos cocinados en recipientes limpios y guardarlos en refrigeración, separados de los alimentos no cocinados y potencialmente contaminados.
- Usar platos, tazas y cucharas para alimentar a los niños menores de 2 años. No usar biberones, pues frecuentemente se contaminan.
- Proteger los alimentos de las moscas manteniéndolos cubiertos.⁽¹⁶⁾

e) Agua de consumo libre de contaminación

Tanto la cantidad como la calidad del agua tienen impacto en la incidencia de las enfermedades diarreicas. Si hay agua abundante, se facilita una mejor higiene. Si hay dos fuentes de agua disponibles, la mejor calidad debería ser almacenada aparte para usarla para beber y prepara alimentos.

Se ha demostrado que las familias que tienen acceso a un buen suministro de agua, y a agua limpia para beber y prepara los alimentos, tienen menos diarrea que las familias que tienen dificultades para conseguir agua, o cuya agua está contaminada.

Las familias deberían:

- Recoger el agua de la fuente más limpia disponible.
- No permitir que nadie se bañe, lave o defaque cerca de la fuente de agua limpia.
- Las letrinas deben estar localizadas a más de 10 m y en un nivel que este por debajo de las fuentes de agua.
- Mantener a los animales alejados de las fuentes de agua.
- Recoger y almacenar el agua en recipientes limpios que tengan una boca angosta, de modo que no se pueda introducir nada para sacarla (el agua solo debe salir vertiéndose del recipiente). vaciar y enjuagar los recipientes diariamente.
- Mantener los tanques de almacenamiento tapados y no permitir que los niños o los animales beban de ellos. Se debe usar agua hervida para preparar los alimentos o para las bebidas de los niños pequeños. También se pueden usar filtros cerámicos o desinfectantes que se agregan al agua antes de beber. ⁽²¹⁾

f) Inmunización

En los servicios de salud los niños deben recibir las vacunas necesarias, incluyendo la de la sarampión. Se debe pedir a las madres que traigan sus tarjetas de registro de inmunizaciones cada vez que vayan al centro de salud por cualquier razón; verificar el estado de vacunación de cada paciente y asegurarse de que se vacune, durante las visitas, a los que lo necesiten. ⁽²⁰⁾

Se ha introducido en el mercado dos nuevas vacunas contra el rotavirus, un virus que causa la diarrea más severa en niños menores de 2 años en el mundo, a la que se le atribuye más de 540 000 muertes por diarreas cada año, principalmente en los países más pobres con poblaciones que no tienen acceso a un tratamiento oportuno y eficaz con sales de rehidratación oral. Estas vacunas que contienen virus atenuados, y que se administra por vía oral en dos o tres dosis, se han introducido de manera eficaz en varios países en Latinoamérica, EE. UU. Y Europa. Se espera que pronto la mayoría de niños del mundo tenga acceso a estas importantes vacunas. ⁽²¹⁾

g) Asistencia al Centro de Salud

El médico es quien indica los medicamentos que debe recibir el niño según su gravedad, la madre tiene que cumplir con el tratamiento indicado para su niño y llevar al control si no mejora. ⁽²⁰⁾

ROL DE LA ENFERMERA (O) EN LA PREVENCIÓN DE LAS EDAs:

La enfermera(o) en el primer nivel de atención debe hacer uso de la educación sanitaria como elemento para ir creando en la persona una cultura de salud que permite autocuidarse o cuidar a los suyos, que les informe como actuar en situaciones especiales o como valorar determinados aspectos que inducen desfavorablemente en su salud. Como profesional y miembro del equipo de salud, cumple un rol muy importante dentro de la problemática de salud, en lo que se refiere a la contribución en la disminución de la morbi-mortalidad infantil. Todo ello a través de su participación en los programas y estrategias de prevención y control de enfermedades. Asimismo tiene por objetivo el cuidado de la salud en las diferentes etapas de vida de las personas, provee de información necesaria para mejorar la salud o sobre llevar su enfermedad, facilita los medios para detectar precozmente, enseña a convivir con sus enfermedades crónicas, en definitiva enseña a mejorar su calidad de vida. El rol de la enfermera(o) en los programas y estrategias se verá a medida que en la práctica se vaya definiendo, pero siempre será de quien fomente la participación activa de la persona en todas las fases, de quien les ayude mientras no se puede valerse por sí mismo.

En la forma como se incorporen los conocimientos y en la medida que contribuya a modificar hábitos de vida y conductas erradas de las personas en relación al cuidado de su salud y prevención de enfermedades, se puede afirmar que se ha logrado el objetivo de "Educar", instrumento utilizado como parte de la atención integral que brinda la enfermera en la entrevista con la madre, familia y comunidad.

La enfermera (o) tiene que desempeñar sus roles de promoción de la salud y prevención de enfermedad, los cuales permitirán la detección precoz de los casos de EDAs, así como el tratamiento oportuno en el hogar o en el establecimiento de la salud según corresponda. En la visita domiciliar se proporciona atención sanitaria a la persona y a familia en su medio natural; la casa donde viven, de acuerdo con sus necesidades, asumiendo con ellos la responsabilidad del cuidado continuo e integral, además se debe realizar continuamente sesiones educativas, demostrativas, difusión de material educativo en la comunidad en coordinación con los demás miembros del equipo y con otros servicios sanitarios y sociales.

MODELO DE ENFERMERÍA QUE CITA SOBRE LA PREVENCIÓN

NOLA PENDER nació en el año 1941 en Lansing, Michigan, EE.UU. Estudio en la escuela de enfermería del West Suburban Hospital de Oak Park, Illinois. Trabajo en la unidad medico quirúrgica y posteriormente en la unidad de Pediatría en un Hospital de Michigan. Estudio 2 maestrías una en Crecimiento y Desarrollo humano de por la universidad del Estado de Michigan en 1965 y otra en salud Comunitaria en la Universidad de Rush de Chicago en el año 1969, obtuvo el grado de PhD en Psicología y Educación en 1969, por la Universidad del Noroeste en Evanston, Illinois. En 1975, la Dra. Pender publicó "un modelo conceptual de conducta para la salud preventiva", que constituyo una base para estudiar el modo en que los individuos toman las decisiones sobre el cuidado de su propia salud dentro del contexto de la enfermería. El cual fue utilizado como base para crear el modelo de promoción de la salud. ⁽¹²⁾

Según Pender en su "Modelo de Promoción de la Salud", identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción, además sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables. En la actualidad esta teoría continua siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria. El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable ya que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos personas enfermas, se gastan menos recursos, se les da independencia a las personas y se mejora hacia el futuro. ⁽¹²⁾

El modelo de promoción de la salud es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud en enfermería; Donde los determinantes y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud. La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud. ⁽¹²⁾

La concepción de la salud en la perspectiva de Pender, parte de un componente altamente positivo, comprensivo y humanístico, toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la

resiliencia, las potencialidades y las capacidades de las personas en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida, también da importancia a la cultura, entendida ésta como el conjunto de conocimientos y experiencias que se adquieren a lo largo del tiempo, la cual es aprendida y transmitida de una generación a otra.⁽¹²⁾

Los principales conceptos y definiciones que se presentan se encuentran en el modelo de promoción de la salud revisado. A continuación se exponen las características y las experiencias individuales que afectan a las acciones de la salud:

- **Importancia de la salud.** Los individuos que conceden gran importancia a su salud es más probable que traten de conservarla.
- **Control de la salud percibido.** La percepción que el individuo tiene de su propia capacidad para modificar su salud, puede motivar su deseo de salud.

- **Autoeficacia percibida.** La convicción por parte del individuo de que una conducta es posible pueda influir la realización de dicha conducta.

- **Definición de la salud.** La definición del individuo sobre lo que significa la salud, que puede ir desde la ausencia de enfermedad hasta un alto nivel de bienestar, puede influir las modificaciones conductuales que este intente realizar.

- **Estado de salud percibido.** El encontrarse bien o encontrarse enfermo en un determinado momento puede determinar la probabilidad de que se inicien conductas promotoras de la salud.

- **Beneficios percibidos de las conductas.** Los individuos pueden sentirse más inclinados a iniciar o mantener conductas promotoras de la salud cuando consideran que los beneficios de dichas conductas son altos.

- **Barreras percibidas para las conductas promotoras de la salud.** La creencia del individuo de que una actividad o una conducta es difícil o inviable puede influir su intención de llevarla a cabo. ⁽¹²⁾

Otros factores modificantes, como son la edad, el sexo, la educación, la ingesta, el peso corporal, los patrones familiares sobre las conductas en cuanto a cuidados sanitarios y las expectativas de los allegados desempeñan también un papel importante en la determinación de las conductas respecto a los cuidados sanitarios. Estos factores modificantes se consideran como una influencia indirecta sobre la conducta, mientras que los factores cognitivo-perceptuales actúan directamente sobre ella.

El conocimiento y práctica de medidas de prevención de las enfermedades diarreicas agudas, se desarrolla a través de la promoción de la salud, ubicado en el primer nivel de prevención. El hecho de que la enfermedad sea conocida por el individuo produce una conducta promotora de salud y el hecho de desconocer la enfermedad y no practicar las medidas preventivas generaría una conducta de riesgo. Como refiere la Doctora Nola Pender, el proceso cognitivo modifica la conducta. ⁽¹²⁾

2.3.- Definición conceptual de términos

Conocimiento:

Es la adquisición de conceptos por medio de una educación formal e informal mediante el ejercicio de las facultades intelectuales. Es medido como:

- Conocimiento Alto: Cuando en la madre, se evidencia, un grado de comprensión superior u óptima sobre determinado tema.
- Conocimiento Medio: Cuando en la madre, se evidencia, un grado de comprensión aceptable o que no es totalmente correcto sobre determinado tema.
- Conocimiento Bajo. Cuando en la madre, se evidencia, un grado de comprensión incorrecto sobre determinado tema.

Practica:

La práctica debe entenderse en primera instancia como la expresión reiterada a una situación concreta de riesgo y luego como la repetición de una respuesta consiente frente a ella la cual puede ser observada y expresada verbalmente.

Prevención:

Es el ejercicio de un conjunto de habilidades y destrezas adquiridas por medio de la experiencia, la cual puede ser valorada a través de la observación o expresada a través del lenguaje.

Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAs):

Las enfermedades diarreicas son infecciones del tracto digestivo ocasionadas por bacterias, virus o parásitos, cuyo principal síntoma es la diarrea. Esto es, la deposición 3 o más veces al día de heces sueltas o líquidas.

Prevención de EDAs:

Es el conjunto de medidas a tener en cuenta para evitar la presencia de infecciones respiratorias agudas así como las complicaciones de las mismas, evitando de esta manera mayores daños.

Prevención primaria:

Se dirige a limitar la incidencia de enfermedad mediante el control de sus causas y factores de riesgo; implica medidas de protección de la salud, en general a través de esfuerzos personales y comunitarios, que para el caso de IRA, debe lograrse la modificación de factores de riesgo y comportamiento humano.

Promoción de la Salud:

Es el conjunto de medidas generales como acciones educativas, proporcionados a la comunidad y la población en general, para mejorar y/o fomentar estilos de vida saludable y con ello favorecer comportamientos que promuevan la calidad de vida y salud del niño menor de 5 años.

Conocimiento de prevención de EDAs:

Es el conjunto de actividades que basado en la historia natural de la EDAs, deben realizarse en forma primordial, primaria, secundaria y terciaria, para evitar los eventos infecciosos (que incluye desde el catarro común hasta la infección respiratoria grave) y su diseminación en la familia y comunidad.

Prácticas de prevención de EDAs:

Es el ejercicio un conjunto de habilidades y destrezas de un individuo que efectivamente previene las EDAs y sus complicaciones.

III. VARIABLES E HIPOTESIS

3.1 Variables de la Investigación

- **Variable 1:** Conocimiento sobre EDAs.

Concepto: Conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos ordenados, vagos o inexactos.

- **Variable 2:** Prácticas preventivas de EDAs.

Concepto: Conjunto de procedimientos, actividades y destrezas, que van a contribuir al afianzamiento de conductas frente a ciertas situaciones; los mismos que llegan a formar parte de su aprendizaje y por lo tanto de su comportamiento.

3.2 Operacionalización de Variables

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA
<p>Variable 1:</p> <p>Conocimiento que tienen las madres acerca de EDAs.</p>	<p>Conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos ordenados, vagos e inexactos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Información. 	<ul style="list-style-type: none"> • Definición. • Manifestaciones clínicas. • Causas. • Complicaciones. • Tratamiento. • Prevención. 	<p>Nominal</p> <p>Para los conocimientos: (17 ítems)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento alto: 26 – 34 puntos. • Conocimiento medio: 21 – 25 puntos • Conocimiento bajo: 0 – 20 puntos

<p>Variable 2: Prácticas Preventivas de EDAs.</p>	<p>Conjunto de procedimientos, actividades y destrezas, que van a contribuir al afianzamiento de conductas frente a ciertas situaciones; los mismos que llegan a formar parte de su aprendizaje y por lo tanto de su comportamiento frente a las EDAs y sus complicaciones</p>	<p>Medidas de Prevención</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conservación del agua. • Uso de Letrinas y Eliminación de Excretas. • Lavado de Manos • Manipulación de Alimentos. • Inmunización 	<p>Nominal Para las prácticas (10 ítems)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prácticas Adecuadas: 11 - 20 puntos • Prácticas Inadecuadas: 0 - 10 puntos
--	--	-------------------------------------	---	---

3.3 Hipótesis

3.3.1 Hipótesis alternativa

Existe relación entre el nivel de Conocimiento y las Practicas Preventivas de EDAs en madres de niños menores de 5 años Centro de Salud "Carmen de la Legua", Callao.

3.3.2 Hipótesis nula

No existe relación entre el nivel de Conocimiento y las Practicas Preventivas de EDAs en madres de niños menores de 5 años Centro de Salud "Carmen de la Legua", Callao.

IV. METODOLOGÍA

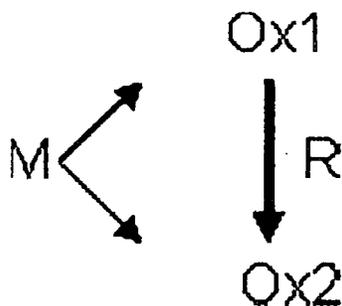
4.1 Tipo de Investigación

La presente investigación es de tipo Cuantitativa, debido a que sus variables son medibles y cuantificables. Es Descriptivo y de corte Transversal porque la información fué recolectada entre los meses de octubre y noviembre del presente año.

4.2 Diseño de la Investigación

De diseño Correlacional.

En dónde:



M: Muestra (Un solo grupo de estudio)

Ox1: Variable 1, Conocimiento sobre EDAs.

R: Relación entre ambas variables.

Ox2: Variable 2, Prácticas Preventivas de EDAs.

4.3 Población y Muestra

La población objetivo de estudio constó de 60 madres de niños menores de 5 años que acudieron regularmente al componente de Control de Crecimiento y Desarrollo del niño sano del Centro de Salud "Carmen de la Legua", durante el mes de Octubre del año 2013.

La muestra de estudio se obtuvo de modo probabilístico aleatorio simple, y estuvo constituida 52 madres, quienes cumplieron con los criterios de selección y asistieron durante el mes de Octubre del año 2013, al componente de Control de Crecimiento y Desarrollo del niño sano del Centro de Salud "Carmen de la Legua".

$$n = \frac{Z^2 pq N}{NE^2 + Z^2 pq}$$

Z = Margen de la confiabilidad o números de unidades de desviación estándar distribución normal que producirá un nivel deseado de confianza: **95%, X=0.05, Z=1.96**

n = Tamaño de la muestra.

E = Error o diferencia máxima entre la medida muestral y la media de la población al **95%, E=5%=0.05**

N = Población

N=	60
p=	0.5
q=	0.5
E=	0.05
Z=	1.96
n=	52

$$n: \frac{(1.96)^2 (0.25)(60)}{(0.0025)(60 - 1) + (1.96)^2 (0.25)} = \frac{(3.8416)(15)}{(0.1475) + (0.9604)}$$

$$\frac{57.624}{(0.1079)} = 51.92 = 52$$

Para la selección de la muestra se tomó en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión respectivamente:

4.3.1 Criterios de inclusión

- Madres de niños menores de 5 años.
- Madres con asistencia regular a los controles del CRED.
- Madres con niños aparentemente sanos o que hayan padecido por lo menos un episodio de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)
- Madres que hablen castellano.
- Madres que residen dentro de la jurisdicción del Centro de Salud "Carmen de La Legua".
- Madres que deseen participar del estudio de investigación
- Madres con disponibilidad de tiempo en el hogar.

4.3.2 Criterios de exclusión

- Madres de niños que son mayores de 5 años.
- Madres que acuden a los controles de CRED irregularmente.
- Madres de niños menores de 5 años que tengan discapacidad o algún tipo de síndrome (Down, etc.).
- Madres que residen en lugares que no pertenecen a la jurisdicción del Centro de Salud "Carmen de La Legua".
- Madres que se nieguen a participar del estudio de investigación.
- Madres que no cuenten con disponibilidad de tiempo en el hogar.

4.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

Las **técnicas** utilizadas para la presente investigación fueron la entrevista y la observación, ventajosas para la recolección de los datos requeridos.

Los **instrumentos** de medición seleccionados fueron el Cuestionario estructurado y la Lista de cotejo.

El Cuestionario se utilizó para la variable de Conocimiento sobre EDAs, y fué aplicado a las madres para recolectar información y datos reales para el presente estudio, cuyo objetivo fué de obtener información acerca del conocimiento y su relación con las prácticas en la prevención de EDAs que tienen las madres de los niños menores de 5 años que acuden al componente de CRED del Centro de Salud "Carmen de la Legua" – Callao.

➤ El cuestionario estuvo conformado por 2 partes:

Primera parte: Presentación, instrucciones, datos generales de la madre, como: edad, número de hijos, procedencia, tiempo de residencia en el distrito, grado de instrucción y ocupación; del mismo modo se consideró datos generales del niño como: edad, sexo y antecedentes del niño con enfermedad diarreica aguda en el presente año

Segunda parte: Constituido por 17 preguntas de tipo cerradas con respuestas politómicas; a cada ítem se le asignó un valor de 2 puntos para las repuestas correctas y 0 puntos para las incorrectas, haciendo un máximo de 34 puntos y un mínimo de 0 puntos, los que de acuerdo a la escala de estaciones, determinan las siguientes categorías:

Para los conocimientos: (17 ítems)

- Conocimiento alto: 26 - 34 puntos.
- Conocimiento medio: 21 – 25 puntos
- Conocimiento bajo: 0 – 20 puntos

La Lista de cotejo ya validada y creada por la Especialista en Enfermería Pediátrica Susana Maribel Flores Avalos. LIMA – PERÚ 2007. Está constituida por 10 ítems, para medir la variable de Prácticas preventivas de EDAs en madres de niños menores de 5 años; a cada ítem se le asignó un valor de 2 puntos a las repuestas correctas y 0 puntos a las incorrectas, haciendo un máximo de 20 puntos y un mínimo de 0 puntos, los cuales, en consenso general determino las siguientes categorías:

Para las prácticas: total (10 ítems)

- Prácticas Saludables: 11 – 20 puntos
- Prácticas No Saludables: 0 – 10 puntos

4.5 Procedimiento de Recolección de datos

Para la recolección de los datos de la presente investigación, se realizó la coordinación con el Director Jefe del Centro de Salud “Carmen de la Legua”; así como también con la Enfermera Jefe, encargada del componente de salud de Control de Crecimiento y Desarrollo del niño sano de dicho Centro de Salud.

Se solicitó el Consentimiento Informado a cada madre antes de la aplicación de la encuesta y la ejecución de la visita domiciliaria, como corresponde según aspectos éticos para la realización de estudios de investigación en la población.

Para la obtención de los datos se recurrió a la encuesta, mediante un cuestionario aplicado a madres de niños menores de 5 años que acudieron al Centro de Salud “Carmen de La Legua” durante el mes de Octubre del 2013, con el que se buscó obtener datos acerca de los conocimientos sobre EDAs y las prácticas preventivas de las madres; además se utilizó una Lista de cotejo para la visita domiciliaria que se realizó de acuerdo a la aceptación y disponibilidad de tiempo de las madres..

4.6 Procesamiento estadístico y análisis de datos

Luego de la aplicación de los instrumentos, los datos recolectados fueron vaciados en una sábana de paloteo para ser procesados a través de una tabla matriz y hoja de codificación con el programa de Microsoft Office Excel 2007, resultados que se presentaron en cuadros y gráficos, expresados como frecuencias, proporciones y porcentajes.; Se utilizó además el programa estadístico SPSS para la prueba de hipótesis recurriendo al coeficiente R de Spearman para buscar la correlación de ambas variables de estudio; Finalmente a continuación del análisis de los resultados se elaboraron las respectivas conclusiones y recomendaciones de la investigación realizada.

V. RESULTADOS

CUADRO N° 5.1

DATOS GENERALES DE LA POBLACIÓN¹

EDAD			OCUPACIÓN			GRADO DE INSTRUCCION		
15-19	6	11.5%	Estudiante	4	7.7%	Primaria	4	7.7%
20-29	30	57.7%	Ama de casa	38	73,1%	Secundaria	36	69.2%
30-49	16	30.8%	Comerciante	2	3.8%	Superior	12	23.1%
			Empleada	8	15.4%			
Total	52	100%	Total	52	100%	Total	52	100%

Del total de las madres, el 57.7% tienen entre 20-29 años, con respecto a la ocupación el 73.1% son amas de casa, y el 69.2% tienen como grado de instrucción secundaria.

¹ Fuente: Cuestionario aplicado a madres de niños menores de 5 años Centro de Salud "Carmen de la Legua"

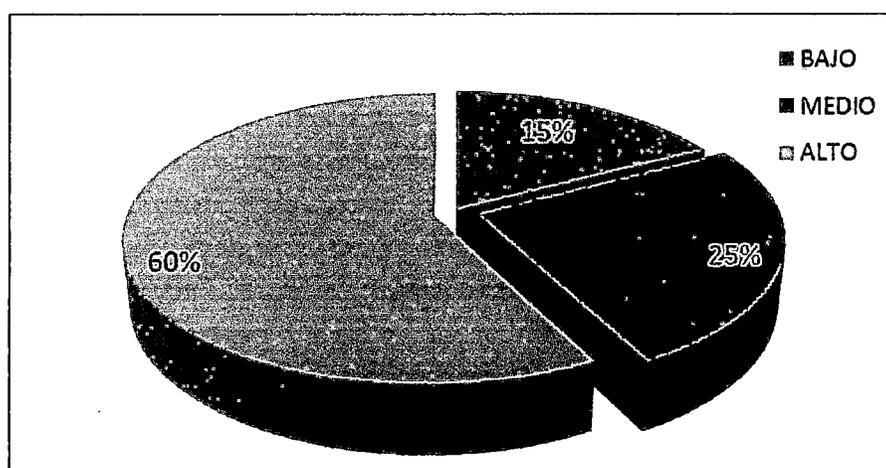
CUADRO N° 5.2

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EDAS EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD "CARMEN DE LA LEGUA", CALLAO - 2013²

NIVEL DE CONOCIMIENTO	POBLACIÓN	
	Nº	%
Alto	31	60
Medio	13	25
Bajo	8	15
Total	52	100

De acuerdo a conocimiento sobre EDAs, el 60% de las madres presentaron un Nivel Alto de Conocimiento sobre EDAs y un 25% presentaron un Nivel de Conocimiento Medio.

GRÁFICO N° 5.2



²Fuente: Cuestionario aplicado a madres de niños menores de 5 años Centro de Salud "Carmen de la Legua"

CUADRO N° 5.3

CONOCIMIENTO DE DEFINICIÓN DE EDAs EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS ACUDEN AL CENTRO DE SALUD "CARMEN DE LA LEGUA", CALLAO - 2013³

DEFINICIÓN DE DIARREAS	POBLACIÓN	
	N°	%
1 – 2 veces deposiciones líquidas o sueltas al día.	10	19.2
3 a más deposiciones líquidas o sueltas al día.	38	73.1
4 o 5 veces deposiciones sólidas al día.	4	7.7
TOTAL	52	100

CUADRO N° 5.4

CONOCIMIENTO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE EDAs EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD "CARMEN DE LA LEGUA", CALLAO - 2013⁴

SINTOMATOLOGIA DE EDAs	POBLACIÓN	
	N°	%
Sed, irritabilidad, llanto, varias deposiciones líquidas al día.	34	65.4
Tiene 3 a más deposiciones, tiene mucha hambre.	12	23
Presenta fiebre, dolor abdominal, llanto, deposiciones pastosas.	5	9.6
TOTAL	52	100

^{3,4} Fuente: Cuestionario aplicado a madres de niños menores de 5 años Centro de Salud "Carmen de la Legua"

CUADRO N° 5.5

CONOCIMIENTO DE COMPLICACIONES DE EDAS EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD "CARMEN DE LA LEGUA", CALLAO - 2013⁵

COMPLICACIONES DE EDAs	POBLACIÓN	
	Nº	%
Deshidratación y/o Desnutrición	42	80.8
Anemia y Deshidratación.	10	19.2
Raquitismo	0	0
TOTAL	52	100

CUADRO N° 5.6

CONOCIMIENTO DE EXISTENCIA DE VACUNAS CONTRA LAS DIARREAS GRAVES EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD "CARMEN DE LA LEGUA", CALLAO - 2013⁶

VACUNA	POBLACIÓN	
	Nº	%
SI	33	63.5
NO	19	36.5
TOTAL	52	100

^{5,6} Fuente: Cuestionario aplicado a madres de niños menores de 5 años Centro de Salud "Carmen de la Legua"

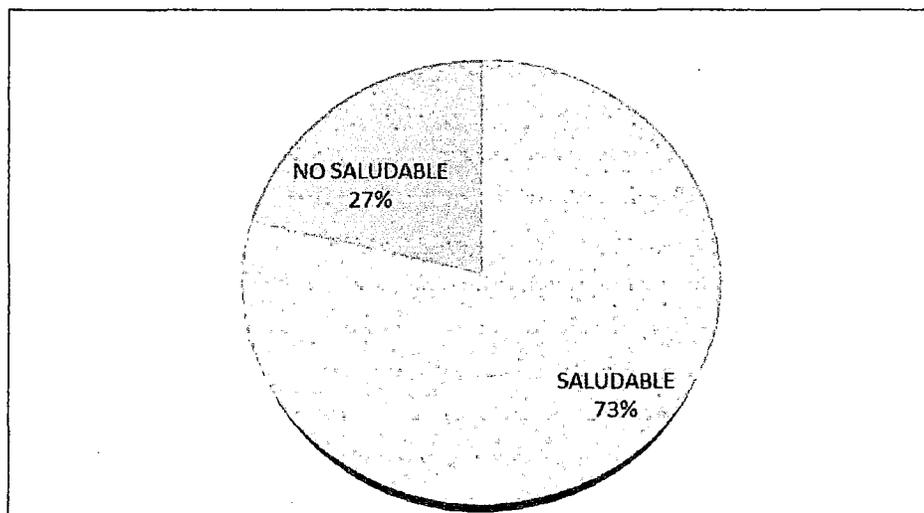
CUADRO N° 5.7

PRÁCTICAS PREVENTIVAS DE EDAs EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD "CARMEN DE LA LEGUA", CALLAO - 2013⁷

PRÁCTICAS PREVENTIVAS	POBLACIÓN	
	Nº	%
Saludables	38	73
No saludables	14	27
Total	52	100

De acuerdo a las Prácticas Preventivas de EDAs, el 73% de madres realizan Prácticas Preventivas Saludables, y un 27% realiza Prácticas No saludables.

GRÁFICO N° 5.7



⁷ Fuente: Lista de cotejo aplicado a madres de niños menores de 5 años Centro de Salud "Carmen de la Legua"

CUADRO N° 5.8

CONSUMO DE AGUA SEGURA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD "CARMEN DE LA LEGUA", CALLAO – 2013⁸

CONSUMO DE AGUA SEGURA	POBLACIÓN	
	N°	%
SI	43	82.7
NO	9	17.3
Total	52	100

CUADRO N° 5.9

ADECUADA ELIMINACIÓN DE DESECHOS EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD "CARMEN DE LA LEGUA", CALLAO – 2013⁹

ADECUADA ELIMINACIÓN DE DESECHOS	POBLACIÓN	
	N°	%
SI	33	63
NO	19	17
Total	52	100

^{8,9} Fuente: Lista de cotejo aplicado a madres de niños menores de 5 años Centro de Salud "Carmen de la Legua"

CUADRO N° 5.10

LAVADO DE MANOS ADECUADO EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD "CARMEN DE LA LEGUA", CALLAO – 2013¹⁰

LAVADO DE MANOS	POBLACION	
	Nº	%
Antes y después de: atender a su niño, de cocinar y después de ir al baño	45	86.5
No se lava	7	13.5
TOTAL	52	100

CUADRO N° 5.11

CUMPLIMIENTO DE CALENDARIO DE VACUNAS, EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD "CARMEN DE LA LEGUA", CALLAO – 2013¹¹

CUMPLIMIENTO DE CALENDARIO DE VACUNAS	POBLACIÓN	
	Nº	%
SI	42	80.8
NO	10	19.2
Total	52	100

^{10,11} Fuente: Lista de cotejo aplicado a madres de niños menores de 5 años Centro de Salud "Carmen de la Legua"

CUADRO N° 5.12

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS PREVENTIVAS EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN CENTRO DE SALUD "CARMEN DE LA LEGUA", CALLAO - 2013

Prácticas Preventivas de EDAs	Conocimiento sobre EDAs.		Alto		Medio		Bajo		Total	
	f	%	F	%	f	%	f	%	f	%
Saludables	28	54	10	19	0	0	38	73		
No saludables	3	6	3	6	8	15	14	27		
Total	31	60	13	25	8	15	52	100		

De la relación entre los conocimientos sobre EDAs y las Prácticas Preventivas, el 60% de madres muestran un Nivel de Conocimiento Alto sobre EDAs de los cuales el 54% aplica Prácticas preventivas Saludables; y un 25% de madres que presentan un Nivel de Conocimiento Medio sobre EDAs, de éstas el 19% aplica Prácticas preventivas Saludables.

CUADRO N° 5.13

PRUEBA DE HIPÓTESIS

CORRELACIÓN DEL COEFICIENTE R DE SPEARMAN ENTRE EL CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS PREVENTIVAS DE EDAS EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CENTRO DE SALUD "CARMEN DE LA LEGUA", CALLAO - 2013

Correlaciones no paramétricas (SPEARMAN)

[Conjunto_de_datos0]

Correlaciones				
			Conocimiento sobre EDAs	Prácticas Preventivas de EDAs
Rho de Spearman	Conocimiento sobre EDAs	Coefficiente de correlación	1,000	,891**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	52	52
	Prácticas Preventivas de EDAs	Coefficiente de correlación	,891**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	52	52

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Como se aprecia en el cuadro los resultados indican la significancia de ambas variables teniendo como coeficiente de correlación R de Spearman $P = 0.891$, siendo este valor mayor al valor crítico para el coeficiente R de Spearman al nivel de significancia de 0.01. Con lo que se rechaza la H_0 : RS: 0.

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La presente investigación "Conocimiento y Practicas preventivas de EDAs en madres de niños menores de 5 años" se realizó en el Centro de Salud "Carmen de la Legua" Callao, utilizando como instrumento un cuestionario y una lista de cotejo, las cuales fueron supervisados al 100%, una vez que se les explico el trabajo se contó con el apoyo de las madres encuestadas, mostraron mucho interés, pues son las que principalmente brindan los cuidados para una buena salud de sus niños.

Los participantes en su mayoría estuvieron conformada entre las edades de 20 – 29 años el 57.7%, con ocupación Ama de casa un 73.1% y con grado de instrucción Secundaria el 69.2% (cuadro 5.1) y contaban con instalaciones de agua potable y eliminación de excretas intradomiciliaria.

6.1 Contrastación de la hipótesis con los resultados

En cuanto a los resultados relacionados con nuestra hipótesis, se utilizó el coeficiente R de Spearman, para ambas variables (Conocimiento sobre EDAs y Prácticas Preventivas de EDAs) las que están clasificadas como cuantitativas discretas debido a que se expresan en números enteros. Mediante la prueba estadística se demostró la significancia de la correlación con un coeficiente $P = 0.891$ siendo este valor mayor al valor crítico para el coeficiente R de Spearman al nivel de significancia de 0.01, con este resultado se rechaza la $H_0: RS = 0$ (cuadro 5.13).

Con lo que se valida la $H_1 =$ "existe relación entre el conocimiento y prácticas preventivas de EDAs en madres de niños menores de 5 años"; concluyendo que las variables objeto de estudio mantienen correlación directa y positiva;

es alentador para las madres del Centro de Salud "Carmen de la Legua" ya que al tener estos conocimientos y poniéndolo en práctica las madres van a desarrollar una conducta promotora de salud en el cuidado de sus niños, al revisar otros estudios encontramos a la tesis de ARAGON GÓMEZ, A. (Colombia - 2010), encontró correlación positiva alta entre conocimientos con prácticas, con una r de Pearson de 0,642⁽¹⁾ lo cual es bastante similar con nuestro trabajo.

6.2 Contrastación de los resultados con otros estudios similares

En cuanto al **nivel de conocimiento de EDAs**, se demostró que el 60 % presentaron nivel de conocimiento alto, y un 25% con nivel de conocimiento medio (gráfico 5.2), lo cual es muy favorable para las madres que acuden al Centro de Salud "Carmen de La Legua", estos conocimientos pudieron ser adquiridos ya sea de parte de los familiares o durante sus consultas a CRED; este resultado coincide con lo encontrado en el trabajo de LÓPEZ ARTEAGA, Victoriano Santiago en Nicaragua - 2008 donde el 63% de las madres tenían buen conocimiento sobre la diarrea⁽¹⁰⁾; de alguna manera al encontrar una igualdad en los resultados, podemos decir que la población de nuestra investigación al igual que al de otros países, tiene herramientas necesarias para disminuir la incidencia de enfermedades diarreicas agudas.

Con respecto a las **prácticas preventivas de EDAs**, se encontró que el 73% realizaron Prácticas Saludables mientras que solo el 27% realizaron Prácticas No saludables (cuadro 5.7), este hecho nos estaría indicando que las madres ponen en práctica las medidas de prevención sobre las

enfermedades diarreicas agudas, lo cual es muy alentador para el profesional de enfermería del Centro de Salud de Carmen de La Legua que son los encargados de promocionar la salud, al constatar que la mayoría de la población en estudio realizan prácticas saludables; lo cual difiere de FLORES AVALOS, Susana Maribel en Lima en el 2007 obtuvo en los resultados de su investigación que las practicas que emplean son regular con un 68.75% y las practicas buenas un 15.63% seguida de las malas prácticas con un porcentaje de 15.63%⁽⁹⁾. Evidenciándose que de ese año a la actualidad ha mejorado la situación de las prácticas preventivas empleadas por las madres frente a las enfermedades diarreicas, debiéndose este hecho a las nuevas estrategias de salud pública.

VII. CONCLUSIONES

Luego de finalizar el estudio de investigación, se llegó a lo siguiente:

1. Existe relación directa positiva entre los conocimientos y las prácticas preventivas; demostrado mediante el Coeficiente R de Spearman con una significancia de **0.891**; con este resultado se rechaza la $H_0: R_S = 0$; por lo que se aprueba la H_1 .
2. Se identificó que el 60% de las madres tienen un Nivel de Conocimiento Alto sobre EDAs y que el 25% tienen un Nivel de Conocimiento Medio.
3. Se identificó que el 73% de las madres de niños menores de 5 años realizan Prácticas Preventivas Saludables, mientras que el 27% restante realiza Prácticas Preventivas No Saludables.
4. Se determinó que el 57.7% de las madres de niños menores de 5 años encuestadas tienen entre 20-29 años; respecto a la ocupación el 73.1% son amas de casa, el 69.2% tienen como grado de instrucción la secundaria.

VIII. RECOMENDACIONES

- 1.** El Centro de Salud "Carmen de La Legua" debe implementar tácticas educativas y continuar con la educación en salud, dirigida a la población más vulnerable, para disminuir la incidencia de EDAs en niños menores de cinco años, enfatizando en optimizar los conocimientos sobre EDAs y fomentar la práctica adecuada de medidas preventivas.
- 2.** Para los profesionales de enfermería como miembros del equipo de salud y en acato de sus responsabilidades de prevención y promoción en el primer nivel de atención, debe ser fundamental la actualización de sus conocimientos para disminuir la incidencia de enfermedades prevalentes en la infancia.
- 3.** Se sugiere efectuar estudios similares en diferentes poblaciones o áreas de estudio, a fin de conocer problemáticas en torno a las variables relacionadas con la ocurrencia y prevención de EDAs.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aragón Gómez, W. A. Conocimientos, actitudes y prácticas adoptadas por los cuidadores de los niños menores de cinco años con enfermedad diarreica aguda del corregimiento el Caguan. Neiva, julio – septiembre 2010. [tesis para optar título] Colombia. 2010.
2. Bertrán Russell. El conocimiento Humano. 5º Ed. España: Ed. Tourus: S.A. 1998.
3. BUNGE, Mario. La Ciencia, su Método y Su Filosofía. Buenos Aires: Ediciones Siglo veinte. s /f Pág. (30).
4. DÍAZ MUÑANTE, JR. Modelo de gestión del conocimiento (GC) aplicado a la universidad pública en el Perú. Monografía. [En línea] 2004 Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bibvirtual/monografias/Principal.asp>.
5. DIRESA Callao. Boletín epidemiológico: Enfermedades Diarreicas Agudas en el Callao. [en línea]. Callao 2011. [fecha de acceso 10 agosto de 2013]; URL disponible en : http://www.diresacallao.gob.pe/documentos/boletines/epidemiologia/2011/boletin2_2011.pdf
6. DIRESA Lima. Boletín epidemiológico, [en línea]. Lima 2013. [fecha de acceso 10 agosto de 2013]; URL disponible en : <http://www.rslc.gob.pe/Descargas/Epidemiologia/Boletin/2013/Boletin-N-02-2013.pdf>

7. ESPASA Diccionario de la Lengua Española Real Academia Española editores SAC; 2005.
8. EsSalud -GCPS-OPIS. Boletín Epidemiológico N° 02 – 2012, [en línea]. Lima 2012. [fecha de acceso 10 setiembre de 2013]; N°89 URL disponible en : http://www.essalud.gob.pe/noticias/boletinepidem_2012_2.pdf
9. Flores Avalos, Susana Maribel. Nivel de conocimiento sobre EDA y su relación con las prácticas acerca de las medidas de prevención en las madres de los niños menores de 5 años hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007. [tesis para optar esp.]. Lima 2007
10. López Arteaga, Victoriano Santiago. Conocimiento, actitudes y prácticas adoptadas por las madres de los niños menores de 5 años ingresados al servicio de gastroenterología del Hospital Materno Infantil “Fernando Vélez Páiz”. [tesis para optar esp.] Nicaragua. 2008.
11. Manual de AIEPI, [en línea]. Perú 2011 [fecha de acceso 10 setiembre de 2013]; URL disponible en: http://www.upb.edu.co/pls/portal/docs/PAGE/GPV2_UPB_MEDELLIN/PGV2_M030_PREGRADOS/PGV2_M030020020_MEDICINA/PGV2_M030020030_MEDIOS/LAS%2018%20PRACTICAS%20CLAVE%20NUEVO%20AIEPI%20COMUNITARIO.PDF,
12. Marriner A. Raile M. “Modelos y Teorías de Enfermería”. 4º edic. Madrid: España -1999.
13. Matta Mariños, Willy, Ortega Espinoza, Tatiana. Conocimiento sobre medidas preventivas y prácticas de las madres sobre EDA y su relación

con características sociodemográficas. *Revista Enfermera Herediana*. 2012; 5 (1): 64-69.

14. Ministerio de Salud de Argentina. Boletín informativo: Enfermedades diarreicas, [en línea] Argentina 2010. [fecha de acceso 20 agosto de 2013]; URL disponible en : <http://www.msal.gov.ar/index.php/programas-y-planos/133-enfermedades-diarreicas>
15. Ministerio de Salud. Medidas de Higiene Básicas pueden Evitar Enfermedades Diarreicas como El Cólera. [en línea]. Perú 2011. [fecha de acceso 3 setiembre de 2013]; URL disponible en : http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/notas_auxiliar.asp?nota=9815
16. MINSA, plan de comunicación, [en línea] 2013. [fecha de acceso : 16 de setiembre de 2013]; URL disponible en : http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/lluvias/archivos/materiales/plan_comunicacional.pdf,
17. MINSA; Dirección General de Salud de las Personas; “Guías de práctica clínica para la atención de las patologías más frecuentes y cuidados esenciales del niño y la niña”, *Enfermedades Diarreicas* 1º edición, Perú; 2007.
18. Núñez Paula, I. La gestión de la información, el conocimiento, la inteligencia y el aprendizaje organizacional desde una perspectiva sociopsicológica. [en línea] *Acimed* 2004; 12(3). [fecha de acceso 10 setiembre de 2013]; URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352004000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

19. OMS, centro de prensa: notas descriptivas en línea] 2011. [fecha de acceso 23 agosto de 2013]; URL disponible en : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/>
20. OMS, OPS, MINSA; cruz Roja, AIEPI COMUNITARIO; Estudio de prácticas familiares y comunitarias en el cuidado de niños menores de 5 años. Perú; 2003.
21. OMS; OPS; Manual Clínico para el aprendizaje de AIEPI en enfermería (Enfermedades Prevalentes de la Infancia desde 0 hasta 4 años de edad), Washington, DC. 20037 EE.UU., 2009
22. OPS/OMS. Manual de tratamiento de la diarrea. Perú; 2008.
23. Reyes Y., Rey Y. Conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención. Revista de Ciencias Médicas La Habana 2009; 15 (1).
24. Tratamiento de la diarrea: Manual Clínico para los Servicios de Salud, [en línea]. Washington D.C.: Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la fuente 2008. [fecha de acceso : 16 de setiembre de 2013]; URL disponible en : <http://bvs.per.paho.org/texcom/colera/001948.pdf>
25. Villapando José, "Ciencia y conducta humana", editorial Orbis S.A. Barcelona España.1999.
26. Wikipedia. enfermedades diarreicas y deshidratación, [en línea] 2009. [fecha de acceso : 16 de setiembre de 2013]; URL disponible en : <http://es.wikipedia.org/wiki/Diarrea#Prevenci.C3.B3n>,

ANEXOS

ANEXO 1
MATRIZ DE CONSISTENCIA.

CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS PREVENTIVAS DE EDAs EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CENTRO DE SALUD "CARMEN DE LA LEGUA", CALLAO - 2013

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS GENERAL	METODOLOGIA	POBLACION Y MUESTRA	TECNICAS E INSTRUMENTOS
¿Cuál es la relación entre el nivel de Conocimiento y las Prácticas preventivas de EDAs en madres de niños menores de 5 años del Centro de Salud "Carmen de la Legua", Callao - 2013?	Determinar la relación entre el nivel de Conocimiento y las Prácticas preventivas de EDAs en madres de niños menores de 5 años Centro de Salud "Carmen de la Legua", Callao - 2013.	- Existe relación entre el nivel de Conocimiento y las Practicas preventivas de EDAs en madres de niños menores de 5 años Centro de Salud "Carmen de la Legua", Callao.	1.-Enfoque: Investigación Cuantitativa	Población: La población objetivo de estudio constó de 60 personas, que son todas las madres de niños menores de 5 años.	Técnica: - Encuesta - Visita domiciliaria
	OBJETIVOS ESPECIFICOS	HIPOTESIS NULA	2.-Tipo: Aplicada	La muestra se obtuvo de modo probabilístico aleatorio simple, constituida 52 madres, quienes cumplieron con los criterios de selección y asistieron durante el mes de Octubre del 2013	Instrumentos - Cuestionario - Lista de cotejo
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar el nivel Conocimiento de EDAs en madres de niños menores de 5 años. ✓ Identificar las Prácticas preventivas de EDAs en madres de niños menores de 5 años. ✓ Relacionar el nivel de Conocimiento y las Prácticas preventivas de EDAs en madres de niños menores de 5 años. 	- No existe relación entre el nivel de Conocimiento y las Practicas Preventivas de EDAs en madres de niños menores de 5 años Centro de Salud "Carmen de la Legua", Callao.	3.-Nivel: Descriptiva, Correlacional, de corte transversal	$n = \frac{Z^2 p q N}{NE^2 + Z^2 p a}$ $n = \frac{(1.96)^2(0.25)(60)}{(0.0025)(60-1) + (1.96)^2(0.25)}$ $\frac{(3.8416)(15)}{(0.1475) + (0.9604)}$ $\frac{57.624}{(0.1079)} = 51.92 = 52$	

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, con DNI N° _____ he recibido información de forma clara, precisa y suficiente en relación con el estudio, he tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre el estudio y he recibido respuestas satisfactorias. Entiendo que la participación es voluntaria y que puedo abandonar el estudio cuando lo desee y sin que tenga que dar explicaciones.

Doy mi consentimiento sólo para la entrevista y visita domiciliaria necesaria en la investigación de la que se me ha informado y para que los datos otorgados sean utilizados exclusivamente en ella, sin posibilidad de compartir o ceder éstas, en todo o en parte, a ningún otro investigador, grupo o centro distinto del responsable de esta investigación o para cualquier otro fin.

Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente. Y, por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para MANIFESTAR MI DESEO DE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN TITULADO: CONOCIMIENTO Y PRACTICAS PREVENTIVAS DE EDAS EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CENTRO DE SALUD "CARMEN DE LA LEGUA", CALLAO - 2013 hasta que decida lo contrario. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos.

PARTICIPANTE

Nombre:

DNI:

Fecha:

Firma:

ANEXO 3

CUESTIONARIO

CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS PREVENTIVAS DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS (EDAs)

Instrucciones: Señoras madres de familia acudimos a ustedes solicitándoles su colaboración, ya que estamos realizando un trabajo de investigación sobre "CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS PREVENTIVAS DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS (EDAs) EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS".

Por ese motivo le presentamos este cuestionario, para lo cual se le pide veracidad al brindar las respuestas de las interrogantes. **Esta encuesta es anónima.**

A) DATOS GENERALES DE LA MADRE:

a) Edad:..... Años. 1. 15 – 19 (), 2. 20– 29 (), 3. 30 – 49 ()

c) Distrito de Procedencia:

d) Tiempo de residencia en Carmen de la Legua - Callao:.....

e) Grado de instrucción:

1. Primaria ()

2. Secundaria ()

3. Superior ()

f) Ocupación:

1. Estudiante ()

3. Ama de casa ()

2. Comerciante ()

4. Otro: especifique.....

B) DATOS GENERALES DEL NIÑO:

a) Edad:meses/años.

Marque con un aspa (X) o un círculo (O) la alternativa que usted considere correcta:

C) CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES DIARRÉICAS AGUDAS (EDAs):

1. ¿Qué es diarrea?

- a) 1 – 2 veces deposiciones líquidas o sueltas al día
- b) 3 a más deposiciones líquidas o sueltas al día
- c) 4 o 5 veces deposiciones sólidas al día

2. ¿Cuál de los siguientes signos considera que tiene su niño en caso de diarrea?

- a) Sed, irritabilidad, llanto, varias deposiciones líquidas al día.
- b) Tiene 3 a más deposiciones, tiene mucha hambre.
- c) Presenta fiebre, dolor abdominal, llanto, deposiciones pastosas.

3. ¿Que causa diarrea en el niño?

- a) Echar gotas de lejía al agua, comer alimentos bien cocidos.
- b) Agua y alimentos contaminados, no lavarse las manos, tomar agua sin hervir.
- c) Lavarse las manos antes y después de cambiar los pañales.

4. ¿Cuáles son las complicaciones de las diarreas? (si no es tratado a tiempo)

- a) Deshidratación y/o Desnutrición
- b) Anemia y Deshidratación.
- c) Raquitismo

5. ¿La deshidratación pone en riesgo la vida de su niño?

- a) Si
- b) No

6. ¿Cuáles son los signos y síntomas de la deshidratación?

- a) Llanto sin lágrimas, fiebre, tos con flema.
- b) Poco apetito y sed, llanto, decaimiento.
- c) Llanto sin lágrimas, boca seca, decaimiento, ojos hundidos.

- 7. ¿A qué lugar cree usted que debe llevar a su niño si presenta diarrea?**
- a) Establecimiento de Salud (Médico)
 - b) Farmacia
 - c) Curandero
- 8. ¿Usted qué debe hacer cuando su niño tiene diarrea?**
- a) Alimentarlo normalmente y aumentar ingesta de líquidos.
 - b) Disminuir el número de comidas y bebidas.
 - c) Alimentarlo más veces de lo habitual.
- 9. Cuando el médico le da tratamiento a su niño con diarrea. ¿ qué debe hacer?**
- a) Cumplir con el tratamiento indicado y volver cuando se enferme de nuevo.
 - b) Suspender si su niño se siente mejor y regresar si se enferma.
 - c) Cumplir con el tratamiento indicado y luego llevarlo para su control
- 10. ¿Qué importancia tiene el SRO (suero de rehidratación oral) cuando su niño tiene diarrea?**
- a) Para calmar la diarrea.
 - b) Para recuperar líquidos perdidos.
 - c) Para calmar la sed.
- 11. Durante el episodio de diarrea del niño, La solución del SRO (suero de rehidratación oral) debe de tomarse:**
- a) Cuando tiene sed.
 - b) A cada hora durante la diarrea.
 - c) Inmediatamente después de cada evacuación.
- 12. ¿Sabe que existe una vacuna que previene las diarreas graves?**
- a) Sí
 - b) No

- 13. ¿Dónde considera correcto depositar la basura**
- a) En bolsa y luego al recolector de basura
 - b) En un recipiente sin tapa y luego al recolector de basura
 - c) En un recipiente con tapa y luego al recolector de basura
- 14. ¿Qué cuidados protegen a su niño contra las diarreas?**
- a) Lavar bien los alimentos y utensilios de cocina.
 - b) Abrigar a su niño de acuerdo a la temporada.
 - c) Dejar que su niño juegue en el suelo, y con animales y luego bañarlo.
- 15. ¿Mantener baños limpios y conectados a red de desagüe?**
- a) Evita la propagación de microbios y enfermedades.
 - b) Sirve para la comodidad de las personas
 - c) Para mantener un ambiente agradable
- 16. ¿Cuáles son los momentos correctos para el lavado de manos?**
- a) Antes y después de: atender a su niño, de cocinar y después de ir al baño
 - b) Antes de ir al baño, después de cocinar y después de atender a su niño.
 - c) Antes y después de atender a una persona enferma y después de dar de lactar o comer a su niño.
- 17. ¿Cómo se debe consumir el agua?**
- a) Tomar agua directa del caño.
 - b) Tomar agua directa del depósito donde la guarda
 - c) Hervir el agua y luego consumirla.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN...

ANEXO 4

LISTA DE COTEJO

<u>VISITA DOMICILIARIA</u>		
LISTA DE COTEJO		
	SI	NO
1. El agua que consume esta clorada o hervida Especifique (.....)		
2. Tiene agua conectada a red (potable) ó almacena el agua en un tacho limpio y con tapa, alejado del suelo y basura. Especifique (.....)		
3. Elimina las excretas en letrinas ó baño conectado a red Especifique (.....)		
4. Elimina los pañales en tacho con tapa y luego al basurero. Especifique (.....)		
5. Elimina los desechos en recipiente de plástico con tapa Especifique (.....)		
6. ¿se lava las manos con jabón antes y después de preparar los alimentos, cambiar los pañales, ir al baño, comer los alimentos Especifique (.....)		
7. Lava las frutas y verduras con agua clorada Especifique (.....)		
8. Mantiene las frutas y verduras protegidos de tierra y moscas Especifique (.....)		
9. Mantiene los utensilios protegidos de tierra y moscas. Especifique (.....)		
10 Los niños menores de 5 años tienen todas las vacunas. Especifique (.....)		

FUENTE: Especialista en Enfermería Pediátrica Susana Maribel Flores Avalos. LIMA – PERÚ 2007

ANEXO 5

**VALIDEZ DE INSTRUMENTO
GRADO DE CONCORDANCIA ENTRE LOS JUECES EXPERTOS SEGÚN PRUEBA BINOMIAL**

ITEMS	JUECES								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00390625
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00390625
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00390625
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00390625
5	1	1	0	1	1	1	1	1	0.03125
6	1	1	0	1	1	1	1	1	0.03125
7	1	1	0	1	1	1	1	1	0.03125
8	1	1	1	1	1	0	1	1	0.03125
9	1	1	1	1	1	0	1	1	0.03125
10	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00390625
11	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00390625
TOTAL									

Se ha considerado:

0: Si la respuesta es negativa

1: Si la respuesta es positiva

Si P es menor de 0.5 el grado de concordancia es significativo, por lo tanto el grado de concordancia es significativo para el instrumento de medición es válido, ya que se observa valores menores a 0.5

ANEXO 6

**PROCEDIMIENTO DE LA ESCALA DE ESTANONES PARA LA MEDICIÓN
DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EDAS**

Estadísticos

Media 24,85

Desv. Estnd 4,79

En dónde:

Medición:

Correcta =1

Incorrecta =0

X: Promedio

X = 24,85

S: Desviación estándar

S = 4,79

Proceso:

0 - (X - S)

Bajo

(X - S) - X

Medio

X - Máximo alto

Alto

Rangos para el Conocimiento:

BAJO 0.00 20.05

MEDIO 20.05 24.85

ALTO 24.85 34.00

ANEXO 7

PRUEBA PILOTO PARA EL CÁLCULO DE LA CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS

Ítems en el instrumento																			
Encuestados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	sumatoria de los aciertos de los ítems	
1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	13	
2	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	10	
3	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	12	
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	15	
5	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	14	
6	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	13	
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	15	
8	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	13	
9	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	14	
10	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	11	
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17	
12	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	13	
13	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	9	
14	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	15	
15	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	13	
16	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	10	
17	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	5	
18	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	9	
19	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	7	
20	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	10	
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	16	
22	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	13	
23	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	12	
24	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	13	
25	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	13	
26	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	12	
27	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	12	
28	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	13	
29	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	13	
30	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	15	
31	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	14	
32	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	11	
33	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	12	
34	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	15	
35	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	14	
36	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	14	
37	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	13	
38	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	13	
39	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	14	
40	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	11	
41	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17	
42	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	13	
43	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	12	
44	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	13	
45	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	12	
46	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	13	
47	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	13	
48	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	11	
49	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	12	
50	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	13	
51	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	12	
52	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	5	
sumatoria de los aciertos por pregunta	31	31	43	41	47	37	44	43	31	36	23	16	30	49	46	48	50	6,74	varianza de los aciertos
p	0,6	0,6	0,8	0,8	0,9	0,7	0,8	0,8	0,6	0,7	0,4	0,3	0,6	0,9	0,9	0,9	1,0		
q	0,4	0,4	0,2	0,2	0,1	0,3	0,2	0,2	0,4	0,3	0,6	0,7	0,4	0,1	0,1	0,1	0,0		
pxq	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0	2,78	sumatoria pxq

- 0 Nula
- 0,01 - 0,20 Muy baja
- 0,21 - 0,40 Baja
- 0,41 - 0,60 Moderada o Sustancial
- 0,61 - 0,80 confiable
- 0,81 - 0,99 Muy confiable
- 1 confiable

$$K_r = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum p^* q}{S^2} \right]$$

CORRECTO	1
INCORRECTO	0

$$\frac{1 - (\sum pxq / \text{varianza})}{0,52}$$

$k/(k-1)$ k número de ítems
1,06 en el cuestionario

Coeficiente 0,548

ANEXO 8

PRUEBA PILOTO PARA EL CÁLCULO DE LA CONFIABILIDAD DE LA LISTA DE COTEJO SOBRE PRÁCTICAS PREVENTIVAS

Items en el Instrumento												sumatoria de los aciertos de los items	
Encuestados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	8		
2	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	5		
3	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	6		
4	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	8		
5	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	8		
6	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	7		
7	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	9		
8	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	7		
9	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	5		
10	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	6		
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10		
12	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	7		
13	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	4		
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10		
15	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	7		
16	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	5		
17	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	4		
18	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	5		
19	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	4		
20	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	5		
21	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	9		
22	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	7		
23	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	5		
24	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	7		
25	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	7		
26	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	6		
27	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	6		
28	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	7		
29	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	7		
30	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	8		
31	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	8		
32	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	5		
33	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	6		
34	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10		
35	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	8		
36	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	8		
37	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	8		
38	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	5		
39	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	9		
40	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	5		
41	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10		
42	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	7		
43	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	6		
44	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	7		
45	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	6		
46	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	5		
47	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	7		
48	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	7		
49	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	6		
50	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	7		
51	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	7		
52	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	4		
sumatoria de los aciertos por pregunta	50	51	50	16	20	45	12	37	39	33	2.88	varianza de los aciertos	
p	1.0	1.0	1.0	0.3	0.4	0.9	0.2	0.7	0.8	0.6			
q	0.0	0.0	0.0	0.7	0.6	0.1	0.8	0.3	0.3	0.4			
pxq	0.0	0.0	0.0	0.2	0.2	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	1.46	sumatoria pxq	

- 0 Nula
- 0,01 - 0,20 Muy baja
- 0,21 - 0,40 Baja
- 0,41 - 0,60 Moderada o Sustancial
- 0,61 - 0,80 confiable
- 0,81 - 0,99 Muy confiable
- 1 confiable

$$K_r = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum p * q}{St^2} \right]$$

CORRECTO	1
INCORRECTO	0

1-(Σpxq/varianza)

0.49

k/(k-1) k numero de Items

1.11 en el cuestionario

Coeficiente **0.547**

ANEXO 9

Tabla 3. Epidemios de las enfermedades diarreicas agudas por DIARAS/DIREAS, semana epidemiológica 13, años 2012-2013

DEPARTAMENTO	DIARAS/DIREAS	2012						2013							
		Diarreas acuosa		Diarreas disentericas		Hospitalizados	Defunciones	Total EDAS	Diarreas acuosa		Diarreas disentericas		Hospitalizados	Defunciones	Total EDAS
		Semana 13	Acumulado	Semana 13	Acumulado				Semana 13	Acumulado	Semana 13	Acumulado			
Amazonas	Amazonas	566	8097	23	364	60	1	8461	540	8129	10	290	138	0	8419
Ancash	Ancash	410	9148	43	565	92	0	9713	675	10466	50	815	164	0	11281
Apurimac	Apurimac	150	2104	9	232	6	1	2426	191	2366	17	215	23	0	2581
	Chauka	73	932	0	22	0	0	954	52	838	0	7	3	0	815
Arequipa	Arequipa	2008	24660	64	923	387	3	25583	1401	21943	61	1156	209	0	23079
Ayacucho	Ayacucho	356	5053	24	521	13	1	5574	382	5495	13	378	18	0	5873
Cajamarca	Cajamarca	144	1762	10	177	9	0	1939	113	1948	14	175	6	0	2123
	Chota	160	2320	7	41	1	0	2361	99	1338	3	14	0	0	1352
	Cutervo	57	1016	2	27	3	0	1043	87	1150	1	23	2	0	1173
	Jaen	258	3684	3	51	48	0	3735	282	3690	2	54	12	0	3744
Callao	Callao	1098	16242	2	113	31	0	16355	955	15473	3	85	19	0	15558
Cusco	Cusco	762	9553	18	228	53	3	9781	829	10923	13	222	110	4	11145
Huanavelica	Huanavelica	293	4162	12	1101	100	1	5263	307	4700	53	884	76	1	5584
Huánuco	Huánuco	470	6399	18	330	113	2	6737	472	6552	23	314	85	2	6866
Ica	Ica	495	6993	14	303	128	0	7296	391	6797	18	275	74	1	7072
Junín	Junín	496	7095	8	128	65	1	7223	529	8281	13	199	65	1	8480
La Libertad	La Libertad	1104	17484	13	375	200	0	17859	1019	19842	26	282	115	0	20124
Lambayeque	Lambayeque	727	11464	29	503	78	0	11967	527	10108	10	286	66	0	10394
Lima	Lima	1000	14135	25	286	94	2	14421	790	14881	13	304	86	0	15185
	Lima Ciudad	1578	23484	82	916	477	0	24400	1473	24487	47	724	336	0	25211
	Lima Este	1040	17059	21	358	87	0	17417	1112	17358	15	430	80	0	17788
	Lima Sur	1340	17790	24	211	15	0	18001	1206	17668	10	210	37	0	17878
Loreto	Loreto	1151	15072	189	1994	176	3	17066	1005	16553	136	2391	167	0	18944
Madre de Dios	Madre de Dios	171	2020	14	103	33	1	2123	128	1911	5	86	18	0	1997
Moquegua	Moquegua	438	5522	16	164	91	1	5686	367	5437	7	132	63	0	5569
Pasco	Pasco	418	5981	11	192	102	3	6173	405	6081	9	176	83	0	6257
Piura	Luciano Castillo	641	8710	5	80	66	0	8801	194	2157	2	28	21	0	2185
	Piura	472	9409	17	190	143	1	9599	685	7818	14	151	137	0	7966
Puno	Puno	278	4336	39	466	89	8	4802	268	4274	7	319	128	1	4593
San Martín	San Martín	182	3074	5	248	71	0	3322	232	3242	4	422	35	0	3664
Tarma	Tarma	446	7003	3	71	31	0	7074	533	7765	4	48	19	0	7813
Tumbes	Tumbes	112	2377	7	30	23	0	2407	125	1405	1	17	46	0	1422
Ucayali	Ucayali	375	5641	50	921	35	0	6562	479	6442	68	904	27	3	7316
Total		19743	272879	872	13245	9240	32	292124	17859	277518	675	12016	2468	13	289534

Fuente: Sistema nacional de vigilancia epidemiológica en salud pública - DGE - MINSA

ANEXO 10

Boletín Epidemiológico Callao, S.E. (02) | 2011

INDICADORES SEMANALES DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS SE 2 - 2011

TOTAL DE CASOS DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS
PROVINCIA CONSTITUCIONAL DEL CALLAO
AÑO 2010 SE 2

ESTABLECIMIENTOS	DIA AGUDA		DIA DENTERICA		CÓLERA	
	SE. 2	Hasta SE. 2	SE. 2	Hasta SE. 2	SE. 2	Hasta SE. 2
DIRECCION DE RED DE SALUD BONILLA - LA PUNTA	30	67	1	1	0	0
MICRORED 1	12	23	1	1	0	0
C.S. BASE MANUEL BONILLA - CABEZA DE MICRORED	6	12	1	1	0	0
C.S. ALBERTO BARTON	0	2	0	0	0	0
C.S. PUERTO NUEVO	0	1	0	0	0	0
C.S. LA PUNTA	3	5	0	0	0	0
C.S. SAN JUAN BOSCO	3	3	0	0	0	0
MICRORED 2	4	5	0	0	0	0
C.S. SANTA FE - CABEZA DE MICRORED	2	4	0	0	0	0
C.S. JOSE BOTERN	2	4	0	0	0	0
C.S. CALLAO	0	0	0	0	0	0
MICRORED 3	4	5	0	0	0	0
C.S. JOSE OLAYA - CABEZA DE MICRORED	2	3	0	0	0	0
C.S. MIGUEL GRAU	1	1	0	0	0	0
C.S. SANTA ROSA	1	1	0	0	0	0
MICRORED 4	7	18	0	0	0	0
C.S. GAMBETTA ALTA (24 HRS.) - CABEZA MICRORED	5	8	0	0	0	0
RAMON CASTILLA	2	8	0	0	0	0
GAMBETTA BAJA	0	2	0	0	0	0
MICRORED 5	3	13	0	0	0	0
C.S. ACAPULCO (24 HRS.) - CABEZA DE MICRORED	2	5	0	0	0	0
C.S. JUAN PABLO F	1	5	0	0	0	0
C.S. EL AYLLU	0	3	0	0	0	0
CENTRO DE DESARROLLO JUVENIL CALLAO	0	0	0	0	0	0
DIRECCION DE RED DE SALUD BEBECA	76	100	0	0	0	0
MICRORED 1	21	39	0	0	0	0
C.S. FAUCETT CABEZA DE MICRORED	7	14	0	0	0	0
C.S. 200 MLLAS	12	22	0	0	0	0
C.S. PALMERAS DE COUENDO	2	3	0	0	0	0
MICRORED 2	18	50	0	0	0	0
C.S. SESQUICENTENARIO - CABEZA DE MICRORED	5	19	0	0	0	0
C.S. PREVI	0	0	0	0	0	0
C.S. BOCANEGRA	8	15	0	0	0	0
C.S. EL ALAMO	5	16	0	0	0	0
MICRORED 3	13	23	0	0	0	0
C.S. AEROPUERTO - CABEZA DE MICRORED	3	7	0	0	0	0
C.S. PILAYA RBMC	0	12	0	0	0	0
P.S. POLIGNO IV	4	4	0	0	0	0
MICRORED 4	26	45	0	0	0	0
C.S. BASE BELLAVISTA - CABEZA DE MICRORED	0	4	0	0	0	0
C.S. ALTAMAR	12	20	0	0	0	0
C.S. SEÑOR DE LOS MLAGROS	2	4	0	0	0	0
C.S. CARMEN DE LA LEGUA	6	11	0	0	0	0
C.S. LA PERLA	5	5	0	0	0	0
DIRECCION DE SALUD VENTANILLA	70	138	4	5	0	0
MICRORED 1	23	54	2	3	0	0
C.S. 3 DE FEBRERO (24 HRS.) - CABEZA DE MICRORED	6	16	0	0	0	0
CENTRO MATERNO INF. PACHACUTEC PERU KOREA	9	17	0	0	0	0
C.S. BARRA BLANCA	0	1	0	0	0	0
C.S. CIUDAD PACHACUTEC	8	18	2	3	0	0
MICRORED 2	22	33	2	2	0	0
C.S. ANGAMOS - CABEZA DE MICRORED	7	8	0	0	0	0
C.S. HUOS DE GRAU	3	8	0	0	0	0
C.S. DEFENSORES DE LA PATRIA	2	2	2	2	0	0
C.S. VENTANILLA ALTA	0	6	0	0	0	0
C.S. M PERU	4	7	0	0	0	0
MICRORED 3	16	23	0	0	0	0
C.S. LUIS FELIPE DE LAS CASAS - CABEZA DE MICRORED	7	10	0	0	0	0
C.S. VILLA LOS REYES	0	1	0	0	0	0
C.S. STAROSA DE PACHACUTEC	9	12	0	0	0	0
MICRORED 4	15	29	0	0	0	0
C.S. BASE MARQUEZ (24 HRS.) - CABEZA DE MICRORED	6	11	0	0	0	0
C.S. VENTANILLA BAJA	5	10	0	0	0	0
C.S. VENTANILLA ESTE	4	7	0	0	0	0
HOSPITALES	301	595	4	5	0	0
HOSPITAL DANIEL ALC. DES CARRION	100	164	4	5	0	0
HOSPITAL SAN JOSE	131	286	0	0	0	0
HOSPITAL VENTANILLA	70	125	0	0	0	0
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION	0	0	0	0	0	0
ESTABLECIMIENTOS DE ESPECIALIDAD	549	1141	0	0	0	0
ALBERTO SABOGAL SOLUGUREN	281	582	0	0	0	0
HERMANAS MARIA DON ROSE S.	76	138	0	0	0	0
POLICLINICO LUIS NEGREIROS VEGA	192	421	0	0	0	0
POLICLINICO DE BELLAVISTA	0	0	0	0	0	0
OTROS	72	173	0	2	0	0
AEREA INTERNACIONAL	5	14	0	0	0	0
CENTRO MEDICO NAVAL	41	99	0	2	0	0
DIRAVPOL PNP	0	0	0	0	0	0
POLICLINICO CALLAO PNP	0	0	0	0	0	0
POLICLINICO VPOL PNP	10	26	0	0	0	0
POSTA NAVAL DE VENTANILLA	8	12	0	0	0	0
SANIDAD BASE AEREA FAP	3	7	0	0	0	0
MARITIMA INTERNACIONAL	0	0	0	0	0	0
CLINICA SAN JOSE	5	10	0	0	0	0
PROVINCIA	1104	2274	8	13	0	0

Fuente: NOTI-SIP

6

DIRESA Callao: Jr. Colina N° 879 Bellavista - Callao Teléfono 465-0048 - FAX 465-5279
<http://www.diresacallao.gob.pe> - Correo de la Oficina de Epidemiología: epicallao@dee.gob.pe; epicallao@hotmail.com.pe

ANEXO 11

MEDIDA DE ELECCIÓN ANTE LAS EDAs EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD "CARMEN DE LA LEGUA", CALLAO - 2013

SINTOMATOLOGÍA DE DESHIDRATACIÓN	POBLACIÓN	
	Nº	%
Alimentarlo normalmente y aumentar la ingesta de líquidos.	42	80.8
Disminuir el número de comidas y bebidas.	4	7.7
Alimentarlo más veces de lo habitual.	6	11.5
TOTAL	52	100

Fuente: Cuestionario aplicado a las madres de niños menores de 5 años que acuden al Centro de Salud "Carmen de La Legua", Callao - 2013

IMPORTANCIA DEL BAÑO CONECTADO A RED EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD "CARMEN DE LA LEGUA", CALLAO - 2013

IMPORTANCIA DE RED DE DESAGÜE	POBLACIÓN	
	Nº	%
SI	42	80.8
NO	10	19.2
TOTAL	52	100

Fuente: Cuestionario aplicado a las madres de niños menores de 5 años que acuden al Centro de Salud "Carmen de La Legua", Callao - 2013

ANEXO 12

GRÁFICO DE DISPERSIÓN DE CORRELACIÓN DEL COEFICIENTE R DE SPEARMAN ENTRE EL CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS PREVENTIVAS DE EDAS EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CENTRO DE SALUD CARMEN DE LA LEGUA – CALLAO 2013

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d^2}{n(n-1)(n+1)}$$

COEF. SPEARMAN 0.891

