

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



NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS PREVENTIVAS DE
ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS DE MADRES DE NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD "VILLA SEÑOR DE LOS
MILAGROS" – CALLAO 2017

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA

IBAÑEZ BERNACHEA, DIANA CAROLINA
JAYO GASTELU, GLENN ROSSANA
SARAVIA OSCCO, INES

Callao, 2018

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA

MIEMBROS DEL JURADO

Dra. Angélica Díaz Tinoco	Presidenta
Mg. Noemi Zuta Arriola	Secretaria
Mg. Laura del Carmen Matamoros Sampén	Vocal

ASESOR: Dra. Nancy Susana Chalco Castillo

NUMERO DE LIBRO: 01

NUMERO DE FOLIO: 111

FECHA DE APROBACION DE TESIS: 18 de Julio del 2018

RESOLUCION DE SUSTENTACION: N°1309-2018-D/FCS

DEDICATORIA

Dedicamos esta investigación en primer lugar a nuestro Dios, por darnos y ayudarnos en cada momento, a nuestros padres que con esmero, paciencia y amor nos apoyaron para llegar a esta instancia de nuestros estudios y han hecho posible que realicemos esta investigación, porque sin su ayuda no hubiese sido posible que siguiéramos adelante.

ÍNDICE

CARÁTULA	
PÁGINA DE RESPETO	
HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN	
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
INDICE	
TABLAS DE CONTENIDO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Identificación del problema	8
1.2 Formulación del problema	11
1.3 Objetivos de la investigación	11
1.4 Justificación de la Investigación	13
II. MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes del estudio	14
2.2 Base epistémica	18
2.3 Bases culturales	20
2.4 Bases científicas	21
2.6 Bases teóricas	48
2.5 Bases Normativas	56
2.7 Definición de términos básicos	58
III. VARIABLES E HIPÓTESIS	
3.1 Variables de Investigación	59
3.2 Operacionalización de las variables	60

3.3 Hipótesis	62
IV. METODOLOGÍA	
4.1 Tipo de Investigación	63
4.2 Diseño de Investigación	63
4.3 Población y Muestra	64
4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	66
4.5 Procesamiento de recolección de datos	69
4.6 Procesamiento estadístico y análisis de datos	70
V. RESULTADOS	73
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	72
6.1 Contrastación de hipótesis con los resultados.	
6.2 Contrastación de resultados con otros estudios similares.	
VII. CONCLUSIONES	82
VIII. RECOMENDACIONES	83
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	
Anexo 1: Matriz de Consistencia	
Anexo 2: Cuestionario	
Anexo 3: Lista de cotejo	
Anexo 4: Consentimiento informado de la participación	
Anexo 5: Confiabilidad del instrumento.	
Anexo 6: Medición de la variable conocimiento y práctica.	
Anexo 7: Validación del instrumento	
Anexo 8: Características sociodemográficas de madres de niños menores de 5 años	
Anexo 9: Datos maternos de madres de niños menores de 5 años.	
Anexo 10: Conocimientos sobre la Enfermedad diarreica aguda.	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 5.1.....	73
Nivel de conocimientos de Enfermedades diarreicas agudas de madres de niños menores de 5 años en el Centro de salud “Villa Señor de los Milagros”, Callao 2017.....	73
Tabla 5.2.....	75
Practicas preventivas de Enfermedades diarreicas agudas de madres de niños menores de 5 años en el Centro de salud “Villa Señor de los Milagros”, Callao 2017.....	75
Tabla 5.3.....	76
Nivel de conocimiento y practicas preventivas de Enfermedades diarreicas agudas de madres de los niños menores de 5 años en el Centro de salud “Villa Señor de los Milagros”-Callao 2017.....	76
Tabla 5.4.....	77
Prueba estadística del Chi- Cuadrado de Pearson.....	77
Tabla5.5.....	78
Nivel de conocimiento de Enfermedade diarreicas agudas según las características sociodemográficas en las madres de los niños menores de 5 años en el Centro de Salud “Villa Señor de los Milagros” - Callao 2017.....	78
Tabla5.6.....	79
Nivel de conocimiento de Enfermedades diarreicas agudas según los datos maternos de las madres de los niños menores de 5 años en el Centro de salud “Villa Señor de los Milagros” – Callao 2017.....	79

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 5.1.....	74
Nivel de conocimiento de Enfermedades diarreicas agudas en madres de niños menores de 5 años en el Centro de Salud “Villa Señor de los Milagros”, Callao 2017.....	74

RESUMEN

La Enfermedad Diarreica Aguda es un problema de salud pública; una causa de morbilidad en niños menores de 5 años. La investigación: Nivel de conocimientos y prácticas preventivas de Enfermedades Diarreicas Agudas de madres de niños menores de 5 años en el Centro de salud "Villa Señor de los Milagros" - Callao 2017, tuvo como **OBJETIVO:** determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas preventivas en la enfermedad diarreica aguda. **METODOLOGIA:** de tipo descriptivo correlacional de corte transversal, la muestra fue de 70 madres de niños menores de 5 años que acuden al Centro de salud. Los instrumentos utilizados; cuestionario para conocimientos y de prácticas preventivas. Los datos fueron obtenidos mediante la entrevista y observación. **RESULTADOS:** El 66 % de las madres presentó un nivel de conocimiento Medio, el 19 % nivel de conocimiento Bajo y el 16 % presentó nivel de conocimiento Alto. En las prácticas preventivas evidenciamos el 76% de las madres tienen prácticas adecuadas y el 24% tienen prácticas inadecuadas. **CONCLUSION:** Al contrastar las variables se encontró un valor ($p=0.236$), por lo que se concluye que no existe relación entre el nivel de conocimiento y prácticas preventivas.

Palabras claves: Conocimiento, Prácticas, Enfermedad Diarreica Aguda.

SUMMARY

Acute Diarrheal Disease is a public health problem; a cause of morbidity and mortality in children under 5 years of age. The research: Level of knowledge and preventive practices of Acute Diarrheal Diseases of mothers of children under 5 years of age in the health center "Villa Señor de los Milagros" - Callao 2017, had as **OBJECTIVE**: to determine the relationship between the level of knowledge and preventive practices in acute diarrheal disease. **METHODOLOGY**: descriptive correlational cross-sectional type, the sample was 70 mothers of children under 5 years who go to the Health Center. The instruments used; questionnaire for knowledge and preventive practices. The data was obtained through the interview and observation. **RESULTS**: 66% of the mothers presented a level of knowledge Medium, 19% level of knowledge Low and 16% presented level of knowledge High. In preventive practices we show 76% of mothers have adequate practices and 24% have inadequate practices. **CONCLUSION**: When comparing the variables, a value was found ($p= 0.236$), so it is concluded that there is no relationship between the level of knowledge and preventive practices.

Key words: Knowledge, Practices, Acute Diarrheal Disease

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Panamericana de la Salud, la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) 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.

Las enfermedades diarreicas agudas ocasionan emergencias permanentes en los establecimientos de salud, más aún 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. Los estudios epidemiológicos indican que los casos de diarreas están basadas 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.

Esta investigación resalta en la medida que los datos obtenidos nos permitirá incentivar al profesional de enfermería sobre la importancia de desarrollar permanentemente actividades de promoción y prevención destinados a proteger, promover y fomentar la salud del niño, mejorando e incrementando los conocimientos y prácticas de las madres en las EDAS, lo cual contribuirá a disminuir la morbi- mortalidad y complicaciones en la población infantil

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

I.1 Identificación del problema

Según la OMS (2017) las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años, y ocasionan la muerte de 525 000 niños cada año.

En todo el mundo se producen unos 1700 millones de casos de enfermedades diarreicas infantiles cada año. (1)

La Organización Mundial de la Salud realizó un estudio actual sobre factores de riesgo para padecer enfermedades gastrointestinales y describió que el 82,7 % de las afecciones se producían en niños menores de 5 años, los cuales presenta enfermedades diarreicas de aparición reciente es decir menos de 5 días; determinó que el 50,6 % de casos se da en ambientes de hacinamiento; y que los bajos recursos económicos dan un riesgo de 37,3 %. Por lo que queda claro que esta es una enfermedad prevalente, con cuadros dispersos, presente en niños con grandes tasas de morbi-mortalidad. (2)

La enfermedad diarreica aguda (EDA) constituye un gran problema de salud pública en la mayoría de países en vías de desarrollo y es causa importante de morbilidad durante la infancia.

Los rotavirus son la causa más común de diarrea y deshidratación grave en niños pequeños, por ende causa de la mortalidad infantil.

Según las estimaciones de la OMS en el 2008, aproximadamente 450 000 niños menores de 5 años de edad mueren cada año de infecciones por rotavirus prevenibles por vacunas. (3)

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 enfermedades diarreicas (EDAS) ocupan el tercer lugar como causa de mortalidad y morbilidad, siendo la deshidratación una consecuencia que ocasionan emergencias permanentes en los establecimientos de salud más aún si se trata de lactantes y niños con bajo peso.

La mayoría de niños menores de 5 años en realidad fallecen por una grave deshidratación y pérdida de líquidos. Los niños con malnutrición o inmunodeprimidos son los que presentan mayor riesgo de enfermedades diarreicas. (4)

Situación Actual

Las enfermedades diarreicas siguen siendo la gran causa de morbilidad en la etapa de la niñez en nuestro país, debido a la persistencia de los factores determinantes en una proporción importante de la población.

SE 03-2017, se notificaron 67 086 episodios de enfermedades diarreicas, EDA, encontrándose que todos los departamentos han reportado episodios de las enfermedades diarreicas, EDA, siendo el departamento de Lima 18 978 la que ha reportado el mayor número de episodios de enfermedades diarreicas, seguido de Arequipa con 5 742 .

Por consiguiente al mismo periodo de tiempo del 2016, se observa que, los episodios de enfermedades diarreicas han disminuido en un 0,8%, siendo el departamento de La Libertad el que presenta el mayor decremento de episodios en un 11,2%, mientras que algunos departamentos han aumentado los episodios, siendo Piura el que presenta el mayor incremento, en un 24,7%, seguido de Ica con un incremento del 3,4% con respecto a lo reportado en el 2016. En la última semana se observa un ligero incremento de los episodios de las enfermedades diarreicas (EDA). Por último Ancash con un incremento del 6,5% con respecto a lo reportado en el 2016. (5)

Asimismo haciendo una comparación desde los primeros meses del 2018, se han notificado 18950 episodios de EDA 15,8% menor a lo reportado en el 2017 (22517) y 19,9% menor al 2015 (23645), al mismo periodo de tiempo.

De los episodios de diarrea aguda notificados hasta la SE 01, 18139 (95,7%) fueron acuosas y 811 (4,3%) fueron disentéricas.

El departamento de Tumbes presenta el mayor decremento de episodios en un 54,8%, mientras que en el departamento de La Libertad ha aumentado los episodios en un 8,9%. Para la SE 01 del 2018, el departamento de Moquegua presenta la incidencia acumulada más elevada con un 1,7 x 1000 habitantes, seguido de Pasco, Ucayali, Amazonas y Arequipa (6)

Según el Boletín Epidemiológico Diresa Callao, en la Región Callao las 75 unidades que conforman la Red de Vigilancia Epidemiológica del Callao (DIRESA, FFAA y policiales, Es SALUD) han notificado 30,440 casos de enfermedades diarreicas Acuosa y 56 Disentéricas, sumando 30,496 EDAS.

Según el lugar de procedencia 59.65% de episodios proceden de la Región Callao, 20.66% de Lima y otros. El Hospital A. Sabogal. S, reporta según ubicación de su institución y no procedencia del paciente, notificó 19.69% de episodios de enfermedades diarreicas (EDAS). La mayoría de los episodios de enfermedades diarreicas proceden de los distritos de Callao (49.98%) y Ventanilla (33.82%), las tasas más altas pertenecen a los distritos de Carmen de La Legua (294.22 por 10,000 hab. y Callao 223.29 por 10,000 hab. ambas inferiores a la Regional. Se han notificado 7635 episodios de EDAS en menores de 5 años con una tasa de 977 por 10,000 habitantes, cifras superiores a las nacionales.

1.2 Formulación del problema

- ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas preventivas de Enfermedades diarreicas agudas de madres de niños menores de 5 años en el Centro de Salud “Villa Señor de los Milagros” - Callao 2017?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo General:

- Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas preventivas de Enfermedades diarreicas agudas de madres de niños menores de 5 años en el Centro de Salud “Villa Señor de los Milagros” - Callao 2017.

1.3.2 Objetivo Específico

- Identificar el nivel de conocimiento de Enfermedades diarreicas agudas de madres de niños menores de 5 años en el Centro de Salud “Villa Señor de los Milagros” - Callao 2017.
- Identificar las prácticas preventivas de Enfermedades diarreicas agudas de madres de niños menores de 5 años en el Centro de Salud “Villa Señor de los Milagros” - Callao 2017.
- Identificar el nivel de conocimientos sobre la Enfermedades diarreicas agudas de madres de niños menores de 5 años según sus características sociodemográficas

1.4 Justificación de la Investigación

El presente estudio se justifica porque la enfermedad diarreica aguda es la tercera causa de muerte en el Perú y el mundo, principalmente en niños menores de 5 años, de zonas rurales y urbano-marginales. (7)

Esta investigación está dirigida a describir el nivel de conocimiento de madres en las enfermedades diarreicas agudas en menores de cinco años, nos vamos a enfocar en los niños de 0 a 5 años, etapa fundamental para la vida futura de ellos y que debemos controlar minuciosamente para no tener efectos indeseados a largo plazo en la etapa del niño.

Por ello es necesario convertir los conocimientos en acción, debido a una serie de estudios de carácter internacional y nacional que demuestran la necesidad de tener información actualizada permanentemente sobre el comportamiento de la enfermedad y generar acciones que ayuden a enfrentarlo, mediante una mejor atención de los niños y acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, lo cual justifica dicha investigación. (7)

Esta información también servirá como fuente generadora de nuevas ideas de investigación disponible para la comunidad científica en el área de la salud y especialmente en enfermería. Puesto que la enfermera tiene el primer contacto con los niños y madres en el control de crecimiento y desarrollo como también en la atención integral que se les brinda.

Los resultados del presente estudio de investigación darán a conocer los conocimientos y actitudes sobre la prevención de las Enfermedades

Diarreicas Agudas en madres de niños menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Villa Señor de los Milagros. Los cuáles serán entregados al establecimiento de salud para así poder plantear estrategias más específicas para el mejoramiento de los conocimientos y las prácticas hacia la prevención de las enfermedades diarreicas, EDAS, en el ambiente familiar, y por ende contribuir a la disminución de la incidencia y complicación mortal de las enfermedades diarreicas, EDAS, en los niños menores de cinco años.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del Estudio

Al realizar la revisión de antecedentes del estudio se ha encontrado algunos trabajos relacionados. Así tenemos:

2.1.1 Antecedentes Nacionales

FLORES SANTILLÁN, Christian (2015), realizó un estudio “Conocimiento sobre enfermedad diarreica aguda en madres de niños menores de 5 años nido children’s house 2015” tuvo como objetivo principal Identificar el Nivel de conocimiento en las enfermedades diarreica aguda en madres de niños menores de 5 años en un nido en Miraflores. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, de corte transversal. Se hizo una encuesta a 54 madres durante el período de enero a abril del 2015, los datos se ingresaron a una base de Microsoft Excel 2015 y luego llevados al paquete estadístico SPSS v.22 para su análisis. La edad media de las madres fue de 36 años y la mayoría tenía entre 1 a 2 hijos. Predominó el grado Superior Universitario (81.5%). La mayoría realiza un trabajo dependiente (53.7%). En la mayoría de casos (92,6%), el nivel de conocimiento fue regular. En el grado Superior Universitario se encontró diferencia estadística significativa, obteniendo mejores resultados que los otros grupos ($p < 0.001$). El grupo de madres de menor edad obtuvieron mejores resultados las que no había recibido información previa sobre

diarrea ($p=0.025$). nivel de conocimiento en EDA de nuestra población es Regular. Considerando las diversas características sociodemográficas no se encontró diferencia estadísticamente significativa, salvo el grupo con grado Superior Universitario ($p<0,001$). El recibir informe por parte de algún familiar representó un factor en contra de las madres que habían recibido información acerca de la EDA en el grupo de menor edad. (8)

ARISTA MESTANZA, Marco Antonio (2016), realizo un estudio "Nivel de conocimiento de las madres sobre las enfermedades diarreicas agudas con niños menores de 5 años en el asentamiento humano pedro castro Alva chachapoyas- 2015". Tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimientos de las madres con niños menores de 5 años sobre enfermedad diarreica aguda en el AA. HH Pedro Castro Alva. El presente estudio es de nivel descriptivo, de tipo observacional, transversal, prospectivo con enfoque cuantitativo, La muestra estuvo conformada por 162 madres con niños menores de 5 años. Para la recolección de datos se utilizó la técnica del cuestionario, y un instrumento ya validado denominado nivel de conocimiento de las madres sobre las enfermedades diarreicas agudas. Cuyos valores de validez: fueron de acuerdo a decisión estadística $VC=5.4125 > VT= 1.6449$ y la confiabilidad según la fórmula: Splith- Halves = 0.812201. Los resultados evidencian que en el conocimiento general de las madres se observa que el 100% de madres, el 76% tienen un nivel de conocimiento regular, el 18% tienen un nivel de conocimiento bueno y el 6% tiene un nivel de conocimiento deficiente, en cuanto a las dimensiones:

definición el 76% tiene un conocimiento regular, en medidas preventivas el 59% tiene un conocimiento regular y en tratamiento tienen un 78% de conocimientos regular. Conclusión: la mayoría de las madres tienen un conocimiento regular que requieren de intervención educativa por parte de los trabajadores de salud del AA. HH Pedro Castro Alva teniendo que poner mayor énfasis en estrategias preventivo - promocionales y teorías de enfermería en mejora de una calidad de vida de la familia y el niño. (9)

OLIVERA RUIZ, Rubén (2016), realizó un estudio titulado "Nivel de conocimiento sobre enfermedad diarreica aguda en madres de niños menores de 5 años en el Hospital Vitarte 2015". Tuvo como objetivo Determinar el nivel de conocimiento sobre enfermedad diarreica aguda en madres de niños menores de 5 años en el Hospital Vitarte durante Setiembre a Noviembre 2015. El estudio es de tipo observacional prospectivo de corte transversal. Se encuestaron a un total de 157 madres, las cuales en edad promedio tienen de 26.93+-7.01 años. Con un mínimo rango de edad de 16 años y un máximo de 43 años. El 61.78 % de las madres fueron convivientes, el 36.31 % tiene secundaria incompleta, el 75.16 % trabaja, el 68.79% de las viviendas contaban con el servicio de agua y desagüe. Sobre los conocimientos de la diarrea, el 45,86% no conocía el significado de la palabra diarrea, el 36,31% indico que los parásitos son la principal causa. El 43.95 % reconoce a la sed aumentada como signo de deshidratación, por otro lado el 47.77 % comete el error de identificar al dolor abdominal el 84% como signo de deshidratación .El 72

% suspende la alimentación, el 49.68% prefirió usar el suero de rehidratación oral (SRO) como principal medida de tratamiento, aunque un 44.59% admitió que le daría antibióticos, el 29.30% acudiría al centro de salud, mientras que un 36.94% esperaría que se recupere solo. (10)

2.1.2 Antecedentes Internacionales

CAMACHO CARRILLO, María Isabel (2013), realizó un estudio titulado “Conocimientos preventivos maternos orientados a la atención integrada de enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años de edad de la comunidad de anchilivi del cantón salcedo”. Tiene como objetivo valorar el nivel de conocimiento de las madres sobre las medidas preventivas encaminadas hacia enfermedades diarreicas agudas (EDA) en niños menores de 5 años. Se realizó un estudio transversal prospectivo en 170 madres. Se analizan variables moderadoras previamente establecidas. Se aplica Chi cuadrado (χ^2) obteniéndose $p=0.0149$ con lo que se comprueba la hipótesis “Los conocimientos preventivos maternos permiten la aplicación de medidas adecuadas para la EDA en niños menores de 5 años de la comunidad de Anchiliví del cantón Salcedo”. La información procesada se presenta con cifras absolutas y porcentajes. Resultados: las mujeres jóvenes tienen mejor nivel educativo (84,1%) que las adultas; mismas que tienen mejores prácticas higiénicas, correcto uso del agua de consumo en relación a las analfabetas. El 59% de las madres no han recibido información sobre prevención de la EDA. El 100% de la población tiene acceso a los servicios de salud, lo que se demuestra en la cobertura

de vacunas. Las madres instruidas saben utilizar el SRO, y cuando deben acudir a control, no así las analfabetas. (11)

ANDRADE GARCIA, Diana Maricela (2013), realizó un estudio titulado "Conocimientos y prácticas maternas para prevenir la deshidratación en los niños con E.D.A del Centro Educativo salud N° Pumapungo - Cuenca 2013". Tiene como objetivo determinar los conocimientos y prácticas maternas para prevenir la deshidratación en los niños con EDA. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. El universo estuvo constituido por 984 madres y se trabajó con un marco muestral de 110 madres que acudieron con sus hijos a la consulta externa del centro de salud N° 1 en el periodo de marzo, abril, mayo del 2013. Como técnicas, se utilizó las encuestas, observación directa y como instrumento formularios cuyos datos fueron procesados a través de la estadística descriptiva en los programas SPSS, Excel, Microsoft Word y son presentadas en tablas de 2x2. Los resultados obtenidos fueron que el 47.3% de madres tiene un bajo nivel de conocimientos sobre diarrea y el 29.1% desconoce la forma de preparación del SRO. (12)

2.2 Bases Epistémicas

Las enfermedades diarreicas agudas constituye la segunda mayor causa de muerte de niños menores de 5 años y según la OMS ocasionan la muerte de 525 000 niños cada año, y unos 1700 millones de casos de enfermedades diarreicas infantiles cada año en el mundo.

Las enfermedades diarreicas es la causa principal de la mortalidad y morbilidad en la niñez en el mundo, y por lo general son consecuencia de ingerir alimentos contaminados: 220 millones de niños enferman y 96 000 mueren cada año.

La diarrea es ocasionada por el consumo de carne y huevos crudos o mal cocidos, verduras y frutas mal lavadas, y productos lácteos, contaminados por Salmonella no tofoídica y Escherichia coli patógena, por lo cual el riesgo de padecer enfermedades de transmisión alimentaria es mayor en países de bajos y medianos ingresos, y está relacionado con la preparación de los alimentos con agua insalubre (contaminada), falta de higiene y condiciones inadecuadas en la producción y el almacenamiento de alimentos, el bajo nivel de alfabetismo, educación, e insuficiencia de leyes en materia a la inocuidad de los alimentos de venta al público.

El rotavirus es la primera causa de diarrea severa y de deshidratación en niños menores de cinco años globalmente. En países en vías de desarrollo tres cuartos de los niños adquieren el primer episodio de diarrea antes de los 12 meses de edad, mientras q en países desarrollados es a los 2-5 años. Tiene alta mortalidad en países en desarrollo. Por otra parte, la reinfección por rotavirus es común, aunque la primera infección es más significativa clínicamente.

La Organización Mundial de la Salud prevé que hasta 2030, cada año se producirán cerca 250.000 muertes más como consecuencia de la

desnutrición, el paludismo, la diarrea y el estrés térmico atribuible al cambio climático.

Sostiene que si queremos satisfacer la meta de la supervivencia infantil para 2030, debemos abordar sin demora las persistentes disparidades que se producen en materia de salud materna, de atención profesional en el parto, de una nutrición adecuada y de acceso a los servicios básicos; además, debemos dar solución a otros factores como la discriminación, la exclusión y la falta de conocimientos sobre la alimentación infantil y la importancia del agua segura, el saneamiento adecuado y la higiene en la prevención de las enfermedades infantiles.

2.3 Bases culturales

La enfermedad diarreica acompaña al hombre desde sus inicios y junto con las enfermedades respiratorias han sido las principales causas de morbilidad y mortalidad. La multi causalidad de la diarrea, hacía que esta enfermedad se viera como de difícil control; la aparición de nuevos agentes causantes de diarrea, sobre todo virales, aumentó esta idea.

Los determinantes sociales como el nivel socioeconómico, la raza/etnicidad, la educación, el acceso a los servicios de salud, accesibilidad a los servicios básicos y saneamiento juegan un rol importante en la aparición de muchas enfermedades, entre ellas de la Enfermedad diarreica aguda. Las situaciones de inequidad frente a estos determinantes sociales ponen en mayor riesgo a los niños menores de 5

años a las complicaciones que llevarían a un grado moderado de desnutrición y posteriormente a la muerte.

Existe actualmente en el país, la vacuna contra Rotavirus. Se recomienda su uso rutinario a partir de los 2 meses de vida. El esquema de la vacuna se administran 3 dosis: A los 2, 4 y 6 meses y 0 días. Para ambas vacunas la edad mínima de administración es 8 semanas y la edad máxima para la tercera dosis es a los 6 meses. Finalmente, queremos enfatizar que las intervenciones en casos de diarrea no se limitan exclusivamente al manejo antibiótico sino que implican un enfoque multidisciplinario en el cual cumplen una función primordial la educación sanitaria, la epidemiología, la salud ambiental y la intervención clínica tanto en el diagnóstico, tratamiento y prevención (vacunación).(12)

2.4 Bases Científicas

2.4.1. Conocimiento

Al respecto Davenport y Prusak (2001) definen que el conocimiento es “Una mezcla de experiencia estructurada, valores, información contextual e internalización experta que proporciona un marco para la evaluación e incorporación experta de nuevas experiencias e informaciones. Se origina y es aplicada en la mente de los conocedores. En las organizaciones con frecuencia no sólo queda arraigado en documentos ó bases de datos, sino también en rutinas, procesos y normas institucionales”.

El conocimiento es identificar, estructurar y sobre todo utilizar la información para obtener un resultado. A la información que recibe, la persona le adiciona intuición y sabiduría, convirtiéndolo en conocimiento. "Las notas musicales son datos, organizadas de forma estructurada y coherente, dentro de un contexto, con un fin. Es el conocimiento del pianista, su sabiduría, lo que hace que los datos, la información, se conviertan en verdadera melodía" (De la Rica, 2001).

Como lo señalan Chiva y Camisón (2002) "el conocimiento es un fenómeno que:

- ✓ Se manifiesta en sistemas de lenguaje, tecnología, colaboración y control.
- ✓ Se localiza en el tiempo y espacio, en contextos específicos y particulares.
- ✓ Es construido y constantemente desarrollado.
- ✓ Tiene un propósito o está orientado hacia un objetivo.(13)

Niveles de conocimiento.

Alto, logro previsto, cuando las personas evidencian el logro de los aprendizajes previstos en el tiempo programado.

Regular, en proceso; cuando las personas están en camino de lograr los aprendizajes previstos, para lo cual requiere instrucción durante un tiempo razonable para lograrlo.

Bajo, en inicio; cuando las madres están empezando a desarrollar los aprendizajes previstos o evidencia dificultades para el desarrollo de éstos,

necesitando mayor tiempo de acompañamiento e intervención para el desarrollo del mismo (Espinoza, 2015). (14)

El conocimiento sobre el mundo puede provenir de diferentes fuentes. Intuición, se considera tal el conocimiento que se tiene como directo e inmediato del objeto conocido.

No suele basarse en la confirmación empírica, ni sigue un camino racional para su construcción y formulación. Por ello no puede explicarse o, incluso, verbalizarse.

Experiencia, es a través de la percepción de los sentidos.

Tradicición, es la cultura que una generación hereda de las anteriores y lega a las siguientes. Aquí entra en juego el conocimiento cultural y el aprendizaje de normas sociales que no suelen cuestionarse.

Autoridad, se establece la verdad de un conocimiento tomando como referencia la fuente del mismo.

La influencia de la autoridad se relaciona con el estatus que posee, científico, moral, político, artístico etc.

Y la ciencia, es el conjunto de conocimientos racionales, ciertos o probables, los cuales son obtenidos de una forma metódica, verificados y contrastados con la realidad, que se refiere a objetos o conceptos de una misma naturaleza que son valorados y aceptados por la comunidad científica(14).

Conocimiento de la madre.

Es el conjunto de información almacenada que poseen todas las madres de familia, que lo adquieren a través de la experiencia, o el aprendizaje mediante métodos científicos

Conjunto de ideas básicas sobre cuidados de un determinado tema aplicados en su vida diaria y/o a sus hijos expresados a través de palabras, actitudes y prácticas (Avalos, 2007).

Tipos de conocimiento de la madre de familia.

Cotidiano, es el conocimiento común cotidiano que tienen las madres, también conocido como empírico-espontáneo, se obtiene básicamente por la práctica que las madres realizan diariamente, tiene lugar en las experiencias cotidianas, ofrece resultados prácticos y útiles, se transmite de generación en generación.

Técnico, la experiencia de la madre hace el conocimiento técnico. Se origina, cuando de muchas nociones experimentadas se obtiene una respuesta universal circunscrita a objetivos semejantes.

Empírico, es el conocimiento popular, folklórico que tienen las madres, es a metódico y asistemático. El conocimiento común o popular está basado fundamentalmente en la experiencia, puede ser verdadero, falso o probable, teniendo las siguientes características, es asistemático porque carece de métodos y técnicas, es superficial porque se forma con lo aparente, es sensitivo porque es percibido por los sentidos, es poco preciso porque es ingenuo e intuitivo.

Científico, es el conocimiento que tienen las madres basados en el método científico, generalmente son aquellas que tienen algún grado de instrucción superior, que tienen como características de conocer las causas y las leyes que lo rigen (Hessen, 2012). (15)

2.4.2 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 (estímulo) y luego como la repetición de una respuesta consistente frente a ello, deben ser observadas, 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. La práctica se mide a través de la experiencia. Las prácticas son acciones y comportamientos que las familias pueden incorporar al cuidado diario para garantizar el buen crecimiento, desarrollo y calidad de vida de los niños. Las mismas están basadas en conocimientos científicos actualizados y su aplicación no solamente permitirá que los niños tengan un adecuado crecimiento y desarrollo, sino que les evitará, en muchas ocasiones, enfermedades y secuelas. (16).

Enfermedad diarreica Aguda (EDA)

La diarrea es un síndrome clínico de comienzo brusco y duración limitada. Es la evacuación de heces excepcionalmente sueltas o líquidas, generalmente en un número mayor de 3 veces en 24 horas acompañado de otros síntomas como vómitos, náuseas, dolor abdominal o fiebre. (17)

La OMS define a la diarrea aguda en menores de 2 años como “la eliminación de heces semilíquidas en número de 3 ó más en 12 horas, o una sola deposición anormal asociada a la presencia de moco, pus o sangre”.

La diarrea aguda es un episodio de diarrea igual o menor a 14 días de evolución. (17)

Fisiopatología de la Diarrea

Hay tres mecanismos básicos generadores de diarrea aguda, algunos gérmenes causan enfermedad por más de un mecanismo:

1. Aumento de la secreción intestinal de electrolitos.

Este mecanismo produce heces con gran volumen acuoso y elevadas pérdidas electrolíticas, con la consecuente generación de deshidratación hiponatémica. Se produce por efecto de enterotoxinas bacterianas que activan la adenilciclase del epitelio intestinal, produciendo aumento de la concentración de AMP cíclico, incrementando la secreción de líquidos y electrolitos a nivel de las células mucosas de las criptas de la vellosidad intestinal. **Ejemplo:** *Vibrio cholerae*, *Escherichia coli* Enterotoxigenica (ECET), *Shigella*, *Salmonella*, *Estafilococcus*.

2. Reducción del área de superficie absortiva.

La lisis de los enterocitos de las vellosidades intestinales por agresión viral directa o por citotoxinas o adhesión de bacterias a esta superficie reduce su capacidad absortiva, dejando a las células de las criptas en mayor

proporción. Esto rompe la relación absorción/secreción siendo preponderante esta última.

El mecanismo más frecuente se asocia al déficit de lactasa, por lesión epitelial, generando el mecanismo osmótico, por el cual la lactosa no digerida ni absorbida atrae agua hacia la luz intestinal. Estos solutos no absorbidos son metabolizados por las bacterias intestinales con producción de ácidos orgánicos y gas presentando como consecuencia diarrea acuosa, si bien con bajo contenidos de sales, puede generar deshidratación, y ácida causando eritema perianal, gases y cólicos. **Ejemplo:** Rotavirus.

3. Invasión de la mucosa y submucosa del colon e íleon terminal.

La acción de bacterias invasivas provoca inflamación, alteración de la permeabilidad con hemorragia, formación de microabscesos, ulceración y producción de moco. La absorción de agua a nivel de colon esta disminuida y el proceso inflamatorio aumenta la motilidad produciendo deposiciones frecuentes, escasas, con pujos y tenesmos, puede contener moco y/o sangre (síndrome disentérico).

Clasificación de las enfermedades diarreicas agudas

Según su etiología:

La principal etiología de la diarrea aguda infantil es la vírica, y los agentes bacterianos pueden ser los predominantes en los meses cálidos y en niños mayores, y los virus en los meses fríos.

Los agentes enteropatógenos responsables de la diarrea aguda infecciosa en niños:

- **Virales:** Rotavirus, Adenovirus
- **Bacterianas:** E. coli enterotoxigénica, E. coli enteropatógena, E. Coli enterohemorrágica, Shigella, Salmonella typhi, Staphylococcus aureus, Vibrio cholerae, Aeromonas hydrophila.
- **Parasitarias:** Giardia lamblia, Cryptosporidium, entamoeba histolytica. (18)

Según los datos clínicos de las enfermedades diarreicas.

Diarrea aguda

Presencia de 3 o más deposiciones disminuidas de consistencia, líquidas o acuosas en un período de 24 horas.

Sin presencia de sangre visible y moco. Se logra controlar con las medidas básicas que incluyen sales de rehidratación oral.

Los virus son los responsables más frecuentes.

Disentería/ Diarrea con sangre

La diarrea es sanguinolenta y puede incluir la presencia de moco.

Puede tratarse de una diarrea invasora de origen bacteriano o amebiano.

Este tipo de diarrea requiere un seguimiento más cuidadoso del estado clínico: se debe controlar cada 24 horas para evitar complicaciones.

Si se acompaña de un cuadro de compromiso del estado general o disentería grave el paciente debe ser derivado a un hospital para su diagnóstico etiológico y tratamiento. Si se acompaña de palidez y

oligoanuria: se debe sospechar **Síndrome Urémico Hemolítico** y también debe derivarse al hospital. (19)

Diarrea persistente

La diarrea persistente se inicia en forma aguda y se prolonga más de 14 días. Alrededor del 10% de los casos de diarrea aguda se vuelven persistentes.

Deteriora el estado nutricional y está asociada con mayor mortalidad que la diarrea aguda. Una diarrea tiene mayor riesgo de prolongarse cuando los niños son menores de 6 meses, desnutridos o son alimentados con fórmula o leche fluida.

Entre el 35 al 50% de las muertes se produce como consecuencia de:

- Deterioro nutricional progresivo.
- Estados prolongados de deshidratación y desequilibrio electrolítico.
- Sepsis. Su etiología es multifactorial e incluye desde gérmenes hasta el uso de tratamientos inadecuados durante el episodio diarreico como mal manejo de la hidratación.

En pacientes con diarrea prolongada se debe aumentar el aporte calórico con hidratos de carbono complejos y aceites vegetales, aumentar el aporte proteico con carnes y/o clara de huevo. (19)

Signos y Síntomas:

	BACTERIANA	VIRICA
Presentación	Aguda	Insidiosa
Época	Verano	Invierno
Fiebre	Alta	Ausente/ febrícula
Heces	Sangre	copiosas
	Moco	
Vómitos	-	++
Dolor Abdominal	+++	+
Deshidratación	+	++

Factores de riesgo

Factores Socio-Económicos

Hacinamiento

- Madre menor de 17 años.
- Falta de acceso al agua potable.
- Falta de posibilidades de refrigeración de los alimentos.
- Sistema de eliminación de excretas ineficiente.
- Falta de cumplimiento al esquema de vacunación.
- Dificultad de acceso a los servicios de salud.

Factores del Huésped

- Falta de lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.
- No alimentar a los niños con leche materna hasta los 2 años: la leche contiene anticuerpos y otros factores antiinfecciosos.
- Desnutrición: Aumenta la duración, la gravedad y el riesgo de morir por diarrea.
- Inmunodeficiencia e inmunosupresión, puede ser temporal como en el caso de virosis (sarampión) o puede ser prolongada (SIDA).
- La edad del niño, el lactante pequeño tiene mayor riesgo de deshidratación.
- Analfabetismo, desocupación.(20)

Formas de Transmisión

La forma primaria de transmisión es fecal-oral, aunque se han notificado bajos el título de rotavirus en secreciones respiratorias y otros fluidos corporales, y la transmisión también se establece por el contacto con objetos o superficies contaminadas.

La mayor parte de las diarreas, pueden atribuirse al mal manejo de los alimentos durante la preparación y pueden deberse a:

- Hábitos de higiene deficientes de los manipuladores de alimentos.
- Contaminación de alimentos cocidos con alimentos crudos o superficies contaminadas.
- Ingestión de agua contaminada.(20)

Población en riesgo

La población en riesgo son los niños entre 0 - 5 años de edad, pero el riesgo de deshidratación es mayor en los primeros 2 años de vida.

Y el riesgo de hospitalización de la enfermedad diarreica aguda en el neonato está asociado con el bajo peso al nacer y la prematuridad; otros factores asociados son el género masculino, madre fumadora y madre menor de los 20 años. (21)

PREVENCIÓN

Teniendo en cuenta que en la posibilidad que un niño o niña enfermen, intervienen tanto factores sociales y medioambientales como biológicos, es importante considerar para la prevención de la diarrea:

- Estimular la práctica del amamantamiento, como mínimo hasta los 6 meses.
- Alertar sobre los peligros de la ingesta de medicamentos e infusiones caseras sin indicación médica.
- Asesorar sobre provisión de agua potable y tratamiento de residuos.
- Educación alimentaria.
- Medidas higiénicas como lavado de manos antes y después de higienizar a los niños y cuidados con respecto a las excretas; lavado de manos antes y después de preparar los alimentos.
- Educación en especial a las madres acerca de cómo prevenir e identificar precozmente la diarrea, la detección temprana de la deshidratación y otros signos de alarma.(20)

Lactancia materna

Durante los 6 primeros meses de vida, los lactantes deben ser amamantados exclusivamente.

La lactancia materna también protege frente el riesgo de alergia en la niñez, favorece el espaciamiento de los nacimientos y protege de otras infecciones (por ejemplo: las diarreas agudas, la neumonía). La lactancia materna debe continuarse hasta los 2 años como mínimo. (22)

Ventajas de la Lactancia Materna.

La composición de la leche materna siempre es la ideal para el lactante; la leche maternizada o la leche de vaca puede ser demasiado diluida (lo que reduce su valor nutritivo) o demasiado concentrada (por lo que no proporcionará suficiente agua), y las proporciones de los diferentes nutrientes no son las ideales.

La leche materna tiene propiedades inmunitarias que protegen al lactante de las infecciones, especialmente las que cursan con diarrea; algo que no ocurre con la leche de animales o la leche maternizada.

La lactancia materna es limpia, no requiere el uso de biberones, tetinas, agua o leche que se contaminan fácilmente con bacterias que pueden causar diarrea.

Amamantar inmediatamente después del parto favorece la "vinculación afectiva" entre la madre y su hijo, que tiene grandes ventajas emocionales para ambos y ayuda a asegurar el lugar del niño dentro de la familia.

La intolerancia láctea a la leche materna es muy rara en los lactantes que toman sólo leche materna.

La lactancia materna ayuda al espaciamiento de los nacimientos: las madres que amamantan generalmente tienen un período de esterilidad más largo después de dar a luz que las madres que no amamantan. (22)

Abastecimiento de agua

Impedir que los animales se acerquen a las fuentes de agua protegidas.

Recoger y almacenar el agua en recipientes limpios; vaciarlos y enjuagarlos todos los días; mantener el recipiente de almacenamiento cubierto y no permitir que los niños o los animales beban de ellos.

Hervir el agua usada para preparar la bebida y comida de los niños pequeños. (22)

Lavado de las manos

Todos los microorganismos patógenos que causan diarrea pueden propagarse por las manos contaminadas con materia fecal.

El lavado de las manos requiere el uso de jabón o un sustituto local, como las cenizas o la tierra, y suficiente cantidad de agua para enjuagarlas bien.

Importante el lavado:

- Antes de comer.
- Después de ir al baño.
- Después de manipular el dinero u otros y al llegar a la casa.
- Antes de tocar o jugar con un bebé o niño.
- Después de limpiar a un niño que ha defecado.

- Antes de manipular los alimentos y antes de comer. (22)

Consecuencias

Deshidratación

La diarrea aumenta la pérdida de agua y electrolitos (sodio, cloruro, potasio y bicarbonato) por las heces líquidas. También con los vómitos, el sudor, la orina y la respiración se pierde agua y electrolitos. La deshidratación se produce cuando estas pérdidas no se reemplazan adecuadamente y aparece un déficit hidroelectrolítico.

El volumen de líquido perdido por las heces en 24 horas puede variar de 5 ml/kg (cerca de lo normal) a 200 ml/kg o más. En los niños pequeños con deshidratación grave debida a la diarrea, la concentración y cantidad de los electrolitos perdidos también son variables. El déficit total de sodio corporal es generalmente de 70 a 110 milimoles por litro de agua perdida. Las pérdidas de potasio y de cloruro son del mismo orden. Pérdidas de esta magnitud se pueden producir en la diarrea aguda de cualquier causa. No obstante, las causas más comunes de deshidratación son las infecciones por rotavirus, *Escherichia coli* enterotóxica y, en las epidemias. (22)

Clasificación de la deshidratación

Existen diferentes clasificaciones de deshidratación en niños. Con el objetivo de reconocer y facilitar el manejo de líquidos, el grupo que elabora esta guía decide adoptar la siguiente clasificación:

- a) Sin deshidratación clínicamente detectable. **A**
- b) Deshidratación leve o moderada. **B**
- c) Deshidratación grave y datos clínicos de shock. **C**

	A	B	C
Observación: Estado general	Normal, alerta Presión sanguínea normal Normales	Intranquilo, irritable Taquicardia. Taquipnea.	Letárgico o inconsciente Taquicardia. Taquipnea.
Ojos		Hundidos	Hipotensión (choque descompensado)
Sed	Bebe normalmente, no está sediento.	Sediento, bebe ávidamente.	Hundidos. Bebe muy poco o no es capaz de beber.
Pliegue cutáneo	Tiempo de llenado capilar normal. Turgencia de la piel normal.	Tiempo de llenado capilar normal.	Tiempo de llenado capilar prolongado.
Decisión	El paciente NO SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN.	Si el paciente presenta 2 o más signos.	Si el paciente presenta dos o más signos en C, se clasifica como DESHIDRATACIÓN GRAVE
Tratamiento	Seguir el tratamiento del Plan A	Pesar al paciente, si es posible. Seguir el tratamiento del Plan B.	Seguir el tratamiento del Plan C. (20)

Tratamiento de la Diarrea Aguda

No tiene deshidratación: PLAN “A” “Tratar La Diarrea En Casa” las reglas son:

Los niños con diarrea aunque no presenten signos de deshidratación necesitan una cantidad de líquidos y sales superior a la normal para reemplazar las pérdidas de agua y electrolitos.

Plan de Tratamiento con Diarrea en casa:

Enseñar a la madre las cuatro reglas del tratamiento en casa (**ACRE**).

- ✓ Aumentar la ingesta de líquido, para prevenir la deshidratación. A
- ✓ Continuar alimentándolo. C
- ✓ Reconocer signos de peligro. R
- ✓ Enseñar las medidas preventivas. E

La ingesta de líquido en casa, a realizar por la madre o por el cuidador debe ser de manera responsable y con todas las medidas salubres.

Líquidos adecuados

Líquidos que normalmente contienen sal, como:

Solución de SRO

Bebidas saladas (por ejemplo, agua de arroz salada o yogur al que se le ha añadido sal); sopas de verduras y hortalizas o de pollo con sal.

Suero casero (22)

Tratamiento casero

S.R.O (Sales de Rehidratación Oral)

- Lavarse las manos con agua y jabón
- Hervir 1 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 1 litro de agua y dejar enfriar, agregar 8 cucharaditas de azúcar y 1 cucharada de sal, revolver con una cuchara limpia.
- 1 pizca de bicarbonato
- Administrarle al niño por cucharada o por gotero o taza después de cada diarrea o cuando el niño este con sed.(24)

Como administrar el suero

El niño deshidratado tiene sed, ofrézcale todo el líquido que quiera y tolere.

Dele por cucharitas; poco a poco y en forma continúa.

Si el niño vomita, espere 15 minutos y vuelva a darle el suero más despacio.

Recordar:

- Una vez preparado el suero con las sales de rehidratación oral, no debe calentarse.
- No usar la solución más de 24 horas.

- No usar simultáneamente “suero casero” y solución de sales de rehidratación oral.(24)

Cantidad a administrar para desaparecer los signos de deshidratación.

- 1 – 3 Meses:** 1 o 2 tazas; medio litro.
- 4 – 6 Meses:** 3 tazas; $\frac{3}{4}$ de Litro
- 7 – 11 Meses:** 4 tazas; 1 litro.
- 1 – 2 Años:** 5 tazas; un litro y un cuarto
- 3 – 5 años:** 6 tazas; un litro y medio (24)

Líquidos inadecuados

Concretamente, las bebidas endulzadas con azúcar, que puede causar diarrea osmótica e hiponatremia. Algunos ejemplos son:

- Bebidas gaseosas comerciales
- Jugos de fruta comerciales
- Té endulzado

Los que tienen un efecto estimulante, diurético o purgante, por ejemplo: café, algunos tipos de té o infusiones medicinales. (22)

Cuánto líquido se administrará

La regla general es dar tanto líquido como el niño o el adulto quiera tomar hasta que desaparezca la diarrea, después de cada deposición de heces sueltas dar:

- ✓ Niños menores de 2 años: de 50 a 100 ml (de un cuarto a media taza grande) de líquido.
- ✓ Niños de 2 a 10 años: de 100 a 200 ml (de media a una taza grande).
- ✓ Niños mayores y adultos: tanto líquido como quieran tomar.

Segunda regla: administrar suplementos de cinc (10 a 20 mg) al niño todos los días durante 10 a 14 días.

La administración de cinc al comienzo de la diarrea reduce la duración y gravedad del episodio así como el riesgo de deshidratación, se recuperará completamente el cinc perdido durante la diarrea y el riesgo de que el niño sufra nuevos episodios en los 2 o 3 meses siguientes disminuye.(22)

Tercera regla: seguir dando alimentos al niño para prevenir la desnutrición.

Nunca debe retirarse la alimentación y no deben diluirse los alimentos que el niño toma normalmente, siempre se debe continuar la lactancia materna. El objetivo es dar tantos alimentos ricos en nutrientes como el niño acepte. La mayoría de los niños con diarrea acuosa recuperan el apetito una vez corregida la deshidratación.

La alimentación constante también acelera la recuperación de la función intestinal normal, incluida la capacidad de digerir y absorber diversos nutrientes.

Alimentos a administrar

Alimentos con un alto contenido energético y proporcionar la cantidad suficiente de micronutrientes esenciales. Deben estar bien cocidos, triturados y molidos para que sean más fáciles de digerir; los alimentos fermentados son también fáciles de digerir. Si se tiene carne, pescado o huevos, también deben darse. Los alimentos ricos en potasio, como los plátanos, el agua de coco y el jugo de fruta recién hecho resultan beneficiosos. (22)

Que alimentos que debemos evitar

La fibra vegetal, ya que aumenta el volumen intestinal y estimula el peristaltismo, es decir, la motilidad intestinal.

- La leche, por su contenido en lactosa y por ser de digestión prolongada.
- Los guisos, frituras, embutidos y alimentos salados porque irritan la mucosa digestiva.
- Las grasas por ser de digestión prolongada.
- Los estimulantes del reflejo gastrocólico y del peristaltismo: café, zumos de naranja azucarados.

Qué cantidad de alimentos y con qué frecuencia

Ofrezca comida al niño cada tres o cuatro horas (seis veces al día). Las raciones pequeñas y frecuentes se toleran mejor que las grandes y más espaciadas.

Una vez detenida la diarrea, siga dando los mismos alimentos ricos en energía y sirva una comida más de lo acostumbrado.

Si el niño está desnutrido, las comidas extra deben darse hasta que haya recuperado el peso normal con relación a la talla. (22)

Cuarta regla: llevar al niño a la consulta de un profesional sanitario si hay signos de deshidratación u otros problemas.

Los signos de alarma incluyen:

- Más sed de la común y bebe muy rápido.
- No come ni bebe normalmente.
- Tiene boca seca.
- No tiene lágrimas.
- Tiene más de tres evacuaciones líquidas en una hora, y son muy abundantes.
- Tiene fiebre que no se controla por más de tres días.
- Presenta más de tres vómitos en una hora.
- Tiene sangre en las evacuaciones.
- Orina muy poco.
- El niño no experimenta mejoría al tercer día.

Plan B: tratamiento de rehidratación oral para niños con algún grado de deshidratación.

Es un tratamiento de rehidratación oral con solución SRO en un establecimiento de salud.

Seguimiento del tratamiento de rehidratación oral

Examinar al niño de vez en cuando durante el proceso de rehidratación para comprobar que toma bien la solución de SRO. Si aparecen signos de deshidratación grave en el niño, cámbiese al plan C.

Plan C: tratamiento de los pacientes con deshidratación grave.

El tratamiento que se prefiere para los niños con deshidratación grave es la rehidratación rápida por vía intravenosa.

Es el plan de rehidratación intravenosa que se emplea en la deshidratación severa, se utiliza solución salina al 0.9% en un esquema para tres horas.

- ✓ Primera hora, 50 ml por kilogramo por hora.
- ✓ Segunda hora, 25 ml por kilogramo por hora.
- ✓ Tercera hora, 25 ml por kilogramo por hora.

Después de seis horas (en los lactantes) o tres horas (en los pacientes mayores), evaluar el estado del paciente usando el cuadro de evaluación. Luego elija el plan de tratamiento apropiado (A, B o C) para continuar el tratamiento. (22)

Rehidratación en adultos y niños

La terapia de rehidratación oral (TRO) consiste en la administración de soluciones apropiadas por boca para evitar o corregir la deshidratación producida por la diarrea. La TRO es un método costo/efectivo para el manejo de la gastroenteritis aguda, y reduce la necesidad de internación tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo.

Las sales de rehidratación oral (SRO) usadas en la TRO contienen cantidades específicas de sales importantes que se pierden en las deposiciones diarreicas. La nueva SRO (recomendada por la OMS y UNICEF) tiene una menor osmolaridad, menores concentraciones de sodio y glucosa, y provoca menos vómitos, disminuye las deposiciones y las probabilidades de presentar hipernatremia y disminuye la necesidad de infundir soluciones intravenosas, comparado con la SRO estándar. Esta formulación está recomendada independientemente de la edad del individuo y del tipo de diarrea, incluyendo el cólera.

La TRO consiste en:

- ✓ Rehidratación: Administración de agua y electrolitos para reponer las pérdidas.
- ✓ Terapia líquida de mantenimiento para compensar las pérdidas que persisten luego de alcanzada la rehidratación (acompañada de una nutrición apropiada). (22)

Seguimiento de la rehidratación intravenosa

Se debe reevaluar a los pacientes cada 15 o 30 minutos hasta encontrar un pulso radial fuerte. Posteriormente, se deben reevaluar por lo menos cada hora para confirmar que está mejorando la hidratación. (22)

Complicaciones

Hipocalcemia

Por el reemplazo inadecuado del potasio perdido durante la diarrea. Puede causar debilidad muscular, íleo paralítico y arritmias cardíacas.

Hipoglucemia

Suele presentarse por agotamiento de las reservas de glucógeno hepático y se da sobre todo con el uso de soluciones parenterales sin glucosa.

Sobre hidratación

Manifestándose por edema generalizado, edema pulmonar, insuficiencia cardíaca congestiva, con el uso de solución salina al 0,9% (suero fisiológico).

Insuficiencia Renal Aguda

Se puede presentar en pacientes que consultan tardíamente. (22)

Convulsiones febriles

Se producen generalmente en los lactantes, especialmente cuando su temperatura es superior a 40 °C o aumenta muy rápidamente. Habrá que bajar la fiebre con paracetamol o se le puede pasar una esponja con agua tibia por el cuerpo.

Carencia de vitamina A

La diarrea reduce la absorción de vitamina A y aumenta sus necesidades.

Los niños pequeños con diarrea aguda o persistente pueden manifestar rápidamente lesiones oculares debidas a la carencia de vitamina A (xeroftalmía) e incluso quedarse ciegos.

Por otro lado, se debe enseñar a las madres le den a sus hijos, alimentos ricos en caroteno, como son las frutas y hortalizas amarillas o anaranjadas y las verduras de hoja verde oscuro. Cuando sea posible, también les darán huevos, hígado o leche entera. (22).

Importancia de la inmunización

La inmunización constituye una actividad primordial de salud pública de mayor costo-beneficio, y componente esencial del derecho humano a la salud, dentro del contexto de la prevención primaria, orientada al individuo sano o aparentemente sano.

Siendo uno de los objetivos del Milenio, reducir la mortalidad de las niñas y niños menores de 5 años de edad, para favorecer al buen estado de la salud del niño de la infancia.

En este contexto, el Estado Peruano ha establecido estrategias de intervención orientadas a lograr este propósito, no obstante, las bajas coberturas de vacunación que se están alcanzando a nivel nacional, colocan en riesgo a los niños menores de 5 años. El programa ampliado de inmunización en una acción conjunta

de diversas organizaciones a nivel mundial como; la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) quienes están desarrollando estrategias que permiten abordar, de forma más integrada, las enfermedades infecciosas y agudas que pueden ser prevenibles y que con mayor frecuencia afectan al menor.

La importancia de las vacunas en la edad infantil se ha consolidado a través de los años, puesto que un esquema riguroso de vacunación ha sido responsable de la reducción de enfermedades capaces de ocasionar mortalidad en los primeros años de vida; tales como la tuberculosis, hepatitis B, difteria, tos ferina, tétanos, haemophilus, influenza tipo B, EDAS, neumonías, Influenza estacional, sarampión, papera, rubeola y fiebre amarilla.

El contar con el esquema del calendario de vacunas que comprende la calidad, la administración, la información adecuada y oportuna, permitirá que la madre conozca y aprenda sobre inmunizaciones; asimismo logrará que ésta adopte una actitud positiva, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación en el cuidado de la salud de su familia. También nos permitirá que niños vacunados, tengan la oportunidad de desarrollarse y tener más probabilidades de aprovechar todo su potencial.

2.5 Bases Teóricas

2.5.1 Adopción del rol maternal de la teorista Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo

Esta propuesta se centra en el papel maternal ya que en definitiva es la madre constituye un proceso de interacción y desarrollo para el niño. Cuando la madre logra el apego de su hijo, adquiere experiencia en su cuidado y experimenta la alegría y la gratificación de su papel. Mercer abarca varios factores maternos: edad, estado de salud, relación padre-madre etc. Además define la forma en que la madre percibe los acontecimientos vividos que influirán al momento de llevar los cuidados a su hijo con características innatas de su personalidad. (25)

2.5.2 Nola Pender

MODELO DE PROMOCION DE LA SALUD

Esta teoría 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.

El modelo de promoción de la salud 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.

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.

“hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro”

METAPARADIGMAS:

Salud: Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.

Persona: Es el individuo y el centro de la teorista. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.

Entorno: No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- preceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.

Enfermería: El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.

Nola J. Pender, Licenciada en Enfermería de la Universidad de Michigan (Estados Unidos de América) es reconocida en la profesión por su aporte con el Modelo de Promoción de la Salud. Planteó que promover un estado óptimo de salud era un objetivo que debía anteponerse a las acciones preventivas. Esto se constituyó como una novedad, pues identificó los factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones tomadas para prevenir la enfermedad.

Además, identificó que los factores cognitivos perceptuales de los individuos, son modificados por las condiciones situacionales, personales e interpersonales, lo que da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud cuando existe una pauta para la acción.

El modelo de promoción de la salud propuesto por Pender, es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud en enfermería; según este modelo los determinantes de la promoción de la salud 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.

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 la gente en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida .

Este modelo le 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.

El modelo de promoción de la salud de Pender se basa en tres teorías de cambio de la conducta, influenciadas por la cultura, así:

La primera teoría, es la de la Acción Razonada: originalmente basada en Ajzen y Fishben, explica que el mayor determinante de la conducta, es la intención o el propósito que tiene la conducta de un individuo. Se plantea que es más probable que el individuo ejecute una conducta si desea tener un resultado.

La segunda es la Acción Planteada: adicional a la primera teoría, la conducta de una persona se realizará con mayor probabilidad, si ella tiene seguridad y control sobre sus propias conductas.

La tercera es la Teoría Social-Cognitiva, de Albert Bandura en la cual se plantea que la auto-eficacia es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano, definida como “los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento”.

Adicional a lo anterior, la auto-eficacia es definida como la confianza que un individuo tiene en su habilidad para tener éxito en determinada actividad. Según Pender, el Modelo de Promoción de la Salud retoma las características y experiencias individuales, además de la valoración de las creencias en salud, en razón a que estas últimas son determinantes a la hora de decidir asumir un comportamiento saludable o de riesgo para la salud, debido a su alto nivel de interiorización y la manera de ver la realidad que lo rodea.

La valoración de las creencias en salud relacionadas con los conocimientos y experiencias previas, determinan las conductas adoptadas por la persona; según el Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Pender, estas creencias están dadas por:

- Los beneficios de la acción percibidos o los resultados esperados, proporcionan motivación para adquirir una conducta de promoción de la salud, en la cual se da prioridad a los beneficios conductuales, destacando esta conducta entre otras personas, para que ellas puedan imitarla.
- La presencia de barreras para la acción, las cuales pueden ser personales, interpersonal salud desempeña un papel fundamental al determinar el estado de salud de cada persona, lo cual permitirá identificar las dificultades que se presentan y diseñar los mecanismos que permitan cambiar o disminuir una conducta de riesgo con el fin de mejorar la calidad de vida, para establecer un estado óptimo de salud a nivel físico, mental y social.

- La auto-eficacia; Bandura ha encontrado en numerosos estudios, que las personas que se perciben así mismas competentes en un dominio particular realizarán repetidas veces la conducta en las que ellos sobresalen; la auto-eficacia es un sistema que provee mecanismos de referencia que permiten percibir, regular y evaluar la conducta, dotando a los individuos de una capacidad autorreguladora sobre sus propios pensamientos, sentimientos y acciones
- Las emociones, motivaciones, deseos o propósitos contemplados en cada persona promueven hacia una determinada acción. Los sentimientos positivos o negativos acompañados de un componente emocional son clave para identificar la conducta que necesita modificarse. Por lo tanto, en cada programa de salud deben implementarse actividades dinámicas y atractivas que generen beneficios para toda la población.
- Las influencias interpersonales y situacionales, son fuentes importantes de motivación para las conductas de salud, el impacto de las redes familiares y sociales o del entorno dentro del cual se desenvuelve la persona, pueden actuar positivamente generando un sentimiento de apoyo y aceptación, lo que brinda confianza a sus habilidades, esta sería una fuente valiosa para la creación de una conducta que promueva la salud; sin embargo, en el caso contrario, cuando el entorno familiar o social es adverso y nocivo, crea dificultades para adoptar dicha conducta, de ahí que sea a veces más conveniente cambiar algunas condiciones del medio social y económico, que apuntar al cambio de conducta en una persona.

- Edad: particularmente tiene que ver en gran medida por la etapa específica del ciclo vital en la cual se encuentre la persona; a partir de la etapa en la que la persona se encuentre se verá afectado el estilo de vida.
 - Género: éste es un determinante del comportamiento de la persona, ya que el ser hombre o ser mujer hará que el individuo adopte determinada postura respecto a cómo actuar, además de lo que implica la prevalencia de algunas enfermedades que se verán reflejadas en mayor proporción en un género en específico.
 - Cultura: es una de las más importantes condiciones que llevan a las personas a adoptar un estilo de vida ya sea saludable o no; en ésta se incluyen los hábitos de alimentación, el tiempo de ocio y descanso, el deporte, entre otros.
 - Clase o nivel socioeconómico: es un factor fundamental al momento de llevar un estilo de vida saludable, ya que si se pertenece a una clase media o alta se tendrán muchas más alternativas al momento de poder elegir una alimentación adecuada, y no sólo la alimentación sino también el acceso a la salud; mientras que para una persona de un nivel socioeconómico bajo, sus opciones se verán limitadas por la escasez de sus recursos económicos.
- Estados emocionales.
 - Autoestima.
 - Grado de urbanización.

La aplicación del Modelo de Promoción de la Salud de Pender, es un marco integrador que identifica la valoración de conductas en las personas, de su estilo de vida, del examen físico y de la historia clínica, estas actividades deben ayudar a que las intervenciones en promoción de la salud sean pertinentes y efectivas y que la información obtenida refleje las costumbres, los hábitos culturales de las personas en el cuidado de su salud.

Este modelo continúa siendo perfeccionado y ampliado en cuanto a su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influyen en las modificaciones de la conducta sanitaria.

Modelo de Promoción de Salud de Pender. 1996.

Pender considera el estilo de vida como un patrón multidimensional de acciones que la persona realiza a lo largo de la vida y que se proyecta directamente en la salud; para comprenderlo se requiere el estudio de tres categorías principales:

1. Las características y experiencias individuales.
2. La cognición y motivaciones específicas de la conducta.
3. El resultado conductual.

Consideramos que el modelo de promoción de salud de Nola es una meta teoría, ya que para la realización de este modelo ella se inspiró en la Teoría de acción razonada de Martin Fishbein y la Teoría del aprendizaje social de Albert Bandura.

También relacionamos este modelo con el Paradigma de Categorización, centrado en la salud pública.

El MPS se centra en la salud del individuo, le da la capacidad de cambiar su situación a nivel salud y comprende los elementos externos que sean válidos tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad.

CONCLUSION:

El modelo de promoción de la salud de Nola Pender sirve para integrar los métodos de enfermería en las conductas de salud de las personas. Es una guía para la observación y exploración de los procesos biopsicosociales, que son el modelo a seguir del individuo, para la realización de las conductas destinadas a mejorar la calidad de vida a nivel de salud. (27)

2.6 Bases Normativas

2.6.1 Plan para la prevención y tratamiento de la EDA según UNICEF y la OMS

El fondo de naciones unidad para la infancia (UNICEF) y la organización mundial de la salud (OMS) presentan 7 medidas del plan de prevención y tratamiento de la diarrea, la segunda causa de muerte en los niños.

1. Reposición de líquidos para evitar la deshidratación.
2. Administración de cinc.
3. Vacunación contra los rotavirus
4. Fomento de la lactancia materna temprana y exclusiva y de la administración de suplementos de vitamina A.
5. Fomento del lavado de las manos con jabón.

6. Mejora cualitativa y cuantitativa del suministro de agua, con inclusión del tratamiento y almacenamiento seguro del agua doméstica.

7. Fomento del saneamiento a nivel comunitario.

2.6.2 Estrategias implementadas por OMS/OPS para el control de la EDA

Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), esta estrategia contribuye a la identificación de problemas que ponen en riesgo la salud del niño, y a la inmediata toma de acciones de promoción y prevención. En el caso de la EDA comprende la identificación del estado de deshidratación y sus planes de acción para contrarrestarlos.

2.6.3 Norma técnica de salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años.

El Ministerio de Salud pone a disposición de todos los equipos de gestión y prestadores de las organizaciones del Sector Salud la “Norma técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de 5 años”, (NTS-N.137-MINSA/2017/DGIESP) documento en el que se establecen las disposiciones técnicas para la evaluación oportuna y periódica del crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años; identificando oportunamente situaciones de riesgo o alteraciones en el crecimiento y desarrollo para su atención efectiva.

En el Perú, el **programa nacional “Incluir para Crecer”** se centra en los niños y las mujeres embarazadas de las zonas más pobres con el propósito de mitigar las inequidades sociales y la pobreza, a fin de combatir la

malnutrición y promover el desarrollo. Desde 2006, el retraso en el crecimiento ha descendido a la mitad, desde aproximadamente el 30% registrado entre 2004 y 2006 hasta el 15% en 2014. La prevalencia del retraso en el crecimiento entre los niños de los hogares más pobres disminuyó desde el 54% al 34% durante el mismo periodo de tiempo.

2.7 Definición conceptual de Términos

Conocimiento: Es la capacidad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas, conjunto de datos o noticias relativos a una persona o cosa, conjunto de las facultades sensoriales de una persona en la medida en que están activas, facultad humana de aprender, comprender y razonar.

Enfermedad diarreica aguda: Son aquellas enfermedades que se caracterizan por presentar deposiciones líquidas por más de 3 veces al día aumentando el volumen y la fluidez de las deposiciones en comparación a lo habitual para un niño o niña en particular.

Prácticas preventivas: Son las acciones que se aplican con la finalidad de prevenir, la cual implica el tomar las medidas precautorias necesarias y más adecuadas con la misión de contrarrestar un perjuicio o algún daño que pueda producirse.

Diarrea: Deposición, en número de tres o más veces al día con una frecuencia mayor que la habitual para la persona que son heces sueltas o líquidas.

CAPÍTULO III

VARIABLES E HIPÓTESIS

3.1 Variables de Investigación

Variable 1:

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES DIARREICAS
AGUDAS

Conjuntó de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos y ordenados.

Variable 2:

PRÁCTICAS PREVENTIVAS DE ENFERMEDADES DIARREICAS
AGUDAS

Conjuntos 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

"Nivel de conocimiento y prácticas preventivas de Enfermedades diarreicas agudas de madres de niños menores de 5 años en el Centro de Salud "Villa Señor de los Milagros", Callao 2017"

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Variable 1: Conocimiento que tienen las madres acerca de la Enfermedad Diarreica Aguda.	Conjunto de datos o noticias que se tiene de una materia o ciencia.	Enfermedad diarreica aguda	Concepto Causas Síntomas Factores de riesgo Complicaciones	Bueno: 13- 15
		Tratamiento casero frente a la Enfermedad diarreica aguda.	Utilidad de las sales de rehidratación oral Preparación de suero casero	Medio: 8 -12
			Administración del suero casero Alimentación adecuada	Malo: 1- 7

<p>Variable 2: Prácticas Preventivas de Enfermedad Diarreica Aguda.</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 del aprendizaje y por lo tanto de su comportamiento frente a las Enfermedad Diarreica Aguda y sus complicaciones.</p>	<p>Actividades de prevención frente a la enfermedad diarreica aguda</p>	<p>Conservación del agua</p> <p>Eliminación de residuos sólidos y de excretas.</p> <p>Lavado de Manos.</p> <p>Normas de higiene en el hogar.</p> <p>El correcto consumo del agua potable.</p> <p>Inmunización</p>	<p>Adecuada: 11-14 Inadecuada: 0 - 10</p>
-------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------

3.3. Hipótesis general

3.3.1 H₁: Hipótesis Alternativa

Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y las prácticas preventivas de Enfermedades diarreicas agudas en madres de niños menores de 5 años del centro de salud “Villa Señor de los Milagros”, Callao, 2017.

3.3.2 H₀: Hipótesis Nula

No existe relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas preventivas de EDAS en madres de niños menores de 5 años del Centro de Salud “Villa Señor de los Milagros”, Callao, 2017.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1 Tipo de Investigación

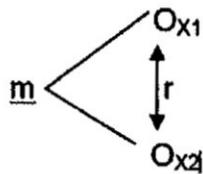
Teniendo en cuenta la naturaleza de problema y los objetivos del presente estudio de investigación corresponden a una investigación.

- Correlacional: Porque tienen el objetivo de medir el grado de relación que existe entre las variables.
- Descriptivo: Porque nos permitirá describir y mostrar los fenómenos o hechos, pero no los explicará.
- Cuantitativa: Es aquella que permite predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de individuos o fenómenos en una variable, a partir del valor que tienen las variables relacionadas.
- Corte transversal: Estudio estadístico que se realiza tomando información de un conjunto de unidades en un punto determinado en el tiempo y examinado las variaciones en la información a través de las unidades.

4.2 Diseño de Investigación

De diseño correlacional

En donde:



M: muestra (un solo grupo de estudio)

OX1: variable 1, conocimientos sobre EDA.

R: relación de variables o correlación.

OX2: variable 2, prácticas preventivas de EDA'S.

4.3 Población y Muestra

La población objetivo de estudio estuvo conformada por 85 madres de niños menores de 5 años que acuden regularmente al Control de Crecimiento y Desarrollo del niño sano del Centro de Salud "Villa Señor de los Milagros", durante el mes de febrero - marzo del año 2018.

La muestra de estudio se obtuvo de modo probabilístico aleatorio simple, y estuvo constituida por madres, quienes cumplieron con los criterios de selección y asistieron durante el mes de febrero - marzo del año 2018, al Control de Crecimiento y Desarrollo del niño sano del Centro de Salud "Villa Señor de los Milagros".

$$n = \frac{Z^2 p q N}{(N-1) E^2 + Z^2 p q}$$

Z = Margen de la confiabilidad o números de unidades de desviación estándar distribución normal que producirá un nivel deseado de confianza:

95%, $\alpha=0.05$, $Z=1.96$

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	85
p	0.5
q	0.5
E	0.05
Z	1.96
n	70

$$n = \frac{(1.96^2) (0.25) (85)}{(0.0025) (85-1) + (1.96^2) (0.25)}$$

$$n = \underline{81.634}$$

$$1.1704$$

$$n = 69.74$$

$$n = 70$$

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 que acudan regular a los controles de CRED.
- Madres con niños aparentemente sanos o que hayan padecido un episodio de Enfermedad diarreica Aguda (EDA).
- Madres o cuidadoras que deseen participar del estudio de investigación.

4.3.2 Criterios de exclusión

- Madres con niños que padezcan de alguna discapacidad.
- Madres que padezcan alguna discapacidad que impidan ser partícipe del estudio de investigación.
- Madres que no hablen el idioma castellano.

4.4 Técnicas e instrumento de recolección de datos

4.4.1 Técnica: El método que se utilizó para la recolección de datos fue mediante la aplicación de una encuesta. Se aplicó un cuestionario auto desarrollado para evaluar el conocimiento y las prácticas de las madres sobre la Enfermedad diarreica aguda.

4.4.2 Instrumento: Para el estudio es un instrumento elaborado, el cual permitió conocer los conocimientos y prácticas que tienen las madres sobre la Enfermedad diarreica aguda.

Un cuestionario estructurado, autodesarrollado y con preguntas cerradas.

El instrumento consta de 4 secciones (Ver Anexo):

- a) La primera sección permitió identificar las características sociodemográficas de las madres: edad, estado civil, grado de instrucción y ocupación (4 preguntas).
- b) La segunda sección permitió obtener datos generales de las madres atendidas en el Centro de Salud "Villa señor de los Milagros" (2 preguntas).
- c) La tercera sección permitió medir la variable conocimiento, el cuestionario consta con 15 preguntas, cada una de ellas contó con una valoración de 1 punto que dan una suma total de 15 puntos.
- d) La última sección permitió medir la variable práctica frente a la prevención de la Enfermedad diarreica aguda, se utilizó la escala de Likert (consta de 14 ítems), donde las alternativas de respuesta indican el grado de adecuada e inadecuada con una afirmación correspondiente; la escala consta de 2 alternativas Si (1 punto) y No (0 punto), haciendo un puntaje de 14 puntos.

Validez del instrumento

- **Validez de contenido:**

El instrumento fue validado mediante un juicio de expertos (6 profesionales de salud), ellos evaluaron tanto las preguntas de conocimientos y las preguntas de prácticas preventivas, emitiendo sus opiniones y sugerencias (Ver Anexo). Posteriormente se realizó una prueba piloto con la que se halló la confiabilidad del instrumento, sobre las preguntas de conocimiento, la cual se empleó la prueba de coeficiente de Kuder Richardson donde se obtuvo un coeficiente de 0.7, siendo una sustancial confiabilidad y para la

evaluación de las prácticas se utilizó también el coeficiente de Kuder Richardson donde se obtuvo un coeficiente de 0.53, es decir una moderada confiabilidad (Ver Anexo). Además ayudó a conocer la comprensión, practicidad y tiempo de aplicación del instrumento, el cual fue un aproximado de 4 a 5 minutos.

- **Validez de constructo y criterio:**

El conocimiento sobre la Enfermedad diarreica aguda se evaluó de acuerdo a su definición, signos y síntomas, factores de riesgo, consecuencias y tratamiento en casa. Se realizó 15 preguntas, en las cuales debían marcar la alternativa correcta, con el puntaje de 1 punto y la incorrecta, 0 puntos.

Para la categorización de conocimiento, se utilizó una escala de calificación que constará de tres criterios: alto, medio y bajo.

Categorización del conocimiento:

Conocimiento alto: mayor a 12 = 13 - 15 pts.

Conocimiento medio: igual a 8 e igual a 12 = 8 - 12 pts.

Conocimiento bajo: menor a 8 = 0 – 7 pts.

En el caso de las prácticas preventivas frente a la Enfermedad diarreica aguda, se evaluó de acuerdo a la prevención. Se realizó 14 preguntas con las siguientes opciones de respuesta: Si o No.

Para la categorización de prácticas, se utilizó una escala de calificación que constó de dos criterios: favorable o desfavorable.

Categorización de las actitudes:

Práctica desfavorable: 10 – 30 pts.

Práctica favorable: 42 – 50 pts.

4.5 Procedimiento de Recolección de Datos

Se realizó una prueba piloto, la cual brindó información sobre si la redacción de la encuesta es clara para todas las encuestadas y si todas interpretan las preguntas de la misma manera, también brindó información sobre el tiempo de demora del llenado del cuestionario que fue de un aproximado de 4 – 5 minutos. Se realizó la prueba piloto con 20 madres que asisten al control de CRED del centro de salud “Villa Señor de los Milagros”, que fueron seleccionados aleatoriamente.

Luego se realizó los permisos respectivos a las autoridades del establecimiento de salud para realizar la ejecución del presente estudio, así mismo se realizó la previa coordinación con el personal profesional de Enfermería que estaba brindando la atención en ese momento.

Se captó a cada usuaria con su respectivo niño en la espera del consultorio de CRED, la selección de las participantes se realizó según su orden de llegada.

Se realizó la respectiva presentación ante la usuaria y se le dijo el motivo de la investigación, una vez manifestada la voluntariedad de la participación y la confidencialidad de la aplicación del estudio, se le procedió a leer el consentimiento informado, en donde se detalló el objetivo, los procedimientos y la finalidad de la investigación. Posteriormente se le pidió

firmar la hoja de consentimiento informado a la usuaria. Cumpliéndose así los principios éticos de autonomía, beneficencia y no maleficencia.

Se entregó una encuesta a cada usuaria, y se supervisó la forma de llenado del cuestionario, además se estuvo atenta ante cualquier duda que tuviera la usuaria para responder a las preguntas de conocimiento y prácticas.

Mediante la prueba piloto se determinó el tiempo de duración del cuestionario que fue un aproximado de 4- 5 minutos. La encuesta fue aplicada de lunes a sábado en el mes de Marzo, en los horarios de atención del consultorio de crecimiento y desarrollo del niño.

Una vez culminada la encuesta se le agradeció a la usuaria por su grata participación, con los datos recolectados se procedió a vaciar la información en una base de datos, para el procesamiento y el análisis de los resultados.

4.6 Procesamiento Estadístico y Análisis de Datos

Para categorizar el nivel de conocimientos y las prácticas, se utilizó la Escala de Stanones o Estaninos, la cual nos permitió obtener los intervalos de medición del nivel de conocimiento (alto, medio, bajo) y de las prácticas (adecuada e inadecuada).

La información se digitó en Excel y se analizó con el apoyo del programa SPSS 23.0, donde los resultados son presentados a través de cuadros y gráficos; para culminar se procedió al análisis y la interpretación de los datos, contrastando con el marco teórico y otros trabajos de investigación similares.

El procesamiento estadístico para establecer el análisis bivariado se realizó mediante la prueba estadística de χ^2 utilizando el paquete estadístico

SPSS la cual permitió identificar la relación de las dos variables en una función monótona (es decir, cuando un número aumenta el otro también y viceversa).

Además se utilizaron tablas, graficas de barras comparativas para dimensiones de ambas variables utilizando Microsoft Excel.

CAPITULO V

RESULTADOS

Tabla N°5.1

NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD "VILLA SEÑOR DE LOS MILAGROS" - CALLAO, 2017.

Conocimiento global	n	%
Alto	11	16
Medio	46	66
Bajo	13	19
Total	70	100%

FUENTE: TRABAJO DE INVESTIGACION

En la tabla N° 3 se observa que de toda la muestra de 70 madres, predomina el **conocimiento medio** sobre la Enfermedad diarreica aguda con un 66.0%, seguido del **conocimiento bajo** con un 19% y el **conocimiento bajo** con 16%.

GRÁFICO N°5.1
NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LA ENFERMEDAD
DIARREICA AGUDA EN LAS MADRES DE NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS EN EL CENTRO SALUD “VILLA
SEÑOR DE LOS MILAGROS” - CALLAO 2017

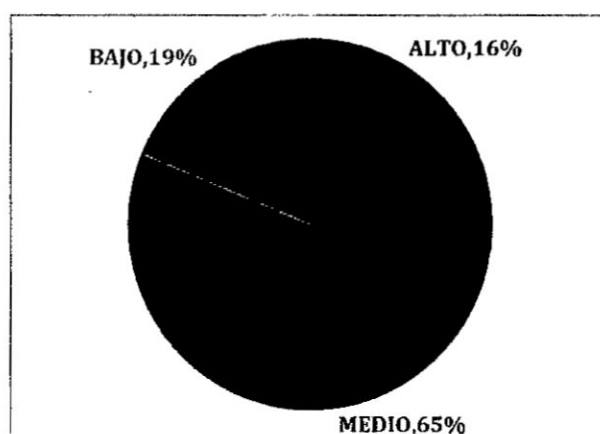


Tabla N° 5.2
PRÁCTICAS PREVENTIVAS DE ENFERMEDAD
DIARREICA AGUDA EN MADRES DE NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD
“VILLA SEÑOR DE LOS MILAGROS”-CALLAO, 2017.

PRÁCTICAS	N	%
ADECUADA	53	76
INADECUADA	17	24
TOTAL	70	100%

FUENTE: TRABAJO DE INVESTIGACION

En la tabla N° 5 observamos que del 100% de las madres, el 76% tiene una **práctica adecuada** hacia la prevención de la enfermedad diarreica aguda, sin embargo el 24% presentaron una **práctica inadecuada** frente a la prevención de la enfermedad diarreica aguda.

Tabla N°5.3
NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS
PREVENTIVAS DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA
EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL
CENTRO SALUD "VILLA SEÑOR DE LOS
MILAGROS"- CALLAO, 2017.

NIVEL DE CONOCIMIENT O	PRÁCTICAS					
	ADECUADA		INADECUAD O		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
ALTO	10	14.29	1	1.43	11	15.72
MEDIO	32	45.71	14	20	46	65.71
BAJO	11	15.71	2	2.86	13	18.57
TOTAL	53	75.71	17	24.29	70	100

FUENTE: TRABAJO DE INVESTIGACION

Se observa en la presente tabla, que el 14.29% (10) tienen un buen conocimiento y nivel de prácticas adecuadas, el 1.43% (11) tiene un alto conocimiento y practica inadecuada, el 45.71% (32) tiene un nivel medio de conocimientos sobre la enfermedad diarreica aguda y nivel de prácticas adecuadas; el 20% (14) tiene un nivel medio de conocimiento y prácticas inadecuadas en la enfermedad diarreica aguda; y por último el 15.71% (11) presenta un nivel bajo de conocimiento y prácticas preventivas adecuadas, y el 2.86 % (2) tiene un nivel de conocimiento bajo y prácticas preventivas inadecuadas

TABLA 5.4
PRUEBA ESTADISTICA DEL CHI-CUADRADO DE PEARSON

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	<u>2,887^a</u>	2	,236
Razón de verosimilitud	3,210	2	,201
Asociación lineal por lineal	,059	1	,808
N de casos válidos	70		

Evaluado mediante prueba Chi cuadrado de Pearson; χ^2 Pearson

FUENTE: TRABAJO DE INVESTIGACION

Para determinar la relación el nivel de conocimiento y la practicas preventivas de la Enfermedad Diarreica Aguda se usó la prueba estadística del Chi cuadrado de Pearson, con un nivel de significancia de 5%, con un $p= 0.236$ a un nivel de significancia de 0.05 ($p>0.05$). Con grado de libertad igual a 2 según la tabla de valor de Chi cuadrado, y teniendo un valor límite de 5,991 obteniendo el valor del CHI CUADRADO de **2,887**. Donde concluimos que dentro de un rango de 0 – 5,991, el resultado está dentro de la zona de aceptación, con un valor de 2,886. Donde se acepta la Hipótesis Nula (H_0)

TABLA N°5.5
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA ENFERMEDAD
DIARREICA AGUDA SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS EN EL CENTRO SALUD “VILLA SEÑOR
DE LOS MILAGROS” CALLAO, 2017.

ITEMS		Nivel de conocimiento							
		Alto		Medio		Bajo		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
EDAD	< 20 años	1	1.43	3	4.3	1	1.43	5	7
	20- 24 años	1	1.43	13	18.6	4	5.7	18	26
	25 años a mas	9	12.9	30	42.9	8	11.4	47	67
	Total	11	15.71	46	65.8	13	18.6	70	100
Estado Civil	Soltera	0	0	10	14.28	3	4.28	13	19
	Conviviente	7	10	29	41.42	9	12.9	45	64
	Casada	4	5.71	7	10	1	1.42	12	17
	Viuda	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	11	15.71	46	65.71	13	18.6	70	100
Grado de Instrucción	Primaria	0	0	2	2.85	3	4.28	5	7
	Secundaria	4	5.71	28	40	6	8.6	38	54
	Técnico	3	4.28	15	21.43	4	5.71	22	31
	Universitario	4	5.71	1	1.43	0	0	5	7
	total	11	15.71	46	65.71	13	18.6	70	100
Ocupación	Ama de casa	9	12.9	24	34.3	4	5.71	37	53
	Trabajo independiente	2	2.85	10	14.28	6	8.57	18	26
	Trabajo dependiente	0	0	12	17.14	3	4.3	15	21
	Total	11	15.71	46	65.71	13	18.6	70	100

FUENTE: TRABAJO DE INVESTIGACION

TABLA N°5.6
NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LA ENFERMEDAD
DIARREICA AGUDA SEGÚN LAS DATOS GENERALES DE LAS
MADRES DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL
CENTRO SALUD "VILLA SEÑOR DE LOS MILAGROS"
CALLAO, 2017.

ITEMS		Nivel de conocimiento							
		Alto		Medio		Bajo		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
# de Hijos	1 hijo	3	4.3	23	32.9	5	7.14	31	44.3
	2 hijo	3	4.3	14	20	4	5.71	21	30
	3 a más hijos	5	7.14	9	12.9	4	5.71	18	25.71
	Total	11	15.71	46	65.7	13	18.6	70	100
Edad de Niño	1 – 5 meses	0	0	6	8.57	0	0	6	8.6
	6 meses a 2 años	7	10	25	35.71	7	10	39	56
	3 - 4 años, 11 meses	4	5.71	15	21.4	6	8.6	25	35.4
	Total	11		46		13		70	100

FUENTE: TRABAJO DE INVESTIGACION

Capítulo VI DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 Contratación de hipótesis con los resultados

Según la hipótesis no existe una relación directa entre las dos variables. Al relacionar las dos variables en estudio, utilizando la prueba estadística de chi cuadrado arrojó un nivel de significancia > 0.05 donde no se rechaza la hipótesis nula; El nivel de conocimiento de la Enfermedad diarreica aguda en las madres de los niños menores de 5 años que asisten al Control de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud "Villa Señor de los Milagros", 2017 no se relacionan significativamente con la Prácticas preventivas sobre la Enfermedad diarreica aguda.

Puesto que aun teniendo un conocimiento alto existen diversos factores que ocasionan prácticas inadecuadas en las madres de los niños menores de 5 años, así como, factores nutricionales, económicos, sociales, culturales, hacinamiento y servicio de las necesidades básicas (agua potable). 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 Nola Pender.

6.2 Contratación de resultados con otros estudios similares

El Nivel de conocimiento sobre la Enfermedad diarreica aguda en madres de niños menores de 5 años, Callao 2017, es el 66 %% de las encuestadas presentan un nivel medio de conocimiento sobre la Enfermedad diarreica aguda, el 19% un bajo nivel de conocimiento y el 16% un buen nivel de conocimiento.

Por consiguiente en las prácticas preventivas en la Enfermedad diarreica aguda en madres de niños menores de 5 años, Callao 2017; el 76% de las encuestadas presentan una práctica adecuada mientras que el 24 % una práctica inadecuada.

Diana Maricela (2013), realizó un estudio titulado “Conocimientos y prácticas maternas para prevenir la deshidratación en los niños con E.D.A del centro educativo salud nº Pumapungo.

Los resultados obtenidos fueron que el 47.3% de madres tiene un bajo nivel de conocimientos sobre diarrea y el 29.1% desconoce la forma de preparación del SRO.

Christian (2015), realizó un estudio “Conocimiento sobre enfermedad diarreica aguda en madres de niños menores de 5 años nido children’s house 2015”; La edad media de las madres fue de 36 años y la mayoría tenía entre 1 a 2 hijos. Predominó el grado Superior Universitario (81.5%). La mayoría realiza un trabajo dependiente (53.7%). En la mayoría de casos (92,6%), el nivel de conocimiento fue regular.

Marco Antonio (2016), realizo un estudio "Nivel de conocimiento de las madres sobre las enfermedades diarreicas agudas con niños menores de 5 años en el asentamiento humano pedro castro Alva Chachapoyas-2015"; Los resultados evidencian que en el conocimiento general de las madres se observa que el 100% de madres, el 76% tienen un nivel de conocimiento regular, el 18% tienen un nivel de conocimiento bueno y el 6% tiene un nivel de conocimiento deficiente, en cuanto a las dimensiones: definición el 76% tiene un conocimiento regular, en medidas preventivas el 59% tiene un conocimiento regular y en tratamiento tienen un 78% de conocimientos regular.

Capítulo VII

CONCLUSIONES

Conclusiones

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

1. No existe relación directa entre el nivel de conocimientos y las prácticas preventivas, demostrado mediante la prueba de chi cuadrado con una significancia de 0.124; con este resultado se aprueba la H0 y se rechaza la H1.
2. Se identificó que el 66% de las madres tienen un nivel de conocimiento medio sobre EDAs y que el 19% tienen un nivel de conocimiento bajo.
3. Se identificó que el 76% de las madres de niños menores de 5 años realizan prácticas preventivas adecuadas, mientras que el 24% restante realiza prácticas preventivas inadecuadas.
4. Se determinó que el 67% de las madres de niños menores de 5 años encuestadas son > a 25 años; respecto a la ocupación el 53% son ama de casa, el 54% tienen como grado de instrucción la secundaria.

Capítulo VIII

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda promover, planear y ejecutar actividades educativas continuas y permanentes dirigidas fundamentalmente, a las madres y también a la población en general, enfatizando el reconocimiento de signos de alarma, factores de riesgo y medidas preventivas de EDA's, evitando de esta manera su presencia y complicaciones.

2. Para los profesionales de enfermería como miembros del equipo de salud y como parte de sus responsabilidades en prevención y promoción en el primer nivel de atención, debe ser fundamental la actualización de sus conocimientos para el manejo y concientización a las madres de los niños menores de 5 años, sobre EDA's.

3. Realizar trabajos similares en otras poblaciones o áreas de estudio, a fin de conocer problemáticas en torno a las variables relacionadas con la prevención de EDA's así como para verificar si los resultados encontrados son similares a los del presente estudio.

CAPITULO VII

VII.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chan M. Boletín Organización Mundial de Salud. 2017. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/>.
2. Salceda Z. Enfermedades diarreicas agudas en el niño: comportamiento de algunos factores de riesgo. 2001.
3. Miranda J, Huamani R, Ordoñez K. y Campos M. Manejo de la enfermedad diarreica aguda en niños hospitalizados en el Hospital III Grau EsSalud. Lima, Perú. [Publicado Lima jul.-set. 2011] Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000300004.
4. Chacón K. Conocimiento y Prácticas preventivas en Edas en niños menores de 5 años en Carmen de la Legua. [Tesis para título] 2013. Universidad del Callao, Facultad de Ciencias de la Salud.
5. Nayhua L. Ministerio de Salud. Lima – Perú. Boletín Epidemiológico del Perú SE 23-2017. Disponible en:
<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2017/23.pdf>.
6. Ordoñez L. Ministerio de Salud. Lima –Perú. Boletín Epidemiológico del Perú SE 01-2018. Disponible en:
<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/01.pdf>
7. Vallejo M. Salud del Niño.2008
<http://saludelninio-pediatria-katy.blogspot.pe/2008/06/enfermedades-diarreicas-agudas-en-nios.htm>.
8. Flores C. Conocimiento sobre enfermedad diarreica aguda en madres de niños menores de 5 años nido children´s house.2015 [Tesis de Licenciatura], Miraflores – Perú.
9. Arista M. Nivel de conocimiento de las madres sobre las enfermedades diarreicas agudas con niños menores de 5 años en el asentamiento humano pedro castro Alva.Chachapoyas.2015. Disponible en: <http://repositorio.untrm.edu.pe/handle/UNTRM/138>.

10. Olivera R. Nivel de conocimiento sobre enfermedad diarreica aguda en madres de niños menores de 5 años en el Hospital Vitarte. 2015. cybertesis URP Web. Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/460/1/Olivera_r.pdf.
11. Camacho M. Conocimientos preventivos maternos orientados a la atención integrada de enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años de edad de la comunidad de anchilivi del cantón salcedo.2010.Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/bitstream/123456789/11513/1/TESIS%20%20CARMEN%20LOJAN.pdf>.
12. Andrade D. Conocimientos y prácticas maternas para prevenir la deshidratación en los niños con E.D.A del centro educativo salud Pumapungo – Cuenca.2013.
13. Hessen J. Teoría del conocimiento. Colombia: Panamericana. (2012)
14. Espinoza, S. Nivel de conocimiento de las madres sobre las enfermedades diarreicas agudas. España. 2015.
15. Geldstein. Maternidad adolescente y escolaridad media, Argentina.1996
16. Palomino G. cuidado de enfermería en niño con diarrea aguda en el servicio de pediatría del hospital Rezola, Cañete. Agosto 2017.Disponible en:<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/2944/ENSpadog.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
17. Pierce NF. Organización Panamericana de la Salud., Agosto.2008 Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/166083/1/9789275329276.pdf>
18. Ministerio de Salud. Norma Técnica De Salud. Guías de Práctica Clínica para la atención de las patologías más frecuentes y cuidados esenciales en la niña y el niño.Lima, Perú.2006 Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/downloads/quias_emergencia_epidemiologica/quias_EDAs_IRAs.pdf
19. Organización Mundial de gastroenterología. 2012 Disponible en: <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/acute-diarrhea-spanish-2012.pdf>
- 20.Echenique H. Minsal . Disponible en:<http://www.msal.gob.ar/images/stories/epidemiologia/pdf/guia-abordaje-colera.pdf>
21. Disponible en:<http://www.avpap.org/gtdocencia/rotaviruscav.pdf>

22. Organización Panamericana de la Salud. Manual Clínico para los servicios de Salud del tratamiento de la diarrea.2008.Disponible en:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/166083/1/9789275329276.pdf>
23. Organización Panamericana de Salud . Prevención de Diarrea.2010. Disponible en:
http://www.paho.org/dor/images/stories/archivos/Doc_diarrea.pdf?ua=1
24. Ministerio de Salud .Programa Nacional de Enfermedades Diarreicas diarreicas. UNICEF. 2010.Disponible en:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2180.PDF>
25. Zorrilla L. Adopción del rol maternal de la teórica Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo: reporte de caso en la unidad Materno Infantil. [revista en Internet].2011. [Citado el 6 de Oct. 2017].2(1).Disponible en:
<http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/57>
26. Hernandez S. Metodología de la Investigación. Mexico. Hill Interamericana. 2006. [Citado el 15 de Sep. 2017]. Disponible en:
Disponible en: <http://metodos-comunicacion.sociales.uba.ar/files/2014/04/Hernandez-Sampieri>
27. Tojo R. Tratado de Nutrición pediátrica. Ediciones Doyma. 6ta Ed, 2011. P. 347

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	METODOLOGÍA	POBLACIÓN
<p>¿Cuál es la relación del nivel de conocimiento y las prácticas preventivas de EDAS en las madres de los niños menores de 5 años en el C.S Villa Señor de los Milagros - Callao 2017?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar la relación del nivel de conocimiento y las prácticas preventivas de EDAS en las madres de los niños menores de 5 años en el C.S Villa Señor de los Milagros - Callao 2017</p> <p>OBJETIVO ESPECIFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el nivel de conocimiento de EDAS en las madres de los niños menores de 5 años en el C.S Villa Señor de los Milagros - Callao 2017 • Identificar las prácticas preventivas de EDAS en las madres de los niños menores de 5 años en el C.S Villa Señor de los Milagros - Callao 2017 • Nivel de conocimientos sobre la enfermedad diarreica aguda en madres de niños de 5 años según características sociodemográficas. 	<p>HIPOTESIS GENERAL</p> <p>Existe relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas preventivas de EDAS en madres de niños menores de 5 años "Centro de Salud Villa Señor de los Milagros- Callao"</p> <p>HIPOTESIS NULA</p> <p>No existe relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas preventivas de EDAS en madres de niños menores de 5 años "Centro de Salud Villa Señor de los Milagros- Callao"</p>	<p>Enfoque</p> <p>Investigación cuantitativa.</p> <p>Tipo</p> <p>Aplicada</p> <p>Nivel</p> <p>Descriptiva, correlacional de corte transversal.</p> <p>Diseño</p> <p>No experimental</p>	<p>La población objetivo de estudio consto de 80 personas, que son todas las madres de los niños menores de 5 años.</p> <p>La muestra se obtuvo de modo probabilístico aleatorio simple constituida por 70 madres, quienes cumplieron con los criterios de selección y asistieron durante el mes de julio del 2017.</p> $n = \frac{z^2 \times P \times Q \times N}{e^2(N-1) + z^2 \times P \times Q}$ <p>n = 70</p>

CUESTIONARIO.

Sra. buenos días, somos egresadas de la Carrera Profesional de enfermería de la Universidad Nacional del Callao, el siguiente cuestionario, tiene como objetivo determinar el nivel de conocimiento y sus prácticas preventivas que tienen las madres sobre las diarreas, para identificar los factores determinantes en las cuales los niños menores de 5 años puedan incidir en una diarrea, le agradecemos de antemano su colaboración.

Marque con un ASPA (X) la respuesta correcta.

Las preguntas solo tienen una respuesta.

I. DATOS SOCIO- DEMOGRÁFICOS DE LA MADRE

Edad de la madre:

- a) 15- 19 años b) 20 a 24 años c) 25 a 45 años a más

Grado de instrucción:

- a) Primaria b) Secundaria c) Técnico d)
Universitario

Ocupación:

- a) Ama de casa b) trabajo independiente c) trabajo
dependiente

Estado civil:

- a) Casada b) Soltera c) Conviviente d)
Viuda

II. DATOS GENERALES

Número de hijos:

- a) 1 b) 2 c) 3 ó más

Edad del niño:

- a) 1-6 meses b) 6 meses – 2 años c) 3- 4 años, 11 meses

III. CONOCIMIENTO:

1) Se considera que la diarrea es una enfermedad:

- a) Infecciosa.
- b) Incurable.
- c) Pasajera.
- d) contagiosa

2) A partir de cuántas deposiciones líquidas se considera que hay diarrea:

- a) 2 veces al día
- b) Más de 3 veces al día.
- c) 5 veces a la semana.
- d) 1 vez al día.

3) Para usted, ¿Qué es la deshidratación?

- a) Disminución del apetito.
- b) Pérdida de líquidos y sales en el cuerpo.
- c) Aumento de líquidos en el cuerpo.
- d) Ausencia de heces.

4) ¿Cuáles son las señales de deshidratación en los bebés y los niños?

- a) Boca y lengua reseca, ojos hundidos, llanto sin lágrimas.
- b) Rostro decaído.
- c) Dos deposiciones al día.
- d) Orina oscura, dolor de cabeza

5) ¿Cómo cree usted que debe consumirse el agua?

- a) Hervida, clorada
- b) Reposada
- c) No hervida.
- d) calentada

6) ¿Cómo sabe usted que el agua está correctamente hervida?

- a) Luego de 5 a 10 minutos de ponerla al fuego.
- b) Cuando el agua está caliente.
- c) Cuando observa que salen burbujas y vapor de la tetera.
- d) Cuando pongo el agua al microondas.

- 7) ¿A qué lugar debe acudir cuando su niño tiene diarrea?
- Hospital.
 - Curandero.
 - Farmacia.
 - A mi vecina
- 8) ¿Con qué frecuencia y cantidad le daría líquidos a su niño si presenta diarrea?
- Cada hora, 2 litros.
 - Después de cada deposición, aumentando la cantidad según tolere.
 - Tres tomas al día.
 - No le da líquidos.
- 9) ¿Cómo se prepara el suero o “bolsita salvadora”?
- Disolver $\frac{1}{2}$ sobre en 1 L de agua hervida caliente.
 - Disolver 1 sobre en 2 L de agua no hervida.
 - Disolver 1 sobre en 1 L de agua hervida fría.
 - Disolver 1 sobre en 1 taza con agua.
- 10) ¿Para qué cree que sirva el suero o “bolsita salvadora” en los niños con diarrea?
- Previenen las diarreas.
 - Alivian los cólicos.
 - Reponen los líquidos.
 - Para que coma.
- 11) ¿Cómo prepara usted el Suero Casero?
- 1L de agua hervida, 7 cucharaditas de sal y 8 de azúcar.
 - 1L de agua hervida, 1 cucharadita de sal y 4 de azúcar.
 - 1L de agua hervida, 1 cucharadita de sal y 8 de azúcar.
 - 1 L de agua sola.
- 12) ¿Cuánto tiempo dura las sales de rehidratación oral y el suero casero una vez preparado?
- 24 horas a temperatura ambiente.
 - 48 horas o 2 días en refrigeración.
 - Solo 6 horas.
- 13) Señale en qué casos se debe llevar rápidamente al niño con diarrea al centro de salud o médico:

- a) Al pellizcar la piel demora en regresar en su lugar.
- b) Hace deposiciones líquidas, vómitos abundantes y seguidos.
- c) Hace deposiciones con sangre.
- d) Todas las anteriores.

14) ¿En qué casos las madres deben dar medicamentos para curar las diarreas en niños?

- a) Cuando el médico lo indique.
- b) Si otra persona (vecina, amiga) lo recomiende.
- c) Cuando crea conveniente.
- d) Cuando mi abuelita me lo aconseje.

15) ¿Qué alimentos brinda a su niño cuando tiene diarrea?

- a) Comidas enlatadas
- b) Abundante líquido y solo frutas.
- c) Comidas sin condimentos, sancochadas y abundante líquido.
- d) Comidas condimentadas y frituras

IV. guía de observación

Nº	PREGUNTAS	SI	NO
1	¿El agua que consume es hervida?		
2	Ud. Tiene agua potable o almacena el agua en un tacho limpio con tapa, alejado del suelo y basura		
3	Elimina los desechos		
4	¿Se lava las manos con jabón antes y después de preparar los alimentos, cambiar pañales, ir al baño y comer los alimentos		
5	¿Lava las frutas y verduras con agua del caño?		
6	¿Mantiene las frutas y verduras protegidas de insectos o roedores?		
7	¿Mantiene los utensilios protegidos de cualquier contaminación?		
8	Su niño menor de 5 años tiene todas las vacunas.		
9	¿Cuándo su niño tiene diarrea le da suero casero y/o panetelas?		
10	¿Cuándo su niño tiene diarrea continua con la leche materna con normalidad?		
11	¿Cuándo su niño tiene diarrea le brinda más líquido de lo acostumbrado?		
12	Ud. le brinda a su niño (a) que tiene diarrea suero casero y además		
13	¿Cuándo su niño presenta signos de deshidratación, Ud., lo lleva al centro de salud o medico particular		
14	¿Cuándo su niño tiene continua con la alimentación diaria más veces y en pequeñas cantidades?		

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada Madre de Familia:

Se solicita su autorización para que pueda participar de forma voluntaria en el estudio científico que tiene como objetivo determinar Conocimiento y prácticas preventivas de EDAs en madres de niños menores 5 años, Centro de Salud "Villa Señor de los Milagros" , Callao, 2017;este cuestionario consta de 15 preguntas en las cuales solo debe marcar una de las alternativas indicadas y Lista de Cotejo de solo 14 items , en la cual escogerá una sola alternativa.

Ya que su participación es voluntaria, puede interrumpir el proceso en el momento que desee, sin presentar ningún riesgo e incomodidad. Se deja también en claro que usted no recibirá ningún tipo de beneficio económico, pero su ayuda contribuirá a determinar Conocimiento y prácticas preventivas de EDA en madres de niños menores 5 años, Centro de Salud "Villa Señor de los Milagros" , Callao 2018

Firma del participante

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO
COEFICIENTE KUDER RICHARDSON

El Coeficiente de Kuder Richardson sirve para medir la fiabilidad de un cuestionario.

Este coeficiente puede tener valores de 0 a 1, cuando el valor esté más cercano a 1, mayor es la consistencia interna de los ítems analizados.

Para el cálculo del coeficiente de confiabilidad Kuder Richardson se utiliza el siguiente procedimiento:

$$KR20 = \frac{K}{K - 1} \left(1 - \frac{Pq}{vt}\right)$$

Donde:

KR-20: Kuder-Richardson.

K: Número de ítems del instrumento.

Pq: Variabilidad de cada ítems del instrumento.

Vt: Varianza del total.

Reemplazando datos:

$$KR20 = \frac{15}{15-1} \left(1 - \frac{2.01}{6.35}\right)$$

$$KR 20 = 0.7$$

Rangos	Magnitud
0,81 a 1,00	Muy fuerte
0,61 a 0,80	Sustancial
0,41 a 0,60	Moderada
0,21 a 0,40	Baja
0,01 a 0,20	Despreciable

Confiabilidad del coeficiente de Kuder Richardson del instrumento sobre conocimientos sobre la enfermedad diarreica aguda.

		COEFICIENTE DE KR-20																			RUMBAJE TOTAL
		PREGUNTAS O ITEMS																			
Encuestado	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15						
E1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1					
E2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1					
E3	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1					
E4	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1					
E5	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	12					
E6	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	9					
E7	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	7					
E8	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	7					
E9	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	6					
E10	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	12					
E11	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	9					
E12	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	13					
E13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	14					
E14	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	12					
E15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	10					
E16	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	10					
E17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	11					
E18	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	7					
E19	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	8					
E20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	13					
SUMATORIA DE LOS ADIERTOS	11	16	16	18	10	20	19	20	10	6	4	5	9	4	20	20	192				
P	0.55	0.8	0.8	0.9	0.5	1	0.95	1	0.5	0.3	0.2	0.25	0.45	0.2	1	1					
q	0.45	0.2	0.1	0.5	0	0	0.05	0	0.5	0.7	0.8	0.75	0.55	0.8	0	0					
EXC	0.2475	0.16	0.06	0.25	0	0	0.0475	0	0.25	0.21	0.16	0.1875	0.2475	0.16	0	2.01					
VARIANZA TOTAL																	6.35789474				

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO
COEFICIENTE KUDER RICHARDSON

El Coeficiente de Kuder Richardson sirve para medir la fiabilidad de un cuestionario.

Este coeficiente puede tener valores de 0 a 1, cuando el valor esté más cercano a 1, mayor es la consistencia interna de los ítems analizados.

Para el cálculo del coeficiente de confiabilidad Kuder Richardson se utiliza el siguiente procedimiento:

$$KR20 = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{\sum PQ}{Vt}\right)$$

Donde:

KR-20: Kuder-Richardson.

K: Número de ítems del instrumento.

Pq: Variabilidad de cada ítems del instrumento.

Vt: Varianza del total. $KR20 = \frac{15}{15-1} \left(1 - \frac{2.08}{4.89}\right)$

KR 20 = 0.53

Rangos	Magnitud
0,81 a 1,00	Muy fuerte
0,61 a 0,80	Sustancial
0,41 a 0,60	Moderada
0,21 a 0,40	Baja
0,01 a 0,20	Despreciable

Confiabilidad del coeficiente de K-R del instrumento sobre prácticas preventivas sobre la enfermedad diarreica aguda.

Encuestado	COEFICIENTE DE KR-20																				PUNTAJE TOTAL	
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14								
E1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	
E2	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	8
E3	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
E4	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	8
E5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
E6	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
E7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
E8	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
E9	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
E10	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
E11	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8
E12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
E13	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8
E14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
E15	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	7
E16	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
E17	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
E18	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
E19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
E20	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
SUMATORIA DE LOS ACIERTOS	20	17	11	20	19	17	20	17	9	11	15	13	8	16	13	13	16	13	13	13	209	
P	0.85	0.55	0.55	1	0.95	0.85	1	0.85	0.45	0.55	0.75	0.85	0.4	0.8	0.85	0.4	0.8	0.85	0.85	0.85		
q	0	0.15	0.45	0	0.05	0.15	0	0.55	0.45	0.25	0.25	0.35	0.6	0.2	0.35	0.35	0.6	0.2	0.35	0.35		
p _{xx}	0	0.1275	0.2475	0	0.0475	0.1275	0	0.2475	0.2475	0.1875	0.2275	0.2275	0.24	0.16	0.2275	0.24	0.16	0.2275	0.2275	0.2275	2.0875	
VARIANZA TOTAL																					4.8921053	

MEDICIÓN DE LA VARIABLE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA

APLICACIÓN DE LA FORMULA STANONES PARA LA OBTENCIÓN DE INTERVALOS EN LOS CONOCIMIENTOS

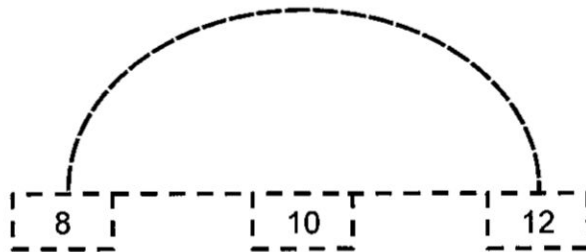
Nivel de conocimiento sobre la Enfermedad diarreica aguda en madres de niños menores de 5 años.

El instrumento que corresponde a los conocimientos está conformado por 15 ítems (Global) y está dividido a su vez en 2 dimensiones: conocimientos sobre definición, signos y síntomas, consecuencias en madres de niños, valorados con escala dicotómica 0 y 1 punto, según sea la respuesta incorrecta o correcta, respectivamente.

Para la clasificación del nivel de conocimiento de las madres se utilizó la comparación a través de la campana de Gauss con la constante 0.75 a través del siguiente procedimiento:

Para el conocimiento Global:

- Se determinó el promedio. $(x) = 9.6$
- Se calculó la desviación estándar. $(DS) = 2.52$
- Se establecieron los valores de "a" y "b".



$$a = 9.6 - 0.75 (2.52) = 7.71$$

$$b = 9.6 + 0.75 (2.52) = 11.5$$

CATEGORIZACIÓN DEL CONOCIMIENTO:

Alto: mayor a 12 = 13 - 15 pts.

Medio: igual a 8 e igual a 12 = 8 - 12 pts.

Bajo: menor a 8 = 0 – 7 pts.

APLICACIÓN DE LA FORMULA STANONES PARA LA OBTENCIÓN DE INTERVALOS EN LAS PRÁCTICAS.

Para la clasificación del nivel de prácticas de las madres se utilizó la comparación a través de la campana de Gauss con la constante 0.75 a través del siguiente procedimiento:

Se considerara el número de ítems, además de la escala mínima y máxima de puntuación para el cuestionario. Se considera a K como la constante en el cual oscilaran los puntajes de las prácticas, a n1 y a n2 como resultados de las operaciones.

Para las prácticas globales:

- Se determinó el promedio. $(x) = 10.45$

CATEGORIZACIÓN DE LAS PRÁCTICAS:

Práctica inadecuado: 0- 10 puntos

Práctica adecuado: 11- 14 puntos

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

VALIDEZ DE CONTENIDO: PRUEBA BINOMIAL

JUICIO DE EXPERTOS

CRITERIOS	N° de Jueces						P
	1	2	3	4	5	6	
1. El instrumento de recolección de datos está orientada al problema de la investigación.	1	1	1	1	1	1	0.01562 5
2. El instrumento de recolección de datos se aprecia las variables de investigación.	1	1	1	1	1	1	0.01562 5
3. Los instrumentos de recolección de datos facilitaran el logro de los objetivos de la investigación.	1	1	1	1	1	1	0.01562 5
4. Los instrumentos de recolección de datos se relacionaron con las variables de estudio.	1	1	1	1	1	1	0.01562 5
5. Los instrumentos de recolección de datos preguntan la cantidad de ítems apropiados.	1	1	1	1	1	1	0.01562 5
6. La redacción de instrumento de recolección de datos es coherente.	1	1	1	1	1	1	0.01562 5
7. El diseño del instrumento de recolección de datos facilitara el análisis y procesamiento de datos.	1	1	1	1	1	1	0.01562 5
8. ¿Del instrumento de recolección de datos, ud. eliminaría algún ítem.	0	1	0	1	1	1	0.3125
9. Del instrumento de recolección de datos usted agregaría algún ítem?	1	1	1	1	1	1	0.01562 5
10. El diseño del instrumento de recolección de datos será accesible a la población sujeto de estudio.	1	1	1	1	1	1	0.01562 5
11. ¿La redacción de instrumento de recolección de datos es clara, sencilla y precisa para la investigación?	1	1	1	1	1	1	0.01562 5

Se ha considerado lo siguiente:

1 (SI) = De acuerdo

0 (NO) = En desacuerdo

En el siguiente cuadro se muestra la opinión de 6 expertos sobre el instrumento, según los criterios señalados, teniendo como premisa que un valor $p < 0.05$, significa que existe evidencia significativa para determinar la concordancia entre los jueces expertos.

Los resultados muestran que existe concordancia favorable entre los 6 jueces expertos sobre los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10 y 11 ; no obstante, el ítem 8 no mostró concordancia, por ello se realizaron las sugerencias de los expertos para mejorar la secuencia al momento del desarrollo del instrumento.

Características sociodemográficas de las madres de niños menores de 5 años en el Centro de Salud “Villa Señor de los Milagros”, Callao 2017

Características sociodemográficas	n	%
Edad		
< 20	5	7
20-24	18	26
≥ 25	47	67
Estado civil		
Soltera	13	19
Casada	12	17
Conviviente	45	64
Viuda	0	0
Grado de instrucción		
Primaria	5	7.14
Secundaria	38	54.28
Técnico	22	31.42
Universitario	5	7.14
Ocupación		
Ama de Casa	37	53
Trabajo independiente	18	26
Trabajo dependiente	15	21
TOTAL	70	

Datos generales de las madres de los niños menores de 5 años en el Centro de Salud "Villa Señor de los Milagros", Callao 2017

DATOS GENERALES	n	%
Número de hijos		
1 hijo	31	44
2 hijos	21	30
3 o más.	18	26
TOTAL	70	100%
Edad del niño		
1 – 5 meses	6	8.57
6 meses – 2 años	39	55.72
3 años – 4 años y 11 meses	25	35.71
TOTAL	70	100 %

**Conocimientos sobre la Enfermedad diarreica aguda de
madres de niños menores de 5 años en el Centro de Salud
"Villa Señor de los Milagros", Callao 2017**

Preguntas de conocimientos	Respuestas			
	Incorrecto		Correcto	
	N	%	N	%
¿La diarrea es una enfermedad?	26	37%	44	63%
¿A partir de cuantas deposiciones líquidas se considera que es una diarrea?	13	19%	57	81%
Para Ud. ¿ Que es la deshidratación?	13	19%	57	81%
¿Cuáles son las señales de deshidratación en los bebés y los niños?	31	44%	39	56%
¿Cómo cree usted que debe consumir el agua?	1	1%	69	99%
¿Cómo sabe usted que el agua está correctamente hervida?	4	6%	66	94%
¿A qué lugar debe acudir cuando su niño tiene diarrea?	2	3%	68	97%
¿Con que frecuencia y cantidad le daría líquidos a su niño, si presenta diarrea?	35	50%	35	50%
¿Cómo se prepara el suero "bolsita salvadora"?	42	60%	28	40%
¿Para qué cree que sirve el suero "bolsita salvadora" en los niños con diarrea?	45	64%	25	36%
¿Cómo prepara usted el suero casero?	53	76%	17	24%
¿Cuánto tiempo dura las sales de rehidratación oral y el suero casero una vez preparado?	37	53%	33	47%
Señale en qué casos llevaría rápidamente al niño con diarrea al centro de salud o al médico	53	76%	17	24%
¿En qué casos las madres deben dar medicamentos para curar las diarreas en sus niños?	6	9%	64	91%
¿Qué alimentos brinda a su niño cuando tiene diarrea?	3	4%	67	96%

Conocimientos sobre la Enfermedad diarreica aguda de las madres de niños menores de 5 años del Centro de Salud de "Villa Señor de los Milagros"-Callao, 2017.

