



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

**“ACTITUDES Y NIVEL DE CONOCIMIENTO EN EL MANEJO
PREVENTIVO Y CURATIVO FRENTE A LAS ENFERMEDADES
DIARREICAS AGUDA EN EL HOGAR DE LAS MADRES DE FAMILIA DE
LA ONG OSCAR DE PERÚ - 2020 - 2021”**

Línea de investigación: Salud Pública

Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Nutrición

Autor:

Quijada Maguiña, Fabiola Valeria

Asesor:

Figuerola Quintanilla, Dante Aníbal

Jurado

Tanbini Acosta Moises Enrique

Carrillo Valverde Maria Elena

Lopez Gabriel Wilfredo

Lima-Perú

2021

RESUMEN

Objetivo, determinar las actitudes y el nivel de conocimiento en el manejo preventivo curativo frente a las Enfermedades Diarreicas Agudas en el hogar de las madres de familia de la ONG OSCAR DE PERÚ. **Materiales y métodos**, el estudio fue prospectivo observacional, transversal y descriptivo. La población estuvo conformada por 80 madres de familia en totalidad, de niños menores de 5 años. **Resultados**, el 32% de las madres de familia presenta una edad entre los 26 a 30 años de edad, el 50% de las madres son solo convivientes, el 65% de las madres solo tiene secundaria completa, el 100% de las madres cuenta con agua potable, 97% cuenta con desagüe para eliminación de excretas, 1% con letrina y 2% con otro método, en cuanto a conocimiento sobre enfermedades diarreicas agudas el 60% conocía la definición respondiendo que son Heces líquidas y aumento del número de deposiciones, Conocimientos de la madre acerca de las principales causas de la Diarrea el 51% respondió que es la falta de higiene, en Conocimientos de la madre sobre los signos de deshidratación solo 55% respondió que es la sed aumentada y somnolencia, en el Manejo dietético durante la diarrea :Tipo de alimentos que ofrece la madre solo 36% respondió correctamente, Restricción de alimentos durante la diarrea 36% respondió no restringir ningún alimento, en cuanto a la actitud sobre la Medidas terapéuticas adoptadas por las madres en caso de Diarrea el 77% de las madres respondió brindarle suero de rehidratación oral (SRO), en cuanto a la actitud que toma frente a la aparición de diarrea en sus menores hijos e hijas, el 75% acudiría al centro de salud. **Conclusión** el nivel de conocimiento de las madres en cuanto a Enfermedades Diarreicas agudas es bueno, por lo tanto, esto lleva a que puedan tener una mejor actitud frente al manejo de primer momento, por ello las actitudes conocidas mediante este estudio nos muestran que son las correctas y adecuadas.

Palabras claves: Diarrea, conocimiento, actitudes

ABSTRACT

The objective of this work was to determine the attitudes and the level of knowledge in curative preventive management against Acute Diarrheal Diseases in the home of the mothers of the NGO OSCAR DE PERÚ, **materials and methods**, the study was prospective observational According to the period and cross-sectional sequence and according to the analysis and scope of the results, the study is descriptive and comparative. The population was made up of 80 mothers in total, of children under 5 years of age. Finding the following **results**, 32% of the mothers have an age between 26 and 30 years of age, 50% of the mothers are only cohabitants, 65% of the mothers have only completed secondary school, 100% of The mothers have potable water, 97% have a drainage for excreta disposal, 1% with a latrine and 2% with another method, in terms of knowledge about acute diarrheal diseases, 60% knew the definition, responding that they are liquid feces and increased number of stools, Knowledge of the mother about the main causes of Diarrhea, 51% responded that it is lack of hygiene, in Knowledge of the mother about the signs of dehydration only 55% answered that it is increased thirst and drowsiness, in Dietary management during diarrhea: Type of foods offered by the mother, only 36% responded correctly, Food restriction during diarrhea 36% responded not to restrict any food, in terms of attitude about Therapeutic measures adopted by mothers in case of Diarrhea, 77% of mothers responded to provide oral rehydration serum (ORS), regarding the attitude they take towards the appearance of diarrhea in their minor sons and daughters, 75% would go to the health center. **Concluding** that the level of knowledge of mothers regarding acute diarrheal diseases is good, therefore this leads to them having a better attitude towards first-time management, therefore the attitudes known through this study show us that are correct and appropriate.

Keywords: Diarrhea, knowledge, attitudes

CONTENIDO

RESUMEN	III
ABSTRACT	IV
CONTENIDO	V
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Descripción del problema:	2
1.1.1 Descripción.....	2
1.1.2 Planteamiento de problema	3
1.2 Antecedentes	4
1.2.1 Investigaciones nacionales	4
1.3 Objetivos.....	6
1.3.1 Objetivo general	6
1.3.2 Objetivos específicos.....	6
1.4 Justificación	7
1.5 Hipótesis	7
II. MARCO TEORICO	8
2.1 Bases teóricas.....	8
CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS	17
III. METODO	22
3.1 Tipo de investigación.....	22
3.2 Ámbito espacio temporal	22
3.3 Variables	22
3.3.1 Variables independientes.....	22
3.3.2 Variables dependientes.....	22
3.4 Población y muestra.....	23
3.4.1 Población.....	23
3.4.2 Muestra.....	23
3.4.3 Características de la población.....	23
3.5 Instrumentos.....	23
3.6. Procedimientos.....	24
3.7 Análisis estadísticos	24
3.8 Consideraciones éticas	24
IV. RESULTADOS	25
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	38
VI. CONCLUSIONES.....	38

VII. RECOMENDACIONES	40
VIII. BIBLIOGRAFÍA	42
IX. ANEXOS	45

I. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades diarreicas representan un problema de salud pública mundial, siendo los países en desarrollo los más afectados donde son una importante causa de morbilidad y la segunda causa de mortalidad en niños menores de 5 años.

Actualmente en el ámbito de las enfermedades diarreicas son las causas principales de enfermedad y muerte en niños menores de 5 años constituyendo, así como las primeras causas de mortalidad infantil y de consulta ambulatoria, la humanidad particularmente asociado a condiciones de pobreza y pobreza extrema, carencia de los servicios básicos, falta de información y bajo nivel de conocimiento de la población madre que inciden de manera directa en la salud de su menor

En el Perú ocupan el tercer lugar como causa de morbimortalidad infantil, siendo 1 600 los niños menores de cinco años que mueren anualmente; es más prevalente en áreas rurales por lo que está relacionada a los factores socioeconómicos.

Entre las medidas de prevención, se encuentran la constante educación de saneamiento básico, sobre conservación del agua, manejo de excretas, lavado de manos, manejo de alimentos e inmunizaciones. Así mismo, en algunos estudios de investigación se llegan a la conclusión de que gran porcentaje de las madres encuestadas, desconocen las medidas preventivas de las enfermedades diarreicas agudas en los niños menores de cinco años, requiriendo con urgencia una educación sobre estos aspectos.

1.1 Descripción del problema:

1.1.1 Descripción

Las enfermedades diarreicas son la principal causa de mortalidad en niños menores de un año en América Latina. Aproximadamente, 1700 millones de casos de enfermedad diarreica aguda en Latinoamérica y El Caribe, se presentan cada año según la OMS (2019). En algunas áreas geográficas del Perú las EDAs se presentan con una frecuencia de 4.3 episodios por niño/año, siendo muy superior al promedio mundial. La Organización Panamericana de la Salud, muestra que las enfermedades diarreicas agudas 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. Sin embargo, la mortalidad por diarrea ha disminuido sustancialmente durante las últimas dos décadas debido al uso generalizado de la terapia de rehidratación oral y a la mayor capacidad de los padres y cuidadores para identificar los signos de alerta y obtener ayuda rápida en caso de enfermedad. A nivel mundial, la India es el segundo país con más población el 21% de las causa de las enfermedades contagiosas son transmitidas por aguas contaminadas y 1,600 personas en donde en general son niños, mueren por casos de diarrea consumir aguas no tratadas o no manejadas con las normas higiénicas adecuadas.

Por otro lado, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, en su boletín Semana epidemiológica (SE); VOLUMEN 29-SE 01 del 29 de diciembre al 04 de enero, las EDA siguen siendo un problema de salud pública en el país, en el 2019 se han notificado 1204136 episodios, 4,6% más a lo reportado el 2018.

Según información de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), “En Latinoamérica ocurren 15.282 muertes por rotavirus, (principal causante de la diarrea aguda) y 75.000 niños son hospitalizados anualmente”. Así, una planificación estratégica de prevención respecto a los factores de riesgo relacionados a diarrea aguda podría evitar las muertes de más del 70 % de los niños. También, mejoraría las condiciones de salud del niño.

El Instituto Nacional de Estadística e informática (INEI), a través de la encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES), en el 2016, la prevalencia de diarrea entre niñas y niños menores de cinco años de edad alcanzó 12.0%, un porcentaje menor al encontrado en la Encuesta 2011 (13.9%). Se encontraron diferencias poco significativas por sexo (12,9% en niños y 11,1% en niñas) o área de residencia (11.4% urbana y 13.6% rural); lo que podría indicar un cierto progreso en las campañas de acceso a servicios de salud. Por departamento, se encontró una mayor prevalencia entre las niñas y niños residentes en Ayacucho (19.9%), Ucayali (19.5%) y Loreto (19.3%); mientras que, la prevalencia fue menor en la Provincia Constitucional del Callao (8.1%), Lima y Cajamarca (8.3%, en ambos casos), Tacna (9.1%) y, La Libertad (9.7%). Puesto a ello entre las medidas de prevención que a las madres les falta, se encuentran la educación continua de saneamiento básico, sobre el almacenamiento de las aguas en casa, manejo de excretas, lavado de manos, manejo de alimentos e inmunizaciones.

1.1.2 Planteamiento de problema

Problema general

¿Cuáles son las actitudes y nivel de conocimiento en el manejo preventivo y curativo frente a las enfermedades diarreicas aguda en el hogar de las madres de familia de la ONG Oscar de Perú 2020 – 2021?

Problemas específicos

¿Cuál es el nivel de conocimiento en el manejo preventivo y curativo frente a las enfermedades diarreicas aguda en el hogar de las madres de familia de la ONG Oscar de Perú 2020 – 2021?

¿Cuál es la actitud en el manejo preventivo y curativo frente a las enfermedades diarreicas aguda en el hogar de las madres de familia de la ONG Oscar de Perú 2020 – 2021?

1.2 Antecedentes

1.2.1 Investigaciones nacionales

Flor De Liz Hernández Anadón, Kathryn La Torre Angulo “conocimiento sobre la enfermedad diarreica aguda relacionado con las prácticas de prevención en madres de niños(as) menores de 5 años, del asentamiento humano Martha Chávez II” - Pucallpa – Perú 2019. El estudio tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre el conocimiento sobre la enfermedad diarreica aguda y las prácticas de prevención en madres de niños(as) menores de 5 años, en el Asentamiento Humano Martha Chávez II, 2019. El estudio fue cuantitativo, diseño no experimental, de tipo transversal, prospectivo, con un estudio correlacional. Tuvo una población conformada por 180 madres y la muestra por 122 madres de niños(as) menores de 5 años. Los resultados fueron que el 38.5% de las madres son adultas, el 96% son de la Selva, el 58% son ama de casa, el 33.4% tienen secundaria completa y el 62.1% son convivientes; el 84.3% de las madres tienen conocimiento alto y un 93.8 % de ellas realizan correctamente las prácticas preventivas sobre la enfermedad diarreica aguda, por consiguiente, el 84.3 % de las madres tienen un alto conocimiento de los cuales realizan una correcta practica preventiva. Se concluyó que existe relación entre el conocimiento sobre la enfermedad diarreica aguda y las prácticas de prevención en madres de niños(as) menores de 5 años, del Asentamiento Humano Martha Chávez II, 2019.

Laura Lizbeth Chávez Ambrosio Marleny Vásquez Guro, “conocimientos y prácticas en prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades diarreicas agudas, por madres con niños menores de 5 años. Consultorios de atención integral del niño. Hospital II – E Simón Bolívar. Cajamarca – 2019” – Cajamarca-Perú. Su objetivo fue determinar la relación entre los conocimientos y las prácticas que tienen las madres con niños menores de 5 años; es un estudio cuantitativo, con enfoque descriptivo; transversal y correlacional, tuvo una población de 136 madres de familia. Se utilizó un cuestionario por medio de la entrevista. Como resultado tuvo que el 77 % de las madres de familia que fueron encuestadas tienen conocimiento alto y poseen buenas prácticas en relación a la prevención de las enfermedades diarreicas agudas que sus niños; el 96% de las madres tiene un conocimiento alto y buenas prácticas en cuanto al tratamiento que suelen realizar cuando sus niños tienen diarrea aguda y el 79% de las madres encuestadas poseen conocimientos altos y realizan buenas prácticas en cuanto a la rehabilitación de la enfermedad diarreica aguda. Concluyendo que si existe relación estadística significativa entre los conocimientos y prácticas que realizan las madres en prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años.

Lossio Zamora, Luis Carlos “Nivel de conocimiento de madres de niños menores de 5 años sobre medidas preventivas frente a enfermedad diarreica aguda. Hospital II - 2 Tarapoto, julio – diciembre 2018” – Tarapoto – Perú. Tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento de madres de niños menores de 5 años sobre medidas preventivas frente a enfermedad diarreica aguda, Hospital II-2 Tarapoto en julio – diciembre 2018, fue un estudio observacional, tipo transversal en la cual se encuestó a 188 madres de niños menores de 5 años que acudieron al Hospital II – 2 Tarapoto. Los resultados fueron: la mediana de edad del grupo de estudio fue de 30 años, con un grado de instrucción universitaria (52%) y la mayoría se dedicaba a labores del hogar en un

70%; el 42.4% se encontraba soltera al momento del estudio, seguida por el estado civil de conviviente con el 30%. Un 47% tenía procedencia de la ciudad de Tarapoto; el 28% procedían de zona rural, y 78% de zona urbana; el 86.7% contaba con el servicio de agua potable y el 68% con el de alcantarillado. En referencia al nivel de conocimiento para medidas preventivas el 58% tenía un nivel regular, seguido por un nivel de conocimientos alto con un 34%. En el ítem de conocimientos generales, un 32% de las madres tuvo problemas en definir la diarrea, definir signos de deshidratación, restricción de alimentos y medidas a tomar en caso de diarreas. Finalmente se concluyó que más del 50% de madres de niños menores de 5 años tiene un conocimiento regular en medidas preventivas con respecto a la diarrea, existe una adecuada concordancia entre medidas preventivas y conocimiento sobre causas de diarrea y la aptitud para el manejo de la diarrea.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar las actitudes y nivel de conocimiento en el manejo preventivo y curativo frente a las enfermedades diarreicas agudas en el hogar de las madres de familia de la ONG Oscar de Perú 2020 – 2021.

1.3.2 Objetivos específicos

Determinar el nivel de conocimiento en el manejo preventivo y curativo frente a las enfermedades diarreicas aguda en el hogar de las madres de familia de la ONG Oscar de Perú 2020 – 2021.

Describir la actitud en el manejo preventivo y curativo frente a las enfermedades diarreicas aguda en el hogar de las madres de familia de la ONG Oscar de Perú 2020 – 2021.

1.4 Justificación

En el Perú existe un 7% de la mortalidad en niños menores de 5 años de edad y son uno de los principales problemas de salud pública en la población infantil y es motivo de muchas emergencias en diversos nosocomios en los hospitales.

Muchos de estos problemas de morbi-mortalidad pueden ser evitadas cuando las madres de familia incentivan y acostumbran a realizar buenos hábitos de higiene personal.

1.5 Hipótesis

No presenta hipótesis por ser un estudio descriptivo.

II. MARCO TEORICO

2.1 Bases teóricas

Según la revisión bibliográfica de Nelson, 18 edición nos menciona que el término gastroenteritis denota infecciones del tracto gastrointestinal causadas por patógenos bacterianos, víricos o parasitarios. Muchas de estas infecciones son enfermedades vehiculadas por alimentos. Las manifestaciones más comunes son diarrea y vómitos, que pueden estar también asociadas con características sistémicas tales como dolor abdominal y fiebre. El término gastroenteritis captura el grueso de los casos infecciosos de diarrea. El término trastornos diarreicos se utiliza más comúnmente para denotar diarrea infecciosa en el ámbito de la salud pública, aunque varias causas no infecciosas de enfermedad gastrointestinal con vómitos y/o diarrea están bien reconocidas.

Etiología: se debe a infección adquirida por la vía feco-oral o por ingestión de alimentos o agua contaminados. Las gastroenteritis se asocian con pobreza, ambiente higiénico deficiente y escasos índices de desarrollo. Los enteropatógenos que son infecciosos en un pequeño inóculo (*Shigella*, *Escherichia coli*, norovirus, rotavirus *Giardia lamblia*, *Cryptosporidium parvum*, *Entamoeba histolytica*) pueden ser transmitidos por contacto de persona a persona, mientras que otros, como el cólera son generalmente consecuencia de la contaminación del alimento o del abastecimiento de aguas.

En los países desarrollados pueden producirse episodios de diarrea infecciosa por exposición estacional a organismos como rotavirus o exposición a patógenos en los marcos de un contacto íntimo (p. ej., guarderías). Los niños de los países en desarrollo se infectan con un diverso grupo de patógenos bacterianos y parasitarios, mientras que todos los niños de los países tanto desarrollados como en desarrollo adquieren rotavirus y, en muchos casos, otros enteropatógenos víricos, así como *G. lamblia* y *C. parvum*, en los primeros 5 años de vida.

Patogenía: Los enteropatógenos provocan una diarrea no inflamatoria por la producción de enterotoxinas por algunas bacterias, destrucción de las células de las vellosidades (superficie) por virus, adherencia por parásitos y adherencia y/o translocación por bacterias. La diarrea inflamatoria suele estar causada por bacterias que directamente invaden el intestino o producen citotoxinas, con la consiguiente entrada de líquidos, proteínas y células (hematíes, leucocitos) en la luz intestinal. Algunos enteropatógenos poseen más de una propiedad de virulencia. Algunos virus, como los rotavirus, seleccionan como objetivo las puntas de las microvellosidades de los enterocitos y pueden penetrar en las células por invasión directa o por endocitosis dependiente del calcio. Esto puede dar lugar a un acortamiento de la vellosidad y a la pérdida de la superficie absorbente del enterocito por el acortamiento celular y la pérdida de las microvellosidades. La mayoría de los patógenos bacterianos elaboran enterotoxinas; la proteína NSP4 del rotavirus actúa como enterotoxina vírica. Las enterotoxinas bacterianas pueden activar selectivamente la transducción de señales intracelulares del enterocito y pueden afectar también a las redistribuciones citoesqueléticas, con posteriores alteraciones en los flujos de agua y electrolitos a través de los enterocitos. El aumento por regulación de estas vías da lugar a la inhibición del transporte acoplado al NaCl y a un aumento de la salida de cloruro, lo que da lugar, a su vez, a una secreción neta y pérdida de agua a la luz intestinal. El transporte acoplado de sodio a glucosa y aminoácidos no se ve afectado en gran medida. La vía del óxido nítrico puede estar también implicada, ya que la producción endógena de óxido nítrico es significativamente mayor en la diarrea infecciosa que en la no infecciosa.

E. coli enterotoxigénico (ETEC) coloniza y se adhiere a los enterocitos del intestino delgado por las fimbrias de su superficie (pili) e induce la hipersecreción de líquidos y electrolitos al intestino delgado por una de estas dos toxinas: la enterotoxina termolábil

(LT) o la enterotoxina termoestable. La LT es estructuralmente similar a la toxina de *Vibrio cholerae* y activa la adenilato ciclasa, dando lugar a un aumento del guanosina monofosfato cíclico intracelular (GMPc).

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo incluyen la contaminación y un aumento de la exposición a enteropatógenos. Otros factores incluyen una edad joven, inmunodeficiencia, sarampión, malnutrición y ausencia de alimentación a pecho exclusiva o predominante. La malnutrición aumenta en varias veces el riesgo de diarrea y de mortalidad asociada. La fracción de tales muertes por diarrea infecciosa que son atribuibles a deficiencias nutricionales varía con la prevalencia de las deficiencias; las fracciones atribuibles más elevadas se dan en el África subsahariana, sudeste asiático y Latinoamérica andina. Los riesgos son particularmente mayores con la malnutrición en micronutrientes; en niños con deficiencia de vitamina A, el riesgo de fallecer por diarrea, sarampión y malaria aumenta en un 20-24%. La deficiencia en zinc aumenta el riesgo de mortalidad por diarrea, neumonía y malaria en un 13-21%.

La mayoría de los casos de diarrea se resuelven en el transcurso de la primera semana de la enfermedad. Una menor proporción de enfermedades diarreicas no se resuelve y persisten durante >2 semanas. La diarrea persistente se define como episodios que comenzaron de forma aguda pero con una duración de al menos 14 días. Tales episodios dan cuenta del 3% y del 20% de todos los episodios diarreicos en niños <5 años de edad y de hasta el 50% de todas las muertes relacionadas con diarrea. Muchos niños (especialmente lactantes y niños pequeños) en los países en desarrollo tienen episodios frecuentes de diarrea aguda. Aunque pocos episodios individuales persisten más de 14 días, los episodios frecuentes de diarrea aguda pueden dar lugar a compromiso nutricional

y pueden predisponer a estos niños al desarrollo de diarrea persistente, malnutrición proteína-caloría e infecciones secundarias

MANIFESTACIONES CLINICAS

La mayoría de las manifestaciones clínicas y de síndromes clínicos de diarrea se relacionan con el patógeno infectante y con la dosis/inóculo. Otras manifestaciones dependen del desarrollo de complicaciones (tales como deshidratación y desequilibrio electrolítico) y de la naturaleza del patógeno infectante. Por lo general, la ingestión de toxinas preformadas (como las de *Staphylococcus aureus*) se asocia con el rápido comienzo de náuseas y vómitos en menos de 6 horas, con posible fiebre, cólicos abdominales y diarrea en 8-72 h. La diarrea acuosa y los cólicos abdominales después de un período de incubación de 8-16 h se asocian con *Clostridium perfringens* y *Bacillus cereus* productores de enterotoxina. Los cólicos abdominales y la diarrea acuosa después de un período de incubación de 16-48 h pueden asociarse con norovirus, varias bacterias productoras de enterotoxina, *Cryptosporidium* y *Cyclospora*. Varios organismos, como *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter jejuni*, *Yersinia enterocolitica*, *E. coli* enteroinvasivo y *Vibrio parahaemolyticus*, producen diarrea que puede contener sangre, así como leucocitos fecales en asociación con cólicos abdominales, tenesmo y fiebre; estas características sugieren disentería bacilar y fiebre. La diarrea sanguinolenta y los cólicos abdominales después de un período de incubación de 72-120 h se asocian con infecciones debidas a *Shigella* y también con *E. coli* producto de toxina Shiga, como *E. coli* 0157:H7. Los organismos asociados con disentería o diarrea hemorrágica pueden causar también diarrea acuosa sola sin fiebre o que precede a un curso más complicado que da lugar a disentería.

Aunque muchas de las manifestaciones de gastroenteritis aguda en niños son inespecíficas, algunas características clínicas pueden ayudar a identificar las principales

categorías de diarrea y permitir una rápida clasificación para un tratamiento antibiótico o dietético específico. Hay una considerable superposición en la sintomatología. Los valores predictivos positivos en relación con las características de la disentería son muy pobres; sin embargo, la predictibilidad negativa en relación con los patógenos bacterianos es mucho mejor en ausencia de signos de disentería. En casos justificados y si las instalaciones y recursos económicos lo permiten, puede comprobarse la etiología por pruebas de laboratorio apropiadas.

DIAGNOSTICO

EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA DIARREA. La manifestación más común de infección del tracto gastrointestinal en niños es la diarrea, con cólicos abdominales y vómitos. Las manifestaciones sistémicas son variadas y asociadas con una diversidad de causas. La evaluación de un niño con diarrea aguda incluye:

Valorar el grado de deshidratación y acidosis y proporcionar una rápida reanimación y rehidratación con líquidos orales e intravenosos según las necesidades. Obtener una historia de contactos o exposición apropiada. Incluye la información sobre exposición a contactos con síntomas similares, ingesta de alimentos o agua contaminados, asistencia a guarderías, viaje reciente a un área con diarrea endémica y utilización de agentes antimicrobianos.

Determinar clínicamente la etiología de la diarrea para instauración de un tratamiento antibiótico temprano en los casos indicados. Aunque las náuseas y los vómitos son síntomas inespecíficos, son indicativos de infección en el intestino superior. La fiebre es sugestiva de un proceso inflamatorio, pero se produce también como consecuencia de deshidratación o coinfección (p. ej., infección del tracto urinario, otitis media). La fiebre es común en los pacientes con diarrea inflamatoria. El dolor abdominal y el tenesmo

intensos son indicativos de afectación del intestino grueso y del recto. Características tales como náuseas y vómitos y febrícula o ausencia de fiebre con dolor periumbilical de ligero a moderado y diarrea acuosa son indicativas de afectación del intestino delgado y reducen también la probabilidad de una infección bacteriana grave.

EXAMEN DE LAS HECES. El examen microscópico de las heces y los cultivos puede aportar una importante información sobre la etiología de la diarrea. Las muestras de heces deben ser examinadas en relación con moco, sangre y leucocitos. Los leucocitos fecales son indicativos de invasión bacteriana de la mucosa del colon, aunque algunos pacientes con shigelosis pueden tener unos mínimos leucocitos en un estadio inicial de la infección, al igual que los pacientes infectados por *E. coli* productor de toxina Shiga y *E. histolytica*. En áreas endémicas, la microscopia de las heces debe incluir el examen en busca de parásitos que causan diarrea, tales como *G. lamblia* y *E. histolytica*.

Se deben obtener coprocultivos tan pronto como sea posible en el curso de la enfermedad de niños con diarrea sanguinolenta en los que la microscopia de las heces indique leucocitos fecales, en los brotes con sospecha de síndrome hemolítico-urémico (SHU) y en los niños inmunosuprimidos con diarrea. Es preciso transportar y sembrar en placa rápidamente las muestras de heces; si esto último no puede realizarse, es posible que haya que transportar las muestras en medios especiales. El rendimiento y el diagnóstico de diarrea bacteriana pueden mejorarse de modo significativo utilizando procedimientos diagnósticos moleculares tales como la PCR. En la mayoría de los niños previamente sanos con diarrea acuosa no complicada no se requiere evaluación de laboratorio excepto con fines epidemiológicos.

TRATAMIENTO

Los principios básicos para el tratamiento de la gastroenteritis aguda en niños incluyen el tratamiento de rehidratación oral, alimentación entérica y selección de los alimentos, suplementación con zinc y tratamientos adicionales como los probióticos.

TRATAMIENTO DE REHIDRATACIÓN ORAL. Los niños, especialmente los lactantes, son más susceptibles que los adultos a la deshidratación debido a los mayores requerimientos basales de líquidos y electrolitos por kg y porque dependen de otros para satisfacer estas demandas. Se debe evaluar rápidamente la deshidratación y corregirse en 4-6 h según el grado de deshidratación y requerimientos diarios estimados. Una pequeña minoría de niños, especialmente los que se hallan en estado de shock o incapaces de tolerar líquidos orales, requiere rehidratación intravenosa inicial pero la rehidratación oral es el modo de rehidratación y de sustitución de las pérdidas preferido. Los riesgos asociados con una intensa deshidratación que pueden requerir la reanimación intravenosa incluyen: edad <6 meses, prematuridad, enfermedad crónica, fiebre >38 °C si <3 meses o >39 °C si 3-6 meses de edad, diarrea sanguinolenta, vómitos persistentes, oliguria, ojos hundidos y un nivel de consciencia deprimido. Aunque, en general, la solución de rehidratación oral estándar (SRO) de la OMS es adecuada, los líquidos de rehidratación oral con un bajo nivel de osmolalidad pueden ser más efectivos para reducir la producción de heces. En comparación con las SRO, una SRO con menor cantidad de sodio y glucosa (que contiene 75 mEq de sodio y 75 mmol de glucosa por litro, con osmolaridad total de 245 mOsm por litro) reduce la producción fecal, los vómitos y la necesidad de líquidos intravenosos sin aumentar de modo sustancial el riesgo de hiponatremia.

Los líquidos de rehidratación oral a base de cereales pueden ser también ventajosos en niños malnutridos y pueden prepararse en casa. Los remedios caseros que incluyen los refrescos con bicarbonato, zumos de frutas y té no son adecuados para la rehidratación o

tratamiento de mantenimiento, ya que tienen unas osmolalidades inapropiadamente elevadas y bajas concentraciones de sodio.

La rehidratación oral se debe dar a los lactantes y niños lentamente, en especial si tienen vómitos. Puede administrarse inicialmente con un gotero, cucharadita de té o jeringa, comenzando con sólo 5 ml cada vez. Se aumenta el volumen a medida que se vaya tolerando.

ALIMENTACIONES ENTÉRICAS Y SELECCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN.

La alimentación entérica continuada en la diarrea ayuda a la recuperación del episodio, y una dieta apropiada para la edad después de la rehidratación es la norma. Aunque la superficie del borde en cepillo intestinal y las enzimas lumbales pueden estar afectadas en los niños con diarrea prolongada, hay datos de que puede producirse una absorción satisfactoria de carbohidratos, proteínas y grasa con una variedad de alimentaciones. Una vez se ha completado la rehidratación, se debe reintroducir el alimento, mientras que puede continuarse con la rehidratación oral para sustituir las pérdidas por los vómitos o por las heces y para mantenimiento. Se debe reanudar la alimentación a pecho o de fórmula regular no diluida tan pronto como sea posible. También son tolerados los alimentos con carbohidratos complejos (arroz, trigo, patatas, pan y cereales), carnes magras, yogur, frutas y verduras. Se deben evitar los alimentos grasos o los alimentos ricos en azúcares simples (zumos, bebidas carbonatadas). La densidad energética usual de cualquier dieta alimenticia utilizada para el tratamiento de la diarrea debe estar en aproximadamente 1 kcal/g, con la intención de proporcionar una ingesta de energía de un mínimo de 100 kcal/kg/día y una ingesta proteica de entre 2 y 3 g/kg/día. En circunstancias seleccionadas cuando sea problemática una ingesta adecuada de alimento denso en energía, también puede ser útil la adición de amilasa a la dieta por técnicas de germinación.

TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO. El tratamiento antibiótico oportuno en el tiempo en casos de diarrea seleccionados puede reducir la duración y la intensidad de la diarrea y prevenir las complicaciones. Aunque estos agentes son importantes para su empleo en casos específicos, su uso generalizado e indiscriminado lleva al desarrollo de resistencia a antibióticos. La nitazoxanida, un fármaco antiinfeccioso, ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de una amplia variedad de patógenos como *Cryptosporidium parvum*, *Giardia lamblia*, *Entamoeba histolytica*, *Blastocystis hominis*, *C. difficile* y rotavirus.

PREVENCIÓN:

MEJORA DE LAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.

Hay una fuerte asociación inversa entre una alimentación complementaria apropiada e inocua y la mortalidad en los niños de edades comprendidas entre 6 y 11 meses; la malnutrición es un riesgo independiente de la frecuencia y gravedad de la enfermedad diarreica. Los alimentos complementarios deben introducirse a los 6 meses de edad, mientras que la alimentación a pecho materna debe continuar hasta el año de vida (un mayor período en los países en desarrollo). Los alimentos complementarios en los países en desarrollo tienen generalmente una calidad pobre y con frecuencia se hallan contaminados, predisponiendo de este modo a la diarrea. La contaminación de los alimentos complementarios puede reducirse potencialmente por la educación de los cuidadores y por la mejora del almacenamiento de los alimentos en el domicilio. La suplementación con vitamina A reduce la mortalidad infantil en un 34%; la mejora en el estado de la vitamina A reduce la frecuencia de la diarrea grave.

INMUNIZACIÓN FRENTE A ROTAVIRUS. La mayoría de los lactantes adquieren la diarrea por rotavirus en las primeras etapas de la vida; una vacuna frente a rotavirus efectiva tendría un gran efecto sobre la reducción de la mortalidad por diarrea en los

países en desarrollo. Hay aprobadas vacunas más modernas tanto para los países desarrollados como para los que se encuentran en vías de desarrollo que reducen significativamente la mortalidad por diarrea.

MEJORA DEL AGUA Y DE LAS INSTALACIONES SANITARIAS Y PROMOCIÓN DE LA HIGIENE PERSONAL Y DOMÉSTICA. Gran parte de la reducción en la prevalencia de la diarrea en el mundo desarrollado es el resultado de la mejora en los estándares de la higiene, saneamiento y abastecimiento de aguas. Además, el lavado de manos de modo habitual con jabón en el hogar puede reducir la incidencia de la diarrea en todos los ambientes. Las estrategias de cambios conductuales en favor del lavado de manos indican que la promoción del lavado y el acceso al jabón reducen la carga de la diarrea en los países en desarrollo.

MEJORA DEL TRATAMIENTO DE LOS CASOS DE DIARREA. Una mejora en el tratamiento de la diarrea por medio de una identificación precoz y un tratamiento apropiado reduce de modo significativo la duración de la diarrea, su carga nutricional y el riesgo de muerte en la infancia. La mejora en el tratamiento de la diarrea aguda es un factor clave para reducir la carga de los episodios prolongados de diarrea persistente. Las recomendaciones de la OMS/UNICEF de emplear una SRO de baja osmolalidad y suplementación con zinc para el tratamiento de la diarrea, junto con un empleo selectivo y apropiado de antibióticos, tienen el potencial de reducir el número de muertes por diarrea en los niños.

CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS

CONOCIMIENTO: Se define el conocimiento como un "conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros y precisos, ordenados, vagos, e inexactos, calificándolas en conocimiento científico, ordinario o vulgar". Siendo conocimiento científico aquellos probados y demostrados, y conocimiento ordinario o vulgar aquellos

que son inexactos productos de la experiencia y que falta probarlo o demostrarlo. Los conocimientos científicos, sociales y médicos están evolucionando constantemente, los cuales no se evidencian en una población urbana marginal sin embargo también utilizan un tipo de conocimiento que es el saber popular los cuales se adquieren a través de la vida cotidiana, el cual estos conocimientos conducen a la práctica, creencias y costumbres que forman parte de su cultura, este influye sobre los estilos de vida como prevención de enfermedades. Conocimiento tiene un carácter individual y social, puede ser personal, grupal y organizacional, ya que cada persona interpreta la información que percibe sobre la base de su experiencia pasada. También influyen los patrones de aceptación que forman la cultura de su organización y los valores sociales

Niveles de conocimiento

Alto: Logro previsto, cuando las personas evidencia 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

Prácticas

Son conjuntos de procedimientos, actividades y tareas, debe entenderse como la exposición reiterada a un estímulo y luego como la repetición de una respuesta consistente frente a ello lo cual deben ser observados, la cual va contribuir a que se afiance conductas

frente a esas situaciones y lleguen a formar parte de su aprendizaje y por lo tanto de sus conocimientos y comportamientos.

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

✓ Lactancia materna exclusiva: Durante los primeros seis meses de vida, los niños deberían recibir exclusivamente leche materna. Esto quiere decir que un bebé saludable debería recibir leche materna y ningún otro alimento o líquido, como agua, infusiones, jugos, bebidas de cereal, leche animal o formulas. Los niños alimentados exclusivamente al pecho tienen mucha menor posibilidad de tener diarrea o de morir por ella que los niños que no son alimentados al pecho o que lo son parcialmente. La probabilidad de presentar diarrea grave que ocasione hospitalización es 30 veces menor en los niños 48 que solo reciben leche materna, en comparación con los alimentados con biberón. Si la lactancia materna no es posible, los niños que vayan a recibir leche de vaca (modificada para los menores de seis meses) o fórmula infantil deben hacerlo en una taza y no en biberón. Esto es posible aun en niños muy pequeños. Los biberones y los chupones no deberían usarse porque son muy difíciles de limpiar y portan fácilmente microorganismos que pueden producir diarrea. Deben darse instrucciones cuidadosas sobre la preparación higiénica de las fórmulas, utilizando agua hervida.

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

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

✓ **Conservación del agua:** Tanto la cantidad como la calidad del agua tienen impacto en la incidencia de las enfermedades diarreicas. Si hay agua abundante, se facilita una mejor higiene. Si hay dos fuentes de agua disponibles, la mejor calidad debería ser almacenada aparte para usarla para beber y prepara alimentos. Se ha demostrado que las familias que tienen acceso a un buen suministro de agua, y a agua limpia para beber y prepara los alimentos, tienen menos diarrea que las familias que tienen dificultades para conseguir agua, o cuya agua está contaminada.

✓ **Uso de letrinas y eliminación de excretas:** Un ambiente sanitario protege contra la diseminación de los agentes productores de diarrea. Los patógenos que causan la diarrea son excretados en las heces de una persona o animal infectados; desechar adecuadamente las excretas puede ayudar a interrumpir la diseminación de la infección. La 50 materia fecal puede contaminar el agua con la que juegan los niños, la que utilizan las madres para lavar la ropa, o la que se encuentra almacenada para su uso en el hogar.

✓ Acudir al establecimiento de salud: El acceso debe ser entendido como la utilización de un servicio de salud, según las características de la población y los recursos disponibles. Se mide mediante el tratamiento de las personas o del uso real que hacen de los servicios de salud; en el contexto si las personas que actualmente tienen necesidad de atención médica la reciben o no la reciben

III. METODO

3.1 Tipo de investigación

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información el estudio es prospectivo observacional.

Según el periodo y secuencia el estudio es transversal.

Según el análisis y alcance de los resultados el estudio es descriptivo.

3.2 Ámbito espacio temporal

Los datos de la presente investigación fueron obtenidos en el periodo de julio 2020 a febrero 2021.

Se estableció como área de estudio a la ONG OSCAR DE PERU, ubicado en el distrito de El Agustino, departamento de Lima.

3.3 Variables

3.3.1 Variables independientes

- ✓ La Enfermedades Diarreicas Agudas
- ✓ Edad
- ✓ Grado de instrucción
- ✓ Estado civil
- ✓ Ocupación

3.3.2 Variables dependientes

- ✓ El nivel de conocimiento
- ✓ Las actitudes frente al manejo de la Enfermedades Diarreicas Agudas.

3.4 Población y muestra

3.4.1 Población

La población estuvo conformada por todas las madres de familia, de niños menores de 5 años que asiste a las instalaciones de la ONG OSCAR DE PERU.

3.4.2 Muestra

Estuvo constituida por 100 madres de familia, de niños menores de 5 años que asiste a las instalaciones de la ONG OSCAR DE PERU, durante el periodo de julio 2020 a febrero 2021.

3.4.3 Características de la población

➤ **Criterios de inclusión:**

- Madre de familia que acude a las instalaciones de la ONG OSCAR DE PERU con niños menores de 5 años.
- Madres de familia que acepten participar en el estudio.

➤ **Criterios de exclusión:**

- Madre de familia que acude a las instalaciones de la ONG OSCAR DE PERU con niños mayores de 5 años.
- Madres que por algún motivo: idioma, analfabetismo, no desean participar en el estudio.

3.5 Instrumentos

Para este trabajo se utilizó una ficha de recolección de datos en las madres que llegan con sus niños a las inmediaciones de la ONG OSCAR DE PERU.

Para llevar a cabo la aplicación de la ficha de recolección de datos se validó mediante juicio de expertos. Teniendo en cuenta a partir de las observaciones es que se llevara a cabo los criterios a la inclusión, exclusión de preguntas o considerar el cuestionario tal cual se diseñó en un primer momento.

El cuestionario se aplicó a las madres mediante una entrevista, previo a este se le solicitó el consentimiento informado luego de explicarse de que se trata el estudio en lenguaje comprensivo.

3.6. Procedimientos

La base de datos se ingresó en el programa de EXCEL, en el que se utilizaron gráficos y cuadros correspondientes para cada cruce de variables.

3.7 Análisis estadísticos

En el análisis estadístico final se utilizó el programa SPSS versión 25, que permitió organizar y encuadrar las variables respectivas

3.8 Consideraciones éticas

Para la realización de esta investigación se tomó en cuenta parámetros legales y éticos de la investigación. Es una investigación transparente, legal, respetando la opinión de los profesionales y participantes, para cuyo fin se tomó en cuenta dos aspectos claves para la protección de los derechos y el bienestar de las participantes en la investigación: El consentimiento informado, confidencialidad y anonimato de la información obtenida en el estudio.

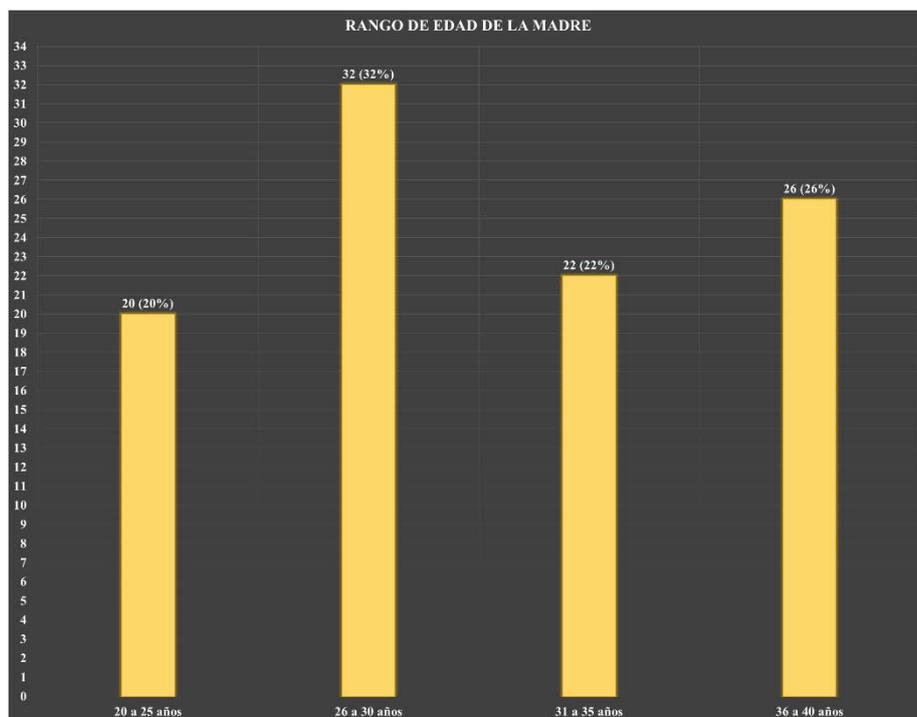
IV. RESULTADOS

Tabla No. 1: Características de edad de las madres participantes en el estudio. Grupos etarios de las madres.

<i>Gpos.et.años</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
<i>20 a 25</i>	<i>20</i>	<i>20%</i>
<i>26 a 30</i>	<i>32</i>	<i>32%</i>
<i>31 a 35</i>	<i>22</i>	<i>22%</i>
<i>36 a 40</i>	<i>26</i>	<i>26%</i>
<i>TOTAL</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

Fuente: Cuestionario creado por el investigador.

Gráfica No. 1: Características de edad de las madres participantes en el estudio. Grupos etarios de las madres.



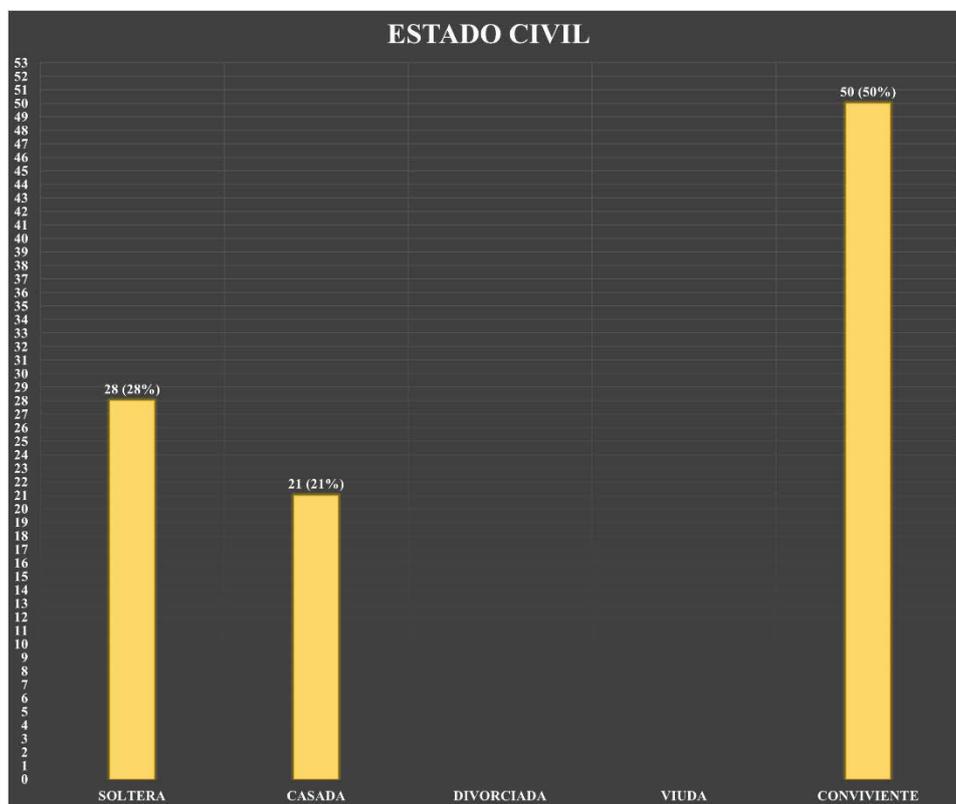
Interpretación: La tabla 1 y el grafico 1 nos muestran que 20 (20%) tienen de 20 a 25 años de edad, 32 (32%) de 26 a 30 años de edad, 22 (22%) de 31 a 35 años de edad y 26 (26%) de 36 a 40 años de edad.

Tabla No.2: Estado civil de las madres encuestadas.

	<i>Respuesta</i>	<i>%</i>
<i>Soltera</i>	28	28%
<i>Casada</i>	21	21%
<i>Divorciada</i>		
<i>Viuda</i>		
<i>Conviviente</i>	50	50%
<i>Total</i>	100	100

Fuente: Cuestionario creado por el investigador.

Gráfica No.2: Estado civil de las madres encuestadas.



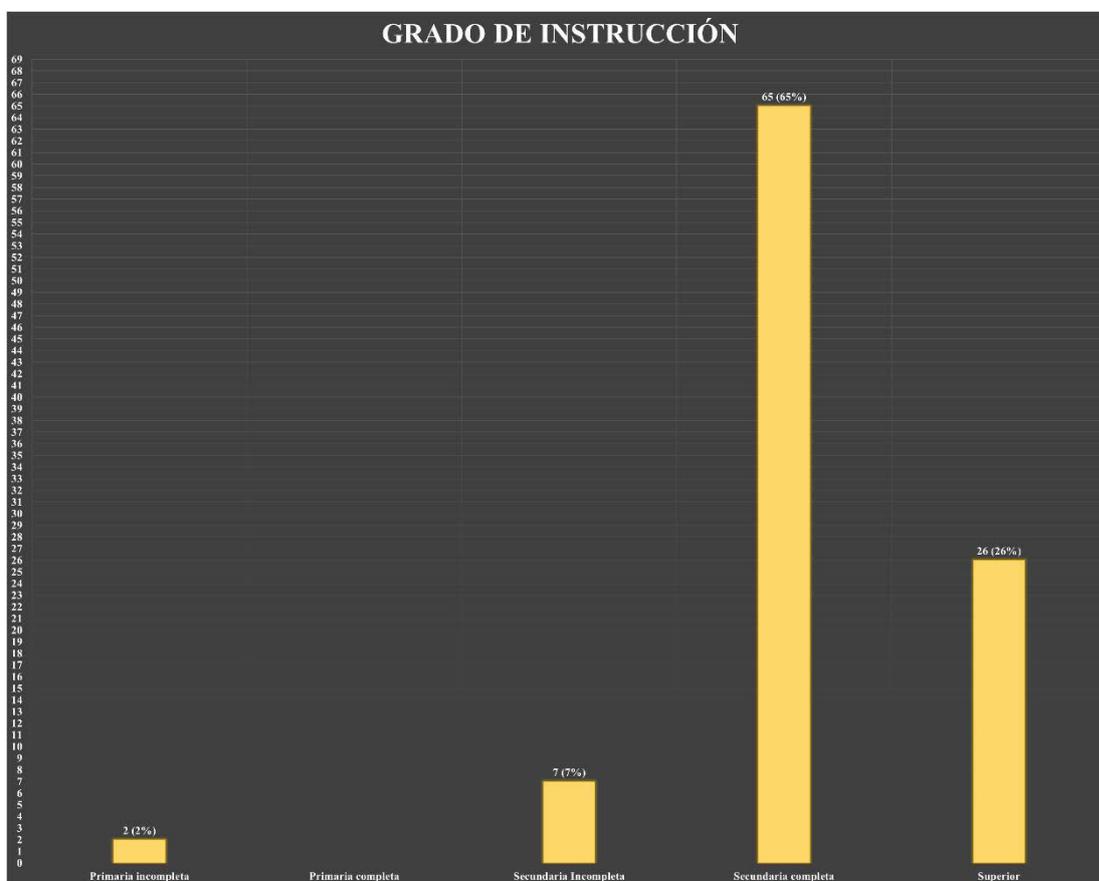
Interpretación: La tabla 2 y el grafico 2 nos muestra que 28 (28%) son solteras, 21 (21%) casadas y 50 (50%) convivientes.

Tabla No.3: Grado de instrucción de las madres encuestadas.

	Respuestas	%
Primaria incompleta	2	2%
Primaria completa		
Secundaria incompleta	7	7%
Secundaria completa	65	65%
Superior	26	26%
Total	100	100

Fuente: Cuestionario creado por el investigador.

Gráfica No.3: Grado de instrucción de las madres encuestadas.



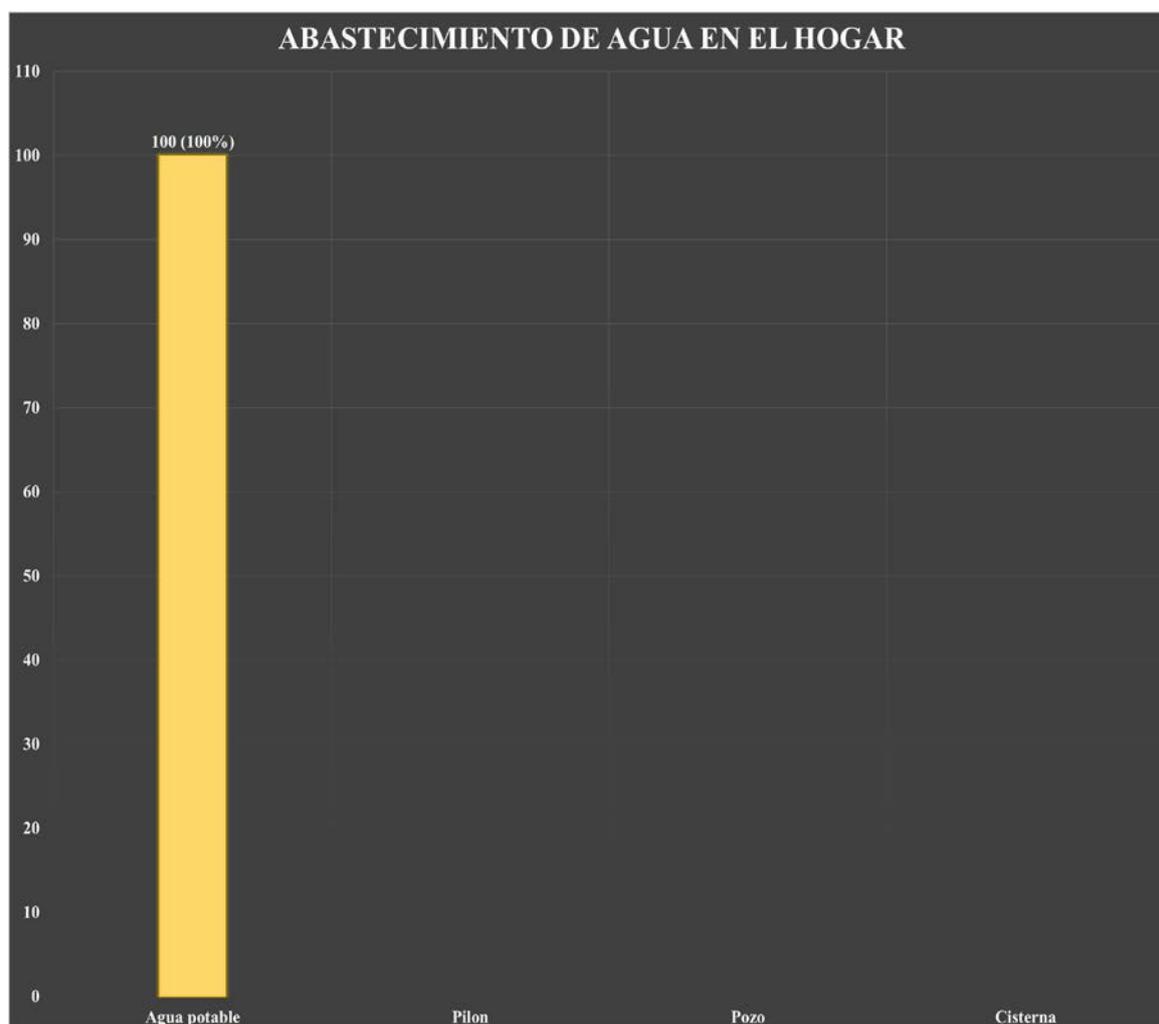
Interpretación: La tabla 3 y el grafico 3 nos muestra que 2 (2%) primaria incompleta, 7 (7%) secundaria incompleta, 65 (65%) secundaria completa y 26 (26%) superior.

Tabla No. 4: Abastecimiento de agua en el hogar de las madres encuestadas.

	Respuestas	%
Agua potable	100	100%
Pilón		
Pozo		
Cisterna		
Total	100	100

Fuente: Cuestionario creado por el investigador.

Gráfica No. 4: Abastecimiento de agua en el hogar de las madres encuestadas.



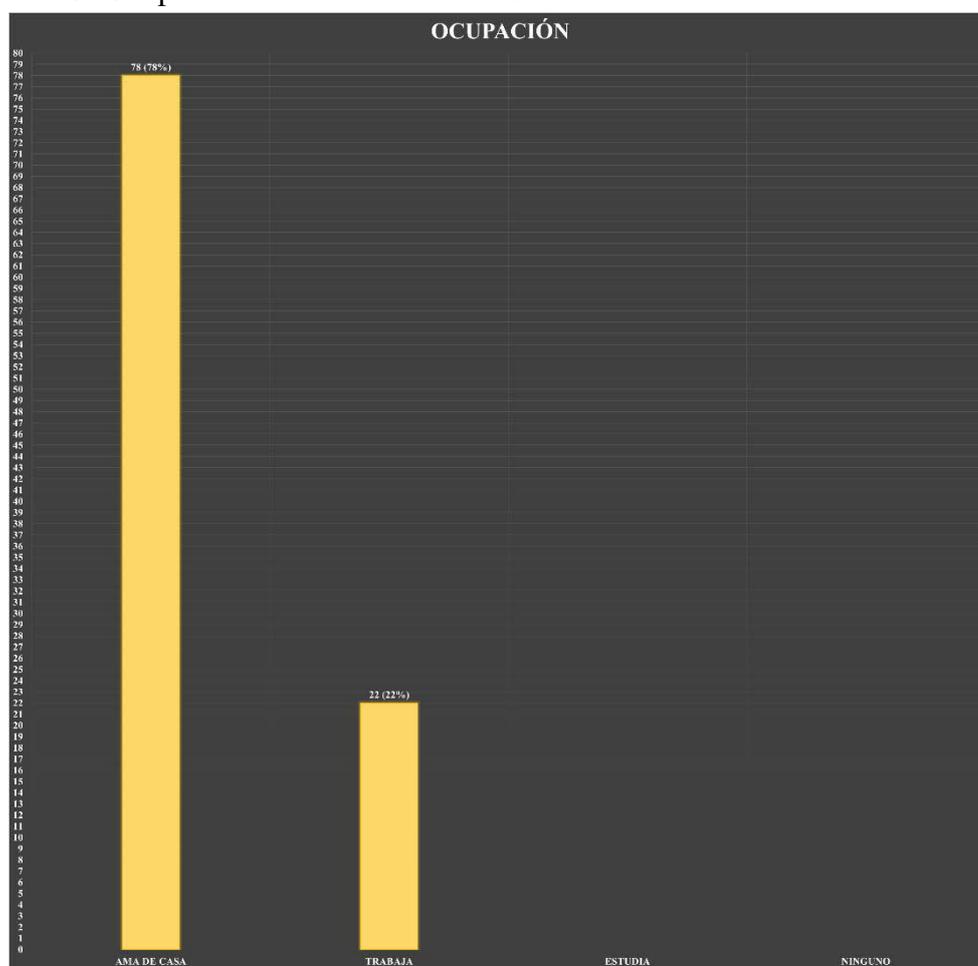
Interpretación: La tabla 4 y el gráfico 4 nos muestra que el 100 (100%) de hogares cuentan con abastecimiento de agua.

Tabla No.5: Ocupación de las madres encuestadas.

	<i>RESPUESTAS</i>	<i>%</i>
<i>AMA DE CASA</i>	78	78%
<i>TRABAJA</i>	22	22%
<i>ESTUDIA</i>		
<i>NINGUNO</i>		
<i>TOTAL</i>	100	100

Fuente: Cuestionario creado por el investigador.

Gráfica No. 5: Ocupación de las madres encuestadas.



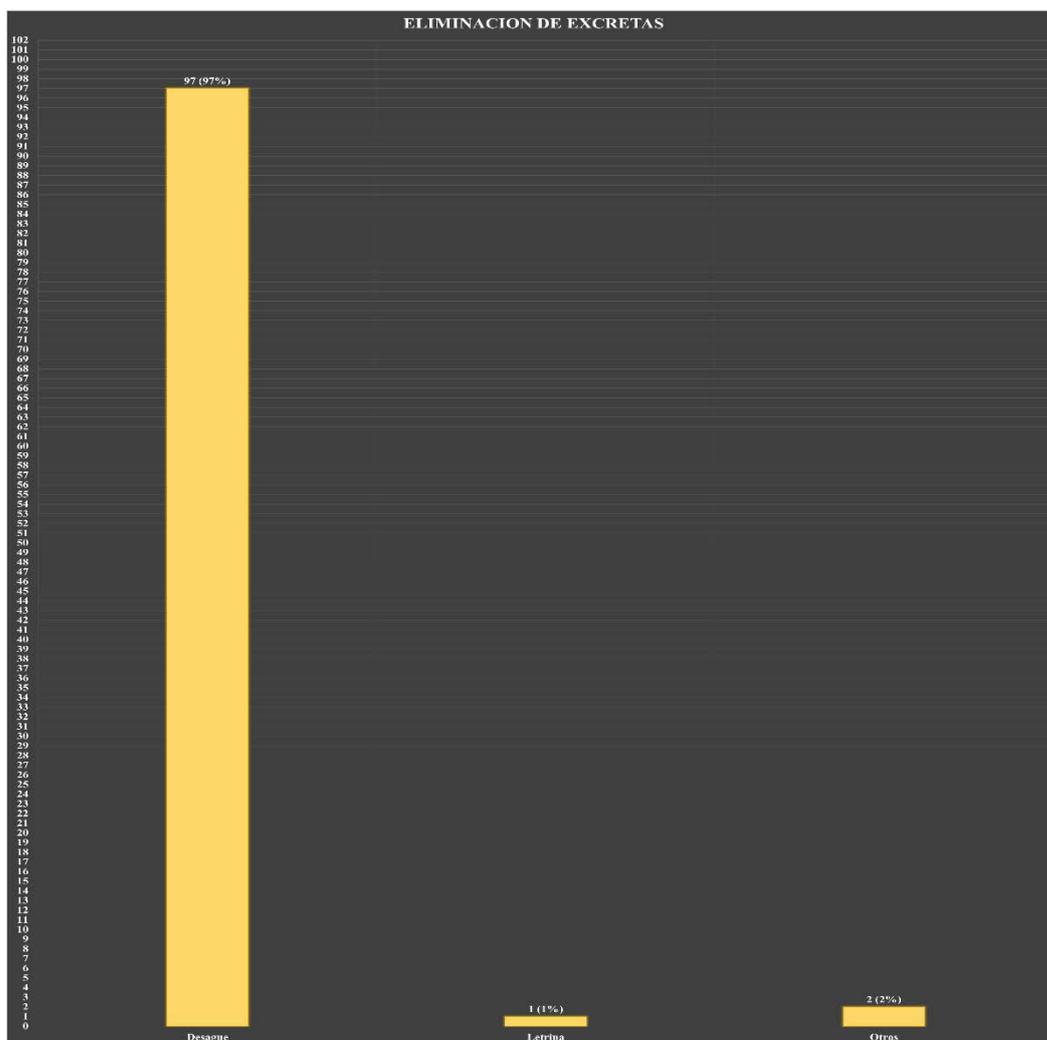
Interpretación: La tabla 5 y el grafico 5 nos muestra que 78 (78%) es ama de casa y 22 (22%) trabaja.

Tabla 6: Eliminación de excretas de las madres encuetadas.

	<i>Respuestas</i>	<i>%</i>
<i>Desague</i>	97	97%
<i>Letrina</i>	1	1%
<i>Otros</i>	2	2%
<i>Total</i>	100	100

Fuente: Cuestionario creado por el investigador.

Gráfica No. 6 : Eliminación de excretas de las madres encuestadas



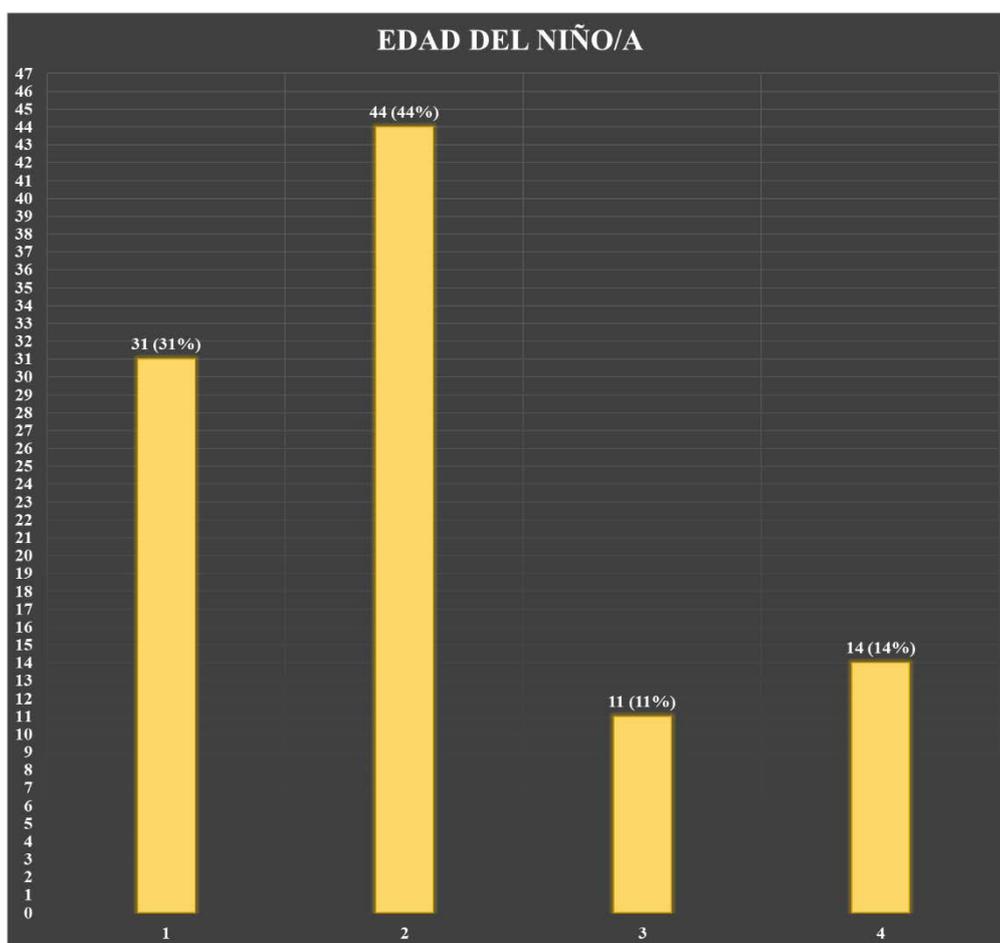
Interpretación: La tabla 6 y el grafico 6 nos muestra que 97 (97%), 1 (1%) letrina y 2 (2%) otro.

Tabla No.7: Rango de edad de los niños de las madres encuestadas.

	<i>Respuestas</i>	<i>%</i>
<i>1</i>	<i>31</i>	<i>31%</i>
<i>2</i>	<i>44</i>	<i>44%</i>
<i>3</i>	<i>11</i>	<i>11%</i>
<i>4</i>	<i>14</i>	<i>14%</i>
<i>Total</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

Fuente: Cuestionario creado por el investigador.

Gráfica No.7: Rango de edad de los niños de las madres encuestadas.



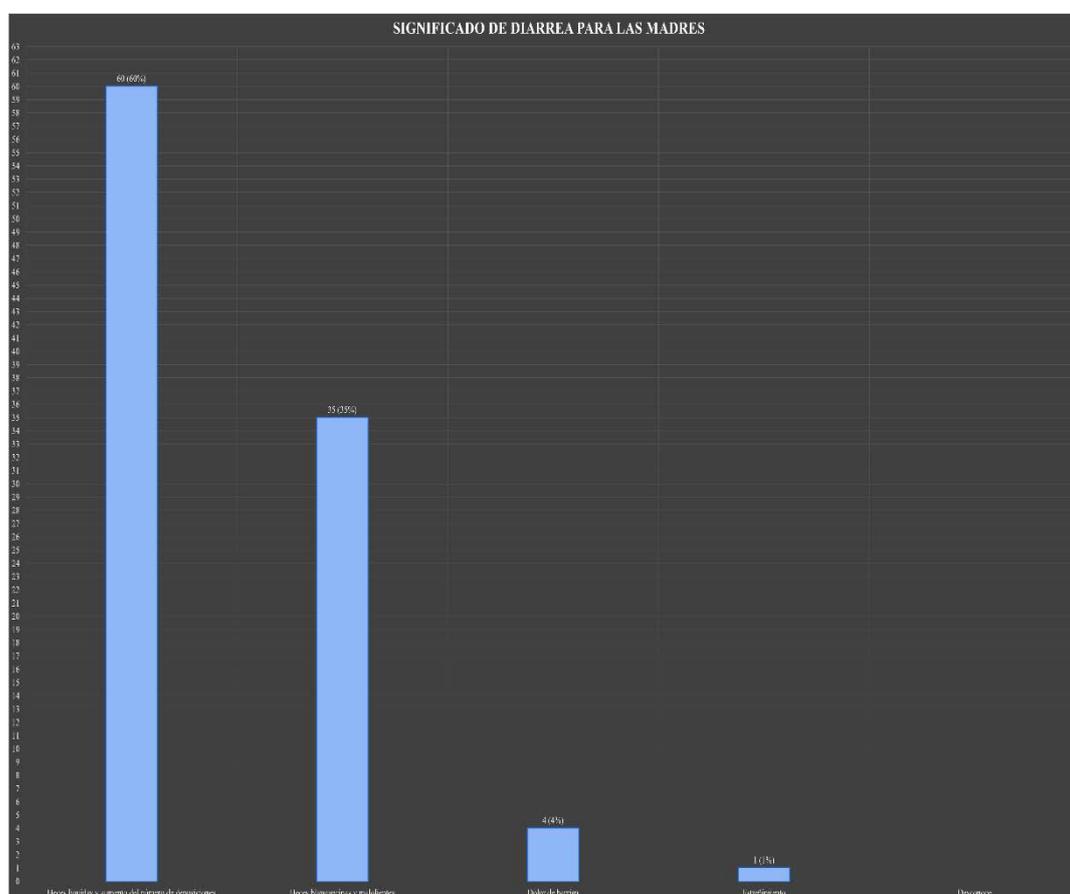
Interpretación: La tabla 7 y el grafico 7 nos muestra que 31 (31%) 1 año de edad, 44 (44%) 2 años, 11 (11%) 3 años y 14 (14%) 4 años de edad.

Tabla No 8 Conocimiento de las madres de la Enfermedad Diarreica Aguda

	<i>Respuestas</i>	<i>%</i>
<i>Heces liquidas y aumento del número de deposiciones</i>	60	60%
<i>Heces blanquecinas y malolientes</i>	35	35%
<i>Dolor de barriga</i>	4	4%
<i>Estreñimiento</i>	1	1%
<i>Desconoce</i>		
<i>Total</i>	100	100

Fuente: Cuestionario creado por el investigador.

Gráfica No. 8 : Conocimiento de las madres de la Enfermedad Diarreica Aguda



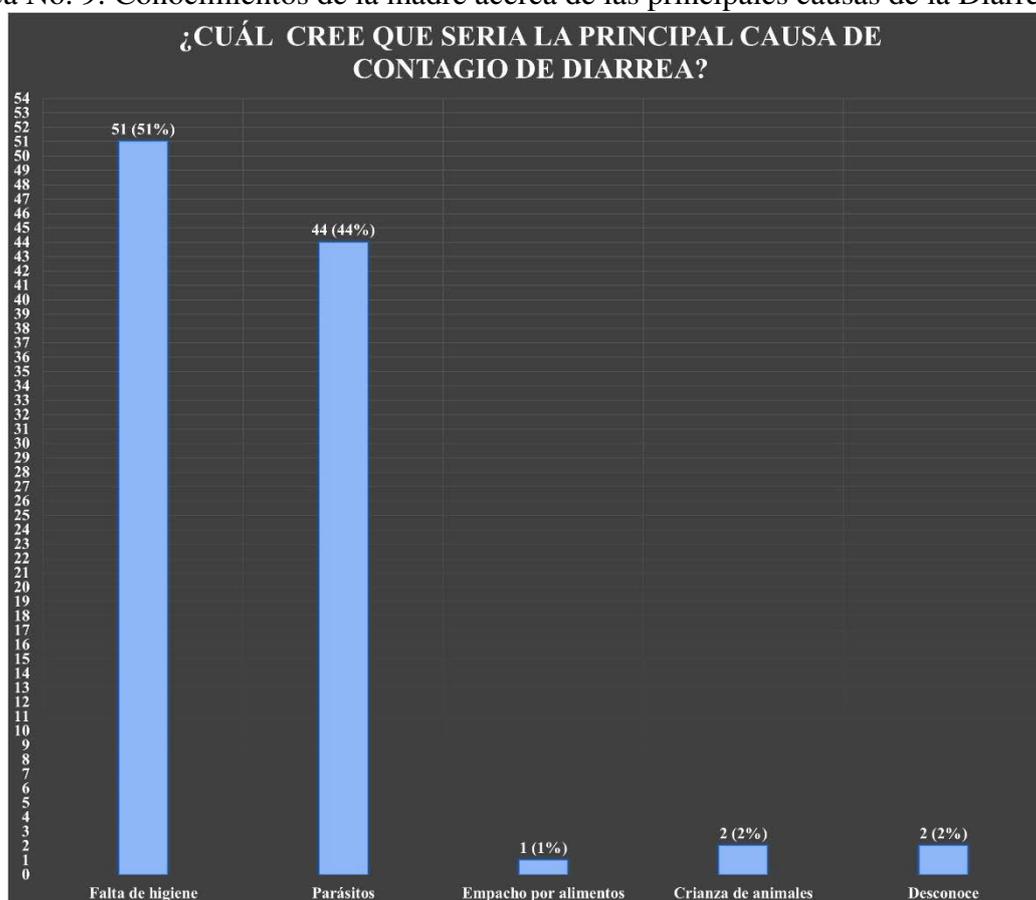
Interpretación: La tabla 8 y el grafico 8 nos muestra que 60 (60%) *Heces liquidas y aumento del número de deposiciones*, 35 (35%) *Heces blanquecinas y malolientes*, 4 (4%) *dolor de barriga* y 1 (1%) *estreñimiento*.

Tabla No. 9: Conocimientos de las madres acerca de las principales causas de la Diarrea

	<i>Respuestas</i>	<i>%</i>
<i>Falta de higiene</i>	51	51%
<i>Parásitos</i>	44	44%
<i>Empacho por alimentos</i>	1	1%
<i>Crianza de animales</i>	2	2%
<i>Desconoce</i>	2	2%
<i>Total</i>	100	100

Fuente: Cuestionario creado por el investigador.

Gráfica No. 9: Conocimientos de la madre acerca de las principales causas de la Diarrea



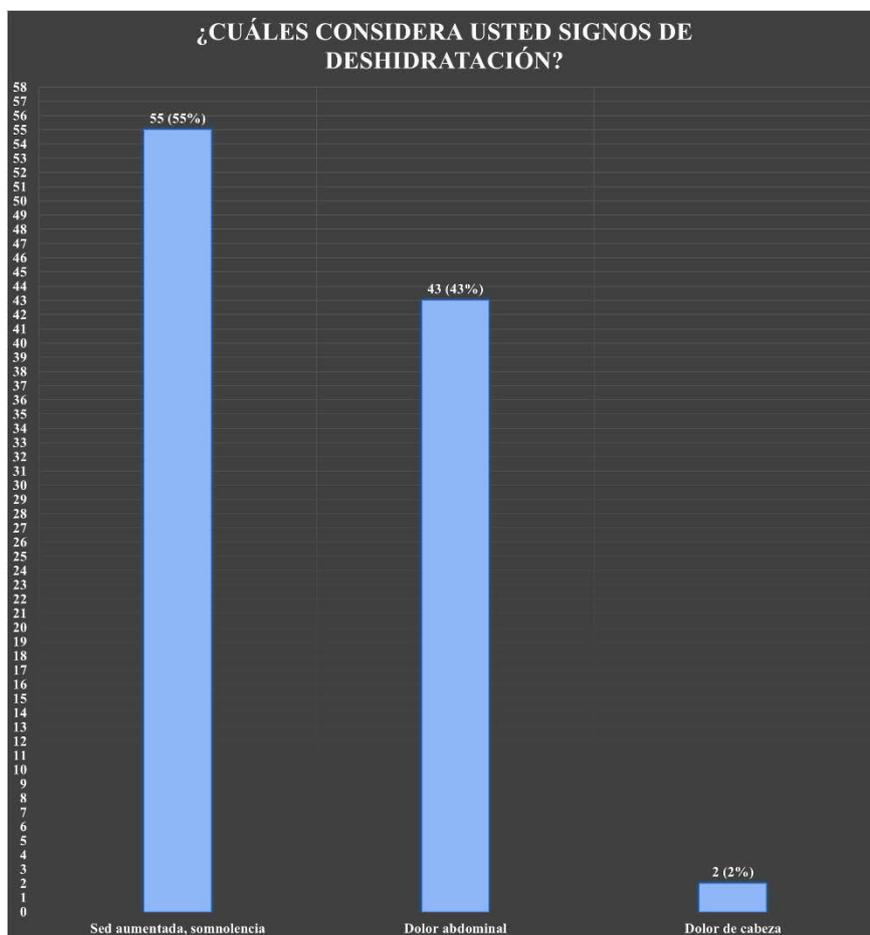
Interpretación: La tabla 9 y el grafico 9 nos muestra 51 (51%) faltad higiene, 44 (44%) parásitos, 1 (1%) empacho por alimentos, 1 (1%) crianza de animales y 2 (2%) desconoce.

Tabla No. 10: Conocimientos de la madre sobre los signos de deshidratación

	Respuestas	%
Sed aumentada, somnolencia	55	55%
Dolor abdominal	43	43%
Dolor de cabeza	2	2%
Tos		
Desconoce		
Total	100	100

Fuente: Cuestionario creado por el investigador.

Gráfica No. 10: Conocimientos de la madre sobre los signos de deshidratación



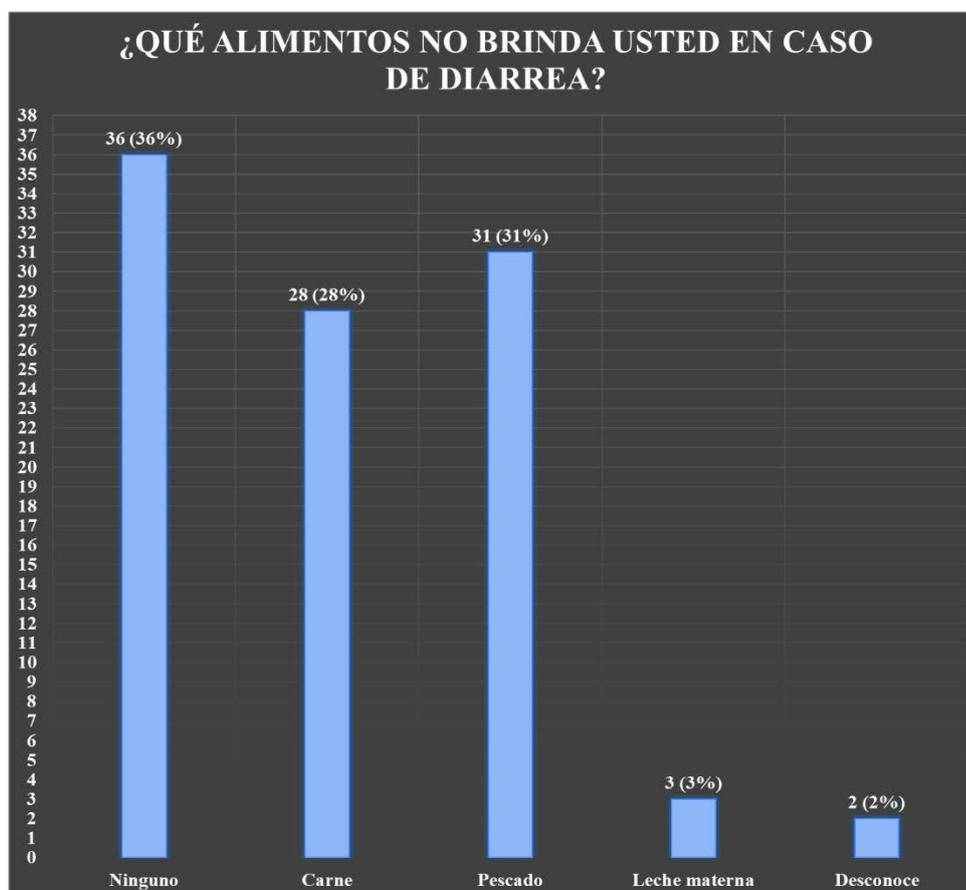
Interpretación: La tabla 10 y el gráfico 10 nos muestran que 55 (55%) Sed aumentada, somnolencia, 43 (43%) dolor abdominal y 2 (2%) dolor de cabeza.

Tabla No. 11: Manejo dietético durante la diarrea: Tipo de alimento que restringe la madre

	Respuestas	%
Ninguno	36	36%
Carne	28	28%
Pescado	31	31%
Leche materna	3	3%
Desconoce	2	2%
Total	100	100%

Fuente: Cuestionario creado por el investigador.

Gráfica No. 11: Restricción de alimentos durante la diarrea



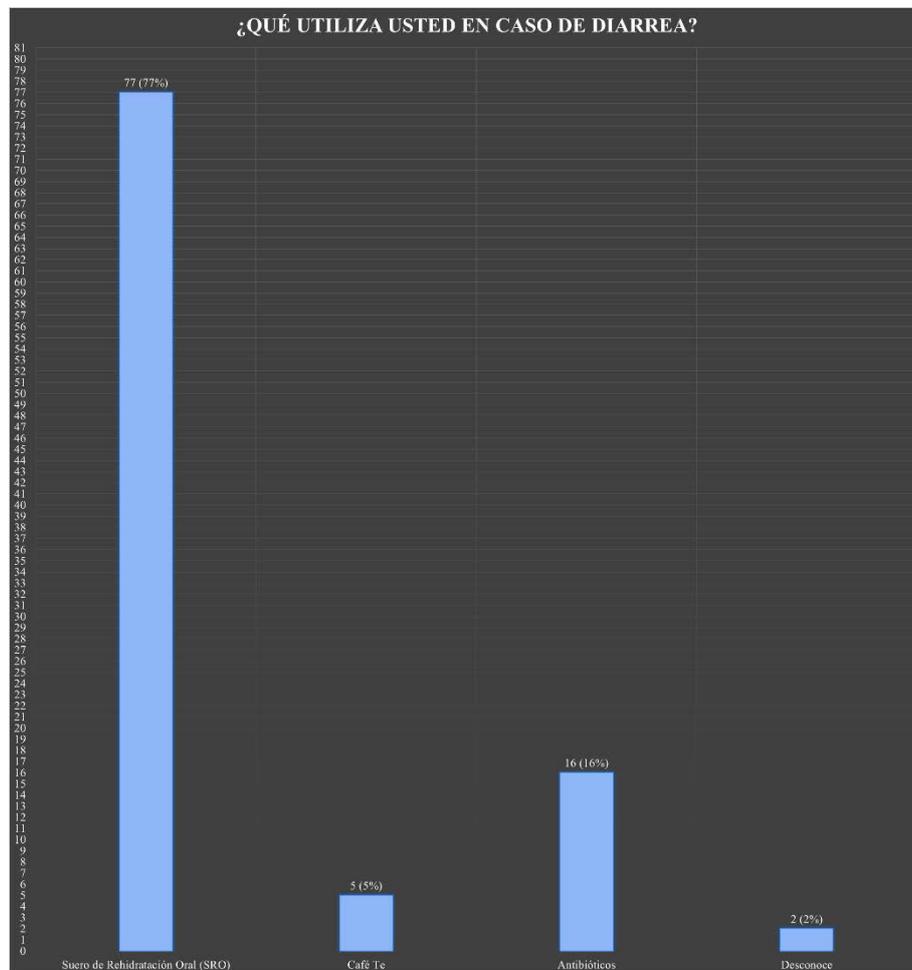
Interpretación: La tabla 11 y el gráfico 11 nos muestra que 36 (36%) ninguno, 28 (28%) carne, 31 (31%) pescado, 3 (3%) leche materna y 2 (2%) desconoce.

Tabla No.12: Medidas terapéuticas adoptadas por las madres en caso de Diarrea

	Respuestas	%
Suero de rehidratación oral (sro)	77	77%
Café te	5	5%
Antibióticos	16	16%
Desconoce	2	2%
Total	100	100%

Fuente: Cuestionario creado por el investigador.

Grafica No.12: Medidas terapéuticas adoptadas por las madres en caso de Diarrea



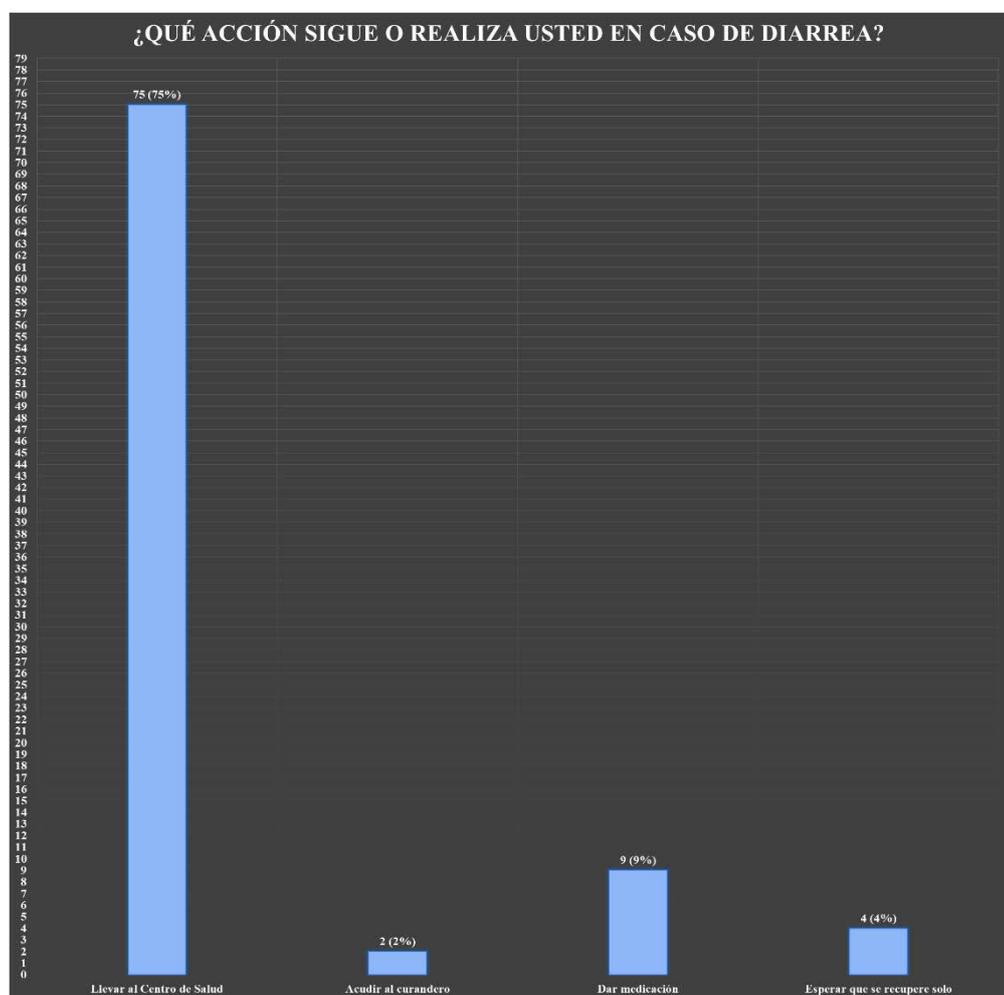
Interpretación: La tabla 12 y el grafico 12 nos muestra que 77 (77%) suero de rehidratación oral, 16 (16%) antibióticos, 5 (5%) café, te y 2 (2%) desconoce.

Tabla No.13: Actitudes de la madre en caso de Diarrea

	Respuesta	%
Llevar al centro de salud	75	75%
Acudir al curandero	2	2%
Dar medicación	9	9%
Esperar que se recupere solo	4	4%
Total	100	100%

Fuente: Cuestionario creado por el investigador.

Gráfica No.13: Actitudes de la madre en caso de Diarrea



Interpretación: La tabla 13 y el grafico 13 nos muestra que 75 (75%) llevar al centro de salud, 9 (9%) dar medicación, 4 (4%) esperar que se recupere solo y 2 (2%) acudir al curandero.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Según el estudio de Hernandez en el 2019, se encontró que las características poblacionales más frecuentes fueron que, el 38.5% de participantes fueron de edad adulta, además de ser el 58% de ocupación amas de casa, con secundaria completa la mayor parte y de estado civil convivientes; características que coinciden con los datos encontrados en nuestro estudio, pues en conjunto, el 58% de participantes se encontraban en edad adulta, 78% de ocupación ama de casa, con secundaria completa la mayor parte (65%) y de estado civil convivientes (50%). Así mismo, coincidimos con el estudio de Lossio en el 2018, quien encuentra características demográficas similares a las nuestras, con la diferencia de que, en este caso, el 52% de participantes tenían un grado de instrucción superior y no solo secundaria completa.

En los resultados de Lossio en el 2018 encontraron, en lo concerniente a los servicios de saneamiento, que solo el 86.7% de los participantes contaban con servicio de agua potable y el 68% con alcantarillado; datos coincidentes, en cierta medida con nuestra investigación, aunque en nuestro caso encontramos que el total de participantes contaban con servicio de agua potable (100%) y el 97% con servicio de desagüe.

A propósito del grado de conocimiento, Chavez en el 2019 encontró que en su población, el 77% de participantes presentaba un nivel de conocimiento alto, con 96% de participantes con buenas prácticas en relación a la enfermedad y 79% en relación a la rehabilitación. Coincidente parcialmente con nuestra investigación, pues encontramos que el grado de conocimiento fue regular a alto, teniendo en algunas preguntas del cuestionario que el 60% de participantes respondieron adecuadamente, pero en otras como el reconocimiento de signos de deshidratación, un 43% respondió de manera inadecuada, configurando un nivel de conocimiento medio.

Para Lossio en el 2018, el 32% de participantes tuvo problemas para definir una diarrea y signos de deshidratación, coincidentemente con nuestro estudio, donde solo el 60% de participantes respondió de manera adecuada a la definición de diarrea, así mismo, los signos de deshidratación correctos solo el 55%.

Por el contrario, para Hernandez en el 2019, el nivel de conocimiento encontrado en su población fue alto en un 84.3%, además de tener correctas practicas preventivas en un 93.8%; hecho que discrepa con nuestro estudio, pues nosotros encontramos en nuestra población que el grado de conocimiento fue medio, donde solo aproximadamente la mitad de nuestros participantes contestaban las respuestas de manera correcta.

VI. CONCLUSIONES

De nuestros resultados, podemos concluir que, en base a las respuestas obtenidas de nuestro instrumento, que la mayor parte de nuestra población presenta un nivel de conocimiento medio con respecto a enfermedades diarreicas agudas.

Se concluye, además que las actitudes que se tomaron frente a enfermedades diarreicas agudas en el hogar son adecuadas.

Se observó que la mayor parte de participantes de nuestro estudio contaban con grado de instrucción no superior, por lo que concluimos que el grado de instrucción influye indirectamente en el grado de conocimiento, pero no es determinante en la toma de actitudes preventivas para enfermedad diarreica aguda en el hogar.

Encontramos relación entre el grado de conocimiento y las actitudes frente a enfermedad diarreica aguda, por lo que concluimos que el grado de conocimiento sobre enfermedad diarreica aguda si está relacionado a las características de las actitudes preventivas como las mismas.

VII. RECOMENDACIONES

Una recomendación sería que se mejore medidas educativas desde el colegio en cuanto a información sobre enfermedades diarreicas y otras que comúnmente pueden aparecer y con alta frecuencia, para poder apoyar de mejor manera no solo a las madres sino también a padres futuros que quizás a temprana edad puedan tener un hijo y así poder enfrentar con mejores actitudes una enfermedad diarreica aguda desde el hogar.

Otra recomendación es que en los establecimientos de salud, hospitales y municipalidades puedan brindarse charlas educativas sobre este tipo de enfermedades y cómo actuar frente a ellos, quitando mitos que existen entre nuestra población.

Una recomendación no menos importante sería crear escuelas de padre distritales con profesionales de la salud para implementar charlas virtuales y presenciales sobre este tipo de enfermedades para poder absolver las dudas que presente en estos temas que se puedan brindar en un primer momento en el hogar y cómo actuar seguidamente y así evitar empeoramientos en la salud en nuestros niños.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. **Amir A.**, Ahmad T, Negin M, GholamAbbas M. (2013). El conocimiento de las madres en tratamiento de la diarrea en menores de cinco años en Kasha, Nursing and Midwifery Studies. March
2. **Andrade** García DM, Castillo Morocho NPYCTVA. (2013). Conocimientos y prácticas maternas para prevenir la deshidratación en los niños con E.D.A. del Centro de Salud No 1 Pumapungo, Cuenca 2013. TESIS. Cuenca: UNIVERSIDAD DE CUENCA.
3. **Boletín Epidemiológico EsSalud**, (2012). Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAs). Boletín Epidemiológico EsSalud -GCPS-OPIS, Lima 2012 Bol. EPI N ° 02 - 2012
4. **Collado** M, Barberis C. (2007). Condiciones de vida y morbilidad en niños y adolescentes en el municipio La Habana Vieja, Cuba. Cuba.
5. **Ferrero** Mahua Felis Pompeyo FGPFyFGAL. (2019). Distribución de las enfermedades diarreicas agudas, su relación con la temperatura y cloro residual del agua potable en la ciudad de Puno, Perú. Scielo. Marzo
6. **Flores** SM. (2017). Nivel de conocimiento sobre EDA y su relación con las prácticas acerca de las medidas de prevención en las madres de los niños menores de 5 años hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima:
7. **Informática** INdEe. (2020). Reducir la Mortalidad de Niños y Niñas Menores de 5 Años de Edad. [Online].
8. **Instituto Nacional de Salud** (2017). Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda en niños menores de 5 años Versión extensa. Serie de Guías de Práctica Clínica N°01-2017. Unidad de Analisis y generacion de evidencias en Salud Pública.
9. **Jaimes** C. (2020). Horizontal: marketing digital 3MEDICINA CLÍNICA CADA AÑO MUEREN 525 MIL NIÑOS POR LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE - Consultor salud.

10. . **Jhonnell** A., Eduardo A., Esmilsinia V., (2013). Conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención en un asentamiento humano de la provincia de Ica, Perú, Rev. Clín Med Fam
11. **Lina** V., Demian H., Mabel S., (2014). Conocimientos sobre hidratación oral por las madres de pacientes de 1 a 5 años de vida con enfermedad diarreica aguda. República Dominicana, Horiz Med; 14
12. **Nelson**, Tratado de Pediatría Vol 1, Edición N° 18 – Pag 1605;1616
13. **Ogunrinde** OG., Raji T., Owolabi OA., Anigo KM, (2012) Patrón materno de conocimiento y sus implicaciones para el control de la diarrea en el sur de Malawi, Int J Environ Res Public Health. Mar; 9(3): 955–969
14. **Organización** Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2008). Manual de tratamiento de la diarrea Perú:
15. **Panduro** JK, Suarez MU. (2018). Factores de riesgo que influyen en las enfermedades diarreicas agudas en niños de 6 meses a 1 año que acuden al centro de Salud 9 de octubre, Pucallpa 2018. Pucallpa: Universidad Nacional de Ucayali.
16. **Salule** J., Anthony G., Tracy D., Lawrence K., (2012). Conocimientos, actitudes y prácticas de manejo en el hogar de la diarrea infantil entre los cuidadores de niños menores de 5 años con enfermedad diarreica en el noroeste de Nigeria Department of Paediatrics, Ahmadu Bello University, Zaria, Nigeria, J Trop Pediatr. Apr;58(2):143-6. doi: 10.1093/tropej/fmr048
17. **The University** of Otago, (2016). La Diarrea aguda en niños de zonas rurales de Gambia: conocimientos, actitudes y prácticas, etiología, factores de riesgo y las consecuencias en los niños de menos de cinco años de edad.
18. **Wences** A., Jocelyn D., Lissette R. and Andrés Á., (2013). Ideas con respecto a las soluciones de rehidratación oral en el tratamiento de la diarrea de los niños

guatemaltecos: repercusiones sobre el tratamiento de la diarrea en las América, Rev Panam Salud Publica; Aug 34(2): 121

19. **Yasmin** M., Mubbashir Z. and Zara M. (2014). Actitudes y prácticas de las madres acerca del conocimiento de la diarrea en niños menores de 5 años, Journal of the Dow University of Health Sciences Karachi, Vol. 8 (1)
20. **Zarath** C., Vatuk O., Ferih D., (2014) Conocimientos, actitudes y prácticas con respecto a la alimentación, y brote tras brote de diarrea masiva en la provincia de Yazd, Irán, Hindawi Publishing Corporation International Scholarly Research Notices Volume, Article 78.

IX. ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: “ACTITUDES Y NIVEL DE CONOCIMIENTO EN EL MANEJO PREVENTIVO Y CURATIVO FRENTE A LAS ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDA EN EL HOGAR DE LAS MADRES DE FAMILIA DE LA ONG OSCAR DE PERÚ-2020- 2021”		
PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS
¿Cuáles son las actitudes y nivel de conocimiento frente a las Enfermedades Diarreicas Agudas para su manejo preventivo y curativo, de las madres de familia de la ONG OSCAR DE PERU?	Determinar las actitudes y nivel de conocimiento frente a las Enfermedades Diarreicas Agudas para su manejo preventivo y curativo de las madres de familia de la ONG OSCAR DE PERU.	No presenta hipótesis por ser un estudio descriptivo
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
¿Cuáles son las actitudes frente a las Enfermedades Diarreicas Agudas para su	✓ Describir las actitudes frente a las Enfermedades Diarreicas Agudas para su	

**manejo preventivo y
curativo de las madres de
familia de la ONG OSCAR
DE PERU?**

manejo preventivo y
curativo de las madres de
familia de la ONG
OSCAR DE PERU.

ANEXO 2

MATRIZ DE OPERAZIONALIZACION DE VARIABLES

<i>Variable</i>	<i>Definición</i>	<i>Dimensión</i>	<i>Tipo</i>	<i>Indicador</i>	<i>Escala</i>	<i>Valor</i>
<i>Independiente</i>						
EDAD	<i>Características sociales y demográficas</i>	<i>Edad</i>	<i>Cuantitativa</i>	<i>Edad en años</i>	<i>Razón</i>	<i>19-29</i>
						<i>30-39</i>
						<i>40-49</i>
GRADO DE INSTRUCCION		<i>Grado de instrucción</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>-Primaria completa</i>	<i>Nominal</i>	<i>1 Prima. completa</i>
				<i>-Primaria incompleta</i>		<i>2-Prim. Incompl.</i>
				<i>a</i>		<i>3-Secund. completa</i>
				<i>- Secundaria incompleta</i>		<i>4-Secund. Incompl.</i>
				<i>- Secundaria completa</i>		<i>5-Super. completa</i>

			<i>a</i>		<i>6-Super</i>
			<i>incomplet</i>		<i>incomp.</i>
			<i>a</i>		
			<i>-Superior</i>		
			<i>completo</i>		
			<i>-Superior</i>		
			<i>incomplet</i>		
			<i>a</i>		
			<i>-Solteras</i>		
			<i>-Casada</i>		
			<i>-</i>		<i>1-Soltera</i>
			<i>Convivien</i>		<i>2-Casada</i>
			<i>te</i>		
ESTADO	<i>Estado</i>	<i>Cualita</i>		<i>Nomin</i>	<i>3-Conviv.</i>
CIVIL	<i>civil</i>	<i>tiva</i>	<i>-</i>	<i>al</i>	<i>4-Divorc.</i>
			<i>Divorciad</i>		
			<i>a</i>		<i>5-Viuda</i>
			<i>-Viuda</i>		<i>6-Separad</i>
			<i>-</i>		
			<i>Separada</i>		
OCUPACIO	<i>Ocupació</i>	<i>Cualita</i>	<i>-Ama de</i>	<i>Nomin</i>	<i>1-Ama</i>
N	<i>n</i>	<i>tiva</i>	<i>casa</i>	<i>al</i>	<i>2-Estudia</i>

				-		3-Depend
				Estudiant		4-Indep
				e		
				-		
				Dependie		
				nte		
				Independi		
				ente		
LUGAR DE PROCEDE NCIA	<i>Lugar de proceden cia</i>	<i>Cualita tiva</i>	<i>-Lima - Provincia</i>	<i>Nomin al</i>	<i>1-Lima 2-Provin</i>	
ENFERME DADES DIARREIC A AGUDA	Se define como diarrea la deposició n, tres o más veces al día (o con una frecuenci a mayor que la	<i>Numero de deposicio nes al día</i>	<i>Cualita tiva</i>	<i>- Numero de desposion esal día - Consisten cia de las deposicio nes</i>	<i>Nomin al</i>	1. Hece s líquid as y aume nto del núme ro de depos icion es

o y
curativo
de
Deshidrat
ación

	<i>Verdades</i>			<i>V/F</i>
	<i>Creencia</i>	y		<i>V=Verdader</i>
	<i>s</i>	<i>creencias</i>		<i>o</i>
<i>Actitudes en relación a la Diarrea Aguda</i>	<i>Cognicio nes y emocione s sobre las diarreas</i>	<i>sobre las diarreas en el ámbito fisiológic o, social y familiar</i>	<i>Cualita tiva</i>	<i>- Verdades y creencias</i>
			<i>Dicotó mica</i>	<i>F=Falseo Puntuac.: >10verdad <10 falso</i>

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este documento explica el estudio de investigación y la participación voluntaria de Ud. madre de familia en el tratamiento de su hijo(a).

- Por favor, lea atentamente y tómesese el tiempo necesario.
- Ud. es libre de hacer las preguntas en cualquier momento.
- Pueden participar las madres de niños (as) menores de cinco años que acuden a las instalaciones de la ONG OSCRA DE PERU.

¿Cuáles son las molestias o riesgos del estudio?

- Ninguno

¿Existe algún beneficio por participar en este estudio?

- Si hay beneficio directo para su hijo (a) por participar en este estudio, usted aprenderá las indicaciones adecuadas para el manejo preventivo y curativo de las EDAs

¿Cómo será protegida su privacidad como participante en este cuestionario?

Dentro de los límites de la Ley de investigación. Los resultados y otros aspectos del estudio estarán bajo código en vez de nombres. Solo las personas relacionadas con el estudio podrán revisar los archivos. El nombre de su niño (a) u otro aspecto que puedan identificarlo no aparecerán cuando el estudio sea presentado y/o

-Con todo lo expuesto anteriormente sobre la información de este estudio, está usted en libertad de participar o no.

Yo.....identificado
con DNI.....con la edad de.....años. Acepto participar en el cuestionario que

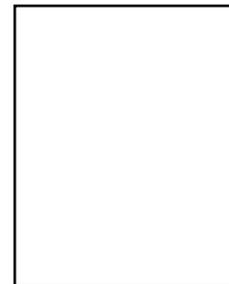
se me entregara en referencia al tema **“ACTITUDES Y NIVEL DE CONOCIMIENTO EN EL MANEJO PREVENTIVO Y CURATIVO FRENTE A LAS ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDA EN EL HOGAR DE LAS MADRES DE FAMILIA DE LA ONG OSCAR DE PERÚ-2020- 2021”** para brindar toda la información de la que yo tenga para el apoyo esta investigación que se realiza en el servicio al cual estoy asistiendo.

FECHA ___/___/___

FIRMA

HUELLA

DNI:



ANEXO 4

CUESTIONARIO

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA MADRE

1. Edad de la madre: -----

2. Estado civil:

- a. Soltera
- b. Casada
- c. Divorciada
- d. Viuda
- e. Conviviente
- f. Separada

3. Grado de instrucción:

- a. Sin instrucción
- b. Primaria completa
- c. Primaria incompleta
- d. Secundaria completa
- e. Secundaria incompleta
- f. Superior completa
- g. Superior incompleta

4. Abastecimiento de agua en el hogar

- a. Potable

b. Cisterna

c. Pilon

d., Pozo

5. Ocupación:

a. Ama de casa

b. Estudiante

c. Profesional

d. Empleada

e. Trabajador independiente

6. Eliminación de excretas :

a. Desague

b. Letrina

c. Otros

7. Edad de los niños:_____

DATOS SOBRE CONOCIMIENTO Y ACTITUD

1. . ¿Para usted cual es el significado de la diarrea?

a. Heces liquidas y aumento del número de deposiciones

b. Heces blanquecinas y malolientes

c. Dolor de barriga

d. Estreñimiento

e. Desconoce

2. ¿Cuál es la principal causa de contagio de diarrea?

- a. Falta de higiene
- b. Parásitos
- c. Empacho por alimentos
- d. Crianza de animales
- e. Desconoce

3. ¿Cuáles considera usted signos de deshidratación?

- a. Sed aumentada
- b. Dolor abdominal
- c. Dolor de cabeza
- d. Tos
- e. Desconoce

4. ¿Qué alimentos restringe usted en un caso de diarrea?

- a. Ninguno
- b. Carne
- c. Pescado
- d. Leche materna
- e. Desconoce

5. ¿Qué medida utiliza usted en caso de diarrea?

- a. Suero de Rehidratación Oral (SRO)
- b. Café Te

c. Antibióticos

d. Desconoce

6. ¿Qué acción sigue o realiza usted en caso de diarrea?

a. Llevar al Centro de Salud

b. Acudir al curandero

c. Dar medicación

d. Esperar que se recupere solo

ANEXO 5

