



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDAD
DIARREICA AGUDA Y SU RELACIÓN CON PRÁCTICAS
PREVENTIVAS**

**PRESENTADA POR
YOLANDA JUANA NAUCA AMÉSQUITA**

**TESIS
PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA**

LIMA – PERÚ

2015



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDAD
DIARREICA AGUDA Y SU RELACIÓN CON PRÁCTICAS
PREVENTIVAS**

TESIS

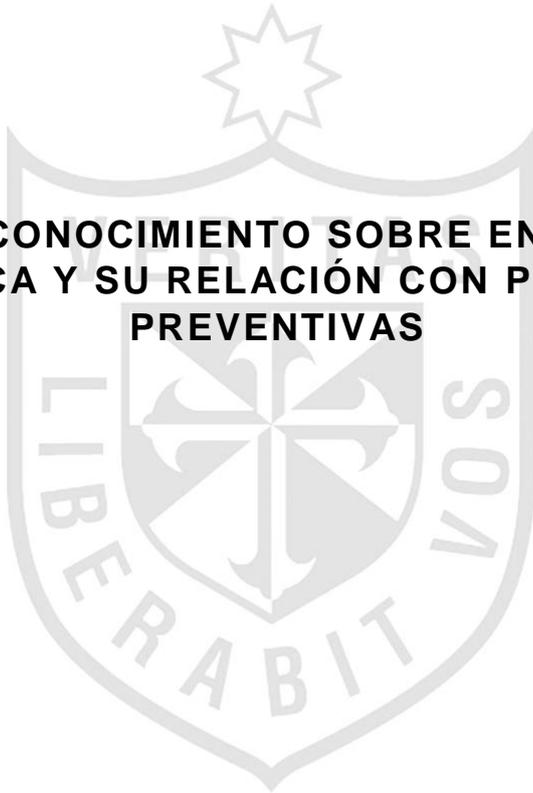
PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA

PRESENTADA POR

YOLANDA JUANA NAUCA AMÉSQUITA

LIMA-PERÚ

2015



**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDAD
DIARREICA Y SU RELACIÓN CON PRÁCTICAS
PREVENTIVAS**

ASESOR

Dr. Gustavo Darío Rivara Dávila

JURADO

Presidente del Jurado: Dr. Gustavo Darío Rivara Dávila

Docente de la Facultad de Medicina Humana USMP

Miembro del Jurado: Dr. Luis Florian Tutaya

Docente de la Facultad de Medicina Humana USMP

Miembro del Jurado : Dra. Mary Patricia Saif Becerra

Docente de la Facultad de Medicina Humana USMP

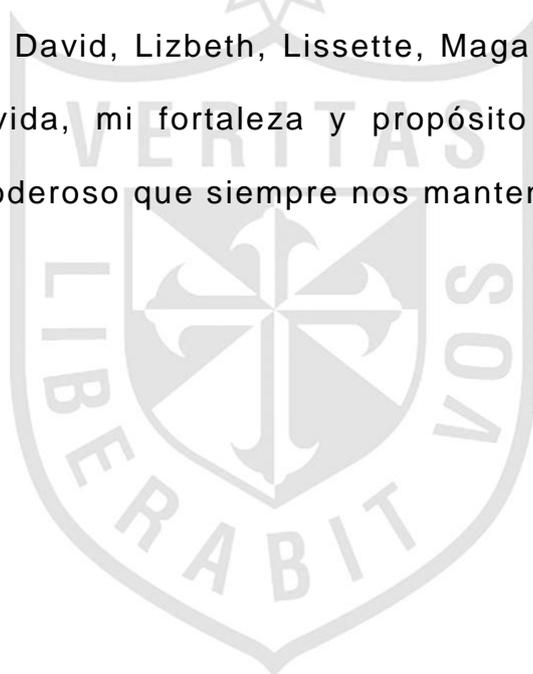


DEDICATORIA

A Dios, por haber iluminado mi mente, alma y la fortaleza para hacer posible la realización del presente trabajo.

A mis padres por su valioso apoyo en mi formación académica.

A mi linda familia: David, Lizbeth, Lissette, Magaly y Nicolle que son la razón de mi vida, mi fortaleza y propósito de salir adelante, rogando al Todopoderoso que siempre nos mantenga unidos.



AGRADECIMIENTOS

A todos mis profesores de la Universidad de San Martín de Porres y del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, quienes con su saber, paciencia y alta calidad supieron compartir sus experiencias, conocimientos y valores, los cuales tengan la seguridad, serán puestos al servicio de la sociedad.

Profundo y especial agradecimiento por el apoyo incondicional y desinteresado al Dres. Moreano, Rivara, Mendoza, Florián.

Asimismo, agradezco a todo el personal del departamento de pediatría y neonatología por su apoyo incondicional y desinteresado, que me brindaron para el desarrollo del residentado.

ÍNDICE	Pág.
PORTADA.	I
TÍTULO.	II
ASESOR Y JURADOS.	III
DEDICATORIA.	IV
AGRADECIMIENTOS.	V
ÍNDICE.	VI
RESUMEN.	VII
ABSTRACT.	VIII
INTRODUCCIÓN.	01
Planteamiento del problema.	01
Justificación.	03
Objetivos.	03
Objetivo general.	03
Objetivos específicos.	04
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO.	05
1.1 ANTECEDENTES.	05
1.2 BASE TEÓRICA.	08
1.3 DEFINICIÓN CONCEPTUAL.	17
1.4 HIPÓTESIS.	18
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA.	19
2.1 Tipo y diseño de estudio.	19
2.2 Población y muestra.	19
2.3 Procedimientos de recolección y análisis de datos.	20
2.4 Instrumentos de recolección de datos.	21
2.5 Aspectos éticos.	21
CAPÍTULO III: RESULTADOS.	22
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.	28
4.1 DISCUSIÓN.	28
4.2 CONCLUSIONES.	30
4.3 RECOMENDACIONES.	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	32
ANEXOS.	

RESUMEN

Objetivos: determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas acerca de las medidas de prevención de enfermedad diarreica aguda (EDA) en las madres de niños menores de 5 años, hospitalizados en los servicios de pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo comprendido entre marzo y mayo del 2014.

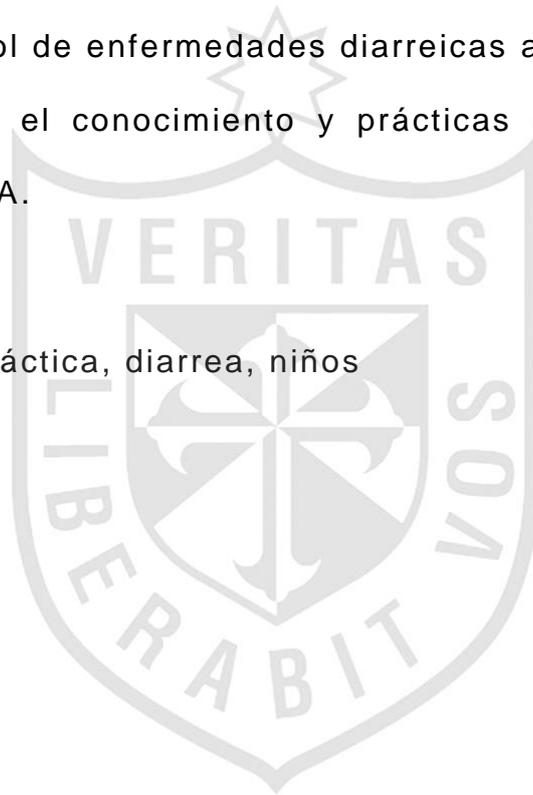
Material y métodos: se realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, para efecto de recolección de datos se utilizó la técnica de la entrevista estructurada y como instrumento el cuestionario elaborado en base a la especialización de la variable los cuales fueron aplicados en forma personal a cada madre, empleando una muestra de 32 madres de niños menores de 5 años hospitalizados en el servicio de Pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, que cumplían con los criterios de inclusión del mismo, las cuales fueron captadas durante los meses de marzo a mayo del 2014. En relación al análisis estadístico se aplicaron la prueba estadística de Chi Cuadrado, fórmulas matemáticas como el porcentaje, además de la escala de Stanino Stanones y la curva de Gauss para la categorización de las variables nivel de conocimiento y prácticas.

Resultados: de la población en estudio, se encontró que si existe relación entre los conocimientos y las practicas acerca de las

medidas de prevención de EDA que tienen las madres de niños menores de 5 años encontrándose que el 93.76% de madres tienen un nivel de conocimiento medio y bajo sobre las medidas de prevención de EDA y las practicas que emplean son en un nivel regular con un 68.75% seguida de las malas prácticas con un porcentaje de 15.63%.

Conclusiones: finalmente las que más conocen, mejor practican las medidas de control de enfermedades diarreicas agudas, teniendo un menor porcentaje el conocimiento y prácticas de las medidas de prevención de EDA.

Palabra clave: Práctica, diarrea, niños



ABSTRACT

Objectives: To determine the relationship between the level of knowledge and practices concerning the prevention of acute diarrheal disease (ADD) mothers of children under 5 hospitalized in pediatric services Archbishop Loayza National Hospital in the period between March and May 2014.

Material and Methods: A descriptive study of cross section, for purposes of data collection technique structured interview was used as instrument the questionnaire developed based on the expertise of the variable which took place were applied personally each mother using a sample of 32 mothers of children under 5 hospitalized in the pediatric ward of the National Hospital Archbishop Loayza, who met the inclusion criteria of the same, which were taken during the months from March to May 2014. Regarding the statistical analysis statistical test Chi Square, mathematical formulas as the percentage, in addition to the scale of Stanino Stanones and Gauss curve for the categorization of the variables level of knowledge and practices were applied.

Results: Of the study population, we found that the correlation between knowledge and practice about the prevention of EDA with mothers of children under 5 meeting that 93.76% of mothers have a level of knowledge middle and lower on measures of prevention EDA

and practices that are used on a regular level with 68.75% followed by bad practices with a percentage of 15.63%.

Conclusions: Finally the most knowledgeable, best practice measures to control acute diarrheal diseases, taking a smaller share knowledge and practices of prevention measures EDA.

Keywords: Practices, diarrhea, children





INTRODUCCIÓN

Planteamiento del problema.

Las enfermedades diarreicas agudas acarrear un extraordinario costo en los niños y familias de los países en desarrollo. Estas siguen siendo la principal causa de mortalidad infantil a nivel mundial ya que cada año mueren aproximadamente 1,3 millones de niños menores de cinco años a causa de una enfermedad diarreica aguda.

Sin embargo, la mortalidad por diarrea ha disminuido sustancialmente durante las últimas dos décadas debido al uso generalizado de la terapia de rehidratación oral (TRO) y a la mayor capacidad de los padres y cuidadores para identificar los signos de alerta y obtener ayuda rápida en caso de enfermedad. (1)

En el Perú las enfermedades diarreicas ocupa el tercer lugar como causa de morbimortalidad infantil, siendo 1600 los niños menores de cinco años que mueren al año. La deshidratación y desnutrición crónica es la principal causa en los niños que sufren de diarreas; esta enfermedad es más prevalente en áreas rurales y está relacionada a factores socioeconómicos. (2)

La ciudad de Lima cuenta con cerca de la tercera parte de la población del país, con un cordón enorme urbano marginal compuesto por más de 50 pueblos jóvenes, se calcula que un 90% de todas las causas de diarreas puede atribuirse a un inadecuado saneamiento, falta de higiene, falta de lactancia materna exclusiva, estado nutricional, nivel socio económico y agua contaminada que en esta población predominan. (3) Las enfermedades diarreicas agudas son el aumento en el número y cambio en la apariencia y consistencia de las deposiciones que se presentan por más de 3 veces en 24 horas, causando como complicación la deshidratación y desnutrición, limitando el crecimiento y desarrollo

de los niños menores de cinco años. Debido a la alta prevalencia de esta enfermedad y la mortalidad infantil directa e indirectamente vinculada con la contaminación de agua y alimentos, es necesaria una atención inmediata mediante una mejora en las inversiones en medidas preventivas promocionales para reducir y eliminar las causas de esta enfermedad. (4)

Entre las medidas de prevención, se encuentran la educación continua de saneamiento básico, sobre como almacenar las aguas en casa, manejo de excretas, lavado de manos, manejos de alimentos e inmunizaciones. Asimismo, podemos decir que en estudios de investigación se llegan a la conclusión de que gran porcentaje de las madres encuestadas, desconocen cuáles son las medidas preventivas de las EDA en los niños menores de cinco años, requiriendo con urgencia una educación sobre estos aspectos.

En el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, la incidencia de enfermedad diarreica aguda, en el año 2013, fue de 993 casos en menores de cinco años, con una mayor incidencia en el sexo masculino representado por el 56,19% (558 niños) que en el femenino con un 43,8% (435 niños). (5)

Así mismo en las prácticas asistenciales se ha podido evidenciar que los niños con diarreas, se encuentran adelgazados, deshidratados, otros se complican con neumonías, al conversar con las madres ellas refieren, ¿por qué siempre se enferman?, no sé qué voy a hacer para que no bajen de peso, manifiestan también que asumen la enfermedad al hecho de vivir en lugares poco accesibles a los servicios básicos, que consumen agua que es comprada de cisternas y almacenada en cilindros lo cual no brinda garantía de salubridad, porque trabajan y dejan a sus niños por varias horas encargándole su cuidado a algún vecino o familiar.

Es así que surgen las siguientes interrogantes.

¿Cuál es el nivel de conocimiento que tienen las madres sobre las medidas de prevención y control de las EDA?

¿Cuáles son los factores asociados a EDA de niños atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza? ¿Qué relación existe entre el nivel de conocimiento y las prácticas de las madres de niños atendidos por EDA. En los servicios de pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza?

Justificación.

El presente estudio se justifica porque las enfermedades diarreicas agudas ocupan uno de los primeros lugares de morbilidad infantil en el Perú. Estas son prevenibles siempre que el niño tenga un buen cuidado en el hogar y las madres de familia son las más indicadas para velar por la salud de sus hijos, para esto es necesario que tengan conocimiento y apliquen las medidas de prevención de las enfermedades diarreicas agudas. Esta situación es de gran preocupación para los profesionales de salud quienes dentro de sus funciones en el 1º y 2º nivel de atención de salud, está el promover la salud y contribuir a la prevención y control de las enfermedades.

Objetivos.

Objetivo general.

Determinar el nivel de conocimiento y su relación con las prácticas de prevención de EDA en las madres de niños menores de cinco años, hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el primer trimestre del 2014.

Objetivos específicos.

- Determinar el nivel de conocimiento de las medidas de prevención de las EDA en las madres de niños menores de cinco años.
- Identificar las prácticas acerca de las medidas de prevención de las EDA en las madres de niños menores de cinco años hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
- Establecer la relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas de las medidas de prevención de las EDA.



CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES.

Se han revisado estudios y se han seleccionado los más afines al problema que se desea investigar. Así tenemos a nivel nacional:

Napan Arias, en Lima, el año 2003, realizó un estudio de investigación titulado: conocimiento que tienen las madres sobre las medidas preventivas y el tratamiento oral de la deshidratación en niños que acuden al Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao. Con el objetivo de determinar qué acciones realizan las madres para prevenir la deshidratación de sus niños cuando estos tengan diarrea. Asimismo determinar los medios que permiten a las madres obtener conocimiento sobre la deshidratación, tratamiento y medidas de prevención. El método empleado fue descriptivo, la población fue de 60 madres. Llegó a la siguiente conclusión:

La gran mayoría de madres desconocen las causas más comunes de la diarrea, los signos y síntomas de la enfermedad, por lo tanto se ven limitados en su actuar en cuanto al tratamiento oportuno y así evitar a tiempo para que sus niños se agraven y/o compliquen su enfermedad. (2)

Cabel Velásquez, en Lima, el año 2003, realizó un estudio de investigación titulado: conocimiento de las madres de familias sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas en niños menores de cinco años en el asentamiento humano La Huaca, distrito de Santiago de Surco con el objetivo de describir los conocimientos que tienen las madres sobre las medidas preventivas de la EDA. Determinar la relación que existe entre los conocimientos que tienen las madres de familia que habitan en el AAHH

objeto de estudio y la presentación de la EDA. La población estuvo conformada por 70 madres. Llegó a la siguiente conclusión:

Solo el 45,2% (20) de las madres de familia encuestadas refieren conocer la lactancia materna como medida preventiva de EDA, el 31,1% (14) de las madres encuestadas conocen y por ende lo practican el destete adecuado con medidas preventivas de las EDA. Podemos concluir que, gran porcentaje de las madres encuestadas desconocen cuáles son las medidas preventivas de las EDA a los niños menores de cinco años requiriendo con urgencia de una educación sobre estos aspectos. (3)

Briceño Berro, en Lima, en el año 1999, realizó una tesis titulada: conocimiento y prácticas alimentarias de las madres durante las enfermedades diarreicas agudas en el niño menor de tres años de la comunidad de Nueva Esperanza, Lima - Perú. Con el objetivo de identificar los conocimientos acerca de la alimentación durante el episodio agudo de diarreas en el niño menor de tres años, en las madres de la comunidad de Nueva Esperanza. Utilizó el método descriptivo exploratorio. La muestra fue de 103 madres encuestadas. Se llegó a la siguiente conclusión:

El mayor porcentaje de madres de la comunidad de Nueva Esperanza 76,61% tiene conocimiento acerca de lo que es una diarrea. El 52,43% del suministro de líquidos además de la leche materna. El 57,2% desconoce la importancia de retirar los alimentos perjudiciales de la dieta del niño. (6)

Fernández Cedano, en Lima, el año 1999, realizó un estudio titulado: conocimientos y actitudes que tienen las madres de niños menores de cinco años sobre la enfermedad diarreica aguda. En el asentamiento humano Enrique Montenegro de San Juan De Lurigancho, con el objetivo de identificar

y describir el nivel cualitativo de los conocimientos y actitudes que tienen las madres con sus menores hijos en relación a la EDA y el de precisar pautas educativas a desarrollarse en la comunidad que contribuyan a mejorar la situación observada. La muestra fue 109 y se obtuvo utilizando la técnica aleatoria simple. Se llegó a la siguiente conclusión:

Los conocimientos sobre la alimentación del niño con diarrea, en el 68% de las madres son inadecuados. La mayoría de las madres ante el episodio de diarrea opinan que no hay que darles agua porque les dará vómitos. Las madres consideran que debe imponerse el ayuno para que descanse el intestino. (7)

León Amaya, en Lima, el año 2000, ejecutó, el estudio de investigación titulado: estudio de actividades y conocimientos de la población materna frente a la EDA en niños menores de un año en el Asentamiento Humano Bellavista, Juan Velasco Alvarado y Cuatro de Diciembre. Con el objetivo de identificar cuál es la actitud y el grado de conocimiento de la población materna preventiva del distrito de Independencia frente a la EDA en el niño menor de un año, el método que utilizó fue descriptivo retrospectivo. La población estuvo conformada por 30 madres de familia con niños menores de un año. Utilizó como técnica para la recolección de datos el cuestionario. Se llegó a la conclusión:

No suspenden la alimentación normal del niño en cuanto a la lactancia materna y las infusiones de diversas clases, como: agua de anís, agua de arroz, té cargado, etc. (8)

Ortiz Carbajo, en Lima, el año 2000, realizó el trabajo de investigación titulado influencia del grado de instrucción en el tratamiento de la diarrea aguda

usando la TRO en lactantes del Centro de Salud México de San Martín de Porras. La población estuvo conformada por 130 madres de niños lactantes quienes presentaban diarrea aguda en el periodo de diciembre de 1997 a marzo de 1998 que fueron atendidos en el centro de salud. Utilizó como técnica la encuesta, aplicándolo a través de la visita domiciliaria. Se llegó a la siguiente conclusión:

El 54% de las madres alimentaban a sus niños solamente con lactancia materna durante el episodio diarreico. El 25% con lactancia materna más otros alimentos durante el episodio diarreico. El 4% daban leche evaporada más leche materna durante la diarrea. El 9% suspenden todo tipo de alimento a sus niños durante el episodio diarreico. (9)

1.2 BASE TEÓRICA.

I. Generalidades sobre conocimiento.

1. Definición de conocimiento.

Conocimiento es el conjunto de datos e información empíricos sobre la realidad que el propio individuo tiene, es decir, conocimiento inmediato situacionalmente en estilos de vida, hábitos y costumbres que hace factible la regularización conductual al ajuste del individuo en su momento dado. ¹²

El conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados; puede ser clasificado en conocimiento vulgar llamándose así a todas representaciones que el común de los hombres hacen en su vida cotidiana por el simple hecho de existir, de relacionarse con el mundo,

de captar mediante los sentidos información inmediata acerca de los objetivos, los fenómenos naturales y sociales, se materializa mediante el lenguaje simple y natural, el conocimiento científico que es racional, analítico, sistemático y verificable a través de la experiencia.¹³

El conocimiento es el conjunto de informaciones que posee el hombre como producto de su experiencia, y lo que ha sido capaz de inferir a partir de esto.¹⁴

Villalpando al respecto, sostiene que el conocimiento es un tipo de experiencia que contiene una representación de un hecho ya vivido, es la facultad consciente o proceso de comprensión, entendiéndose que es propio el pensamiento, percepción, inteligencia, razón. Se clasifica como conocimiento sensorial, respecto a la percepción de hechos extremos y la captación de estados psíquicos internos. Conocimientos intelectivos, ello se origina de concepciones aisladas y de hechos casuales de ello.

Conocimiento de la razón, referidos a las causas internas fundamentales, generales, verdaderas de la existencia y modo de ser de las cosas. Dentro de este marco conceptual se puede considerar que el conocimiento es la adquisición de conceptos por medio de la educación formal e informal mediante el ejercicio de las facultades intelectuales.¹³

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 tal como lo señala Mario Bunge¹¹, cuando menciona que 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.

2. Tipos de conocimiento.

a) Intuitivo.

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

b) Demostrativo.

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

c) Sensible.

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

d) Científico.

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

3. Medición del conocimiento.

Se mide a través de la escala de Stanino y Stanone.

II. 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.

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

La práctica será evaluada conjuntamente mediante la observación de las habilidades correctas que realiza el sujeto para el logro de sus objetivos. De lo cual tenemos que la práctica es el ejercicio de un conjunto de habilidades y destrezas adquiridas por medio de la experiencia, la cual puede ser valorada a través de la observación o expresada a través del lenguaje. ¹⁶

- Es el ejercicio de cualquier arte o facultad conforme a sus reglas.
- Uso continuado, costumbre o estilo de una cosa.
- Actuación, bajo supervisión, que realizan los estudiantes en los últimos cursos de la especialidad.

- Aplicación de una teoría.

III. Enfermedades diarreicas agudas.

1. Definición.

Es toda enfermedad en la cual la diarrea es el síntoma mayor acompañado de distintos grados de deshidratación que afectan principalmente a los niños menores de cinco años dentro de ellos que se encuentran entre 0 y 36 meses de edad.¹⁷

La diarrea es la evacuación, demasiado frecuente, de heces muy líquidas; se dice que una persona tiene diarrea, desde el punto de vista operativo, cuando tiene 3 o más deposiciones líquidas o semilíquidas en 24 horas.¹⁸

La diarrea es un mecanismo de defensa o de respuesta del organismo frente a un agente agresor. Se denomina así al aumento en el número y cambio en la apariencia y consistencia de las deposiciones.¹⁹

2. Epidemiología y etiología de la diarrea.

A nivel global, los episodios de diarrea resultan en aproximadamente 3,2 millones de fallecimientos cada año entre los niños debajo de cinco años de edad de los países en desarrollo. En el Perú, según las estimaciones del 2005, se registraron alrededor de 1600 cada año. De ellos aproximadamente el 65% ocurren en el primer año de vida. Finalmente, la diarrea es responsable del 12% de las muertes infantiles en el Perú.

La enfermedad diarreica es también un contribuyente importante del problema de la malnutrición infantil. Esto ocurre principalmente por

disminución de ingesta de alimentos durante y después de la diarrea y en menor medida, por absorción reducida de nutrientes; también refleja la demanda incrementada de nutrientes que ocurre durante las infecciones.

La enfermedad diarreica es de naturaleza fundamentalmente infecciosa. En el último decenio además de los conocimientos enteropatógenos (*Salmonella*, *Shigella*, *V. Cholerae*, *Campylobacter* y *E. Coli*) se ha reconocido a otros como *rota virus*, *Campylobacter* y *E. Coli*; productoras de enterotoxinas.

Entre los parásitos, además de los señalados, y las amebas que prevalecen en ciertas regiones geográficas del país, se deben tener en cuenta *giardias* y *criptosporidium* como posibles agentes causales. La *E. Coli* productora de enterotoxinas y *rotavirus* es responsable de cerca del 60% de las diarreas acuosas infantiles, en tanto que *Shigella* y *Campylobacter* son responsables de cerca del 60% de las disentéricas.

3. Factores condicionantes de las diarreas.

Muchos factores contribuyen a la alta incidencia de severidad de la diarrea en lactantes y niños pequeños, especialmente durante el periodo de ablactancia. Los factores que dependen del comportamiento de las personas incluyen:

- Falla para dar lactancia materna exclusiva por los primeros 4, 6 meses de vida.
- Uso de biberones.

- Consumo de alimentos almacenados a temperatura ambiente varias horas después de haber sido preparados (sobre todo si estos alimentos se sirven sin recalentamiento suficiente para reducir la contaminación bacteriana).
- Consumir agua contaminada.
- No lavarse las manos después de defecar, después de limpiar a un niño después que ha defecado y antes de manipular los alimentos.
- No depositar las heces en forma segura.
- No colocarle la vacuna del sarampión a los niños menores de cinco años.

4. Complicaciones más frecuentes de las enfermedades diarreicas agudas.

a) Deshidratación.

Es la pérdida de agua y electrolitos que se producen durante los procesos de diarrea.

Existen 3 grados de deshidratación:

- **Deshidratación leve:** se produce cuando el déficit corporal es inferior a 50 ml/Kg de peso corporal.
- **Deshidratación moderada:** Avanza a un déficit de líquidos 80 - 100 ml/Kg del peso corporal, las alteraciones circulatorias se agravan más.

- **Deshidratación grave:** Puede alcanzarse un déficit 120 ml/Kg del peso corporal, hay alteración de la conciencia, baja presión sanguínea, piel y mucosas muy secas llenado capilar mayor de cuatro segundos. Y requiere de terapia endovenosa de urgencia.

b) Desnutrición.

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

5. Tratamiento.

Tiempo de reposición.

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

En la primera, es fundamental el manejo del paciente deshidratado severo con choque, el objetivo de recuperar la volemia, lo más pronto posible. El volumen a infundir deberá ser de 50 ml x Kg (50% del déficit previo calculado).

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

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

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

6. Complicaciones.

Más frecuentes, observadas en niños que ingresan a este plan son:

a) Convulsiones.

Se presentan cuando la administración de fluidos endovenosos es de una composición inadecuada (líquidos hipotónicos). Dar alimentos ricos en potasio durante y después del episodio de diarrea.

b) Sobre hidratación.

Manifestándose por edema generalizado, edema pulmonar, insuficiencia cardíaca congestiva, trastorno de la conciencia y aumento de peso superior al déficit calculado al momento del ingreso.

c) Insuficiencia renal aguda.

Sospechar insuficiencia renal si a pesar de haberse repuesto el déficit adecuadamente, el paciente no micciona.

7. Medidas de prevención y control de enfermedad diarreica aguda.

Explicarle a la madre que ella puede evitar otros episodios de la diarrea y por consiguiente reducir las muertes, evitadas por el manejo

adecuado de los casos, deben enfocarse en unas pocas intervenciones de eficacia comprobada:

- Lactancia materna exclusiva los 6 primeros meses de vida.
- Prácticas de destete adecuadas.
- Empleo abundante de agua para la higiene personal.
- Empleo de agua limpia protegida de contaminación.
- Buenos hábitos de higiene con los alimentos y en general.
- Lavado de manos con jabón.
- Uso de servicios sanitarios letrinas
- Eliminación correcta de pañales con deposiciones.
- Continuar con lactancia materna.
- Vacunar al niño contra el sarampión.

1.3 DEFINICIÓN CONCEPTUAL.

a) Conocimiento.

Es el conjunto de información que refiere tener la madre de niños menores de cinco años sobre las medidas de prevención y control de EDA en el servicio de pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

b) Prácticas.

Es todo aquello que realiza la madre en el hogar para prevenir y controlar las EDA de sus hijos menores de cinco años que han sido atendidos en el servicio de pediatría del hospital Nacional Arzobispo Loayza.

c) Madres.

Son las personas responsables del niño que tiene lazos consanguíneos en línea directa, en su defecto el apoderado con quien vive el niño y son

los que lo han llevado al hospital y se hacen cargo de su tratamiento aun en el hogar.

d) Enfermedades diarreicas agudas.

Son aquellas que se caracterizan por presentar deposiciones líquidas por más de tres veces al día y que han conllevado a la hospitalización del niño menor de cinco años.

e) Prevención.

Acciones encaminadas a evitar o prevenir la aparición de la enfermedad diarreica aguda en el niño menor de cinco años.

1.4 HIPÓTESIS.

a) Hipótesis nula (H_0).

Existe un bajo nivel de conocimiento y prácticas acerca de las medidas de prevención de enfermedades diarreicas agudas, en las madres de los niños menores de cinco años.

b) Hipótesis alternativa (H_1).

Existe un alto nivel de conocimiento y prácticas acerca de las medidas de prevención de enfermedades diarreicas agudas (EDA), en las madres de los niños menores de cinco años.

CAPÍTULO II: METODOLOGÍA

2.1 TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO.

El presente trabajo es de tipo transversal; se obtuvo la información a través de una encuesta, los datos se evaluaron a través de variables nominales (categóricas), utilizando respuestas múltiples (A, B, C, D) ya que se lograron datos apoyados en escalas numéricas permitiendo un tratamiento estadístico.

Es de nivel aplicativo porque se aplicó en el campo de la salud.

El método que se empleó fue el descriptivo, que permite estudiar las variables tal como se presentan en la realidad en forma precisa y detallada sobre los conocimientos y prácticas de las madres sobre las medidas de prevención y control de las EDA en el servicio de pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

2.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.

a) Población.

La población total de estudio estuvo constituida por todas las madres de los niños atendidos por EDA en los servicios de emergencia pediátrica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

b) Muestra.

Toda la población que cumplió con los criterios de inclusión durante el tiempo que duró el estudio (tres meses).

c) Criterios de inclusión.

A todas las madres cuyos hijos menores de cinco años presentaban EDA y que fueron atendidos en el servicio de emergencia en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

- Madres que tuvieron disponibilidad de tiempo y aceptaron participar del estudio.
- Madres con disponibilidad de tiempo en el hogar.
- Madres que usan el idioma castellano.

d) Criterios de exclusión.

- Madres de los niños que tuvieron más de dos hospitalizaciones por EDA considerándola presente.
- Madres que no contaron con disponibilidad de tiempo.
- Todas las madres que atendieron a su hijo con diagnóstico, distinto al de EDA.
- Madres que no aceptaron participar del estudio.
- Madres que hablen otro idioma diferente al castellano.

2.3 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.

Nuestra técnica fue la encuesta a través de un cuestionario validado por los asistentes del servicio de pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Técnica de recolección de información: llenado del cuestionario diseñado para los fines de la investigación. En primer lugar, se solicitó los permisos correspondientes para la toma de datos.

2.4 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para la recolección de datos se utilizó una ficha prediseñada para los fines del estudio, la cual fue validada por los médicos especialistas del servicio de pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

2.5 ASPECTOS ÉTICOS.

El presente trabajo no colisiona con aspectos éticos toda vez que se recoge información de los registros del servicio de pediatría. Los pacientes no son sujetos a ningún tipo de intervención de manera previa o posterior a la recolección de los datos.



CAPÍTULO III: RESULTADOS

Datos generales de la población encuestada.

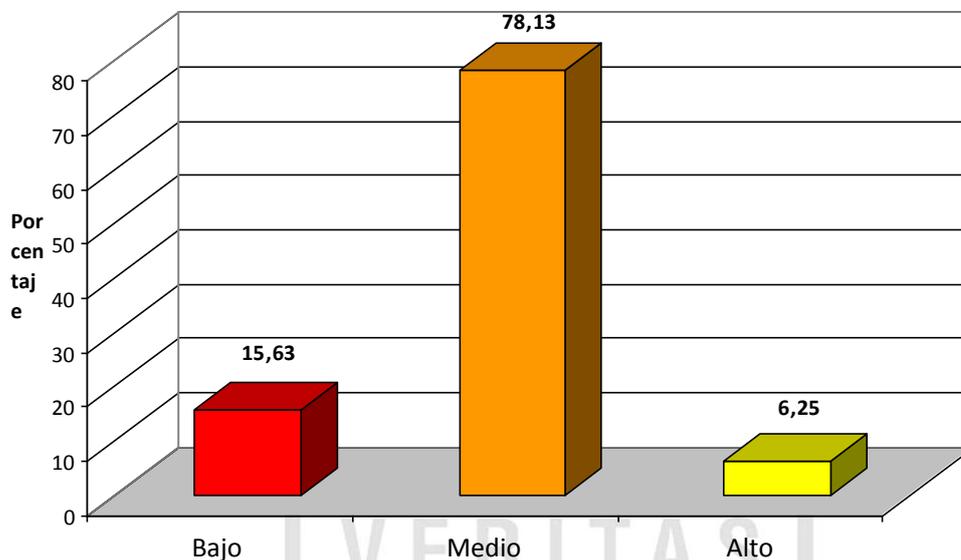
En relación a la edad de las madres, tenemos que de 100% (32) encuestadas 37,5% (12) tienen edad comprendida entre 18 a 22 años, seguido por el grupo etario de 28 a 32 años con un total de 31,25% (10) y por el grupo de 33 a 37 años 25% (8) y por el grupo de 23 a 27 años 6,25% (2).

De lo observado se evidencia que el grupo que predomina es el de las adultas jóvenes y adultos maduros, etapas que se caracterizan porque la mujer ha adquirido madurez psicoemocional; asume con responsabilidad lo concerniente al hogar, trabajo, cuidado del niño, prevención de enfermedades, entre otros.

En lo que se refiere al grado de instrucción del 100% (32) encuestadas, el 62,25% (20) tienen un grado de instrucción comprendido en el nivel de educación secundario así como 25% (8) tienen un grado de instrucción comprendido en el nivel de educación primaria, y por último 12,5% (4) tienen grado de instrucción superior. El grado de instrucción se va adquiriendo de manera gradual y sistemática, se adquiere por el proceso de enseñanza aprendizaje, permite al ser humano desenvolverse de manera armónica con su entorno. Tenemos un mayor porcentaje de madres con un nivel secundario, que es considerado como el nivel básico para que la madre pueda ofrecer condiciones de seguridad y bienestar al niño.

Gráfico N° 1

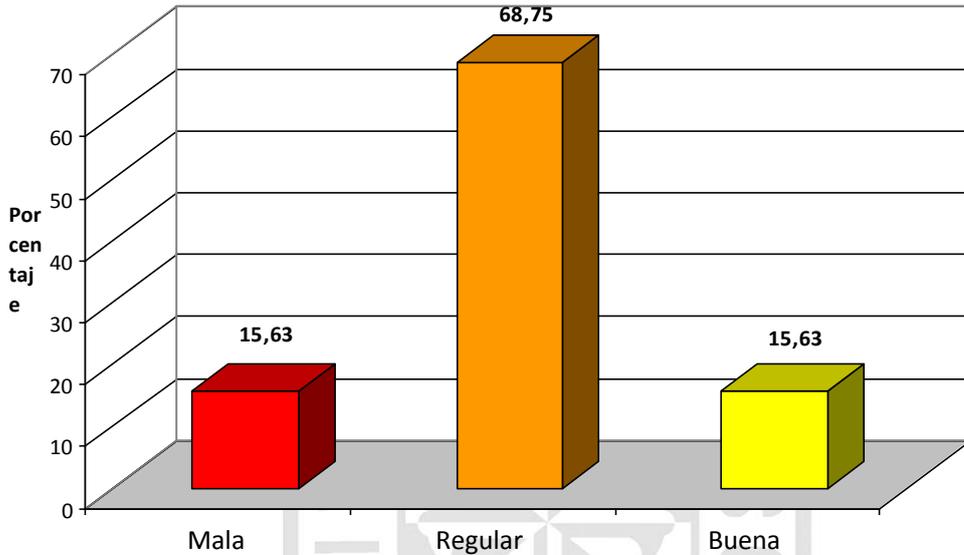
Nivel de conocimiento de las madres acerca de las medidas de prevención de niños menores de cinco años hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2014.



En el presente gráfico podemos apreciar que del 100% (32) de niños menores de cinco años hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, el 78,13% (25) tienen un nivel de conocimiento medio, el 15,63% (5) tienen un nivel de conocimiento bajo y solo el 6,25% (2) tienen un nivel de conocimiento alto.

Gráfico N° 2

Las prácticas que realizan las madres acerca de las medidas de prevención de niños menores de cinco años hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2014.



En relación a las prácticas que realizan las madres de niños menores de 5 años sobre prevención y control de EDA de 100% (32) entrevistadas 68,75% (22) tienen una práctica regular, 15,63 % (5) tienen una mala práctica y el 15,63% (5) tienen una buena práctica.

Tabla N° 1

Relación entre el conocimiento y las prácticas de las EDA en niños hospitalizados en los servicios de pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2014.

Conocimiento	Prácticas de prevención y control						Total	
	Mala		Regular		Buena			
	fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%
Bajo	4	12,50	1	3,13			5	15,63
Medio	1	3,13	20	62,50	4	12,50	25	78,13
Alto			1	3,13	1	3,13	2	6,25
Total	5	15,63	22	68,75	5	15,63	32	100

Se puede apreciar que del 100% (32) de niños menores de cinco años que acuden al Hospital Nacional Arzobispo Loayza, predomina el conocimiento medio con prácticas regulares (22), así como también del conocimiento bajo con malas prácticas con un total de (5), así mismo el conocimiento alto con malas prácticas con un total (5). Evidenciándose que a un mayor conocimiento, las prácticas son regulares, por el contrario a un conocimiento bajo las prácticas serán malas, y por ende con un conocimiento alto las prácticas serán buenas.

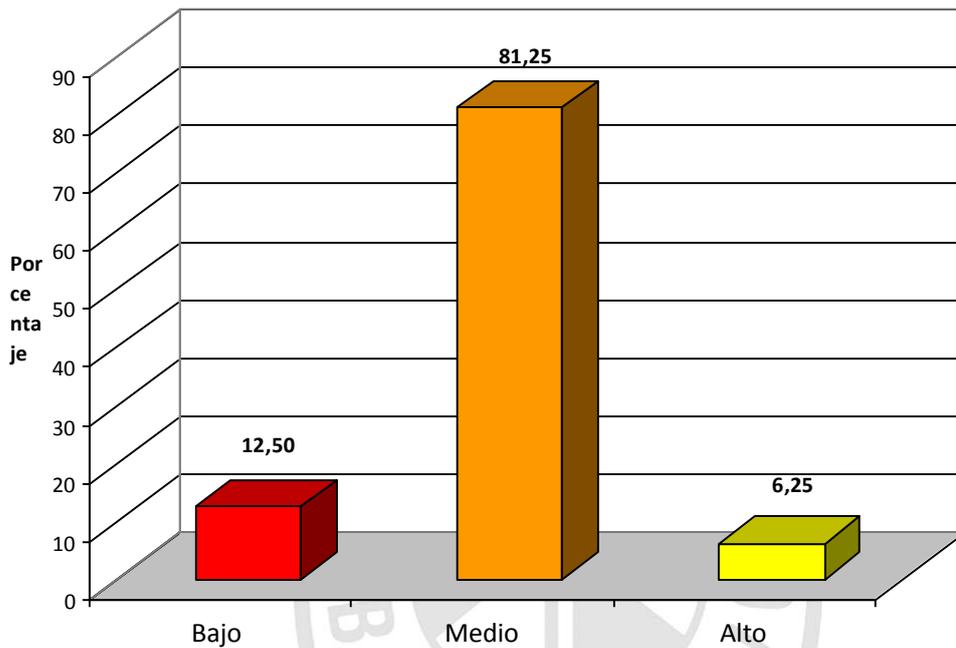
Tabla N° 2

Conocimiento sobre generalidades de la enfermedad diarreica aguda de las madres de niños menores de cinco años hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2014.

Escala	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	4	12,50
Medio	26	81,25
Alto	2	6,25
Total	32	100,00

Gráfico N° 3

Conocimiento sobre generalidades de la enfermedad diarreica aguda de las madres de niños menores de cinco años hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2014



En relación a lo expuesto se puede evidenciar que del 100% (32) tienen un conocimiento medio 81,25% (26) y 12,50% (4) tienen un conocimiento bajo, y solo 6,25 % (2) tienen un conocimiento alto.

Se puede evidenciar que las madres tienen un nivel de conocimiento, acerca de generalidades de las EDA, de medio a bajo 93,75% de la población.

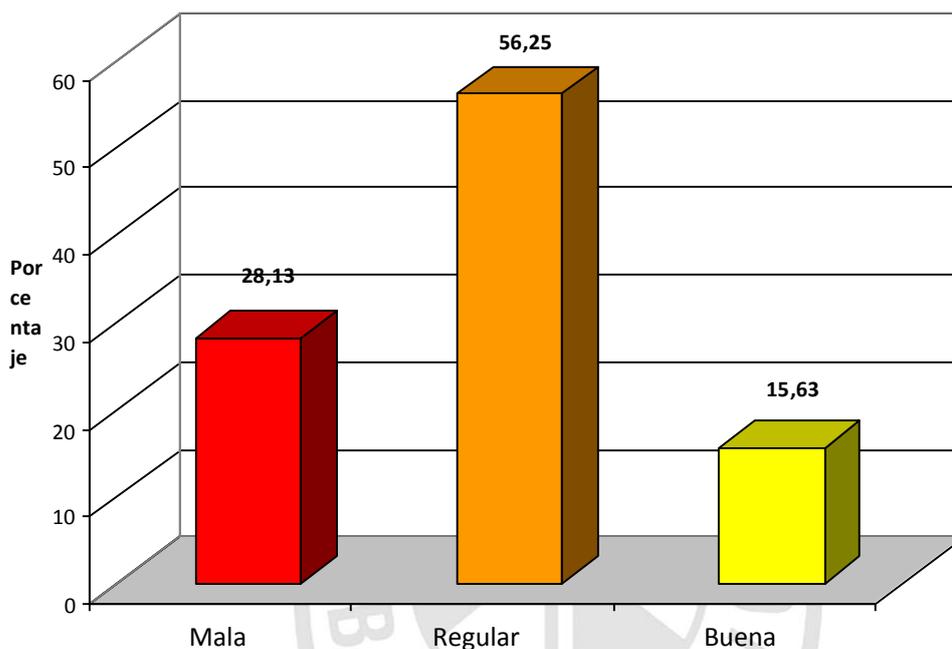
Tabla N° 3

Las prácticas que realizan las madres de niños menores de cinco años acerca de las medidas de prevención de las enfermedades diarreicas agudas hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2014.

Escala	Frecuencia	Porcentaje
Mala	9	28,13
Regular	18	56,25
Buena	5	15,63
Total	32	100,00

Gráfico N° 4

Prácticas de las madres de niños menores de cinco años acerca de las medidas de prevención de las enfermedades diarreicas agudas hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2014.



En relación a las prácticas que realizan las madres acerca de las medidas de prevención, se puede evidenciar que del 100% (32); 56,25 % (18) realizan unas prácticas regulares, el 28,13% (9) realizan una mala práctica y solo el 15,63% (5) aplican una buena práctica.

Por lo que se evidencia que las madres no tienen unas buenas prácticas en cuanto al cuidado del niño menor de cinco años, es razón por la cual los niños enferman con mayor frecuencia, aumentando el riesgo de alteración en su desarrollo.

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 DISCUSIÓN.

Encontramos en nuestro estudio que las madres conocen y practican las medidas de control de enfermedades diarreicas agudas presentando un menor conocimiento y prácticas de las medidas de prevención de EDA por lo que coincidimos con lo reportado por Napan Arias, quien en una población de 60 madres, llega a la siguiente conclusión: la gran mayoría de madres desconocen las causas más comunes de la diarrea, los signos y síntomas de la enfermedad, por lo tanto se ven limitados en su actuar en cuanto al tratamiento oportuno y así evitar a tiempo para que sus niños se agraven y/o compliquen su enfermedad. (2)

También nuestros datos son coincidentes con lo reportado por Cabel Velásquez, en Lima, llega a la siguiente conclusión: solo el 45,2% (20) de las madres de familia encuestadas refieren conocer la lactancia materna como medida preventiva de EDA, el 31,1% (14) de las encuestadas conocen y por ende practican el destete adecuado con medidas preventivas de las EDA. Así mismo un gran porcentaje de ellas desconocen cuáles son las medidas preventivas de las EDA en los niños menores de cinco años requiriendo con urgencia de una educación sobre estos aspectos. (3)

El nivel de conocimientos sobre la medidas de prevención de las EDA es buena en nuestra población estudiada, sin embargo en lo referente al control, el nivel de prácticas y conocimientos es bastante baja por lo que nuestros datos son similares a lo reportado por Briceño Berro, quien en una muestra de

103 madres llega a la siguiente conclusión: el mayor porcentaje de ellas de la comunidad de Nueva Esperanza 76,61% tiene conocimiento acerca de lo que es una diarrea. El 52,43% tiene conocimiento del suministro de líquidos además de la leche materna. El 57,2% desconoce la importancia de retirar los alimentos perjudiciales de la dieta del niño. (6)

Nuestros datos son disimiles a lo reportado por Fernández Cedano, quien en una muestra de 109, llega a la conclusión: los conocimientos sobre la alimentación del niño con diarrea, en el 68% son inadecuados. La mayoría de las madres ante el episodio de diarrea opinan que no hay que darles agua porque les dará vómitos. Ellas consideran el ayuno para que descanse el intestino. (7)

Encontramos en caso de diarrea administran suero casero (53,12%), agua de anís (31,2%), datos que son coincidentes con lo reportado por León Amaya en Lima, quien en una población conformada por 30 madres de menores de un año concluye que algunas dan leche materna, algunas no reprimían al niño de este alimento. Las madres usaron infusiones de diversas clases, como: agua de anís, agua de arroz, té cargado, etc... (8)

Las medidas practicadas por las madres en caso de diarreas fue el de brindarle comida fraccionada, varias veces al día por lo que nuestros datos son disimiles a lo reportado por Ortiz Carbajo, quien en 130 niños lactantes quienes presentaban diarrea aguda que fueron atendidos en el centro de salud, concluye que: el 54% de ellas alimentaban a sus niños solamente con lactancia materna durante el episodio diarreico. El 25% alimentan a sus niños con lactancia materna más otros alimentos durante el episodio diarreico. El 4% daban leche evaporada más leche materna durante la diarrea. El 9% de

madres suspenden todo tipo de alimento a sus niños durante el episodio diarreico. (9)

4.2 CONCLUSIONES.

Luego de realizado el presente estudio de investigación, se formularon las siguientes conclusiones:

- a)** Existe una relación directa entre los conocimientos que tienen las madres de los niños menores de cinco años acerca de la prevención de las enfermedades diarreicas agudas y las prácticas que emplean sobre las mismas.
- b)** La mayoría el (93,76%) tienen un conocimiento de medio a bajo sobre las medidas de prevención de las enfermedades diarreicas agudas, lo que repercute en la calidad de atención del niño, con conocimientos deficiente muchas veces limita la atención.
- c)** Las prácticas que emplean para la prevención de las enfermedades diarreicas agudas son regulares con un 68,75% y las malas con un 15,63% y así mismo las buenas con un 15,63%.

4.3 RECOMENDACIONES.

- a)** 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, evitando de esta manera su presencia y complicaciones.
- b)** Realizar estudios con enfoque transcultural, el cual brinde aportes a la ciencia del cuidado de la salud considerando modelos teóricos de enfermería con este enfoque.

- c) Aumentar el número de la población y de la muestra, para que de esta manera se minimice el sesgo de información y sea más confiable y consistente.
- d) 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 así como para verificar si los resultados encontrados son similares a los del presente estudio.

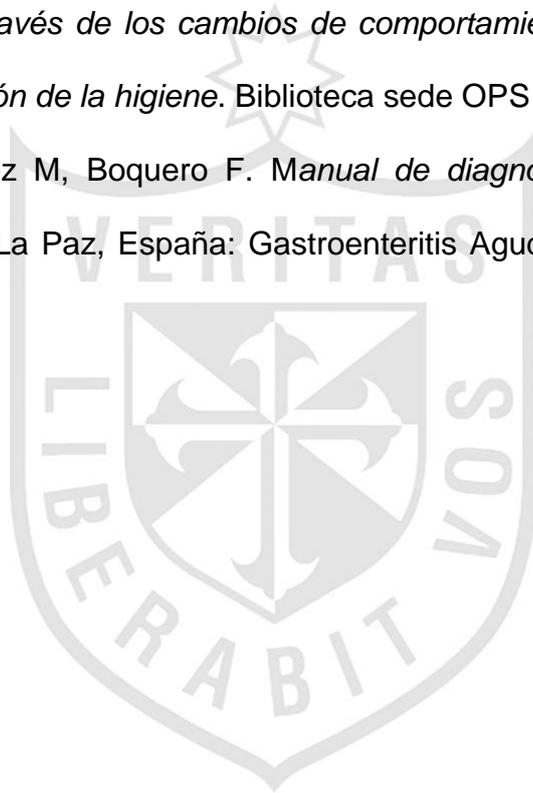


REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Organización Panamericana de la Salud. *Hacia el mejoramiento de la salud a través de los cambios de comportamientos. Una guía práctica para la promoción de la higiene.* 2005: 1-30.
- 2) Napan Arias L. *Conocimiento que tienen las madres sobre las medidas preventivas y el tratamiento oral de la deshidratación en niños que acuden al Hospital Daniel Alcides Carrión.* Tesis para optar el grado de Bachiller en Enfermería. 2003:1-26.
- 3) Cabel Velásquez J. *Conocimiento de las madres de familia sobre la prevención de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años en el asentamiento humano La Huaca, Santiago de Surco.* Tesis para optar el grado de Bachiller en Enfermería. 2002: 1-26.
- 4) OPCIT. *Lecturas en diarreas e infecciones respiratorias agudas.* Lima - Perú. 2003:1-24.
- 5) *Informe Estadístico Anual de las Tasas de morbimortalidad del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2005.*
- 6) Briceño M. *Conocimiento y prácticas alimentarias de las madres durante la enfermedad diarreica aguda en niños menores de tres años de la comunidad de Nueva Esperanza.* Lima - Perú. Tesis para optar el grado de Bachiller en Enfermería. 1999:1-25.
- 7) Fernández Cedano M. *Conocimiento y actitudes que tienen las madres de niños menores de cinco años sobre la enfermedad diarreica aguda.* Tesis para optar el grado de Bachiller en Enfermería. 1990:1-10.
- 8) León Amaya R. *Estudio de actividades y conocimientos de la población materna frente a la EDA en niños menores de un año en el asentamiento*

- humano Bellavista, Juan Velazco Alvarado y 4 de Diciembre*. Tesis para optar el grado de Bachiller en Enfermería. 2000:1-26.
- 9) Ortiz Carbajo R. *Influencia del grado de instrucción en el tratamiento de la enfermedad diarreica aguda usando la TRO en lactantes del centro de salud México de San Martín de Porras*. Tesis para optar el grado de Bachiller en Enfermería. 1997:1-18.
 - 10) Walon, Henry. *La ciencia, su método y su filosofía*. Buenos Aires: Ediciones Siglo Veinte. 1935:1-42.
 - 11) Bunge, Mario. *La ciencia, su método y su filosofía*. Buenos Aires: Ediciones Siglo veinte. 1960:1-30.
 - 12) Russell, Bertrand. *El conocimiento humano*. 7ma edición. España: ED. Taurus, S.A. 2.
 - 13) *Ciencia y conducta humana*. Editorial Dubis S.A. Barcelona España. 1972.
 - 14) *Diccionario enciclopédico*. Editorial Lexus España. 2002:1-34.
 - 15) Organización Panamericana de la Salud. *Hacia el mejoramiento de la salud a través de los cambios de comportamientos. Una guía práctica para la promoción de la higiene*. 2005:1-16.
 - 16) Rebeca F, Robín. *Gastroenterología, manual Harriet Lane de pediatría 19*, Editorial S.L. España: Elsevier.2013:1-13.
 - 17) *Vademécum Clínico*. 4ta. Edición. 2001:1-205.
 - 18) UNICEF. *Estado de la niñez en el Perú en enfermedad diarreica aguda*, 1° ed. Enviro Mental.UNICEF.2011:11-25.
 - 19) De Canales F.M. *Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo del personal de la salud OPS, OMS*. Editorial Limusa. México. 2004.

- 20) Russell, Bertrand. *El conocimiento humano*. Quinta Edición. Editorial Taurus, 1998.
- 21) MINSA. Lecturas en diarrea e infecciones respiratorias agudas en niños para capacitación del personal de salud. Lima - Perú, 2003.
- 22) Villalpando, José. *Ciencia y conducta humana*. Editorial Dubis S.A., Barcelona - España.2011.
- 23) *Diccionario enciclopédico Lexus* Edición 2002, España. *Hacia el mejoramiento de la salud a través de los cambios de comportamiento. Una guía práctica para la promoción de la higiene*. Biblioteca sede OPS - 2005.
- 24) Román, Jiménez M, Boquero F. *Manual de diagnóstico y terapéutica en pediatría* 5.Ed. La Paz, España: Gastroenteritis Aguda.2011; 67(1): 685-91.



ANEXOS
ANEXO N° 01
CUESTIONARIO.

I. INTRODUCCIÓN.

Sra. tenga usted muy buenos días, soy médico residente de la segunda especialización de la USMP, estoy realizando un estudio de investigación titulado: nivel de conocimiento y su relación con las prácticas acerca de las medidas de prevención y control de EDA, en las madres de los niños menores de cinco años hospitalizados en el servicios de pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Por lo cual solicito su colaboración con el llenado del presente cuestionario que forma parte del estudio.

Agradezco su colaboración y le recuerdo que es de carácter anónimo por lo cual solicito su respuesta en forma veraz.

II. DATOS GENERALES.

Edad: -----

Grado de instrucción: -----

Lugar de procedencia: -----

Dirección actual : -----

- 1) **¿La diarrea se define como?**
 - a. Deposiciones líquidas más de 1 vez al día.
 - b. Deposiciones líquidas más de 3 veces al día.
 - c. Deposiciones líquidas 2 veces al día.
 - d. Deposiciones líquidas abundantes al día.

- 2) **¿Cuál de las siguientes afirmaciones pueden ser la causa de la diarrea?**
 - a. Consumos de alimentos con cáscara y lavados.
 - b. Frutas y verduras consumidas sin lavar.
 - c. Consumo de agua hervida y clorada.
 - d. Consumo de alimentos cocidos y cubiertos.

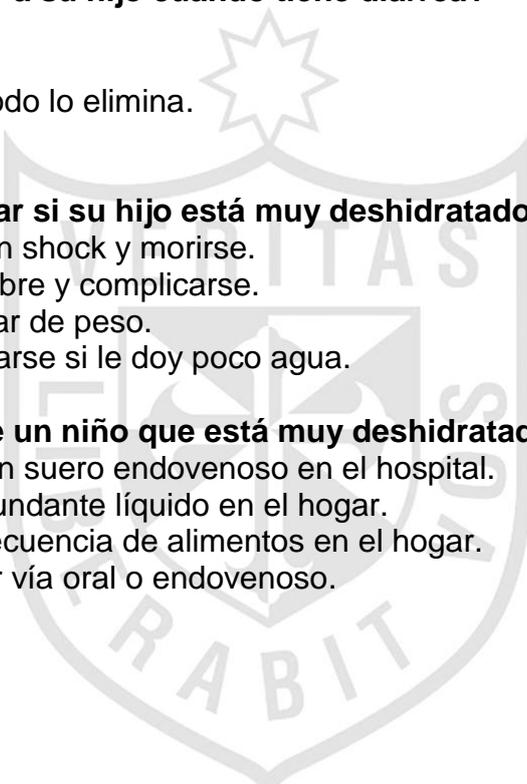
- 3) **¿Qué indica la presencia de sangre en las deposiciones?**
 - a. Peligro de muerte.
 - b. Infección.
 - c. Muerte inmediata.
 - d. Deshidratación leve.

- 4) **¿Se presenta como complicación de la diarrea?**
 - a) Deshidratación.
 - b) Infección.
 - c) Buena nutrición.
 - d) Aumento de peso.

- 5) **¿Cómo debe almacenarse el agua para consumo, cuando no hay agua potable conectada a red en su casa?**
 - a. En un depósito limpio con tapa.
 - b. En un cilindro sin tapa.
 - c. No debe almacenarse.

- d. En cualquier depósito.
- 6) **¿Con qué frecuencia debe cambiarse el agua almacenada para consumo?**
- Cada 7 días.
 - Interdiario.
 - Cada 3 días.
 - Cuando se acabe el agua.
- 7) **¿Dónde deben ser ubicados los depósitos de basura, antes de ser eliminados en el camión recolector?**
- Dentro de la casa en un recipiente con tapa.
 - Dentro de la casa en un tacho.
 - Fuera de la casa.
 - Montículo de basura.
- 8) **Antes de preparar los alimentos usted:**
- Lava muy bien los alimentos.
 - Se lava las manos.
 - Verifica que se encuentra en buenas condiciones.
 - Todas son correctas.
- 9) **¿En relación a la preparación de los alimentos, señale cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?**
- Antes de preparar los alimentos los lava bien en agua potable o clorada.
 - No le preocupa la condición en que se encuentran los alimentos.
 - Si hay tiempo suficiente lavarlos bien.
 - Si se va a cocinar, no es necesario lavarlo previamente.
- 10) **¿Por qué es importante lavarse las manos con agua y jabón?**
- Porque protege de enfermedades.
 - Porque evita la fiebre.
 - Porque cura enfermedades.
 - Porque es costumbre lavarse.
- 11) **¿Cuándo deben lavarse las manos con agua y jabón?**
- Antes de preparar los alimentos.
 - Solo después de ir al baño.
 - Antes de cambiar el pañal.
 - Cuando se pueda.
- 12) **¿En qué lugar debe eliminar los pañales descartables de su niño cuando hace deposición?**
- En un tacho con tapa.
 - Lo deja al aire libre.
 - Lo desecha en cualquier lugar.
 - Lo tira al piso, al lado de su cama hasta que pasa el basurero.

- 13) ¿Con qué frecuencia usted debe eliminar los pañales descartables sucios?**
- Se debe eliminar diariamente.
 - Se debe eliminar cada 2 días.
 - Se debe eliminar semanalmente.
 - Cuando pase el basurero.
- 14) ¿Por qué son necesarias las vacunas?**
- Porque permite generar defensas que lo protegen de las enfermedades.
 - Porque evita la diarrea.
 - Porque ayuda con el crecimiento del niño.
 - Porque permite el adecuado desarrollo del niño.
- 15) ¿Cuándo su hijo tiene diarrea, a donde acude?**
- Al naturista.
 - Farmacia.
 - Centro de Salud.
 - No lo saca de casa.
- 16) ¿Cómo se prepara el suero casero?**
- 8 cucharaditas de azúcar y una cucharadita de sal en 1 litro de agua.
 - 6 cucharadas de azúcar y dos cucharitas de sal en 1 litro de agua.
 - 1 cucharada de azúcar y una cucharadita de sal en 1 litro de agua.
 - 3 cucharadas de azúcar y dos cucharaditas de sal en 1 litro de agua.
- 17) ¿Para qué sirven las sales de rehidratación oral?**
- Prevenir la diarrea.
 - Tratar el cólico.
 - Reponer los líquidos que pierde el niño por la diarrea.
 - Curar las diarreas.
- 18) ¿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.
- 19) ¿Cómo se administra el suero casero en niños menores de 2 años?**
- Con cucharadita pausadamente.
 - Con biberón hasta llenarse.
 - Darle seguido para que sane rápido.
 - En vaso aunque el niño no pida.
- 20) ¿Qué debe hacer cuando su hijo tiene diarrea?**
- No darle comida.
 - Brindarle comida en forma fraccionada, varias veces al día.
 - Darle solo frutas, ensaladas o lo que le gusta al niño.
 - Darle leche.

- 21) **¿En qué momento debe darle suero de rehidratación oral a su hijo?**
- Después de cada diarrea.
 - En cualquier momento.
 - Cuando llora con lágrimas.
 - Cuando vomita todo.
- 22) **¿Si su niño tiene diarrea, en qué circunstancias lo lleva al Centro de Salud?**
- Cuando llora sin lágrimas y deja de tomar líquidos.
 - Tiene piel seca y bebe agua.
 - Cuando presentan 2 deposiciones líquidas seguidas.
 - Cuando llora demasiado con lágrimas y bebe.
- 23) **¿Qué le debe dar a su hijo cuando tiene diarrea?**
- Agua de anís.
 - Suero casero.
 - Nada porque todo lo elimina.
 - Solo comida.
- 24) **¿Qué puede pasar si su hijo está muy deshidratado?**
- Puede entrar en shock y morir.
 - Puede darle fiebre y complicarse.
 - Puede aumentar de peso.
 - Puede empeorarse si le doy poco agua.
- 25) **El tratamiento de un niño que está muy deshidratado incluye:**
- Tratamiento con suero endovenoso en el hospital.
 - Administrar abundante líquido en el hogar.
 - Aumentar la frecuencia de alimentos en el hogar.
 - Antibióticos por vía oral o endovenoso.
- 

ANEXO N°02
VISITA DOMICILIARIA.
LISTA DE COTEJO

	SÍ	NO
1) El agua que consume está clorada o hervida Especifique (.....)	()	()
2) Tiene agua conectada a red (potable) o almacena el agua en un tacho limpio y con tapa, alejado del suelo y basura. Especifique (.....)	()	()
3) Elimina las excretas en letrinas o baño conectado a red. Especifique (.....)	()	()
4) Elimina los desechos en recipiente de plástico con tapa. Especifique (.....)	()	()
5) ¿Se lava las manos con jabón antes y después de preparar los alimentos, cambiar los pañales, ir al baño, comer los alimentos. Especifique (.....)	()	()
6) Elimina los pañales en tacho con tapa y luego al basurero. Especifique (.....)	()	()
7) Lava las frutas y verduras con agua clorada. Especifique (.....)	()	()
8) Mantiene las frutas y verduras protegidas de tierra y moscas. Especifique (.....)	()	()
9) Mantiene los utensilios protegidos de tierra y moscas. Especifique (.....)	()	()
10) Los niños menores de 5 años tienen todas las vacunas. Especifique (.....)	()	()
11) Cuando el niño tiene diarrea le da suero casero. Especifique (.....)	()	()
12) Cuando el niño tiene diarrea continúa con leche materna. Especifique (.....)	()	()
13) Cuando el niño tiene diarrea le brinda más líquido de lo acostumbrado. Especifique (.....)	()	()
14. Cuando el niño tiene diarrea, le da suero casero y además alimento.		

- Especifique (.....) () ()
- 15.** El niño que tiene diarrea recibe comidas solo cuando lo pide. () ()
Especifique (.....)
- 16.** Cuando su niño y presenta más de 2 signos de deshidratación, Ud., lo lleva al Centro de Salud o médico particular. () ()
Especifique. (.....)
- 17.** Cuando su niño tiene diarrea le da de comer más veces pero fraccionado. () ()
Especifique
(.....)



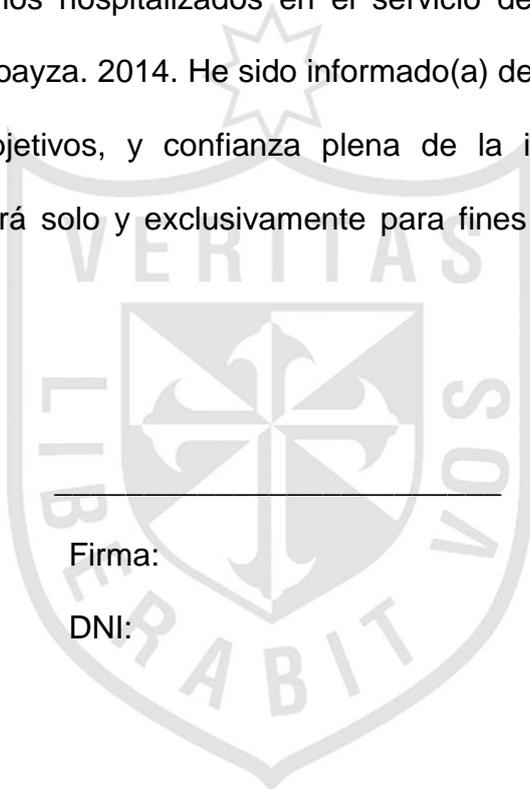
ANEXO N°03

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: 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 cinco años hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. 2014. He sido informado(a) del propósito de la misma así como de los objetivos, y confianza plena de la información que en el instrumento vierta será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención.

Firma:

DNI:



VALIDEZ DE LA PRUEBA.

Grado de concordancia entre los jueces según la prueba binomial.

ítems	1	2	3	4	5	6	7	8	P
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,04
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0,04
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0,04
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0,04
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0,04
6	1	1	1	1	1	1	1	1	0,04
7	1	1	1	1	1	1	1	1	0,04

Se ha considerado:

0: Si la respuesta es negativa.

1: Si la respuesta es positiva.

Si "P" es menor de 0.5 el grado de concordancia es significativo; por lo tanto el grado de concordancia es significativo para el instrumento de medición es válido, ya que se observa $P = 0.04 < 0.5$.

ANEXO N°04

Tabla matriz de la prueba piloto del cuestionario de conocimiento.

		ÍTEMS																									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	
Nº de encuestas	1.	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	
	2.	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	3.	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	
	4.	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	
	5.	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	
	6.	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
	7.	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	8.	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
	9.	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	10.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	11.	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0
	12.	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
	13.	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	14.	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
	15.	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1
	16.	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1
	17.	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
	18.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	19.	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1
	20.	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
	21.	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
	22.	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	23.	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1
	24.	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
	25.	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
	26.	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1
	27.	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0
	28.	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0
	29.	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1
	30.	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0
	31.	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0
	32.	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0

ANEXON°05

Tabla matriz de la prueba piloto para el cálculo de la confiabilidad del cuestionario de conocimiento.

		ÍTEMS																									Total
		1	2	3	4	5	5	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	
N° de encuestas	1.	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	17	
	2.	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	
	3.	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	20	
	4.	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	20	
	5.	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	19	
	6.	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	22	
	7.	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	22	
	8.	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	21	
	9.	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	21	
	10.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	25	
	11.	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	19	
	12.	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	21	
	13.	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	
	14.	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	21	
	15.	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	19	
	16.	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	18	
	17.	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	21	
	18.	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24	
	19.	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	22	
	20.	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	22	
	21.	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	21	
	22.	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	23	
	23.	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	20	
	24.	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	22	
	25.	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	23	
	26.	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	22	
	27.	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	12	
	28.	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	13	
	29.	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	16	
	30.	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	13	
	31.	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	13	
	32.	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	11	
Suma	22	27	26	26	28	24	28	22	29	19	26	26	25	22	27	25	21	25	26	27	26	29	23	23	25	Reliability	

																												= 0,72
Pi	0,69	0,84	0,81	0,81	0,88	0,75	0,88	0,69	0,91	0,59	0,81	0,81	0,78	0,69	0,84	0,78	0,66	0,78	0,81	0,84	0,81	0,91	0,72	0,72	0,78	Average	= 19,59	
qi	0,31	0,16	0,19	0,19	0,13	0,25	0,13	0,31	0,09	0,41	0,19	0,19	0,22	0,31	0,16	0,22	0,34	0,22	0,19	0,16	0,19	0,09	0,28	0,28	0,22	Var=13,41		
pq	0,21	0,13	0,15	0,15	0,11	0,19	0,11	0,21	0,08	0,24	0,15	0,15	0,17	0,21	0,13	0,17	0,23	0,17	0,15	0,13	0,15	0,08	0,20	0,20	0,17	4,085		



ANEXO N°06

TABLA MATRIZ DE LA PRUEBA PILOTO DE LA LISTA DE COTEJO.

		ÍTEMS																									Total	
		1	2	3	4	5	5	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25		
Nº de encuestas	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	17	
	2	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	
	3	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	20	
	4	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	20	
	5	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	19	
	6	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	22
	7	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22
	8	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	21
	9	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	21
	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	25
	11	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	19
	12	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	21
	13	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22
	14	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	21
	15	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	19
	16	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	18
	17	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	21
	18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24
	19	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	22
	20	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	22
	21	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	21
	22	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	23
	23	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	20
	24	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	22
	25	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	23
	26	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	22
	27	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	12

ANEXO N° 07

Confiabilidad de los instrumentos.

Para determinar el grado de confiabilidad de los instrumentos de medición: Cuestionario sobre conocimiento en la prevención y control de las EDA y lista de chequeo sobre las prácticas que realizan las madres en la prevención y control de las EDA.

Se calculó el coeficiente de consistencia interna para medir la confiabilidad mediante el coeficiente Kuder - Richardson (KR-20), determinándose que los instrumentos tienen nivel de confiabilidad aceptable para realizar una medición objetiva en la investigación.

Coeficiente Kuder - Richardson (KR-20): Cuestionario

$$r = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k p_i(1-p_i)}{S^2} \right] = \left(\frac{25}{25-1} \right) \left[1 - \frac{4.085}{13.41} \right] = 0.72$$

Donde:

K=Nº de ítems

S^2 = Varianza

Pi=Proporción de éxito de la característica de interés.

Coeficiente Kuder - Richardson (KR-20): Lista de cotejo

$$r = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k p_i(1-p_i)}{S^2} \right] = \left(\frac{17}{17-1} \right) \left[1 - \frac{2.74}{7.61} \right] = 0.67$$

Donde:

K=Nº de ítems

S^2 = Varianza

Pi=Proporción de éxito de la característica de interés.

Para determinar el grado de confiabilidad de los instrumentos de medición: Cuestionario sobre conocimiento en la prevención y control de las E.D.A. y Lista de chequeo sobre las prácticas que realizan las madres en la prevención y control de las E.D.A.

Se calculó el coeficiente de consistencia interna para medir la confiabilidad mediante el coeficiente Kuder Richardson (KR-20), determinándose que los instrumentos tienen nivel de confiabilidad aceptable para realizar una medición objetiva en la investigación.

Coeficiente Kuder Richardson (KR-20): cuestionario.



ANEXO N°08

Tabla matriz de la prueba piloto para el cálculo de la confiabilidad de la lista de cotejo.

		ÍTEMS																	Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
Nº de visita	1.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
	2.	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	14
	3.	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	14
	4.	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	15
	5.	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	12
	6.	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	12
	7.	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	15
	8.	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	12
	9.	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16
	10.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
	11.	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	15
	12.	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	14
	13.	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16
	14.	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	11
	15.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
	16.	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	15
	17.	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	14
	18.	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	14
	19.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
	20.	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	15
	21.	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	14
	22.	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	14

23.	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	15
24.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
25.	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	14
26.	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	11
27.	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	10
28.	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	9
29.	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	7
30.	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	9
31.	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	12
32.	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	8
Suma	23	26	26	25	26	24	24	26	26	24	28	27	27	27	22	25	26	Reliability = 0,67
Pi	0,72	0,81	0,81	0,78	0,81	0,75	0,75	0,81	0,81	0,75	0,88	0,84	0,84	0,84	0,69	0,78	0,81	Average = 13,50
qi	0,28	0,19	0,19	0,22	0,19	0,25	0,25	0,19	0,19	0,25	0,13	0,16	0,16	0,16	0,31	0,22	0,19	Var=7,61
pq	0,20	0,15	0,15	0,17	0,15	0,19	0,19	0,15	0,15	0,19	0,11	0,13	0,13	0,13	0,21	0,17	0,15	2,740

ANEXO N° 09

Procedimiento de la escala de Estaninos para la medición del nivel de conocimiento de las medidas de prevención y control de las EDA.

Estadísticos	
Media	19,59
Mediana	21
Moda	22
Desv. Típ	3,66
Mínimo	11
Máximo	25
N	32

Donde:

Medición: correcta =1 incorrecta =0
 \bar{X} : Promedio $\bar{X} = 19.59$
S: Desviación estándar $S = 3.66$

Proceso:

0 - ($\bar{X} - S$) Bajo
($\bar{X} - S$) - \bar{X} Medio
 \bar{X} - Máximo Alto

Categorías del conocimiento:

Bajo: 0 - 15.93
Medio: 15.93 - 23.26
Alto : 23.26 - 25

Procedimiento de la escala de Estaninos para la lista de cotejo aplicado a las madres que acuden al servicio de pediatría en el Hospital Nacional "Arzobispo Loayza".

Estadísticos	
Media	13,50
Mediana	14
Moda	14
Desv. Típ.	2,76
Mínimo	7
Máximo	17
N	32

Donde:

Medición: Correcta = 1 Incorrecta = 0

\bar{X} : Promedio $\bar{X} = 13.50$

S: Desviación estándar $S = 2.76$

Proceso:

0 - ($\bar{X} - S$) Bajo

($\bar{X} - S$) - \bar{X} Medio

\bar{X} - Máximo Alto

Categorías de la práctica:

Mala: 0 - 10.74

Regular: 10.74 - 13.5

Buena: 13.5 - 17

ANEXO N°10

Coeficiente de correlación RHO de Spearman.

Rho de Spearman		Conocimiento	Prácticas de Prevención y Control
Conocimiento	Coeficiente de Correlación	1,000	,617 *
	Sig. (Bilateral)	,	,000
	N	32	32
Prácticas de Prevención y control pr	Coeficiente de Correlación	,617**	1,000
	Sig. (Bilateral)	,000	,
	N	32	32

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

En el análisis de correlación entre el conocimiento y las prácticas de las EDA se observa que existe una correlación estadísticamente significativa al 1% de significancia.

Procedimiento de la escala de Estaninos para la medición del nivel de conocimiento de las medidas de prevención y control de las EDA.

Generalidades y medidas de control.

Generalidades:

Donde:

Medición: correcta =1 incorrecta =0 \bar{X} : Promedio

$\bar{X} = 8.47$

S: Desviación estándar

S = 1.74

Proceso:

0 - ($\bar{X} - S$) Bajo

($\bar{X} - S$) - ($\bar{X} + S$) Medio

\bar{X} - Máximo Alto

Categorías del conocimiento:

Bajo: 0 - 6.73

Medio: 6.73 - 10.21

Alto : 10.21 - 11

Medidas de control:

Donde:

Medición: correcta =1 incorrecta =0 \bar{X} : Promedio $\bar{X} = 11.13$

S: Desviación estándar $S = 2.52$

Proceso:

0 - ($\bar{X} - S$) Bajo

($\bar{X} - S$) - ($\bar{X} + S$) Medio

\bar{X} - Máximo Alto

Categorías del conocimiento:

Bajo: 0 - 8.61

Medio: 8.61 - 13.65

Alto : 13.65 - 14

Procedimiento de la escala de Estaninos para la medición de las prácticas de las medidas de prevención y control de las EDA.

Medidas de prevención y medidas de control

Medidas de prevención:

Donde:

Medición: correcta =1

\bar{X} : Promedio

S: Desviación estándar

incorrecta =0

$\bar{X} = 7.81$

$S = 1.74$

Proceso:

0 - ($\bar{X} - S$) Malo

($\bar{X} - S$) - ($\bar{X} + S$) Regular

\bar{X} - Máximo Bueno

Categorías del conocimiento:

Malo : 0 - 6.06

Regular: 6.06 - 9.56

Bueno : 9.56 - 10

Medidas de control:

Donde:

Medición: correcta =1 incorrecta =0

\bar{X} : Promedio $\bar{X} = 11.13$

S: Desviación estándar $S = 2.52$ -

Proceso:

0 - ($\bar{X} - S$) Malo

($\bar{X} - S$) - ($\bar{X} + S$) Regular

\bar{X} - Máximo Bueno

Categorías del conocimiento:

Malo: 0 - 4.57

Regular: 4.57 - 6.81

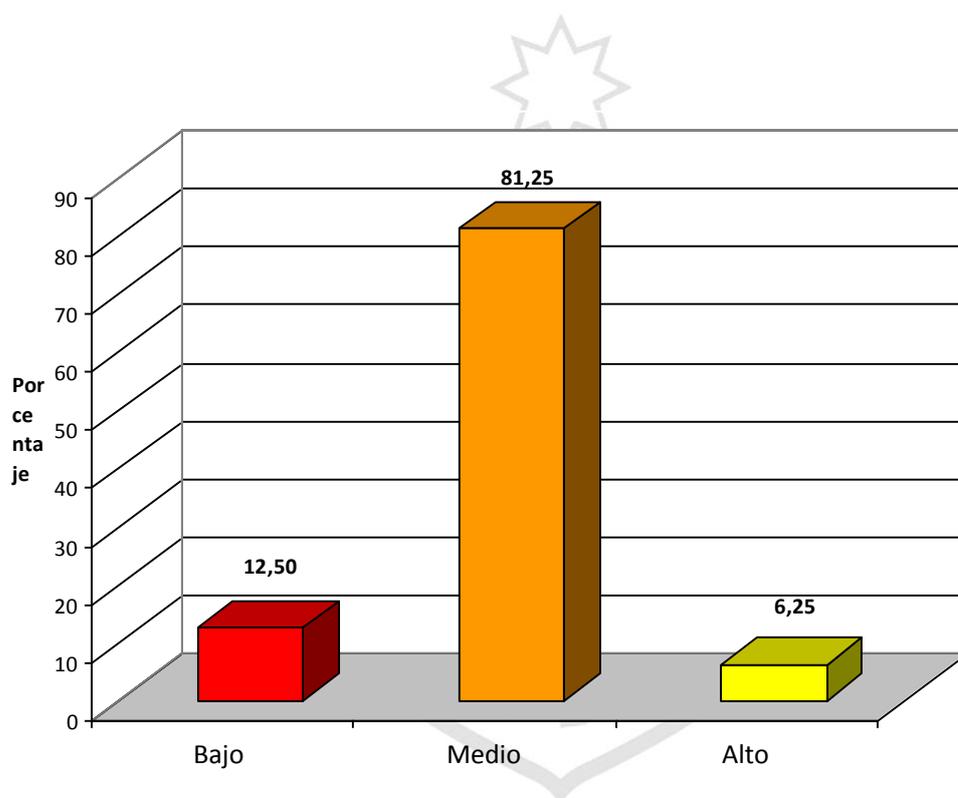
Bueno: 6.81 - 7



ANEXO N° 11

Conocimiento sobre generalidades de la enfermedad diarreica aguda de las madres de niños menores de cinco años hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2014.

Escala	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	4	12,50
Medio	26	81,25
Alto	2	6,25
Total	32	100,00



ANEXO N° 12

Medidas de control.

Escala	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	5	15,63
Medio	23	71,88
Alto	4	12,50
Total	32	100,00

ANEXO N° 13

La diarrea se define como.

La diarrea se define como	Frecuencia	Porcentaje
Deposición líquida 1 vez al día.	10	31,25
Deposiciones líquidas más de 3 veces al día.	17	53,13
Deposiciones líquidas 2 veces al día.	1	3,13
Deposiciones líquidas abundantes al día.	4	12,50
Total	32	100

ANEXO N°14

Causa de la diarrea.

Causa de la diarrea	Frecuencia	Porcentaje
Consumo de alimentos con cáscara y lavados.	5	15,63
Frutas y verduras consumidas sin lavar.	19	59,38
Consumo de agua hervida y clorada.	5	15,63
Consumo de alimentos cocidos y cubiertos.	3	9,38
Total	32	100

ANEXO N°15

Presencia de sangre en las deposiciones.

Presencia de sangre en las deposiciones	Frecuencia	Porcentaje
Peligro de muerte.	8	25,00
Infección.	14	43,75
Muerte inmediata.	5	15,63
Deshidratación leve.	5	15,63
Total	32	100

ANEXO N° 16

Complicación de la diarrea.

Complicación de la diarrea	Frecuencia	Porcentaje
Deshidratación.	11	34,375
Infección.	16	50
Buena nutrición.	3	9,375
Aumento de peso.	2	6,25
Total	32	100

ANEXO N° 17

Almacenamiento de agua.

Almacenamiento de agua	Frecuencia	Porcentaje
En un depósito limpio con tapa.	15	46,88
En un cilindro sin tapa.	10	31,25
No debe almacenarse.	5	15,63
En cualquier depósito.	2	6,25
Total	32	100

ANEXO N° 18

Frecuencia de cambio del agua almacenada.

Frecuencia de cambio del agua almacenada	Frecuencia	Porcentaje
Cada 7 días.	6	18,75
Interdiario.	3	9,38
Cada 3 días.	4	12,50
Cuando se acabe el agua.	19	59,38
Total	32	100

ANEXO N°19

Ubicación de los depósitos de basura.

Ubicación de los depósitos de basura	Frecuencia	Porcentaje
Dentro de casa en un recipiente con tapa.	8	25,00
Dentro de la casa en un tacho.	19	59,38
Fuera de la casa.	1	3,13
Montículo de basura.	4	12,50
Total	32	100

ANEXO N° 20

Antes de la preparación de alimentos.

Antes de la preparación de alimentos	Frecuencia	Porcentaje
Lava muy bien los alimentos.	10	31,25
Se lava las manos.	17	53,13
Verifica que encuentre en buenas condiciones.	2	6,25
Todas son correctas.	3	9,38
Total	32	100

ANEXO N° 21

Preparación de alimentos.

Preparación de alimentos	Frecuencia	Porcentaje
Antes de preparar los alimentos los lava bien en agua potable o clorada.	20	62,50
No le preocupa la condición en que se encuentran los alimentos.	3	9,38
Si hay tiempo suficiente lavarlos bien.	7	21,88
Si se va cocinar no es necesario lavarlos previamente.	2	6,25
Total	32	100

ANEXO N° 22

Importancia del aseo de las manos.

Importancia del aseo de las manos	Frecuencia	Porcentaje
Por que protege de enfermedades.	12	37,50
Porque evita la fiebre.	2	6,25
Porque cura enfermedades.	3	9,38
Porque es costumbre lavarse.	15	46,88
Total	32	100

ANEXO N°23

Cuándo se debe lavar las manos.

Cuando se debe lavar las manos	Frecuencia	Porcentaje
Antes de preparar los alimentos.	21	65,63
Sólo después de ir al baño.	7	21,88
Antes de cambiar el pañal.	3	9,38
Cuando se pueda.	1	3,13
Total	32	100

ANEXO N°24

Lugar de desecho de pañales.

Lugar de desecho de pañales	Frecuencia	Porcentaje
En un tacho con tapa.	2	6,25
Lo deja al aire libre.	4	12,50
Lo desecha en cualquier lugar.	15	46,88
Lo tira al piso, al lado de su cama hasta que pase el basura.	11	34,38
Total	32	100

ANEXO N°25

Frecuencia de desecho de pañales.

Frecuencia de desecho de pañales	Frecuencia	Porcentaje
Se debe eliminar diariamente.	2	6,25
Se debe eliminar cada 2 días.	4	12,50
Se debe eliminar semanalmente.	8	25,00
Cuando pase el basurero.	18	56,25
Total	32	100

ANEXO N° 26

Necesidad de vacunas.

Necesidad de vacunas	Frecuencia	Porcentaje
Porque permite generar defensas que lo protegen de las enfermedades.	18	56,25
Porque evita la diarrea.	6	18,75
Porque ayuda con el crecimiento del niño.	7	21,88
Porque permite el adecuado desarrollo del niño.	1	3,13
Total	32	100

ANEXO N°27

Lugar de atención para la diarrea.

Lugar de atención para la diarrea	Frecuencia	Porcentaje
Al naturista.	9	28,13
Farmacia.	4	12,50
Centro de Salud.	17	53,13
No lo saca de casa.	2	6,25
Total	32	100

ANEXO N°28

Suero casero.

Suero casero	Frecuencia	Porcentaje
8 cucharaditas de azúcar y 1 de sal en un litro de agua.	5	15,63
6 cucharadas de azúcar y 2 cucharaditas de sal en 1 litro agua.	16	50,00
1 cucharada de azúcar y 1 cucharadita de sal en 1 litro agua.	4	12,50
3 cucharadas de azúcar y 2 cucharaditas de sal en 1 litro agua.	7	21,88
Total	32	100

ANEXO N°29

Sales de rehidratación oral.

Sales de rehidratación oral	Frecuencia	Porcentaje
Prevenir la diarrea.	9	28,13
Tratar el cólico.	1	3,13
Reponer los líquidos que pierde el niño por la diarrea.	7	21,88
Curar la diarrea.	15	46,88
Total	32	100

ANEXO N°30

Tiempo de duración suero de rehidratación oral y suero casero.

Tiempo de duración suero de rehidratación oral y suero casero	Frecuencia	Porcentaje
24 horas a temperatura ambiente.	14	43,75
48 horas o 2 días en refrigeración.	6	18,75
Todo el tiempo.	7	21,88
Sólo 6 horas.	5	15,63
Total	32	100

ANEXO N° 31

Administración del suero casero.

Administración del suero casero	Frecuencia	Porcentaje
Con cucharaditas pausadamente.	17	53,13
Con biberón hasta llenarse.	4	12,50
Darle seguido para que sane rápido.	6	18,75
En vaso aunque el niño no quiera.	5	15,63
Total	32	100

ANEXO N° 32

Medidas en caso de diarrea.

Medidas en caso de diarrea	Frecuencia	Porcentaje
No darle comida.	6	18,75
Brindarle comida en forma fraccionada, varias veces al día.	20	62,5
Darle sólo frutas, ensaladas o lo que le guste al niño.	4	12,5
Darle leche.	2	6,25
Total	32	100

ANEXO N° 33

Momento de administración del suero de rehidratación oral.

Momento de administración del suero de rehidratación oral	Frecuencia	Porcentaje
Después de cada diarrea.	19	59,38
En cualquier momento.	8	25,00
Cuando llora con lágrimas.	4	12,50
Cuando vomita todo.	1	3,13
Total	32	100

ANEXO N° 34

En caso de diarrea bajo qué circunstancias acudir al Centro de Salud.

En caso de diarrea bajo qué circunstancias acudir al Centro de Salud	Frecuencia	Porcentaje
Cuando llora sin lágrimas y deja de tomar líquidos.	24	75,00
Tiene piel seca y bebe agua.	6	18,75
Cuando presenta 2 deposiciones líquidas seguidas.	1	3,13
Cuando llora demasiado con lágrimas y aún bebe.	1	3,13
Total	32	100

ANEXO N°35

Que administrar en caso de diarrea.

Que administrar en caso de diarrea	Frecuencia	Porcentaje
Agua de anís.	10	31,25
Suero casero.	17	53,13
Nada porque todo lo elimina.	3	9,38
Sólo comida.	2	6,25
Total	32	100

ANEXO N°36

Estado de deshidratación.

Estado de deshidratación	Frecuencia	Porcentaje
Puede entrar en shock y morir.	7	21,88
Puede darle fiebre y complicarse.	16	50,00
Puede aumentar de peso.	5	15,63
Puede empeorarse si le doy poca agua.	4	12,50
Total	32	100

ANEXO N° 37

Tratamiento para deshidratación.

Tratamiento para de deshidratación	Frecuencia	Porcentaje
Tratamiento con suero endovenoso en el hospital.	7	21,88
Administrar abundante líquido en el hogar.	4	12,50
Aumentar la frecuencia de alimentos en el hogar.	1	3,13
Antibióticos por vía oral o endovenosa.	20	62,50
Total	32	100