

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN-TARAPOTO**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**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**

**Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano**

**AUTOR:**

**Luis Carlos Lossio Zamora**

**ASESOR:**

**Méd. Mg. Teobaldo López Chumbe**

**CO-ASESOR:**

**Méd. Mg. Raúl Pablo Alegre Garayar**

**Tarapoto - Perú**

**2019**





Esta obra está bajo una [Licencia  
Creative Commons Atribución-  
NoComercial-Compartirigual 2.5 Perú.](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/)

Vea una copia de esta licencia en  
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN-TARAPOTO**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**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**

**Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano**

**AUTOR:**

**Luis Carlos Lossio Zamora**

**ASESOR:**

**Méd. Mg. Teobaldo López Chumbe**

**CO-ASESOR:**

**Méd. Mg. Raúl Pablo Alegre Garayar**

**Tarapoto - Perú**

**2019**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN-TARAPOTO**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**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**

**Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano**

**AUTOR:**

**Luis Carlos Lossio Zamora**

**ASESOR:**

**Méd. Mg. Teobaldo López Chumbe**

**CO-ASESOR:**

**Méd. Mg. Raúl Pablo Alegre Garayar**

**Tarapoto – Perú**

**2019**

# UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN-TARAPOTO

## FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

### ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**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**


**AUTOR:**


**Luis Carlos Lossio Zamora**

**Sustentada y aprobada el día 22 de marzo del 2019, ante el honorable jurado:**

  
.....  
**Dra. Alicia Bartra Reátegui**  
**Presidente**

  
.....  
**Blgo. Mblgo. M. Sc. Heriberto Arévalo Ramírez**  
**Secretario**

  
.....  
**Méd. Washington Tercero Vásquez Cachay**  
**Miembro**

  
.....  
**Méd. Mg. Teobaldo López Chumbe**  
**Asesor**

## **Declaración de autenticidad**


**Luis Carlos Lossio Zamora**, con DNI N° 46635604, egresado de la Facultad de Medicina Humana; Escuela profesional de Medicina Humana, de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, con la Tesis titulada: **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**

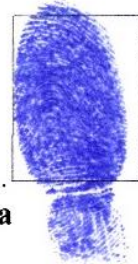
Declaro bajo juramento que:

1. La tesis presentada es de mi autoría.
2. He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
3. La tesis no ha sido auto plagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De considerar que el trabajo cuenta con una falta grave, como el hecho de contar con datos fraudulentos, demostrar indicios y plagio (al no citar la información con sus autores), plagio (al presentar información de otros trabajos como propios), falsificación (al presentar la información e ideas de otras personas de forma falsa), entre otros, asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto.

Tarapoto 22 de marzo del 2019.

  
.....  
**Bach. Luis Carlos Lossio Zamora**  
DNI N°46635604





**Formato de autorización NO EXCLUSIVA para la publicación de trabajos de investigación, conducentes a optar grados académicos y títulos profesionales en el Repositorio Digital de Tesis.**

**1. Datos del autor:**

Apellidos y nombres:	LOSSIO ZAMORA LUIS CARLOS	
Código de alumno :	104331	Teléfono: 935908742
Correo electrónico :	supercarlos90@hotmail.com	DNI: 46635604

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

**2. Datos Académicos**

Facultad de:	MEDICINA HUMANA
Escuela Profesional de:	MEDICINA HUMANA

**3. Tipo de trabajo de investigación**

Tesis	<input checked="" type="checkbox"/>	Trabajo de investigación	<input type="checkbox"/>
Trabajo de suficiencia profesional	<input type="checkbox"/>		

**4. Datos del Trabajo de investigación**

Título:	« NIVEL DE CONOCIMIENTO DE PADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS FRENTE A ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA. HOSPITAL II-2 TARAPOTO, JULIO-DICIEMBRE 2018 »
Año de publicación:	2019

**5. Tipo de Acceso al documento**

Acceso público *	<input checked="" type="checkbox"/>	Embargo	<input type="checkbox"/>
Acceso restringido **	<input type="checkbox"/>		

Si el autor elige el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, una licencia **No Exclusiva**, para publicar, conservar y sin modificar su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en el Repositorio de Tesis Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:


**6. Originalidad del archivo digital.**

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.

## 7. Otorgamiento de una licencia *CREATIVE COMMONS*

Para investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia *Creative Commons*, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Digital de Tesis, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12° del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI “**Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA**”.



.....  
Firma del Autor

## 8. Para ser llenado en la Oficina de Repositorio Digital de Ciencia y Tecnología de Acceso Abierto de la UNSM – T.

Fecha de recepción del documento:

02 / 04 / 2019



.....  
Firma del Responsable de Repositorio  
Digital de Ciencia y Tecnología de Acceso  
Abierto de la UNSM – T.

\***Acceso abierto:** uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

\*\* **Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.



## **Dedicatoria**

A mi madre Paula Martha Zamora Zamora, porque estar a mi lado brindándome su apoyo y sus consejos para ser de mí una mejor persona.

A los docentes de la Facultad de Medicina Humana por brindarme sus conocimientos durante mi formación pre-profesional, por sus importantes enseñanzas y consejos.

**Luis Carlos.**

## **Agradecimiento**

Todos aquellos que estuvieron presente durante toda o la mayor parte de la realización de este proyecto, a las madres por su colaboración, al hospital por brindarme facilidad a las instalaciones.

A la UNSM-Tarapoto por haberme aceptado ser parte de ella y abierto las puertas de su seno científico, así como también a los diferentes docentes que brindaron sus conocimientos para poder seguir adelante día a día.

**Luis Carlos.**



## Índice

	Pág.
Dedicatoria.....	vi
Agradecimiento.....	vii
Resumen .....	xii
Abstract.....	xiii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Realidad Problemática .....	1
1.2. Formulación del problema: .....	3
1.3. Formulación de Hipótesis .....	3
1.4. Formulación de variables .....	3
1.5. Operacionalización de Variables .....	4
1.6. Antecedentes de la investigación .....	6
1.7. Definición de términos.....	10
1.8. Bases teóricas.....	11
1.8.1. Definición .....	11
1.8.2. Etiología.....	12
1.8.3. Factores de riesgo .....	13
1.8.4. Epidemiología .....	13
1.8.5. Fisiopatología.....	14
1.8.6. Clínica .....	15
1.8.7. Diagnóstico .....	17
1.8.8. Factores pronósticos y diagnóstico diferencial .....	19
1.8.9. Complicaciones.....	19
1.8.10. Medidas preventivas .....	20
II.OBJETIVOS .....	25
2.1. Objetivo general.....	25
2.2. Objetivos específicos .....	25
III. MATERIALES Y MÉTODOS .....	26
3.1. Tipo y nivel de investigación.....	26
3.2. Diseño de investigación.....	26
3.3. Población y muestra:.....	26

3.4. Criterios de selección.....	27
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	28
3.6. Procesamiento y análisis de datos.....	30
3.6.1. Procesamiento.....	30
3.6.2. Análisis de datos .....	30
3.7. Aspectos éticos .....	31
IV. RESULTADOS .....	32
4.1. Resultados .....	32
V. DISCUSIÓN.....	39
VI. CONCLUSIONES.....	41
VII. RECOMENDACIONES .....	42
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	43
IX. ANEXOS.....	46



## Índice de tablas

	Pág.
<b>Tabla 1:</b> Validez de la ficha de recolección de datos .....	28
<b>Tabla 2:</b> Distribución de las madres de niños menores de 5 años enroladas para el estudio por grupo etario. Hospital II-2 Tarapoto .....	32
<b>Tabla 3:</b> Distribución de las madres de niños menores de 5 años enroladas para el estudio por grado de instrucción. Hospital II-2 Tarapoto .....	32
<b>Tabla 4:</b> Distribución de las madres de niños menores de 5 años enroladas para el estudio por grado de instrucción. Hospital II-2 Tarapoto .....	33
<b>Tabla 5:</b> Distribución de las madres de niños menores de 5 años enroladas para el estudio por estado civil. Hospital II-2 Tarapoto .....	33
<b>Tabla 6:</b> Distribución de las madres de niños menores de 5 años enroladas para el estudio por lugar de procedencia. Hospital II-2 Tarapoto.....	34
<b>Tabla 7:</b> Distribución de las madres de niños menores de 5 años enroladas para el estudio por servicios. hospital II-2 Tarapoto .....	35
<b>Tabla 8:</b> Distribución de las madres de niños menores de 5 años enroladas para el estudio por servicios, según ruralidad. Hospital II-2 Tarapoto.....	35
<b>Tabla 9:</b> Distribución de las madres de niños menores de 5 años enroladas para el estudio por nivel de conocimientos preventivos. hospital II-2 Tarapoto...	35
<b>Tabla 10:</b> Distribución de las madres de niños menores de 5 años enroladas para el estudio por nivel de conocimientos generales y gestión de la diarrea. Hospital II-2 Tarapoto.....	36
<b>Tabla 11:</b> Distribución de las madres de niños menores de 5 años enroladas para el estudio por grupo etario, según nivel de conocimientos. Hospital II-2 Tarapoto .....	36
<b>Tabla 12:</b> Distribución de las madres de niños menores de 5 años enroladas para el estudio por grupo grado de Instrucción, según nivel de conocimientos. Hospital II-2 Tarapoto .....	37
<b>Tabla 13:</b> Distribución de las madres de niños menores de 5 años enroladas para el estudio por ocupación, según nivel de conocimientos. Hospital II-2 Tarapoto.....	37

<b>Tabla 14:</b> Distribución de las madres de niños menores de 5 años enroladas para el estudio por estado civil, según nivel de conocimientos. Hospital II-2 Tarapoto.....	37
<b>Tabla 15:</b> Distribución de las madres de niños menores de 5 años enroladas para el estudio por ruralidad, según nivel de conocimientos. Hospital II-2 Tarapoto.....	38
<b>Tabla 16:</b> Concordancia del conocimiento general y sobre prevención de las madres de niños menores de 5 años enroladas, Hospital II-2 Tarapoto.....	38



## Resumen

**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.

**Metodología:** Estudio observacional, tipo transversal en la cual se enroló a 188 madres de niños menores de 5 años que acudieron al Hospital II – 2 Tarapoto

**Resultados:** la mediana de edad del grupo de estudio fue de 30 años y los rangos intercuartílicos (24-37 años), con un grado de instrucción compatible con universitaria (51%) y la mayoría se dedicaba a labores del hogar en un 65%; el 41.5% se encontraba soltera al momento del estudio, seguida por el estado civil de conviviente con el 29.6%. El 46% procedencia de la ciudad de Tarapoto; el 25% (47 madres) procedían de zona rural, y el 75% (141 madres) de zona urbana; el 86.7% contaba con el servicio de agua potable y el 65.4% con el de alcantarillado.

En el nivel de conocimiento para medidas preventivas el 55.9% tenía un nivel regular, seguido por un nivel de conocimientos alto con un 36.2%. En el ítem de conocimientos generales, un 30% de las madres tuvo problemas en definir la diarrea, definir signos de deshidratación, restricción de alimentos y medidas a tomar en caso de diarreas.

**Conclusión:** 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 (más del 80% de concordancia)

**Palabras Clave:** madres, diarrea, conocimientos, preventivo,

## Abstract

**Objective:** To determine the level of knowledge of mothers of children under 5 years old about preventive measures against acute diarrheal disease, Tarapoto II-2 Hospital in July – December 2018.

**Methodology:** Descriptive, non-experimental cross-sectional study in which 188 mothers of children under 5 years of age who attended the Tarapoto II-2 Hospital were enrolled.

**Results:** The median age of the study group was 30 years and the interquartile ranges (24-37 years), with a degree of instruction compatible with the university (51%) and the majority of the employees were dedicated to housework by 65%; 41.5% is at the time of the study, followed by civil status of convenience with 29.6%. 46% origin of the city of Tarapoto; 25% (47 mothers) came from rural areas, and 75% (141 mothers) from urban areas; 86.7% had potable water service and 65.4% with sewerage.

In the level of knowledge for preventive measures, 55.9% had a regular level, followed by a high level of knowledge with 36.2%. In the general knowledge item, 30% of mothers had problems defining the agenda, defining signs of dehydration, restricting food and measures in the case of people.

**Conclusion:** more than 50% of mothers of children under 5 have a regular knowledge of preventive measures with respect to the agenda, There is an adequate agreement between the preventive measures and the knowledge of the causes of the agenda and the aptitude for the management of diarrhea (more than 80% of concordance)

**Key words:** mothers, diarrhea, knowledge, preventive.



# I. INTRODUCCIÓN

## 1.1. Realidad Problemática

Las enfermedades diarreicas agudas (EDA) constituyen un problema de salud pública en el mundo, especialmente en países en desarrollo como el nuestro dónde representa una importante causa de morbimortalidad en niños menores de 5 años de edad, debido a que múltiples episodios de diarrea en el primer año de vida pueden deteriorar el estado nutricional y causar graves secuelas a largo plazo. En América latina, cada año mueren alrededor de 3,3 millones de niños menores de 5 años por diarrea y ocurren más de mil millones de episodios. [1] En el Perú, las EDAs son responsables del 7% de la mortalidad de niños menores de 5 años de edad y son uno de los principales motivos de consulta médica. Del total de hospitalizados por EDAs en el año 2010, más de 50% fueron menores de 5 años. Para el año 2011, hasta la semana epidemiológica (SE) 04, el 51% de los episodios de EDAs notificados fueron en menores de 5 años, mostrando una tendencia similar al periodo 2010. [2]

La mayoría de casos de enfermedad diarreica aguda reportados a la Oficina General de Epidemiología (OGE) en Perú, provienen de la cuenca Amazónica y áreas de la selva del país. Durante 1998, 39% del número total de casos con diarrea aguda fueron reportados de esas áreas. La población que vive en esos lugares está consideradas entre las más pobres del Perú, no solo en términos de condiciones económicas y sociales, sino también por la pobre infraestructura sanitaria y la generalizada falta de adherencia a prácticas higiénicas. [3]

El rol que desempeña la madre y la familia en la salud del niño es de gran importancia no solamente por tener a su cargo el cuidado y atención del niño en el hogar, sino por definir cuándo el niño está enfermo y qué actitud deben asumir frente a la enfermedad; así mismo, determina la identificación de signos de alarma, tiempo de consulta en los servicios sanitarios y delimita actividades de prevención, cuidado y tratamiento ante dicha enfermedad. [4]

La presentación de las diarreas está dado por muchos factores como el grado de escolaridad, el nivel cultural, el estado nutricional, deficiencias en la prestación de servicios de saneamiento básico, fundamentalmente en la deposición de excretas,



inadecuado suministro de agua potable, falta de higiene en la manipulación de los alimentos y dificultades en el acceso y calidad de los servicios de salud, siendo consecuentes con los mecanismos de transmisión de la enfermedad diarreica y su naturaleza. También influyen factores socioculturales, entre los cuales se encuentran: las prácticas, creencias, valores, rituales, símbolos, ideologías normas y elementos no racionales de la población en la que se habita, observándose así, que en cada comunidad existen distintas formas de prevenir y tratar las enfermedades. [5]

La morbimortalidad se evita cuando las madres dominan, cumplen y propician buenas costumbres higiénicas en el hogar, las cuales tienen que estar incluidas en la idiosincrasia de las madres. En los ochenta la OMS demostró que la educación de los cuidadores fue fundamental para reducir la incidencia de EDAs.[6] Por esta razón se realiza esta investigación para determinar el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas frente a enfermedad diarreica aguda en madres de niños menores de 5 años de edad, atendidos en la emergencia pediátrica del hospital II- 2 MINSA – Tarapoto, con la finalidad de contribuir a su perfeccionamiento e implementar estilos de vida saludables, por ser ésta una población vulnerable debido a un deficiente saneamiento ambiental, nivel socioeconómico bajo, infraestructura educativa deficiente y condiciones climáticas extremas.

La enfermedad diarreica aguda (EDA) es una de las tres principales causas de morbimortalidad en niños menores de cinco años, la mayor proporción se presentan en Loreto (35,4 por ciento), San Martín (29,0 por ciento), Madre de Dios (27,0 por ciento), Amazonas (23,5 por ciento) y Pasco (23,3 por ciento). (INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO). [7] bajo este contexto nuestro país emitió en el 2017 la Resolución Ministerial N° 755-2017-MINSA que Aprueba la Guía Técnica: "Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda en la Niña y el Niño", en su Anexo 3 en la cual mencionan la participación y educación para prevención.

En nuestro país se han realizado diversos estudios, donde se obtuvo resultados que revelan el déficit de conocimiento de las progenitoras acerca de las medidas preventivas frente a enfermedad diarreica aguda, a todo esto, se suma las prácticas inadecuadas al momento de intentar solucionar tal problema, lo que conlleva a una atención inoportuna del niño, perpetuando así la enfermedad.

Dada la elevada incidencia, mortalidad y morbilidad de esta enfermedad y por ser una enfermedad prevenible, teniendo en cuenta las medidas preventivas necesarias, considero que el presente trabajo va ser útil para identificar el nivel de conocimiento que tienen las madres y a partir de allí mejorar el sistema educacional, implementando diferentes estrategias.

## **1.2. Formulación del Problema**

¿Cuál es 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?

## **1.3. Formulación de la Hipótesis**

### **Hipótesis**

Debido a que en el estudio no se niega ni se afirma que el nivel de conocimiento de las madres de los niños menores de 5 años que acuden al Hospital II- 2 MINSA – Tarapoto, julio – diciembre 2018 están relacionadas directamente con las medidas preventivas de enfermedad diarreica aguda, por tanto, la hipótesis es implícita.

## **1.4. Sistema de variables**

### **Variable principal**

Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas frente a enfermedad diarreica aguda.

### **Otras variables**

Estado civil.

Edad.

Procedencia.

Grado de instrucción.

Ocupación.

Tipo de Vivienda.

Servicio de Agua potable.

Servicio de alcantarillado.

### 1.5. Operacionalización de variable

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
<b>Variable principal:</b> Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas frente a enfermedad diarreica aguda	Hechos o información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto referente a las medidas preventivas de diarrea.	Acertar correctamente as preguntas planteadas en la encuesta entregada la cual se calificará según su puntaje: Bajo: 1 - 2 Regular: 3 – 4 Alto: 5 – 6	Sobre el lavado de manos	Verdadero / Falso	Cualitativa nominal
			Sobre el lavado de alimentos	Verdadero / Falso	Cualitativa nominal
			Sobre el manejo del agua.	Verdadero / Falso	Cualitativa nominal
			Sobre el servicio de alcantarillado	Verdadero / Falso	Cualitativa nominal
			Sobre las vacunas en general	Verdadero / Falso	Cualitativa nominal
			Sobre la vacuna contra rotavirus	Verdadero / Falso	Cualitativa nominal
<b>Otras variables:</b> Nivel de conocimiento generales sobre enfermedad diarreica aguda	Hechos o información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto referente a la realidad. Referente a temas relacionadas al conocimiento general.	Acertar correctamente las preguntas con una respuesta única de alternativas multiplicas.	Significado de la Diarrea	Heces líquidos y aumento de deposiciones Heces Blanquecinas y mal olientes Dolor de Barriga Estreñimiento Desconoce	Cualitativa nominal
			Causas de Diarrea	Falta de higiene Parásitos, bacteria y virus Crianza de animales Desconoce	Cualitativa nominal
			Sobre signos de deshidratación	Sed Dolor abdominal Dolor de cabeza Tos Desconoce	Cualitativa nominal
			Restricción de alimentos	Ninguno Carne Pescado Leche materna Desconoce	Cualitativa nominal

			Uso de medidas en caso de diarrea	Suero de Rehidratación Oral Café Te Antibiótico Desconoce	Cualitativa nominal
			Aptitud ante caso de diarrea	Llevar al centro de Salud Acudir al curandero Dar medicación Esperar que se recupere solo Desconoce	Cualitativa nominal
<b>*Otras variables:</b> Características epidemiológicas	Caracteres propios de personas que pertenecen a una población determinada por el tiempo y espacio en el cual se encuentran	Caracteres propios de los participantes que tienen relación con el nivel de conocimiento	Edad	Menores de 20 años. 20 – 30 años. Mayor de 30 años.	Cuantitativa discreta de razón
			Grado de instrucción de la madre	Primaria incompleta. Primaria completa. Secundaria incompleta. Secundaria completa. Superior incompleta. Superior completa (instituto o universidad).	Cualitativa Nominal
			Ocupación de la madre	Ama de casa. Trabaja. Estudia. Ninguno.	Cualitativa Nominal
			Estado civil de la madre	Soltera. Casada. Divorciada. Viuda. Conviviente.	Cualitativa Nominal
			Procedencia	Urbana Rural	Cualitativa Nominal
			Tipo de vivienda	Material Noble Material Rustico	Cualitativa Nominal
			Agua Potable	Si No	Cualitativa Nominal
			Alcantarillado	Si No	Cualitativa Nominal



## 1.6. Antecedentes de la investigación

Para efectos de este estudio se tomarán como referencia diversos trabajos realizados a nivel internacional, nacional y regional, siendo considerados aquellos trabajos donde se estudie los factores de riesgo asociados a infección de herida operatoria post cesárea.

### a) A nivel internacional

**Cervantes I. y Colaboradores (Cuba – 2001)** realizaron un estudio descriptivo con la finalidad de evaluar el conocimiento sobre la enfermedad diarreica y su prevención en 260 madres de niños menores de 1 año, del Policlínico Docente "Victoria de Girón" de Palma Soriano, entre 1998-1999. Entre los principales resultados sobresalieron que la mayor parte de ellas consideraban que el parásito era la causa fundamental de las diarreas y que menos de un cuarto del total relacionó la EDA con la falta de higiene, ninguna restringió la lactancia materna y que casi todas conocían la forma de preparación, administración y uso de las sales de rehidratación oral.[8]

**Lacruz-Rengel M, y colaboradores (Venezuela -2012)** intentaron estimar el conocimiento materno sobre estrategias primarias de prevención de diarrea, mediante la realización de un estudio observacional de corte transversal, a madres del servicio de pediatría del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes durante el 2012. Se utilizó Chi cuadrado de Pearson ( $p < 0,05$ ) para el análisis estadístico. Enrolando a 111 madres: 50,4% tenían entre 20 y 35 años de edad, 40,6% provenientes del distrito sanitario Mérida, de estratos sociales Graffar IV-V; 33.3% tenían enseñanza secundaria. Sin embargo, solo 14,4% tuvo conocimiento adecuado sobre estrategias primarias de prevención en diarrea, 85% con desconocimiento de la existencia de la vacuna antirotavirus. Solo 28% utiliza suero oral. Se estableció asociación significativa entre bajo nivel de instrucción materna y nivel socioeconómico, con pobre conocimiento en prevención en EDA ( $p=0,002$ )

**Andrade D. y colaboradores (Ecuador- 2013)** estudiaron también el nivel de conocimientos y prácticas maternas para prevenir la deshidratación en los niños con EDA del Centro de Salud N°1 Pumapungo, en el 2013. Se enrolaron a 110 madres que acudieron con sus hijos a la consulta externa del Centro de Salud N°1 teniendo

como resultados que el 98.2% de madres viven en el área urbana, el 70% de madres no tienen ingreso económico. El 70.9% conocen la forma correcta de preparación de Suero de rehidratación oral. El 74.5% automedican a sus hijos con Diarrea. [9]

**Delgado M. y colaboradores (Colombia – 2006)** mediante un estudio transversal determinaron los conocimientos maternos sobre signos de peligro en EDA en menores de 5 años y determinar prácticas de hidratación., para tal propósito se encolo a 204 cuidadores en un hospital de nivel I en Popayán, Colombia. Determinando que, del total de las madres, 54% conocen como mínimo dos signos de peligro en EDA. En caso de EDA emplean líquidos caseros 49%, SRO 49%, suero casero 23%. El convivir con la abuela del niño se asoció significativamente con un buen nivel de conocimientos maternos ( $p < 0.05$ ).

**Pilar Abreu P. et al. (Colombia, 2014 - 2015)** Con el objetivo de caracterizar los conocimientos, actitudes y prácticas de cuidadores de niños menores de cinco años asociados a prevalencia de diarrea, se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal. Se realizó un muestreo por conglomerados en la comuna norte de la ciudad de Bucaramanga y se aplicó una encuesta dirigida. Resultados: solo uno de cada diez cuidadores conoce todas las características de la diarrea aguda (cambios en la consistencia, número y duración de los síntomas) y ninguno reconoce totalmente los signos de deshidratación. El uso de remedios caseros y la creencia en causas sobrenaturales y esotéricas como causas de diarrea tuvo una alta prevalencia. La menor edad del cuidador, tener aseguramiento y mayor nivel conocimientos sobre la diarrea se asociaron a un mayor reporte de episodios de diarrea en los últimos seis meses. Encontrando que el 49% de todos los cuidadores encuestados manifestaron que sus niños han tenido al menos un episodio de diarrea en los últimos seis meses. El nivel de conocimientos de los cuidadores es bajo. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la edad del cuidador, conocimiento de los síntomas diarreicos, régimen de aseguramiento y prevalencia de diarrea en menores de cinco años. [4]

**María Gallardo L. (Colombia, 2015)** Se realizó una investigación que se enmarca en el paradigma cuantitativo mediante el desarrollo de estudio descriptivo de corte transversal; se encuestaron 200 madres o cuidadores de menores de cinco

años en la ciudad de Bucaramanga, seleccionados mediante muestreo aleatorio estratificado con afijación proporcional, confiabilidad 95% y margen de error de 7%. Para la recolección de la información se empleó una encuesta elaborada por la autora con validación estadística y por expertos. obtuvo información sobre conocimientos y tradiciones acerca del manejo de la diarrea y la identificación de los signos de deshidratación por parte de los cuidadores, que son analizados en comparación con sus características sociales y culturales. Conclusiones: en Bucaramanga, madres y cuidadores de menores de cinco años, continúan la tradición familiar en lo referente a identificación de signos de deshidratación y costumbres en el manejo de la diarrea; la mayoría acude a consulta médica para su tratamiento; sin embargo, se encuentra un alto porcentaje que también recurre al tegua-sobandero. Para el manejo de la diarrea, las madres o cuidadores suministran caldos a los menores, aumentan la cantidad de líquidos, les administran sales de rehidratación oral y jugo de guayaba. Se encuentran diferencias acerca de las costumbres y tradiciones entre estratos socioeconómicos y niveles de escolaridad. [10]

#### **b) A nivel nacional**

**Alarco J y colaboradores (Ica – 2013)** estudiaron el nivel de conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención en un asentamiento humano "El Huarango", ubicado a 2 km de la ciudad de Ica, enrolando a 82 madres de niños menores de 5 años. el promedio de edad encontrado fue de 29 años (con una mínima de 15 y una máxima de 49). El 58,5% de las madres fueron convivientes, el 73,1% solo se dedicaban a los quehaceres domésticos (ama de casa), alrededor del 7% tenían estudios superiores culminados y solo el 6% de las viviendas contaban con el servicio de desagüe. Sobre los conocimientos y prevención de la diarrea, el 76% conoció el significado de la palabra diarrea, el 53% creyeron que los parásitos son la principal causa, el 53% prefirió usar el suero de rehidratación oral (SRO) como principal medida de tratamiento, aunque un 23% admitió que le daría antibióticos, el 67% acudiría al centro de salud, mientras que un 24% lo haría al curandero.[2]

**Cecilia Romero G. et al. (Trujillo – Perú, 2016)** El presente trabajo es un estudio descriptivo de tipo transversal comparativo con enfoque cuantitativo. La

población o universo del estudio estuvo representado por las madres de los niños menores de 5 años que acuden al Hospital Belén de Trujillo (HBT) y al Hospital EsSalud I de Florencia de Mora de Trujillo. El objetivo principal fue Identificar hábitos, costumbres y cosmovisión que favorecen o no la prevalencia de las enfermedades diarreicas agudas. La edad mínima de madres fue de 15 años, y la máxima fue de 56. En el Hospital EsSalud de Florencia de Mora el porcentaje de madres que tenía un máximo de 2 hijos fue del 79,4% contrastando con el HBT donde se obtuvo que un 30,2% de las madres tenían de 3 a más. Más de la mitad de madres del Hospital EsSalud Florencia de Mora solo había estudiado hasta el nivel secundario y un 47,6 % tenía instrucción superior. Las madres entrevistadas en el Hospital EsSalud de Florencia de Mora se obtuvieron que el 68,3% de ellas se dedicaba solo al cuidado del hogar, contrastando con el HBT donde solo el 57.1% de las madres se dedicaba a dicha labor. Además, el HBT, el 54,8% de las madres se dedicaba a algún tipo de trabajo fuera del hogar ya sea este dependiente o independiente, mientras que para el primer establecimiento solo el 31,7% de las madres trabajaba fuera del hogar. En ambos nosocomios predomina un buen nivel de conocimientos frente a la enfermedad diarreica aguda, sin haber diferencias significativas entre ambas. Las actitudes adoptadas frente a la enfermedad diarreica aguda son equiparables en ambos nosocomios con una muy buena actitud en la mayoría de ellas. La mayoría de madres en ambos nosocomios tienen buenas prácticas frente a la enfermedad diarreica aguda, no habiendo diferencias significativas entre ambos nosocomios. [11]

**Wily Mata M. et al (Lima – Perú, 2011)** Con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos sobre medidas preventivas y prácticas de las madres de niños de un año, sobre la enfermedad diarreica aguda y su relación con características sociodemográficas, realizado en el Centro Materno Infantil Zapallal. Se realizó un estudio de tipo descriptivo, correlacional con enfoque cuantitativo. La muestra estuvo conformada por 169 madres de niños de un año que cumplieron con los criterios de selección. La recolección de información se realizó mediante una encuesta. Resultados: Respecto al nivel de conocimiento general sobre enfermedad diarreica aguda la mayor proporción de las madres tiene nivel de conocimiento medio (66.3%) y el 16% presentó un nivel de conocimiento bajo. Con respecto al nivel de conocimiento según las dimensiones: en la dimensión enfermedad diarreica



aguda prevaleció el nivel de conocimiento alto con un 48.5%; en las dimensiones medidas preventivas y prácticas en el hogar, prevaleció el nivel de conocimiento medio con 65.1% y 63.3% respectivamente. Con respecto al nivel de conocimiento según grado de instrucción, edad y ocupación no se presentó asociación significativa. Conclusiones: las madres presentaron un nivel de conocimiento medio sobre la enfermedad diarreica aguda. [12]

### c) A nivel local

**Carolina Tejada T. et al (Tarapoto – Perú, 2016)** La presente investigación tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento y su relación con las prácticas de las enfermedades diarreicas agudas que tienen las madres de niños menores de 5 años atendidos en el centro de salud 9 de abril, Tarapoto, abril – octubre del año 2016. El estudio fue cuantitativo, descriptivo, prospectivo, de corte transversal, con diseño correlacional. La muestra estuvo representada por 77 madres de niños menores de 5 años. La técnica utilizada fue un cuestionario con 31 preguntas. Resultados: 57,2% de las madres son mayores de 26 años, 42,9% tiene estudio secundario incompleto, 72,7% son amas de casa y 75,3% son convivientes. El 40,3% de las madres tienen un nivel de conocimiento suficiente sobre las EDAs. El 54,5% tienen práctica preventiva y manejo de las EDAs inadecuadas. 90% no prepara alimentos con insumos frescos, el 57,5% no coloca los depósitos de basura fuera de casa, 47,5% no lava las manos con jabón antes y después de preparar alimentos, cambiar pañales, ir al baño, comer los alimentos. 19% de ellas no brinda lactancia materna exclusiva, el 55% continúa con la alimentación normal cuando el niño/a tiene diarrea, 65% alimenta a su hijo 4 veces al día, 97,5% no sabe preparar suero casero y 62,5% no utiliza sales de rehidratación oral. Conclusión: Existe relación estadísticamente significativa entre los niveles de conocimiento y las prácticas preventivas y manejo de las EDAs que tienen las madres de niños menores de 5 años ( $p < 0,05$ ).[13]

## 1.7. Definición de términos

- **Conocimiento:** actividad esencial de todo individuo en su relación con su entorno, es captar o procesar información acerca de lo que lo rodea. Este

principio fundamental sitúa la actividad humana del conocer en un ámbito general propio de todos los seres de la naturaleza.

- **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.
- **Medidas preventivas:** es la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales (prevención primaria) o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas.
- **EDA:** enfermedad diarreica aguda (presencia de tres o más deposiciones en 24 horas, con una disminución de la consistencia habitual y una duración menor de 14 días).

## 1.8. Bases teóricas

### 1.8.1. Definición

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define enfermedad diarreica aguda (EDA) como la presencia de tres o más deposiciones en 24 horas, con una disminución de la consistencia habitual y una duración menor de 14 días. [14]

En lactantes y niños, puede ser difícil establecer la presencia de diarrea basada en la frecuencia o consistencia de las heces, ya que el rango normal para estos parámetros puede variar mucho según la edad y la dieta. [15]

La frecuencia de las deposiciones es más alta en niños menores de tres meses, y que el ritmo intestinal puede cambiar con el tipo de alimentación. [16]

Una definición más objetiva de la diarrea depende del peso o volumen medido de las heces. En los establecimientos hospitalarios donde se puede medir el volumen de heces, la diarrea se define como el volumen de heces de más de 20 gramos / kg / día en bebés y niños pequeños (<10 kg), o más de 200 gramos / día en niños mayores o adolescentes. [15]

### 1.8.2. Etiología

La mayoría de los casos de diarrea aguda en países con recursos limitados son causados por la gastroenteritis infecciosa. Con menos frecuencia, la diarrea aguda puede ser un síntoma de una infección sistémica o de una emergencia quirúrgica intraabdominal. [15]

- a) **Diarrea Infecciosa.** Las causas más comunes microbiológicas de gastroenteritis infecciosa difieren por grupo de edad, región geográfica y tipo de diarrea. El rotavirus, *Cryptosporidium*, *Shigella*, y *Escherichia coli* enterotoxigénica (ETEC) eran importantes patógenos en todos los sitios de estudio, y la mayoría de los casos de diarrea atribuibles fueron debidas a estos organismos. El rotavirus fue el patógeno más común entre los niños menores de dos años de edad, mientras *Shigella* fue el patógeno más frecuentemente aislado en niños de dos a cinco años. [15]
- b) **Diarrea acuosa aguda.** En los lactantes y niños pequeños, la diarrea acuosa aguda se debe más a rotavirus; en los niños mayores, es más a menudo debido a *E. coli* (ETEC). *Cryptosporidium* también parece ser una causa importante entre los lactantes, incluso en ausencia de infección por el VIH. Muchos agentes etiológicos de la diarrea acuosa aguda causan síntomas que son clínicamente indistinguibles. [15]
- c) **Diarrea invasiva (sangrienta).** La shigelosis es la etiología más común de la diarrea invasiva o sangrienta entre los niños de países con recursos limitados. Es una de las principales causas de mortalidad y está asociada con una alta incidencia de bacteriemia, convulsiones y varias otras complicaciones potencialmente mortales. Las cuatro especies son *Shigella dysenteriae*, *Shigella flexneri*, *Shigella boydii* y *Shigella sonnei*. *S. flexneri* es la especie predominante en los niños en escenarios de recursos limitados. Los niños con shigelosis se benefician del tratamiento con antibióticos. [15]

Otras etiologías de la diarrea invasiva incluyen *Salmonella* entérica, *Campylobacter* spp, *E. coli* enterohemorrágica, *E. coli* enteroinvasiva y el parásito protozoario *Entamoeba histolytica*. [15]

### 1.8.3. Factores de riesgo

a) **Ambiental y familiar:** Agua y alimentos contaminados, inadecuado manejo de excretas, hacinamiento, familiares con enfermedad diarreica, viajes, presencia de animales, condiciones higiénicas deficientes, bajo nivel de escolaridad de la madre o madre adolescente. [17]

b) **Inherente al niño:**

- Lactancia materna: en los alimentos a pecho, las infecciones entéricas son raras y cuando ocurren, el cuadro se auto limita más rápidamente.
- Edad: El lactante pequeño tiene más riesgo de deshidratación, por su composición corporal. Asimismo, a menor edad, mayor riesgo de compromiso general por bacteriemia y/o sepsis asociada.
- Estado nutricional: En pacientes desnutridos la velocidad de recuperación de la mucosa intestinal es más lenta, puede estar aumentada la susceptibilidad a diarreas prolongadas que deterioran aún más su estado nutricional.
- Enfermedades de base: Deben ser tenidas en cuenta, ya que podrían modificar las conductas terapéuticas (cardiopatías, inmunodeficiencias, etc).
- Esquema de vacunación incompleto.
- Deficiencia de vitamina A. [17]

### 1.8.4. Epidemiología

Los dos agentes etiológicos más comunes de diarrea en los países en desarrollo son el Rotavirus y la *Echerichia coli*, según los informes de la OMS. [18] Se estima que el Rotavirus causa 28% de la diarrea severa, y resultan en casi 10 millones de episodios severos y más de 193.000 muertes a escala global. El 72% de las muertes asociadas a diarrea ocurren antes de los 2 años de edad. [18]

En el Perú (estudio de cohortes, 1034 pacientes de 2 a 12 meses de edad, en 4 distritos de Lima) se aislaron con más frecuencia *E. coli* diarreogénica,



Campylobacter y rotavirus (lactantes de  $\geq 6$  meses de edad). En niños mayores, *E. coli* difusamente adherente y *E. coli* enterotoxigénica fueron más frecuentemente aislados en muestras de diarreas que en los controles. [18] Los niños menores de 5 años sufren entre 4 y 5 episodios de diarrea al año. A menor de edad del niño, hay mayor susceptibilidad de presentar diarrea, siendo ésta de mayor intensidad y con mayores posibilidades de producir deshidratación. [17]

### 1.8.5. Fisiopatología

La fisiopatología común a todas las diarreas se basa en una alteración de la absorción y secreción de agua y electrolitos de la mucosa intestinal. El recién nacido y lactante presenta unas características que le hacen especialmente sensible a este tipo de patología. La particularidad más importante se debe a su elevada proporción de agua, debido a una relación superficie corporal/peso mayor que en el adulto, lo que determina un mayor o menor grado de deshidratación. El mecanismo patogénico de los virus (rotavirus, adenovirus, Norwalk) es fundamentalmente osmótico: las vellosidades intestinales sufren una destrucción por invasión viral de los enterocitos, lo que acarrea una alteración en los mecanismos enzimáticos y de transporte con aplanamiento del microvellocidades. Los enterocitos más inmaduros, situados en la cripta se afectan poco y sufren una rápida migración hacia el extremo del microvellocidades, lo que produce un déficit de disacaridasas. Al ser principalmente células secretoras se favorece aún más el aporte de electrolitos y agua a la luz intestinal. [19]

Las bacterias (*E. coli* enteroinvasivo, Salmonella, Shigella, Yersinia y Campylobacter) utilizan un mecanismo citotóxico (enteroinvasivo, disentérico): invadiendo el enterocito, ocasionando gran inflamación local con destrucción celular y ulceración con sangrado. Como consecuencia se disminuye la absorción de líquidos y aumenta el moco, la sangre y el pus en la luz intestinal. [19]

La *Giardia lamblia*, también produce diarrea no inflamatoria por anclaje del parásito (duodeno distal y yeyuno proximal), disminuyendo las

disacaridasas por alteración de las microvellosidades. [19] Aunque, en general, se trata de un proceso leve y autolimitado y la principal complicación es la deshidratación, ocasionalmente se puede desarrollar una diarrea prolongada como consecuencia de:

- *Intolerancia a la lactosa*, en relación con un déficit transitorio de lactasa por daño de las enzimas del borde en cepillo intestinal. Es relativamente frecuente, sobre todo tras una gastroenteritis por rotavirus. [16]
- *Sensibilización a las proteínas de la leche de vaca*, al existir en la gastroenteritis un aumento en la absorción de antígenos de la leche de vaca que puede desencadenar una respuesta inmune, local o sistémica. [16]
- *Sobrecrecimiento bacteriano*, por la contaminación bacteriana de los tramos altos del intestino delgado. Puede contribuir al mantenimiento de la diarrea por acción directa de las bacterias sobre la mucosa y/o por deconjugación de las sales biliares. [16]

#### **1.8.6. Clínica**

Es el cambio en la consistencia de las deposiciones y un aumento en el número de las mismas. Acompañando a la diarrea, pueden aparecer fiebre, vómitos, dolor abdominal, inapetencia, síntomas respiratorios y signos de afectación del sistema nervioso central (SNC). Los vómitos y los síntomas respiratorios asociados sugieren etiología viral. Las infecciones por rotavirus suelen producir sintomatología más intensa, más vómitos y más casos de deshidratación que otros virus. [20]

La fiebre por encima de 40°C, la aparición de sangre en las heces, el dolor abdominal intenso y los signos de afectación del SNC (irritabilidad, decaimiento, convulsiones) son signos sugestivos de etiología bacteriana. La consecuencia más importante, y que condiciona el tratamiento y el diagnóstico de la GEA, es la aparición de deshidratación. La forma más fiable de diagnosticar y medir el grado de deshidratación es la pérdida de peso, pero

esto solo es factible en muy pocas ocasiones, ya que normalmente no se suele conocer el peso exacto del niño antes del inicio de la GEA. [20]

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. [21]

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. [21]

### 1.8.7. Diagnóstico

El diagnóstico de gastroenteritis se basa en el reconocimiento clínico, evaluación de su gravedad por un rápido examen y confirmación por investigaciones de laboratorio apropiadas si están indicadas. [21]

#### A. Evaluación clínica de la diarrea.

La evaluación del niño con diarrea puede dividirse en cuatro componentes para guiar el manejo clínico: a) clasificación del tipo de enfermedad diarreica, b) evaluación del estado de hidratación, c) evaluación del estado nutricional, d) evaluación de las condiciones comórbidas. [22]

**a. Estado de la hidratación.** La muerte debida a la deshidratación es una causa importante de mortalidad en entornos de recursos limitados. Puede ocurrir porque el estado inicial de deshidratación es subestimado y / o porque la extensión de la pérdida de fluido en curso es subestimada.

Después de la evaluación inicial, las pérdidas de fluidos en curso deben estimarse basándose en el volumen de emesis y heces. Estas evaluaciones son esenciales para determinar el volumen, la ruta y el ritmo de la terapia de rehidratación necesaria.

Los signos y síntomas clínicos individuales tienen limitaciones importantes si se utilizan como predictores independientes del grado de deshidratación. La ausencia de cualquier señal de deshidratación en particular no es prueba suficiente de que el paciente ha sido adecuadamente hidratado. Por ejemplo, una fontanela anterior hundida es un pobre predictor de la deshidratación en los bebés, un paciente que derrama lágrimas todavía puede estar deshidratado, y la hipotensión es un hallazgo tardío en niños deshidratados (y puede estar ausente incluso en deshidratación severa).

- b. Estado nutricional.** La diarrea recurrente en la infancia se asocia con desnutrición, lo que contribuye a retrasos o déficits irreversibles en el desarrollo físico y cognitivo. La desnutrición se asocia con más de 5 millones de muertes infantiles anuales. Los niños que se presentan con diarrea en países con recursos limitados deben ser evaluados para la desnutrición de acuerdo con las normas de la OMS, que se revisan por separado. [22]
- c. Examen físico.** La evaluación de un niño con diarrea aguda debe incluir la evaluación de lo siguiente:
- **Temperatura.** La fiebre es común en el contexto de la enfermedad diarreica. La presencia de fiebre o hipotermia en un paciente con diarrea acuosa también debe aumentar la sospecha clínica de una enfermedad comórbida. La fiebre en áreas donde el paludismo es endémico debe llevar a una evaluación diagnóstica apropiada. [22]
  
  - **Tracto respiratorio.** La taquipnea puede ser un signo de neumonía en el contexto de tos o dificultad para respirar; la OMS utiliza los siguientes parámetros: lactantes <2 meses:> 60 respiraciones / min; lactantes de 2 a 12 meses:> 50 respiraciones / min; niños de 1 a 5 años:> 40 respiraciones / min; niños  $\geq$  5 años:> 20 respiraciones / min. Los niños con deshidratación deben ser reevaluados para la neumonía después de la rehidratación inicial. En algunos casos, puede ser necesaria una radiografía de tórax para el diagnóstico de neumonía, en particular en pacientes con desnutrición grave y deshidratación. [22]
  
  - **Abdomen.** Dolor abdominal fuera de proporción con la gastroenteritis típica plantea la posibilidad de una emergencia quirúrgica. Entre los pacientes con disentería grave debido a *Shigella*, la obstrucción intestinal se informó en el 2,5 por ciento de los casos hospitalizados en una serie. La intususcepción puede presentarse con diarrea sanguinolenta aguda y dolor abdominal intermitente severo; en algunos casos es palpable una masa abdominal cilíndrica. En niños pequeños, la

apendicitis también puede presentarse con diarrea y dolor abdominal. [22]

- **Sistema nervioso central.** La deshidratación moderada puede conducir a irritabilidad; la deshidratación severa puede conducir a letargo y coma. Encefalopatía y / o convulsiones pueden ocurrir en el establecimiento de una enfermedad grave debida a *Shigella*, y menos comúnmente en la infección sistémica por *Salmonella*. El diagnóstico diferencial de convulsiones en un niño con diarrea incluye hipoglucemia, hiponatremia, hipernatremia, encefalopatía, meningitis y convulsiones febriles. Los signos meníngeos pueden estar ausentes en niños con meningitis; por lo tanto, cualquier hallazgo neurológico anormal debe levantar la sospecha para la meningitis. [22]

#### **1.8.8. Factores pronósticos y diagnóstico diferencial**

Diagnóstico diferencial de diarrea aguda en los niños:

- Neumonía (puede presentarse junto con diarrea en los países en desarrollo)
- Otitis media.
- Infección urinaria.
- Sepsis bacteriana.
- Meningitis. [23]

#### **1.8.9. Complicaciones**

La deshidratación es la complicación más frecuente y grave de las diarreas en los niños. Las principales causas de la deshidratación son:

- a) Aumento de pérdidas de líquidos y electrolitos por las evacuaciones líquidas y por los vómitos,
- b) disminución de la ingesta y
- c) aumento de las pérdidas insensibles.



Las diarreas por rotavirus, E. Coli enterotoxigénica y V. Cholerae son característicamente productoras de deshidratación importante. [17]

La acidosis metabólica que suele ser proporcional al grado de deshidratación del paciente y se produce por los siguientes mecanismos: a) pérdida de base por líquido intestinal, b) mayor absorción de ion H<sup>+</sup>, c) aumento de producción de cuerpos cetónicos, d) aumento del metabolismo anaerobio, e) disminución de la excreción de ion H<sup>+</sup>, por hipoperfusión renal, f) compensación parcial por hiperventilación. [17]

La insuficiencia renal aguda prerrenal, al producirse una disminución real o efectiva del volumen circulante, que disminuye el flujo sanguíneo renal y desencadena efectos sobre la filtración glomerular. [17]

#### **1.8.10. Medidas preventivas**

El tratamiento adecuado de las enfermedades diarreicas permite evitar las muertes, pero no tiene ninguna repercusión sobre la incidencia de la diarrea. El personal sanitario que trabaja en los centros de tratamiento es el más indicado para enseñar a los miembros de las familias y motivarles para que adopten medidas preventivas. Las madres de los niños que reciben tratamiento para la diarrea serán especialmente receptivas a tales enseñanzas. No obstante, para evitar el saturarlas con demasiada información, es mejor recalcar sólo uno o dos de los puntos siguientes, eligiendo el más para esa madre y niño concretos. [24]

##### **a. Lactancia materna**

Durante los 6 primeros meses de vida, los lactantes deben ser amamantados exclusivamente. Esto significa que el niño sano debe recibir leche materna y ningún otro alimento ni líquido, como agua, té, jugo, bebidas de cereales, leche de animales o leche maternizada. La probabilidad de que los niños amamantados exclusivamente padezcan diarrea o de que mueran a causa de ella es mucho menor que la de los que no lo son o lo son sólo parcialmente. La lactancia materna también

protege frente al riesgo de alergia en la niñez, favorece el espaciamiento de los nacimientos y protege de otras infecciones (por ejemplo, la neumonía). La lactancia materna debe continuarse hasta los 2 años como mínimo. La mejor manera de favorecer la lactancia materna es poner al niño al pecho inmediatamente después de nacer y no darle ningún otro líquido. [24]

Si no es posible amamantar, se dará leche de vaca (modificada si es para lactantes menores de 6 meses) o leche maternizada con una taza. Esto es algo que puede hacerse aun con lactantes muy pequeños. Los biberones y las tetinas no deben usarse porque son muy difíciles de limpiar y es muy probable que alberguen microorganismos que causan diarrea. Se darán instrucciones minuciosas sobre la preparación higiénica de la leche maternizada usando agua que se ha hervido brevemente antes. [24]

#### **b. Mejores prácticas de alimentación**

La alimentación complementaria deberá comenzarse normalmente cuando el niño tiene 6 meses. No obstante, puede empezarse en cualquier momento después de los 4 meses si el niño no crece suficientemente. Las buenas prácticas de alimentación implican la selección de alimentos nutritivos y el uso de prácticas higiénicas cuando se los prepara. La elección de los alimentos complementarios dependerá de las modalidades de alimentación y de los productos agropecuarios, así como de las creencias y las costumbres existentes. [24]

Además de la leche materna (o leche de animales), deben darse alimentos blandos en papillas (por ejemplo, cereales). Cuando sea posible se añadirán huevos, carne, pescado y frutas. Y también otros alimentos, como las legumbres, las verduras y las hortalizas bien cocidas, a las que se les ha agregado aceite vegetal (5 a 10 ml/ración). Para alentar la lactancia materna exclusiva y favorecer las prácticas de alimentación

adecuadas, el personal sanitario debe estar instruido en el uso regular de las curvas de crecimiento para controlar el peso de los niños. [24]

### **c. Abastecimiento de agua**

El riesgo de diarrea puede reducirse usando agua lo más limpia posible y protegiéndola de la contaminación. Las familias deben:

- ✓ Recoger agua de la fuente más limpia que tengan.
- ✓ No permitir bañarse, lavar ni defecar cerca de la fuente. Las letrinas deben estar ubicadas a más de 10 metros y siempre aguas abajo de la fuente.
- ✓ Impedir que los animales se acerquen a las fuentes de agua protegidas.
- ✓ Recoger y almacenar el agua en recipientes limpios; vaciarlos y enjuagarlos todos los días; mantener el recipiente de almacenamiento cubierto y no permitir que los niños o los animales beban de ellos; sacar el agua con un cucharón o cazo con mango largo que sólo se usará para esta finalidad, de forma que el agua no se toque con las manos.
- ✓ Si hay algún tipo de combustible, hervir el agua usada para preparar la bebida y comida de los niños pequeños. El agua tiene que someterse sólo a un fuerte hervor (una ebullición más energética o prolongada es innecesaria y desperdicia combustible). [24]

La cantidad de agua que las familias puedan adquirir tiene tanta repercusión sobre la incidencia de las enfermedades diarreicas como su calidad; esto es así porque cuanto mayor sea la cantidad de agua, mejor será la higiene. Si hay dos fuentes de agua, se almacenará aparte aquella que tenga mejor calidad y se usará para beber y para preparar los alimentos.[24]

### **d. Lavado de las manos**

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

diarrea se reduce considerablemente cuando los miembros de la familia se lavan las manos regularmente. Toda la familia debe lavarse las manos muy bien después de defecar, después de limpiar a un niño que ha defecado, después de eliminar las heces del niño, antes de manipular los alimentos y antes de comer. El lavado de las manos requiere el uso de jabón o un sustituto local, como las cenizas o la tierra, y suficiente cantidad de agua para enjuagarlas bien. [24]

#### **e. Inocuidad de los alimentos**

Los alimentos pueden contaminarse con los agentes patógenos que causan diarrea en todas las etapas de la producción y manipulación, incluso durante el cultivo (mediante el uso de abonos humanos), en los lugares públicos como los mercados, durante la preparación en casa o en los restaurantes y cuando no se conservan refrigerados después de su preparación. También debe hacerse hincapié en las prácticas individuales de higiene de los alimentos. La educación sanitaria para la población general debe subrayar los siguientes mensajes clave en cuanto a la preparación y consumo de los alimentos:

- ✓ No comer los alimentos crudos, excepto frutas, verduras y hortalizas enteras que se hayan pelado y comido inmediatamente; lavarse las manos muy bien con jabón después de defecar y antes de manipular o comer alimentos.
- ✓ Cocer los alimentos hasta que el calor llegue al interior.
- ✓ Comer los alimentos cuando aún están calientes o recalentarlos bien antes de comer.
- ✓ Lavar y secar completamente todos los utensilios de cocinar y servir después de usados.
- ✓ Mantener los alimentos cocinados y los utensilios limpios separados de los alimentos no cocinados los utensilios potencialmente contaminados.
- ✓ Proteger los alimentos de las moscas utilizando mosquiteros.[24]

**f. Uso de letrinas y eliminación higiénica de las heces**

Un ambiente insalubre contribuye a la propagación de los microorganismos patógenos diarreicos. Dado que los microorganismos que causan diarrea se excretan por las heces de la persona o el animal infectados, la eliminación higiénica de las heces puede ayudar a interrumpir la propagación de la infección. La materia fecal puede contaminar el agua donde juegan los niños, donde las madres lavan ropa y donde recogen agua para uso doméstico. Cada familia debe tener acceso a una letrina limpia y que funcione. Si no es el caso, la familia debe defecar en un lugar determinado y enterrar las heces de inmediato. Las heces de los niños pequeños tienen mayor probabilidad de contener microorganismos patógenos diarreicos; deben recogerse después de la defecación y echarlas en una letrina o enterrarlas. [24]

**g. Vacunas**

El Grupo Asesor Estratégico de Expertos de la OMS ha recomendado que la vacuna contra el rotavirus para los lactantes se incluya en todos los programas nacionales de inmunización y recomienda encarecidamente la introducción de esta vacuna en países donde las muertes por diarrea representan un 10%. [22]

La OMS recomienda la inclusión de vacunas orales contra el cólera en las zonas endémicas, y las vacunas orales contra el cólera se utilizan cada vez más a través de la reserva mundial de vacunas contra el cólera, como parte de un programa integrado de control en zonas afectadas por brotes de cólera. [22]

## **II. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo General**

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.

### **2.2. Objetivos específicos**

1. Identificar las características epidemiológicas de las madres de niños menores de 5 años que acuden al Hospital II-2 Tarapoto, julio – diciembre 2018.
2. Determinar la relación entre el conocimiento sobre medidas preventivas y las características epidemiológicas de las madres de niños menores de 5 años, atendidos en el Hospital II- 2 MINSA – Tarapoto, julio – diciembre 2018.
3. Determinar la relación entre los conocimientos generales y los conocimientos de medidas preventivas de enfermedad diarreica aguda en madres de niños menores de 5 años, atendidos en el Hospital II- 2 MINSA – Tarapoto, julio – diciembre 2018.



### III. MATERIALES Y MÉTODOS

#### 3.1. Tipo y nivel de investigación

##### 3.2.1. Tipo de investigación

Se realizará un estudio tipo observacional, prospectivo.

##### 3.2.2. Nivel de investigación

Analítico.

#### 3.2. Diseño de investigación

Transversal.

#### 3.3. Población y muestra

##### 3.3.1. Población

Todas las madres de los niños menores de 5 años que acuden al Hospital II-2 MINSA – Tarapoto. julio – diciembre 2018.

##### 3.3.2. Muestra

Se seleccionará una muestra a partir de población que cumpla con los criterios de inclusión durante el tiempo que durará el estudio (06 meses).

##### 3.3.3. Tamaño muestral

Para el cálculo del tamaño muestral se utilizará la siguiente formula, basada en una población de 800 madres que acuden al hospital II-2 de Tarapoto.

$$N = \frac{(z^2 \times p \times N \times q)}{(e^2 - (N-1) + (z^2 \times N \times q))}$$

Donde:

- N = Total de la población (800)
- $Z\alpha = 1.96$  al cuadrado (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 80% = 0.8)

- $q = 1 - p$  (en este caso  $1 - 0.8 = 0.20$ )
- $d$  = precisión (en su investigación use un 5%).

$$n = \frac{(1.96^2 \times 800 \times 0.8 \times 0.2)}{(0.05^2 \times (799)) + (1.96^2 \times 0.8 \times 0.2)}$$

$n = 188$  encuestas.

### 3.3.4. Diseño muestral

Se estratificará la muestra en 06 meses (32 por mes, durante 2 meses y 31 por mes, durante 4 meses), la selección se realizará por muestreo aleatorio simple, basado en tablas de números aleatorios según la llegada de las madres que acuden al hospital II-2 de Tarapoto.

Meses	N° de casos
Julio	32
Agosto	32
Setiembre	31
Octubre	31
Noviembre	31
Diciembre	31

## 3.4. Criterios de selección

### 3.4.1. Criterios de inclusión

Madres que acudan al Hospital de II-2 de Tarapoto, que cumplan los siguientes requisitos:

- Hijos menores de 5 años con EDA.
- Disponibilidad de tiempo para participar del estudio.

### 3.4.2. Criterios de exclusión

Madres que acudan al Hospital de II-2 de Tarapoto, que cumplan los siguientes requisitos:

- No contaron con disponibilidad de tiempo.

- Hijos con diagnóstico distinto al de EDA.
- No aceptar participar del estudio.
- Hablen gotro idioma diferente al castellano.

### 3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

#### 3.6.1. Técnica

El presente estudio utilizó fuentes primarias para la recolección de datos, (madres de niños menores de 5 años con diarrea) para tal propósito se utilizará de una encuesta (anexo N°1)

Validez del instrumento: se realizó mediante la validación del contenido mediante el juicio de expertos, buscando que las variables contenidas en las encuestas que respondan adecuadamente la hipótesis planteada, para tal propósito se solicitó la opinión a 08 expertos en pediatría mediante el método de agregados individuales, usando la ficha de validez (Anexo 2)

Obteniendo una validez adecuada demostrada en la tabla 1.

**Tabla 1.** Validez de la ficha de recolección de datos

Ítem	Claridad en redacción	Coherencia interna	Sesgos en el llenado	Comprensible para el investigador	Mide lo que pretende medir
Sobre lavado de manos	100%	100%	100%	100%	100%
Sobre lavado de alimentos	100%	100%	100%	100%	100%
Sobre el lavado de agua	100%	100%	100%	100%	100%
Sobre el tener servicio de alcantarillado	100%	100%	100%	100%	100%
Sobre la vacuna	100%	100%	100%	100%	100%
Sobre la vacuna de rotavirus					
Significado de la Diarrea	100%	100%	100%	100%	100%

Causas de Diarrea	100%	100%	100%	100%	100%
Sobre signos de deshidratación	100%	100%	100%	100%	100%
Restricción de alimentos	100%	100%	100%	100%	100%
Uso de medidas en caso de diarrea	100%	100%	100%	100%	100%
Aptitud ante caso de diarrea	100%	100%	100%	100%	100%
Aspectos Generales					
el instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario					100%
Los ítemes permiten el logro del objetivo de la investigación					100%
Los ítemes están distribuidos en forma lógica y secuencial					100%
el número de ítemes es suficiente para recoger la información. en caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítemes a añadir					100%
Ítem	Claridad en redacción	Coherencia interna	Sesgos en el llenado	Comprensible para el investigador	Mide lo que pretende medir
Significado de la Diarrea	100%	100%	100%	100%	100%
Causas de Diarrea	100%	100%	100%	100%	100%
Sobre signos de deshidratación	100%	100%	100%	100%	100%
Restricción de alimentos	100%	100%	100%	100%	100%
Uso de medidas en caso de diarrea	100%	100%	100%	100%	100%
Aptitud ante caso de diarrea	100%	100%	100%	100%	100%
Aspectos Generales					
el instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario					100%
Los ítemes permiten el logro del objetivo de la investigación					100%
Los ítemes están distribuidos en forma lógica y secuencial					100%
el número de ítemes es suficiente para recoger la información. en caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítemes a añadir					100%

Confiabilidad del instrumento: se realizó un piloto de 20 casos y se aplicó el método del coeficiente alfa de Cronbach: es un coeficiente que sirve para medir la fiabilidad de una escala de medida, encontrando un estadístico de 0.72, con una  $p = 0.043$ , demostrando que tiene una fuerte asociación positiva.

Esta encuesta se aplicó a todas las madres de niños menores de 5 años con EDAs. Se recopilarán los datos sociodemográficos como edad, sexo. Y luego se presentaron las preguntas que midieron el nivel de conocimiento

### **3.6. Procesamiento y análisis de datos**

#### **3.6.1. Procesamiento**

La recolección de los datos, fue bajo los siguientes pasos:

- Se enumeró cada ficha recolectada de forma ordenada hasta completar la última ficha.
- Seguidamente se elaboró una base de datos en el programa estadístico Stata 12.0 en español, con ayuda de la operacionalización de las variables y los objetivos del estudio.
- Terminado el llenado de los datos en la base, se procedió con el control de calidad del registro en la base de datos, revisando la consistencia, re-categorización, depuración, entre otras técnicas, considerando la matriz de codificación.
- Finalmente se elaboró en tablas simples y de doble entradas (tablas de contingencia) con sus respectivos gráficos estadísticos.

#### **3.6.2. Análisis de datos**

Estadística Descriptiva: Las variables cuantitativas se presentan a través de medidas central (promedio) y de dispersión (desviación estándar, mínimo y máximo), mientras que las variables cualitativas se presentarán mediante frecuencias (n) y porcentajes (%).

Estadística Analítica: Para evaluar la relación entre las características epidemiológicas y el nivel de conocimiento, se hará uso de la prueba estadística Chi-cuadrado; para verificar la significancia estadística de las asociaciones encontradas con las variables en estudio; las asociaciones serán consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse es menor al 5% (p

< 0.05). Adicionalmente se valoró la concordancia del conocimiento, usando el índice Kappa.

### **3.7. Aspectos éticos**

El estudio fue presentado ante el comité de investigación del Hospital II-2 de Tarapoto, no se atentó contra ningún artículo de los derechos humanos. La información que se recolectó no atentó contra la privacidad e integridad de los pacientes en estudio, y durante la investigación se mantuvo el carácter confidencial de la información.



## IV. RESULTADOS

### 4.1. Resultados

Al analizar la edad de las madres encuestadas, se tiene una media de 30 años (desviación estándar de 8 años), sin embargo, al valorar la normalidad de la variable edad (Shapiro Wilk = 0.001), encontramos que no presenta una distribución normal, por tanto, los estadísticos de tendencia central son la mediana (30 años) y los rangos intercuartílicos (24-37 años). Al categorizar la edad por decenios se puede observar que el 40.9% de las madres se encuentra entre los 21-30 años (Ver Tabla 2)

**Tabla 2.** Distribución de las madres de niños menores de 5 años enroladas para el estudio por grupo etario. Hospital II-2 Tarapoto

<b>Grupo Etario</b>	<b>N° (188)</b>	<b>%</b>
Menores de 20 años	24	12.77
21 - 30 años	77	40.96
31 a 40 años	64	34.04
41 a 50 años	22	11.70
más de 50 años	1	0.53

Al describir el grado de instrucción el 51% tiene secundaria completa, seguido por superior universitaria con un 21.2% y en tercer lugar las madres con primaria con el 17% (ver Tabla 3)

**Tabla 3.** Distribución de las madres de niños menores de 5 años enroladas para el estudio por grado de instrucción. Hospital II-2 Tarapoto

<b>Grado de Instrucción</b>	<b>N° (188)</b>	<b>%</b>
Ninguna	3	1.60
Primaria	32	17.02
Secundaria	96	51.06
Superior Técnico	17	9.04
Superior Universitaria	40	21.28

Con respecto a la ocupación que presentaban las madres del estudio, el 65% se dedicaba a labores del hogar, seguido por otras actividades con el 27.1% (dentro de las cual encontramos, comerciantes, ventas y otras actividades independientes). (ver Tabla 4)

**Tabla 4.** Distribución de las madres de niños menores de 5 años enroladas para el estudio por grado de instrucción. Hospital II-2 Tarapoto

Ocupación	N° (188)	%
Ama de casa	124	65.96
Empleada	13	6.91
Otros	51	27.13

**Tabla 5.** Distribución de las madres de niños menores de 5 años enroladas para el estudio por estado civil. Hospital II-2 Tarapoto

Estado Civil	N° (188)	%
Soltera	78	41.49
Conviviente	55	29.26
Casada	50	26.60
Viuda	3	1.60
Divorciada	2	1.06

Referente al estado civil, el 41.5% se encontraba soltera al momento del estudio, seguida por el estado civil de conviviente con el 29.6%, y en tercer lugar de casada (26.6%). (Ver tabla 5)

**Tabla 6.** Distribución de las madres de niños menores de 5 años enroladas para el estudio por lugar de procedencia. Hospital II-2 Tarapoto

<b>Lugar</b>	<b>N° (188)</b>	<b>%</b>
Tarapoto	88	46.81
Morales	13	6.91
Lamas	12	6.38
Moyobamba	10	5.32
Picota	9	4.79
Sisa	7	3.72
Banda de Shilcayo	6	3.19
Bellavista	5	2.66
Juanjuí	3	1.60
Nueva Cajamarca	3	1.60
Soritor	3	1.60
Cacatachi	2	1.06
Chazuta	2	1.06
Maceda	2	1.06
Tocache	2	1.06
Atumpampa	1	0.53
Otros	20	10.64

De las personas ingresadas al estudio el 46% procedencia de la ciudad de Tarapoto, dentro de la categoría de otros podemos mencionar a los siguientes lugares: Nuevo San Lorenzo, Pongo, Rioja, San Antonio, San José de Sisa, San Martín – Alao, San Pablo, Sauce, Shamboyacu, Shanao, Shapaja, Tabalosos, Tacna y Yurimaguas (Ver tabla 6).

Al categorizar el lugar de procedencia por ruralidad, se encontró que el 25% (47 madres) procedían de zona rural, y el 75% (141 madres) de zona urbana.

**Tabla 7.** Distribución de las madres de niños menores de 5 años enroladas para el estudio por servicios. Hospital II-2 Tarapoto

Servicios	Presente		Ausente	
	N° (188)	%	N° (188)	%
<b>Agua Potable</b>	163	86.70	25	13.30
<b>Alcantarillado</b>	123	65.43	65	34.57

Con respecto a los servicios públicos que declararon las madres, el 86.7% tienen agua potable y el 65.4% tiene servicio de alcantarillado (Tabla 07) y al distribuirlo por ruralidad, el mayor porcentaje de estos servicios se encuentran en la zona urbana. (Ver Tabla 08)

**Tabla 8.** Distribución de las madres de niños menores de 5 años enroladas para el estudio por servicios, según ruralidad. Hospital II-2 Tarapoto

<b>Agua Potable</b>	<b>rural (N°=47)</b>	<b>urbano (N°=141)</b>
No	11	14
si	36	127
<b>Alcantarillado</b>	<b>rural (N°=47)</b>	<b>urbano (N°=141)</b>
No	24	41
Si	23	100

Con respecto a los conocimientos preventivos de la madre, la mayoría obtuvo un puntaje de cuatro, seguido de un puntaje de 5. Al categorizarlo por niveles el 55.9% tenía un nivel regular, seguido por un nivel de conocimientos alto con un 36.2%. (Tabla 9).

**Tabla 9.** Distribución de las madres de niños menores de 5 años enroladas para el estudio por nivel de conocimientos preventivos. Hospital II-2 Tarapoto

<b>Nivel de Conocimientos</b>	<b>N° (188)</b>	<b>%</b>
Bajo	15	8.0
Regular	105	55.9
Alto	68	36.2

Con respecto a los conocimientos generales la gran mayoría acertó correctamente, tal como se muestra en la tabla 10, teniendo mayor porcentaje de

aciertos en identificar la causa de la diarrea (95.2%), seguido de aptitud ante la diarrea con un 86.17%. (Tabla 10)

**Tabla 10.** Distribución de las madres de niños menores de 5 años enroladas para el estudio por nivel de conocimientos generales. Hospital II-2 Tarapoto

Conocimientos generales y gestión de la diarrea	Correcto		Incorrecto	
	N° = 188	%	N° = 188	%
Significado de la Diarrea	118	62.77	70	37.23
Causas de Diarrea	179	95.21	9	4.79
Sobre signos de deshidratación	129	68.62	59	31.38
Restricción de alimentos	126	67.02	62	32.98
Uso de medidas en caso de diarrea	130	69.15	58	30.85
Aptitud ante caso de diarrea	162	86.17	26	13.83

AL evaluar la relación que tiene el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas y las características epidemiológicas, como es la edad, la ocupación, el grado de instrucción, el estado civil y la ruralidad, no tienen una asociación estadísticamente significativa tal como se muestra en la tabla 11,12,12, 14 y 15. Para tal propósito se utilizó la prueba de hipótesis para variables cualitativas (chi2), la cual no encontró diferencia en la distribución de proporciones.

**Tabla 11:** Distribución de las madres de niños menores de 5 años enroladas para el estudio por grupo etario, según nivel de conocimientos. Hospital II-2 Tarapoto

Grupo Etario	Nivel de conocimientos preventivos			Total general
	Bajo	Regular	Malo	
Menores de 20 años	1	14	9	24
21 - 30 años	6	42	29	77
31 a 40 años	6	39	19	64
41 a 50 años	2	10	10	22
más de 50 años	0	0	1	1
<b>Total general</b>	15	105	68	188

**Chi2 (8)=4.49 p= 0.81**

**Tabla 12.** Distribución de las madres de niños menores de 5 años enroladas para el estudio por grupo grado de Instrucción, según nivel de conocimientos. Hospital II-2 Tarapoto

Grado de Instrucción	Nivel de conocimientos preventivos			Total general
	Bajo	Regular	Malo	
Ninguna		2	1	3
Primaria	2	17	13	32
Secundaria	9	56	31	96
Superior Técnico	1	8	8	17
Superior Universitaria	3	22	15	40
<b>Total general</b>	15	105	68	188
<b>Chi2 (8)=2.30 p= 0.94</b>				

**Tabla 13.** Distribución de las madres de niños menores de 5 años enroladas para el estudio por ocupación, según nivel de conocimientos. Hospital II-2 Tarapoto

Ocupación	Nivel de conocimientos preventivos			Total general
	Bajo	Regular	Malo	
Ama de casa	11	73	40	124
Empleada	0	4	9	13
Otros	4	28	19	51
Total general	15	105	68	188
<b>Chi2 (4)=7.30 p= 0.121</b>				

**Tabla 14.** Distribución de las madres de niños menores de 5 años enroladas para el estudio por estado civil, según nivel de conocimientos. Hospital II-2 Tarapoto

Estado Civil	Nivel de conocimientos preventivos			Total general
	Bajo	Regular	Malo	
Soltera	7	45	26	78
Conviviente	6	30	19	55
Casada	2	27	21	50
Viuda	0	1	2	3
Divorciada	0	2	0	2
Total general	15	105	68	188
<b>Chi2 (8)=5.32 p= 0.73</b>				

**Tabla 15.** Distribución de las madres de niños menores de 5 años enroladas para el estudio por ruralidad, según nivel de conocimientos. Hospital II-2 Tarapoto

Ruralidad	Nivel de conocimientos preventivos			Total general
	Bajo	Regular	Malo	
Urbano	10	79	52	141
Rural	5	26	16	47
<b>Total general</b>	15	105	68	188
<b>Chi2 (2)=0.63 p= 0.73</b>				

Al valorar el grado de concordancia existente entre el conocimiento sobre medidas preventivas y el conocimiento general, se puede observar que existe una adecuada concordancia entre medidas preventivas y conocimiento sobre causas de diarrea y la aptitud para el manejo de la diarrea, moderada concordancia con la definición de diarrea, signos de deshidratación y medidas en caso de diarrea, y una pobre concordancia con el conocimiento sobre restricción de alimentos. (Tabla 16)

**Tabla 16.** Concordancia del conocimiento general y sobre prevención de las madres de niños menores de 5 años enroladas para el estudio por ruralidad. Hospital II-2 Tarapoto

Conocimientos generales		Conocimientos sobre prevención		
		No	Si	Índice Kappa
Significado de la Diarrea	No	7	63	62.23
	Si	8	110	
Causas de Diarrea	No	1	8	88.3
	Si	14	165	
Sobre signos de deshidratación	No	6	53	67.2
	Si	9	120	
Restricción de alimentos	No	9	117	34.7
	Si	6	56	
Uso de medidas en caso de diarrea	No	4	54	65.4
	Si	11	119	
Aptitud ante caso de diarrea	No	3	23	81.38
	Si	12	150	



## V. DISCUSIÓN

Las enfermedades diarreicas agudas (EDA) constituyen un problema de salud pública en el mundo, La mortalidad mundial por diarrea entre la población menor de cinco años se estimó en 1,87 millones (intervalo de confianza del 95%: 1,56–2,19), lo que supone aproximadamente el 19% de la mortalidad total en la niñez. Con respecto a las variables, la edad de las madres enroladas coincidió mucho con lo de fuentes nacionales e internacionales, donde la edad entre 20 a 35 años fue la más prevalente (La Cruz –Rengel – 2012, Alarco J. 2013).

El estudio de Alarco J. y Colaboradores realizado en Ica, es el que más similitud tiene con las características de la población del presente estudio, como es el caso de la edad, en la cual la media fue de 29 años, y en nuestro estudio fue de 30 años; para la ocupación en Ica el 73.1% era ama de casa, valor muy cercano hallado en nuestro estudio (65.9%) y al reportado también por Romero C. 2016 en Trujillo donde la ocupación de ama de casa alcanzo el 68.3%, esta información también se asemeja a los trabajos realizados en Tarapoto donde Tejada C. en el 2016, encontró que el 72.7% eran ama de casa; con respecto al estado civil, en el estudio realizado en Ica el 58.5% fueron convivientes, en el de Tejada C. fue del 75.3%, valor que fue diferente en nuestro estudio (29.26%), siendo el estado de soltera el más prevalente (41.5%); en nuestro estudio el 21.7% contaba con una profesión universitaria, lo cual contraste con el hallazgo de Alarco J. donde solo el 7% tenía estudios universitarios, sin embargo para nuestro estudio las madres con estudios secundarios fue el mayor grupo (51.06%) la cual es muy similar al de Tejada C. (42.9%); al igual con los servicios de agua potable y alcantarillado, más del 60% contaba con este servicio, sin embargo, en el grupo de estudio del trabajo mencionado esto ascendía al 6%.

La mayoría de las madres enroladas en nuestro estudio procedieron de la misma ciudad de Tarapoto, en un 48.61%, el resto procedió de ciudades y comunidades cercanas, solo hubo unos 03 casos que procedían de otras regiones. Al categorizarlos por tipo de zona, el 75% de las madres que acudieron al Hospital procedían de zona urbana. Ya evaluando el conocimiento en sí, estos valores difieren según cada serie publicada, región y temporalidad del estudio que lo realiza, para nuestro estudio el nivel de conocimiento en medidas preventivas ascendió 55.9% para conocimiento regular, seguido de 36.2% para conocimiento alto y un 8% para conocimiento bajo.

Este dato es importante la gran mayoría de madres conoce sobre las medidas preventivas que existen para reducir la aparición de enfermedades diarreicas en sus menores hijos, este dato contrasta mucho con los estudios referenciados pues en el estudio de La Cruz-Rengel en Venezuela en el 2012, solo el 14.4% tenían un adecuado conocimiento sobre medidas preventivas, para Abreu Pilar, el nivel de conocimientos fue bajo para medidas preventivas; pero se acerca mucho a lo reportado en Trujillo por Romero C. donde reporta tener un alto porcentaje de madres con altos conocimientos en prevención de la diarrea, en un estudio en Lima el grado de conocimientos prevalente fue alto con un 48.5% (Mata W. 2011), pero para Tejada C, en su estudio realizado en Tarapoto el 54.4% tuvieron una práctica preventiva y manejo de las EDAs inadecuadas.

Al intentar encontrar una asociación o diferencia estadísticamente significativa entre la categoría de nivel de conocimientos preventivos y los factores epidemiológicos de las madres de menores de 5 años que acudieron al Hospital II de Tarapoto, no se encontró diferencias, este dato es sumamente importante pues, nos informa que el conocimiento de estas madres en medidas preventivas no está asociado a su condición social, grado de instrucción, estado civil, edad, ocupación o procedencia; lo cual nos plantea un paradigma de igualdad en estos aspectos, y que existe otro factor que puede determinar el nivel de conocimientos relacionados directamente con la prestación de salud en los consultorio de desarrollo y crecimiento, lo cual ameritaría una profundización en la calidad de atención que se brinda a las madres de niños menores de 5 años.

Al relacionar los conocimientos generales con los conocimientos preventivos, existe una asociación positiva entre la causa de diarrea, la aptitud de la madre y los conocimientos preventivos (más del 80% de concordancia), pero esto va disminuyendo con respecto a la definición de diarrea, signos de deshidratación y aplicación de medidas en caso de diarrea, en los cual considero conveniente, que los consultorios que llevan a cabo el seguimiento de los niños menores de 5 años, se enfoquen en fortalecer esto conocimientos, junto a la recomendación de restricción de alimentos, donde un porcentaje suspende la leche materna al menor. Por todo lo mencionado, es importante fortalecer las capacidades y competencias del personal a cabo de llevar la capacitación de las madres, para aumentar los conocimientos de las madres de un grado moderado, a un conocimiento alto

## VI. CONCLUSIONES

Dentro de las principales conclusiones del estudio podemos encontrar que:

1. En el nivel de conocimiento para medidas preventivas el 55.9% tenía un nivel regular, seguido por un nivel de conocimientos alto con un 36.2%.
2. En el ítem de conocimientos generales, un 30% de las madres tuvo problemas en definir la diarrea, definir signos de deshidratación, restricción de alimentos y medidas a tomar en caso de diarreas.
3. El nivel de conocimiento sobre medidas preventivas y las características epidemiológicas, como es la edad, la ocupación, el grado de instrucción, el estado civil y la ruralidad, no tienen una asociación estadísticamente significativa.
4. Existe una adecuada concordancia entre medidas preventivas y conocimiento sobre causas de diarrea y la aptitud para el manejo de la diarrea (más del 80% de concordancia)

## **VII. RECOMENDACIONES**

1. Realizar un trabajo de investigación enfocado en determinar los factores de riesgo relacionados al nivel de conocimientos moderados en medidas preventivas para diarrea.
2. Reforzar las capacidades de los trabajadores encargados de la capacitación de las madres de niños menores de 5 años.
3. Hacer énfasis en que las madres logren definir la diarrea, definir signos de deshidratación, restricción de alimentos y medidas a tomar en caso de diarreas.
4. Se recomienda al hospital tener un plan de monitoreo de los conocimientos de las madres que participan del programa de crecimiento y desarrollo del Hospital II de Tarapoto.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Molina Rivera S. Factores asociados a deshidratación en niños menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda atendidos en el hospital San José 2013-2015. Universidad Ricardo Palma 2016.
- [2] Jhonnell Alarco J, Aguirre-Cuadros E, Alvarez-Andrade EV. Conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención en un asentamiento humano de la provincia de Ica, Perú. *Revista Clínica de Medicina de Familia* 2013;6:25–31. doi:10.4321/S1699-695X2013000100005.
- [3] Henríquez Camacho C, Guillén Astete C, Benavente L, Gotuzzo Herencia E, Echevarria Zarate J, Seas Ramos C. Incidencia y factores de riesgo para adquirir diarrea aguda en una comunidad rural de la selva peruana. *Revista Medica Herediana* 2002;13:44–8.
- [4] Abreu-P P, Ochoa-V ME, Baracaldo-C HA, Robles-C MI, Naranjo-G AS. Conocimientos, actitudes y prácticas asociados a diarrea aguda en la zona norte de Bucaramanga. Estudio observacional analítico, 2014 - 2015. *1* 2017;30:21–33.
- [5] Gómez WAA, Dussan MB, Dussan NB, Cabrera SD, Sanchez DBP, Cuellar AR. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS ADOPTADAS POR LOS CUIDADORES DE LOS NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS CON ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA DEL CORREGIMIENTO EL CAGUAN. NEIVA, JULIO – SEPTIEMBRE 2010 2010:84.
- [6] OMS | Estrategia para prevenir y tratar la diarrea. WHO n.d. [https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/childhood\\_deaths\\_diarrhoea\\_20091014/es/](https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/childhood_deaths_diarrhoea_20091014/es/) (accessed February 3, 2019).
- [7] Arce T, Fiorella S. Estudio comparativo de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la enfermedad diarreica aguda en madres de niños menores de cinco años del C.S. Ciudad Nueva y C.S. San Francisco, 2011. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann 2013.
- [8] Cervantes Baute I de la C, Bosch Govea M, Armero Pérez G. Valoración del conocimiento de las madres sobre las diarreas y su prevención. *Revista Cubana de Enfermería* 2001;17:56–9.

- [9] Andrade García DM, Castillo Morocho NP, Chávez Tenezaca VA. Conocimientos y prácticas maternas para prevenir la deshidratación en los niños con E.D.A. del Centro de Salud No 1 Pumapungo, Cuenca 2013 2013.
- [10] Del Pilar Gallardo-Lizarazo M. Conductas, actitudes y prácticas de la madre o cuidador en el manejo de la enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años. *Revista Ciencia y Cuidado* 2015;12:39. doi:10.22463/17949831.508.
- [11] Conocimientos, actitudes y prácticas de la enfermedad diarreica aguda en madres de niños menores de 5 años. | UCV-SCIENTIA/ Journal of Scientific Research of University Cesar Vallejo n.d.
- [12] Wily M-M, Tatiana O-E. Conocimiento en medidas preventivas y prácticas de las madres sobre EDA y su relación con características sociodemográficas n.d.:6.
- [13] Tejada Tavera C, Torres Mori CI. Nivel de conocimiento sobre enfermedades Diarreicas Agudas y su relación con las prácticas de las madres, en niños menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud 9 De Abril, Tarapoto, Abril – Octubre 2016. Universidad Nacional de San Martín 2017.
- [14] Flórez ID, Contreras JO, Sierra JM, Granados CM, Lozano JM, Lugo LH, et al. Guía de Práctica Clínica de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años. Diagnóstico y tratamiento. *Pediatr* 2015;48:29–46. doi:10.1016/j.rcpe.2015.07.005.
- [15] Tomé P, Rodríguez L, Gutierrez G, Guiscafré H, reyes-morales H. Muerte por diarrea aguda en niños: un estudio de factores pronósticos. *Salud Pública de México* 1996;38:227–35.
- [16] RIECHMANN, Enriqueta Román; TORRES, Josefa Barrio; RODRÍGUEZ, M<sup>a</sup> José López. Diarrea aguda. *Protoc la Soc Española Gastroenterol Hepatol y Nutr Pediátrica y la Soc Española Pediatría*, 2009, vol. 20 n.d.
- [17] Gonzales S. C, Bada M. C, Rojas G. R, Bernaola A. G, Chávez B. C. Guía de práctica clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda infecciosa en pediatría Perú - 2011. *Revista de Gastroenterología Del Perú* 2011;31:258–77.
- [18] DÍAZ MORA, José Javier, et al. Diarrea aguda: Epidemiología, concepto, clasificación, clínica, diagnóstico, vacuna contra rotavirus. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*, 2014, vol. 77, no 1, p. 29-40. n.d.
- [19] Emeterio JS, Rubiol C, Alvarez M. Tratamiento de la diarrea aguda infantil en atención primaria n.d.;22:8.
- [20] Gastroenteritis aguda n.d. <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-01/gastroenteritis-aguda/> (accessed January 12, 2019).

- [21] Lentze MJ, Branski D. Deficiencias enzimáticas. En: Kliegman RM, Stanton BF, St Geme JW, Schor NF, Behrman RE, eds. Nelson Tratado de Pediatría. 19ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2013. p. 1374-5. n.d.
- [22] Approach to the child with acute diarrhea in resource-limited countries - UpToDate n.d. [https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-child-with-acute-diarrhea-in-resource-limited-countries?search=Aproximaci%C3%B3n%20al%20ni%C3%B1o%20con%20diarrea%20aguda%20en%20pa%C3%ADses%20con%20recursos%20limitados&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-child-with-acute-diarrhea-in-resource-limited-countries?search=Aproximaci%C3%B3n%20al%20ni%C3%B1o%20con%20diarrea%20aguda%20en%20pa%C3%ADses%20con%20recursos%20limitados&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1) (accessed January 12, 2019).
- [23] Spanish | World Gastroenterology Organisation n.d. <http://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/acute-diarrhea/acute-diarrhea-spanish> (accessed January 12, 2019).
- [24] Mitchell C, <https://www.facebook.com/pahowho>. OPS/OMS Perú - TRATAMIENTO DIARREA. MANUAL CLÍNICO PARA LOS SERVICIOS SALUD | OPS/OMS. Pan American Health Organization / World Health Organization n.d. [https://www.paho.org/per/index.php?option=com\\_content&view=article&id=555:tratamiento-diarrea-manual-clinico-servicios-salud&Itemid=719](https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=555:tratamiento-diarrea-manual-clinico-servicios-salud&Itemid=719) (accessed January 12, 2019).

## IX. ANEXOS

### ANEXO 1: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

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

Edad: \_\_\_\_\_

Grado de instrucción: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Procedencia: \_\_\_\_\_

Tipo de vivienda: ( ) Urbano ( ) Rural

Agua Potable: ( ) Si ( ) No

Alcantarillado ( ) Si ( ) No

#### Cuestionario

De las siguientes preguntas marcas verdadero o falso según su criterio		
El lavado de manos no previene la diarrea	( ) VERDADERO	( ) FALSO
El lavar bien los alimentos antes de consumirlos reduce el riesgo de diarrea	( ) VERDADERO	( ) FALSO
El hervir agua ayuda a reducir la aparición de diarrea en los niños	( ) VERDADERO	( ) FALSO
El tener desagüe disminuye la aparición de diarreas	( ) VERDADERO	( ) FALSO
La vacuna contra la diarrea disminuye los episodios de diarrea	( ) VERDADERO	( ) FALSO
La vacuna contra rotavirus no previene las diarreas por virus	( ) VERDADERO	( ) FALSO

¿qué entiende usted por diarrea?

- Heces líquidos y aumento de deposiciones
- Heces Blanquecinas y mal olientes
- Dolor de Barriga
- Estreñimiento
- Desconoce

¿Cuáles son las causas de la diarrea?

- Falta de higiene
- Parásitos, bacteria y virus



- c) Crianza de animales
- d) Desconoce

¿cuáles es el principal signo de deshidratación?

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

¿Qué alimentos se deben restringir durante un episodio diarreico?

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

¿Qué se le da al niño durante un periodo de diarrea?

- a) Suero de Rehidratación Oral
- b) Café
- c) Te
- d) Antibiótico
- e) Desconoce

¿Qué se debe hacer cuando su niño tiene diarrea?

- a) Llevar al centro de Salud
- b) Acudir al curandero
- c) Dar medicación
- d) Esperar que se recupere solo
- e) Desconoce

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_ con  
DNI \_\_\_\_\_ declaro que he sido informado por el alumno  
LUIS CARLOS LOSSIO ZAMORA de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional  
de San Martín, sobre el trabajo de investigación titulado “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”, para optar el grado de bachiller de la  
carrera de Medicina de la Universidad Nacional de San Martín.

Objetivo del estudio: Determinar el nivel de conocimientos de madres de niños menores de  
5 años sobre medidas preventivas frente a enfermedad diarreica aguda. Hospital II-2  
Tarapoto, Julio – diciembre 2018. Participación: Mi participación será voluntaria y no será  
cohercionada. Riesgos: No se anticipan efectos ni riesgos negativos durante o después de  
mi participación en esta investigación. Beneficios: Los beneficios de esta investigación  
están orientados a brindar un panorama sobre el nivel actual de conocimiento. La  
confidencialidad y el anonimato: He recibido la seguridad de que el investigador va a  
mantener estrictamente en confidencialidad la información que comparto. El contenido  
será usado en el análisis cualitativo e interpretación de los resultados.

Participación voluntaria: Declaro que mi participación es voluntaria, no existiendo  
obligación ni presión, también declaro que después de empezar a participar, puedo detener  
mi participación, retirarme del lugar de la aplicación del cuestionario en cualquier momento  
y/o negarme a responder a cualquier pregunta, sin sufrir ninguna consecuencia negativa. Si  
opto por retirarme, toda la información que he suministrado hasta entonces se eliminará. Si  
tengo alguna pregunta sobre el estudio, puedo contactar al investigador.

Tarapoto...../...../ 2018

Firma: \_\_\_\_\_

Código Universitario: .....

**ANEXO 2. Formato para validar instrumentos por juicio de expertos.**

Ítem	CRITERIOS A EVALUAR										Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)	
	Claridad en redacción		Coherencia interna		Sesgos en el llenado		Comprensible para el investigador		Mide lo que pretende			
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No		
Sobre lavado de manos												
Sobre lavado de alimentos												
Sobre el lavado de agua												
Sobre el tener servicio de alcantarillado												
Sobre la vacuna												
Sobre la vacuna de rotavirus												
Significado de la Diarrea												
Causas de Diarrea												
Sobre signos de deshidratación												
Restricción de alimentos												
Uso de medidas en caso de diarrea												
Aptitud ante caso de diarrea												
<b>Aspectos Generales</b>									<b>Sí</b>	<b>No</b>	***** *	
el instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario												
Los ítemes permiten el logro del objetivo de la investigación												
Los ítemes están distribuidos en forma lógica y secuencial												
el número de ítemes es suficiente para recoger la información. en caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítemes a añadir												
<b>Validez</b>												
aplicable						no aplicable						
aplicable atendiendo a las observaciones												
Validado por:						Fecha:						
Firma:						e-mail:						