



ESCUELA DE POSGRADO

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Visita domiciliaria de enfermería para mejorar conocimientos de madres en la prevención y tratamiento de “iras-edas” en lactantes del puesto de salud comuche, 2018

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Br. MARIA ROXANA SÁNCHEZ VILLALOBOS

ASESORA:

Dra. Norma del Carmen Gálvez Díaz

SECCIÓN:

Ciencias Médicas

LÍNEA DE INVESTIGACION:

Calidad de las prestaciones asistenciales
y gestión del riesgo en salud

CHICLAYO - PERÚ

2019

DICTAMEN DE SUSTENTACIÓN



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

DICTAMEN DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

EL JURADO EVALUADOR DE LA TESIS TITULADA:

VISITA DOMICILIARIA DE ENFERMERIA PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS
DE MADRES EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE "IRAS -EDAS"
EN LACTANTES DEL PUESTO DE SALUD COMUCHE"

QUE HA SUSTENTADO DON (DOÑA):

MARIA ROXANA SANCHEZ VILLALOBOS
NOMBRES Y APELLIDOS

ACUERDA:

Aprobar por Unanimidad

RECOMIENDA:

Pimentel, 19 de enero de 2019

MIEMBRO DEL JURADO

PRESIDENTE: Dra. Mercedes A. Collazos Alarcón

SECRETARIO: MRE. Tania Ysely Mendoza Banda

VOCAL: Dra. Norma del Carmen Galvez Diaz

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Maria Roxana Sanchez Villalobos egresado (a) del Programa de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la Universidad César Vallejo SAC. Chiclayo, identificado con DNI N° 72757294

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE:

Soy autor (a) de la tesis titulada: "VISITA DOMICILIARIA DE ENFERMERÍA PARA MEJORAR CONOCIMIENTOS DE MADRES EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE "IRAS-EDAS" EN LACTANTES PUESTO DE SALUD COMUCHE, 2018. La misma que presento para optar el grado de: maestro en gestión en gestión de los servicios de la salud.

1. La tesis presentada es auténtica, siguiendo un adecuado proceso de investigación, para la cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.
2. La tesis presentada no atenta contra derechos de terceros.
3. La tesis 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 falsificados, ni duplicados, ni copiados.

Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente a LA UNIVERSIDAD cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la tesis así como por los derechos sobre la obra y/o invención presentada. En consecuencia, me hago responsable frente a LA UNIVERSIDAD y frente a terceros, de cualquier daño que pudiera ocasionar a LA UNIVERSIDAD o a terceros, por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar causa en la tesis presentada, asumiendo todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse de ello. Así mismo, por la presente me comprometo a asumir además todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse para LA UNIVERSIDAD en favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontraren causa en el contenido de la tesis.

De identificarse algún tipo de falsificación o que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo S.A.C. Chiclayo; por lo que, LA UNIVERSIDAD podrá suspender el grado y denunciar tal hecho ante las autoridades competentes, ello conforme a la Ley 27444 del Procedimiento Administrativo General.

Pimentel, 19 de enero del de 2019



MARIA ROXANA SANCHEZ VILLALOBOS
DNI: 72757294

DEDICATORIA

A Dios, por concederme la vida, por iluminar mi camino, por estar conmigo a cada paso que doy, cuidándome, dándome fortaleza para continuar y vencer los obstáculos.

A mi madre, por su gran amor y sacrificio, quien a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y mi formación profesional siendo mi apoyo en todo momento.

AGRADECIMIENTO

A las madres que participaron y por permitirme entrar a sus vidas privadas y el tiempo brindado durante el proceso de recolección de datos.

Al director del Centro de Salud Comuche por brindar las facilidades para hacer posible la presente investigación proyecto de tesis, ejecución y elaboración del informe.

Para todas aquellas personas que aportaron directa e indirectamente en la realización del presente estudio.

A la Dra. Norma del Carmen Gálvez Díaz, por brindarme su asesoramiento en la elaboración y desarrollo de mi tesis.

Maria Roxana

PRESENTACIÓN

Señores miembros del Jurado:

Se presenta la tesis titulada:” VISITA DOMICILIARIA DE ENFERMERÍA PARA MEJORAR CONOCIMIENTOS DE MADRES EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE “IRAS-EDAS” EN LACTANTES DEL PUESTO DE SALUD COMUCHE, 2018”; realizada de conformidad con el Reglamento de Investigación de Postgrado vigente, para obtener el grado académico de Maestro en salud con mención en ciencias médicas y gestión en salud.

El informe está conformado por seis capítulos: capítulo I, introducción; capítulo II, método; capítulo III, resultados; capítulo IV, discusión; capítulo V, conclusiones y capítulo VI, recomendaciones; además se incluye las referencias y el anexo correspondiente.

Se espera, que esta investigación concuerde con las exigencias establecidas por nuestra Universidad y merezca su aprobación.

Maria Roxana

ÍNDICE

DICTAMEN DE SUSTENTACIÓN	ii
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
PRESENTACIÓN	v
ÍNDICE	vi
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	1
1.1. Realidad problemática	1
1.2. Trabajos previos	4
1.3. Teorías relacionas con el tema	6
1.4. Formulación del problema	44
1.5. Justificación del estudio	44
1.6. Hipótesis	45
1.6.1. Hipótesis general	45
1.7. Objetivos	45
1.7.1. Objetivo general	45
1.7.2. Objetivos específicos	45
MÉTODO	47
1.8. Población y muestra	51
1.9. Técnicas e instrumentos de recolección de datos validez y confiabilidad	51
1.10. Métodos de análisis de datos	53
1.11. Aspectos éticos	54
III. RESULTADOS	55
IV. DISCUSIÓN	60
V. CONCLUSIONES	63
VI. RECOMENDACIONES	64
VII. REFERENCIAS	65

ANEXOS.....	68
CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	68
Cuestionario.....	69
VALIDEZ Y CONFIABILIDAD.....	75
Autorización de publicación.....	80
Acta de originalidad.....	81
REPORTE DE TURNITIN.....	82

RESUMEN

Se determinó la efectividad de las visitas domiciliarias de Enfermería en los conocimientos de madres en tratamiento y prevención de IRAS-EDAS en lactantes del Puesto de Salud Comuche, 2018, la población y la muestra estuvo conformada por 100 madres de lactantes del puesto de salud de Comuche en Cajamarca. La información se recogió mediante un cuestionario que fue validado por juicio de expertos, y la prueba estadística de fiabilidad utilizada fue la de Alfa de Cronbach (0.873) y un laboratorio. Los instrumentos, fueron procesados con la ayuda del software estadístico SPSS versión 21, obteniéndose que, que, el valor de la prueba t estudent para muestras relacionadas es altamente significativo ($p < 0,01$). Llegando a la conclusión; que, las visitas domiciliarias de Enfermería fueron efectivas en los conocimientos de madres con respect al tratamiento y prevención de IRAS-EDAS en lactantes del Puesto de Salud Comuche, 2018. En todo momento se tuvo en cuenta los principios

Palabras clave: visitas domiciliarias, enfermería, tratamiento, prevención, IRAS, EDAS.

ABSTRACT

The effectiveness of nursing home visits was determined in the knowledge of mothers in treatment and prevention of IRAS-EDAS in infants of the Health Post Comuche, 2018, the population and the sample consisted of 100 mothers of infants from the health post of Comuche in Cajamarca. The information was collected through a questionnaire that was validated by expert judgment, and the statistical reliability test used was that of Alfa de Cronbach (0.873) and a laboratory. The instruments were processed with the help of the statistical software SPSS version 21, obtaining that, the value of the t test for students for related samples is highly significant ($p < 0.01$). Concluding; that, nursing home visits were effective in the knowledge of mothers regarding the treatment and prevention of IRAS-EDAS in infants of the Comuche Health Post, 2018.

Keywords: home visits, nursing, treatment, prevention, IRAS, EDAS

INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática

Las Infecciones Respiratorias Agudas son la primera causa de morbimortalidad de los niños de 1 a 4 años en América Latina, se define a todas las infecciones del aparato respiratorio, desde la nariz hasta los alveolos (incluyendo los oídos) con una duración menor de 15 días. Las IRA son las causas más frecuentes de morbilidad y de consulta médica. A ellas se deben entre dos y tres millones de muertes de niños menores de cinco años en el mundo Ramírez, (2015).

Las enfermedades de diarrea aguda (EDA) constituyen la primera causa de mortalidad en niños menores de cinco años en países en vías de desarrollo y es una de las principales causas de malnutrición. La pobreza y los problemas de inseguridad alimentaria afectan a muchas personas en el mundo, sobre todo en países en desarrollo donde garantizar una calidad y cantidad de alimentos adecuados, se torna difícil cada vez más, debido a los diversos problemas económicos y sociales por los que éstos atraviesan. En el ámbito mundial, de un total de 6000 millones de habitantes casi la mitad son pobres y la quinta parte vive en pobreza extrema, junto a la pobreza que impide comprar los alimentos están también los inadecuados hábitos de alimentación, la falta de conocimientos e información en la preparación de los alimentos como, importantes aspectos a tener en cuenta en la prevención de EDA, sumándosele además, la introducción de leche artificial o fórmulas lácteas precoces, la ablactación incorrecta y la presencia de riesgo socio ambiental como el hacinamiento, presencia de animales domésticos y género de vida inadecuado con agua no potable, sin hervir y no adecuado desagüe de residuales sólidos entre otros (Gutiérrez et al., 2014).

Esto implica a que las madres con lactantes, deben tener un nivel de conocimiento adecuado para lograr prevenir las IRAS y las EDAS en su lactante, donde el personal de enfermería, juega un papel importante en su visita domiciliaria de dichas madres, son ellas quienes brindan sus

conocimientos a las mamás para que enriquezcan sus conocimientos sobre dichas enfermedades.

En los últimos años la Organización Mundial de la Salud OMS (2015) no difunde estadísticas de las IRAS, pero si prioriza a las Neumonías entre las infecciones respiratorias agudas como la principal causa individual de mortalidad infantil en todo el mundo. Se calcula que la neumonía causó la muerte a unos 922 000 niños menores de 5 años en 2015, lo que supone el 15% de todas las defunciones de niños menores de 5 años en todo el mundo.

El periodo de incubación de las IRAS, es de corto plazo, es decir de 1-3 días, esto se debe a que principalmente el órgano que se ve afectado por las IRAS es la misma mucosa respiratoria, que sirve como entrada a este tipo de infecciones. El contagio se da por las vías aéreas, a través de partículas de saliva o a través de objetos que han sido manipulados por otras personas y han dejado secreciones. La infección se propaga en las vías respiratorias hacia las regiones cercanas, sin necesidad de pasar por la sangre. La replicación viral en una puerta de entrada abierta hacia el exterior explicaría su alta contagiosidad (Meneghello 2014).

La Organización Mundial de la Salud da a conocer los componentes fundamentales del proceso salud-enfermedad; Esto ha permitido situar en su contexto los factores psicosociales como determinantes básicos del origen, mantenimiento, evolución y pronóstico tanto de la salud como de la enfermedad. Tal enunciado conduce a entender que la salud y la enfermedad como proceso se configuran en los contextos biológicos, psicológicos y sociales, por lo que un abordaje sesgado hacia uno de los tres determinantes brindaría una perspectiva limitada y desarticulada entre el mundo psicosocial y biológico y nos separa de un lenguaje común que pueda explicar la influencia del contexto social sobre la enfermedad y de la enfermedad sobre el contexto social. En este contexto la prevención de

algunas enfermedades como la diarrea se tiene que investigar (Organización Mundial de la Salud, 2013).

Se entiende por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) todo proceso mórbido, cualquiera que sea su causa, que tiene ente sus síntomas más importantes las diarreas y se puede acompañar o no de trastornos hidroelectrolíticos y del equilibrio ácido – básico. La definición precisa de diarrea es difícil de decir, ya que la frecuencia y calidad de las deposiciones varían de acuerdo con patrones socioeconómicos y culturales establecidos en las distintas regiones donde los hábitos alimentarios y las condiciones higiénicas desempeñan un papel fundamental. La diarrea se puede definir como un aumento en el volumen del número usual de deposiciones, un aumento brusco del número de estas o un cambio en su consistencia, pero se debe destacar que es consistencia más que el número de las deposiciones lo más importante en esta definición Collado, (2014).

Según un estudio elaborado en Arequipa, sostuvo que el 85% de madres adquirieron conocimiento medio o bajo sobre prevención de IRAs, así mismo el 49,3% demostraron prácticas incorrectas. Al socializar con las madres, se evidencio la presencia de enfermedades relacionadas con el desabrigo, el enfriamiento, también en las consultas expresan he traído a mi niño porque hace días que no le mejora la tos, mi hijito siempre se enferma de gripe; concerniente a las practicas afirman cuando mi bebé se enferma le doy miel de abeja, mi mamá me dijo que cuando mi niño tiene tos le frote la espalda con mentol (Aranda 2017).

En esta investigación se permitirá evaluar el impacto de la visita domiciliaria en en el puesto de salud comuche sobre la prevención y tratamiento de IRAS-EDAS en lactantes en la medida que se realiza una medición antes de aplicar la visita domiciliaria integral y otra medición después de la culminación de las visitas programadas.

Con la visita domiciliaria se logrará Fortalecer el conocimiento de las madres en prevención y tratamiento de IRAS-EDAS en lactantes del puesto de salud Comuche en la identificación de los factores de riesgo y determinantes sociales que afecten negativamente el desarrollo, así también, la identificación y promoción de los factores protectores que favorecen el desarrollo infantil.

Con la visita domiciliaria como herramienta de apoyo para enfermería se buscará lograr recuperar a los lactantes en prevención y tratamiento de IRAS-EDAS, permitiendo complementar la orientación realizada en el control de crecimiento y desarrollo y de esta manera contribuir a disminuir los casos de IRAS-EDAS presentados en el puesto de salud Comuche.

Por último, Las visitas domiciliarias, será un medio para que los profesionales de salud interactúen con las familias de Comuche, siendo el hogar un ambiente ansiado para trabajar con dichas familias porque ofrece la oportunidad de observar las interacciones familiares, los patrones de adaptación, prácticas de crianza y los estilos de vida. Las familias de Comuche aparecen en su aspecto más natural dentro de su espacio familiar.

1.2. Trabajos previos

En Ecuador, **Cueva, A. (2011)**; en su tesis nivel de conocimiento, actitudes y prácticas (cap) de las medidas preventivas de las enfermedades prevalentes de la infancia (aiepi) de las mujeres de la comunidad de primavera uksha, perteneciente a la Provincia de Imbabura. Llego a las siguientes conclusiones: Las madres de esta comunidad tienen claro que, ante la diarrea, lo importante es hidratar a su hijo y no dar lácteos ni derivados, pero falta el conocimiento sobre la preparación del suero oral casero ya que al producirse una diarrea no solo se pierde líquidos si no también electrolitos, los mismos que son importantes para el adecuado funcionamiento del organismo. En el caso de fiebre las madres reconocen los signos y principales problemas que origina a la fiebre, pero al

preguntarles el tratamiento sobre esta, mencionaron que no llevaban al niño al doctor ya que es un problema común y generalmente se curan solos. Respecto a la anemia, las madres identifican aún que no claramente cuando su hijo está con este deterioro nutricional, pero no tienen bien claro cuáles son los alimentos ricos en hierro para tratar de eliminar la anemia. En Perú, **Cabel (2014)** en la ciudad de Lima, en el año 2014, realizó un estudio de investigación titulado conocimiento de las madres de familias sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años en el asentamiento Humano la Huaca Santiago de Surco con el objetivo de describir los conocimientos que tienen las madres sobre las medidas preventivas de la EDA. Determinar la relación que existe entre los conocimientos que tienen las madres de familia que habitan en el AAHH objeto de estudio y la presentación de la EDA. La población estuvo conformada por 70 madres, llegando a la conclusión que gran porcentaje de las madres encuestadas desconocen cuáles son las medidas preventivas de las EDA a los niños menores de 5 años requiriendo con urgencia de una educación sobre estos aspectos .

Rodriguez, R y Cornejo, A. (2014) en la ciudad de Lima. En su estudio titulado Conocimientos y cuidados en el hogar que brindan las madres de niños menores de cinco años con infección respiratoria aguda que acuden al Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui tuvieron el objetivo de determinar los conocimientos y cuidados en el hogar que brindan las madres de niños. Estudio cuantitativo descriptivo. Tuvo una muestra de 58 madres, concluyendo que la mayoría de madres conocen los síntomas iniciales de la IRA, pero son pocas las que reconocen los signos de alarma así mismo la mayoría de las madres realizan cuidados adecuados siendo algunos riesgosos para el niño.

A nivel regional **Palacios (2014)** en Lambayeque, realizó el trabajo de investigación “Factores predisponentes de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años del distrito de Moche – Lambayeque, durante el periodo agosto - diciembre 2007”, el objetivo general del presente estudio

fue determinar los factores que predisponen a las enfermedades diarreicas agudas, para lo cual se realizó un ex post facto, utilizando estudios realizados en diferentes partes del país y las prevalencias obtenidas, la población estuvo formada por 40 familias que presentaran niños menores de 5 años, en los que la mayoría de los factores de saneamiento básico y de higiene son los responsables del número de episodios de diarreas en sus niños, por lo cual concluye que los factores ambientales y de higiene son determinantes en que los niños menores de 5 años contraigan enfermedades diarreicas agudas .

1.3. Teorías relacionadas con el tema

Teoría de la Diversidad y de la Universalidad de los Cuidados Culturales de Madeleine Leininger. La cultura representa los modos de vida sistematizados y los valores de las personas que influyen en sus decisiones y en sus acciones.

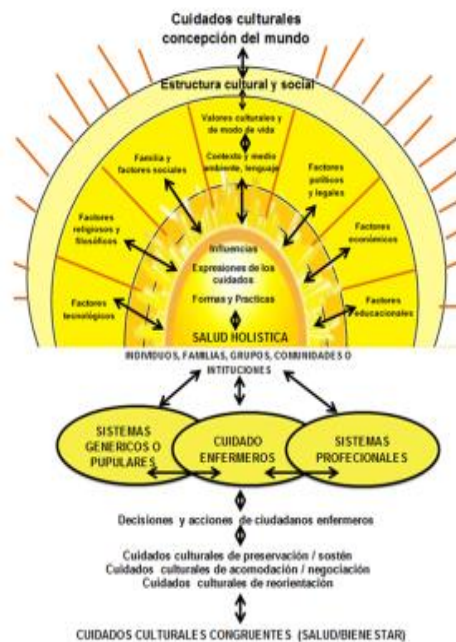
Leininger define la enfermería transcultural como un estudio comparativo y el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados; la expresión, las creencias de la salud, la enfermedad y el modelo de conducta (Leininger, 1995).

El propósito de su teoría es descubrir ciertas particularidades y universalidades; es decir, lo común de los cuidados que ejercen las personas sobre sus descendientes, según la concepción que tienen del mundo, la perspectiva social y otras dimensiones, para después optar por cuidados culturalmente congruentes con determinadas concepciones culturales, creencias, costumbres, ideologías, etc. Y por ende mantener o recuperar el bienestar de su salud de manera adecuada. Leininger menciona en su teoría, que la enfermería transcultural tiene la capacidad para desarrollar el saber y la práctica en el cuidado de enfermería realizando acciones basados en los estilos de vida y según la cultura de cada persona, familia o comunidad; de manera que la atención sea más efectiva, satisfactoria y coherente. Así, los pacientes se sienten satisfechos

porque reciben una buena atención, lo que se transforma en una fuerza de recuperación de la calidad de la salud(Leininger, 1995).

En su teoría Leininger formula cuatro principios, uno de ellos propone tres modos de acción y decisión con base cultural; el primero corresponde a la preservación y mantenimiento de los cuidados culturales; el segundo es la acomodación o negociación de los cuidados culturales y el tercero es la reorientación o reestructuración de los cuidados culturales.Estos modos, para la teórica, son factores clave para llegar a un cuidado coherente, seguro y significativo (Leininger, 1995).

Modelo del Sol naciente de Leininger



Fuente: (Leininger, 1995)

Este modelo representa los componentes que debe abordar los cuidados culturales de enfermería, en el cual los patrones y prácticas sobre la salud y enfermedad están influenciados por los factores religiosos, sociales, políticos, económicos, culturales, educativos, etc., mediante el contexto del entorno lengua y etnohistoria en el que se desarrolla la persona. Estos componen la mitad del sol que a su vez ejercen influencia sobre los

cuidados genéricos, profesionales y enfermeros, actuando este último, como puente entre los dos anteriores; a partir de ahí se toman decisiones y acciones para brindar cuidados transculturales para así poder aplicar los tres modos (preservación, adaptación y reorientación), lo que va significar que la enfermera va a realizar un cuidado coherente con la cultura para la salud, el bienestar o la muerte. Leininger, resalta en el modelo del sol naciente que los seres humanos, como entes, no pueden separar su procedencia cultural y estructura social de la concepción del mundo, trayectoria vital y el contexto de su entorno; esto viene a ser un principio fundamental para la teórica (Leininger, 1995).

Según, Marriner, A. & Raile, M. (2007), mencionan que; La importancia de aplicar la teoría de Madeleine Leininger en la consejería nutricional que brinda la enfermera a la madre, radica en que inicialmente se valoren los patrones culturales de la madre, luego se incorporen los tres modos de acción sin obviar la realidad o entorno social de donde proviene, para mantener un cuidado culturalmente asertivo, completo y de calidad.

Respecto a las propuestas del cuidado transcultural que plantean Bárbara Kozier en un capítulo de su libro y la teórica Madeline Leininger, mantienen una concordancia en el hecho de incorporar las costumbres y hábitos, que son producto del bagaje cultural de la persona, familia y comunidad, para formar parte de la atención de enfermería orientado al mantenimiento, la negociación y reestructuración de los cuidados culturales. De esta manera se logrará asegurar una atención de calidad y un trabajo culturalmente diverso Marriner, A. & Raile, M. (2007).

1.3.1 IRAS – EDAS

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) son enfermedades infecciosas Del aparato respiratorio, ocasionadas por distintos microorganismos como bacterias y virus que se desarrollan en forma inesperada durando aproximadamente 15 días y que en algunas ocasiones se transforman en

neumonía. Estas infecciones son muy habituales a nivel mundial y así mismo, muy alcanzado en nuestro territorio peruano. En su mayoría, desde un simple resfriado pueden complicarse y atentar contra la existencia del infante menor de 5 años. Estadísticamente, los casos se han dado hasta un 95% a consecuencia de virus y un mínimo porcentaje de los casos fueron causados por sinusitis, otitis y neumonía (Aranda, 2017).

Se definen como aquellas infecciones del aparato respiratorio, causadas tanto por virus como por bacterias, que tienen una duración menor a 15 días y que se manifiestan con síntomas relacionados con el aparato respiratorio tales como tos, rinorrea, obstrucción nasal, odinofagia, disfonía o dificultad respiratoria, acompañados o no de fiebre, la rinitis, la faringitis, y la otitis media aguda son los cuadros más frecuentes; y por lo general, estos cuadros son de origen viral, las infecciones respiratorias agudas constituyen una de las preocupaciones de salud pública más importante para los niños de 0 a 5 años y están catalogadas como las primeras 5 causas de mortalidad (Morales, 2014).

La Infección Respiratoria Aguda (IRA) en infantes menores de 5 años, ocasiona en nuestro país una importante responsabilidad sobre esta enfermedad, con una alta prevalencia de morbilidad grave y una alta mortalidad, con unos costos sociales y económicos muy importantes, constituyen un complicado conjunto de malestares, producidas por varios causantes como: bacterias o gérmenes virales que perjudican a las vías respiratorias, en un tiempo menor a 15 días progresivamente, causando problemas para respirar, catarros y tos (Morales, 2014).

Las Infecciones Respiratorias Agudas, además de ser una causa que representa la morbilidad más alta diariamente a nivel mundial, indica que existe deficiencias en los proyectos para la promoción de la salud, Así mismo, existe deficiencia en los equipamientos de los servicios de salud, deficiencia de personal médico y otros profesionales de la salud. En efecto, estas deficiencias limitan la eficiencia en la atención integral del paciente y así poder controlar las tasas de mortalidad y morbilidad. Hay que destacar, que son más visibles en las regiones de nuestro país de la sierra y selva

sobre todo en los meses de mayo hasta agosto que son los meses con mayor frío ocasionando gran cantidad de casos de IRAs; por lo general, son graves y a esto se incluye el estado nutricional de la población, situación de vivienda y saneamiento, conocimiento sobre las IRAs y capacidad de respuesta de los establecimientos de salud (OPS/OMS, 2014).

Las Infecciones Respiratorias Agudas son enfermedades que afectan desde los oídos, nariz, garganta hasta los pulmones y no se necesita de antibióticos para curarlas, además, no duran por más de 2 semanas. Si bien es cierto, estas enfermedades no solo afectan a los niños, sino también a las personas mayores y a las mujeres embarazadas a las que generalmente, compromete a su Sistema inmunológico. Estas enfermedades son muy frecuentes producidas por virus y bacterias, las que son responsables de generar cuadros más graves Como la influenza, bronquitis y neumonía y esto conlleva de una forma repentina a la mortalidad (OPS/OMS, 2014).

Etiología

Las Infecciones Respiratorias Agudas son ocasionadas mayormente por virus, bacterias o parásitos, que pueden ser transmitidas de persona a persona por medio de gotitas de fluye al momento de toser o estornudar. Los virus ingresan al organismo por la boca, nariz y ojos, especialmente, cuando las personas enfermas o portadoras de IRA o influenza expulsan gotitas de fluye al toser o estornudar frente a otra sin tomar medidas de bioseguridad. Las bacterias pueden clasificarse: Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Parainfluenza, Influenza, Syncitial Respiratorio, Coxsackie. A pesar de que unos logren conmovier diferentes grados en la fosas nasales, cada individuo extiende a causar un síntoma polio, lo que admite diferenciarlos clínicamente (Gonzalez, 2016).

Las Infecciones Respiratorias Agudas como ya hemos mencionado, que pueden causar la muerte sobre todo en niños menores, se ha visto también que los agentes bacterianos afectan a la comunidad entre ellos están: el streptococcus pneumoniae, el haemophilus influenzae y el staphylococcus aureus. Así mismo, se ha encontrado otras bacterias tales como: el micoplasma pneumoniae, las clamidias y las ricketsias; así también como

hongos que pueden verse involucrados en las IRAs. Para el examen de las Infecciones Respiratorias Agudas, se ha establecido cuatro aspectos muy importantes: La existencia de factores de riesgo, mortalidad, morbilidad y calidad de atención de salud (OPS/OMS, 2014).

Clasificación de la IRA

Están clasificadas en: IRA leve, IRA moderada, IRA grave, Según el Manual de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la niñez (AIEPI), estas pueden estar o no asociados con fiebre o presentar otros signos y síntomas OPS/OMS (2014).

a. IRA leve:

Se determina por mostrar tos sin exportación y FR: menor de 50x´.

b. IRA moderada:

Tos mucosidad amarillenta o verdosa, con flema, estornudos y tos, FR: 50 a 70x´menor, sin tiraje, dolor de garganta, falta de apetito, nariz tupida, fiebre, secreción nasal, dolor de oído, escalofríos con temblores (Tarazona & Moreno, 2013).

c. IRA grave

Presenta la respiración rápida o dificultad para respirar, se hunde su pechito o el estómago cuando respira, en particular entre las costillas, o se escucha un silbido, taquipnea Fr: mayor de 70x´, inapetencia (falta de apetito), baja energía y fatiga, sudoración excesiva y piel pegajosa (Tarazona & Moreno, 2013).

Privación de la lactancia materna

Es muy esencial en los infantes el alimento de la leche materna que ayuda al desarrollo sensorial y cognitivo protegiendo al niño de padecer enfermedades infecciosas o crónicas. Así mismo, la leche materna ayuda a reducir enfermedades prevalentes que pueden con llevar a la mortalidad del niño; además, ayuda en su recuperación rápida de las enfermedades. Numerosas investigaciones han probado que las madres y los cuidadores necesitan apoyo permanente para dar inicio y hacer permanecer las prácticas adecuadas en la lactancia materna (OMS, 2018).

b. Factores ambientales

- Factor climático e incidencia estacional

El calentamiento global se está haciendo más evidente ahora, es altamente

Probable un aumento de niños con enfermedades comunes en las urgencias de los hospitales. Los niños son más vulnerables a los cambios del clima que una persona adulta porque pueden regular menos su cuerpo con los cambios de temperatura, el mecanismo de regulación térmica del cerebro está menos desarrollado, son aquellos agentes que modifican el comportamiento de los elementos climáticos y su interacción, presencia e intensidad y determinan las características particulares de varios tipos de climas existentes (Romero, 2017).

Vivienda y Hacinamiento

La vivienda es un espacio esencial y apropiado en el cual forma parte del ser humano donde recibe abrigo, protección, alimentación, educación y salud. Por otro lado, el hacinamiento es un lugar que se caracteriza por el amontonamiento de individuos que muchas veces son el caso de una familia entera que pasan mucho tiempo dentro del mismo ambiente, poniendo en riesgo la salud sobre todo de los infantes, dado que, limita a comodidades, seguridad e higiene. No tener una vivienda adecuada perjudica a que los infantes puedan disfrutar cómodamente de una protección, abrigo, educación y sobre todo de alimentación. La instalación de agua y servicios de saneamiento son claves en un lugar habitacional (Raineri et al., 2015).

Contaminación atmosférica

La contaminación atmosférica, afecta directamente a la salud de los niños. Según estudios han revelado que la contaminación atmosférica está íntimamente vinculada a enfermedades respiratorias como la neumonía, el asma, la bronquitis, entre otras, esto ocasiona que los niños tengan impedido el asistir a sus escuelas y afecten su desarrollo físico y cognitivo. Por consecuencia, pueden durar toda la vida si estas

enfermedades no se tratan a tiempo (UNICEF, 2016).

Contaminación ambiental por humo de tabaco

La exposición por humo de tabaco en el ambiente, daña directamente a los niños quienes son los que inhalan más directo que los adultos. El mayor riesgo se da cuando los niños inhalan el humo en sus hogares, ocasionando tos crónica, deficiencia en el desplazamiento de los pulmones, episodios de asma, bronquitis, neumonía y otitis. Así mismo, aumenta el riesgo de sufrir el síndrome de muerte súbita del infante (se da mayormente cuando el niño tiene un año de edad) ya que es más riesgoso si la madre en gestación fuma, el humo contiene gran cantidad de sustancias cancerígenas como el benceno, el polonio, el plomo, el monóxido de carbono, y otras sustancias que están mezcladas en el alquitrán, durante la edad infantil puede incrementar el riesgo de sufrir problemas cardiovasculares y cáncer (MINSA, 2018).

c. Factores demográficos

La edad es una etapa muy importante en los infantes porque es el momento más afectivo y emocional. A medida que el infante suma su edad, desarrolla su estado psicomotriz, habilidades y niveles altos de agilidad. El infante por lo general disfruta jugar en familia, con sus amiguitos o sus maestros en diferentes actividades como correr a patinetas, bicicletas, pelota, muñecas, skyboard o como también cantar, realizar manualidades como origamis entre otros que forman parte de los desafíos del infante y se sienta superados. Respecto a la mortalidad en la niñez, la OMS forma parte del grupo Interinstitucional para las estimaciones sobre la mortalidad en la niñez, que actualiza anualmente valoraciones de niños menores de 1 año, y niños menores de 5 años para el UNICEF, la OMS y otros organismos internacionales. Además de armonizar las apreciaciones de mortalidad en los infantes menores de 5 años, utilizadas por sus miembros. Las tasas de mortalidad en los infantes, miden la supervivencia infantil y reflejan las condiciones sociales, económicas y ambientales en las que viven los niños y otros miembros de la sociedad, incluida de la protección de la salud que

reciben (OMS, 2016).

Tratamiento de la IRA

a. IRA leve

Medidas de apoyo

- Una de las formas de prevenir y curar la deshidratación se debe realizar la hidratación oral, donde la madre tendrá que proveer al niño gran cantidad: agua, anís, jugo, leche y/o líquidos que le sean necesarios para lograr su estado normal del niño (Tarazona & Moreno, 2013)

- En el caso de la temperatura elevada mayor a 37°C (fiebre) y el dolor, se tomará control a través de medios físicos como: pañitos de agua tibia, alcohol, no exponer al aire libre. Ahora, si la fiebre es superior a 38.5°, administrar 2 gotas de Paracetamol (Panadol) por kg. Peso corporal/6h en infantes mayores de 2 años, administrar 1 cucharada c/6 h. (Tarazona & Moreno, 2013).

- Para descongestionar la nariz del niño, utilizar 1 gota de suero fisiológico en cada fosa nasal, entre otros, agua pura fría, agua de manzanilla según sea necesario hasta lograr descongestionar la nariz del niño. A su vez, por higiene y cuidado oportuno, se debe mantener limpio cada fosa nasal con la ayuda de papel o gasa limpia (Tarazona & Moreno, 2013).

Mantener los oídos limpios con la ayuda de hisopos de algodón humectados con agua tibia.

- Brindar sesiones educativas a la madre sobre la alimentación adecuada del niño, la prioridad de llevar al niño a un Puesto de Salud más cercano en caso de que sea grave y evitar poner en riesgo su salud, no auto medicar al niño sin receta médica indicada, esto puede llevar al niño que sufra efectos adversos no esperados (J. Rodríguez & Requenes, 2016).

b. IRA moderada

En este caso, las medidas de apoyo son idénticas a las de las IRAs leve

- Tratamiento antibiótico o quimioterapéutico:

Según la administración médica oral, la dosis a administrar Penicilina, G. sódica en infantes menores de 1 año, es de 50,000 UI/kg/día, en infantes a partir de 1 año, se administrará 300.000 UI y en infantes de 1-4 años de

edad se administrará 600.000UI I.M. el niño será monitoreado durante las 48 horas, si hay recuperación, se le evaluará y se le dará de alta. En caso que el infante no recupere, si tiene 1 año de edad, se le administrará trimetropin-sulfametoxazol 20mg/100mg. 1tableta C/12 horas durante 5 días. Si el infante tiene edad de 1 a 4 años, se le administrará 2 tabletas pediátricas c/12h durante 5 días, luego se retoma a monitorear y si el niño mejora y está reestablecido, se le expide la autorización médica o caso contrario, se le trasladará a un Puesto de Salud de superior complejidad y será considerado IRA grave (Tarazona & Moreno, 2013).

c. IRA grave

- Tratamiento médico
- Atención local en los hospitales de apoyo o Institutos
- Tipo de guía hospitalaria
- Tratamiento de apoyo: Según el tipo de IRA, soporte nutricional, bebidas y electrolitos endovenosos, evaluaciones generales de soporte y necesidades psicofísicos, procedimiento antimicrobiano específico y control de casos de riesgo (J. Rodríguez & Requenes, 2016).

Prevención de la IRA

La prevención de la IRA ayudará a mantener un ambiente saludable de tal manera que las familias puedan vivir libres de estar riesgo con las infecciones respiratorias, sin embargo, los padres no deben descuidar ante cualquier síntoma de alarma Como fiebre, no tener hambre o dificultad para respirar. No obstante, la automedicación puede ocasionar mayores problemas en la salud del infante, y es por ello que se debe acudir a una cita médica con profesionales de salud (Ames, 2014).

Los factores y su afectación de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs)

están compuestos por

a. Inmunizaciones

Mediante las vacunas BCG, Pentavalente, Neumocócica, DPT, Influenza, aplicadas en el primer año de existencia según las reglas determinadas; estas dan protección y ayudan a incrementar la resistencia del infante (González, 2016).

La dosis de la vacuna contra el neumococo, son 3 dosis: A los 2 meses, luego a los 4 meses y finalmente cuando el niño cumpla 1 año de edad (MINSA, 2015).

b. Control de crecimiento y desarrollo

El crecimiento de un infante es un desarrollo que se da en el interior de su organismo, y consiste en el aumento del número y tamaño de sus células. Este crecimiento puede ser medido por el peso, la longitud o talla de su cuerpo y por el tamaño del contorno de su cabeza. Una alimentación adecuada es fundamental durante toda la etapa del crecimiento, teniendo como propósito vigilar el crecimiento y desarrollo del infante descubriendo a tiempo los síntomas de patología mediante diligencias consecuentes, periódicas y mensurables (González, 2016).

c. Lactancia materna

En la alimentación y lactancia materna, es básico que la madre lleve una correcta alimentación, no sólo para producir leche, sino también para poder tener la energía suficiente para realizar todas las actividades físicas requeridas para el cuidar de nuestros bebés. La leche materna es el único alimento fortalecido para los bebés, según estudios que han demostrado su importancia para poder prevenir las enfermedades respiratorias y que los bebés debieran ser amamantados hasta por los menos los 6 primeros meses de vida (OPS/OMS, 2014)

e. Control del ambiente doméstico

Un desarrollado número de exposiciones al ambiente han sido relacionadas con IRAs y dificultad en su desarrollo del infante. Tanto en países con industrias, aire contaminado, tanto como dentro o fuera del hogar, incrementa el riesgo de IRAs, juntamente a otras causas como falta de acondicionamiento de habitaciones, limpieza y otras conductas desfavorables que no ayudan a la salud del niño (Escamilla, 2013).

Para la prevención de las IRAs, se debe intervenir durante todos los meses del año, de forma general, incluyendo permanentemente, los programas de vacunación a la comunidad que se encuentra en riesgo sobre todo la salud del niño menor de cinco años, considerando también el factor del clima en

temporadas de frío. A su vez, desarrollar sesiones educativas a los pobladores en las mejoras de sus hogares y condicionamiento que son determinantes principales de la salud (OPS/OMS, 2014).

f. Participación de la madre en la prevención de la IRA

En relación a la colaboración en el cuidado de los infantes dentro de una comunidad, ocupa un papel primordial en el control de la morbilidad de la IRA, mediante la ejecución de medidas preventivas, el optar por remedio Caseros, rituales mágico-religiosos y experiencias de auxilio de salud que algunas veces accede al empleo de medicamentos. La mamá juega un papel importante en la decisión de socorrer a su niño llevándolo al médico o a un Puesto de Salud más cercano. En tal sentido, se considera el grado de educación de la mujer es considerada como la fuente primordial para que el infante muera o siga viviendo (Tarazona & Moreno, 2014).

g. Participación del profesional de enfermería en la prevención de la IRA.

La enfermera como profesional de salud cumple un rol muy importante en el cuidado de la salud porque debe formar una cultura de salud en las personas para que puedan saber proceder ante un suceso de enfermedad, y puedan colaborar en asistir a los programas de prevención y control de enfermedades; siendo así, poder disminuir la morbi-mortalidad infantil, mejorar la salud para tener una mejor calidad de vida o sobrellevar una enfermedad y poder convivir con ella (Gonzáles, 2016).

Por otro lado, la enfermera va experimentando mediante la práctica participando activamente en cada procedimiento de atención primaria al paciente siguiendo todas las fases de la enfermedad ayudando al enfermo que no puede valerse por sí mismo, curar a quien no puede curarse por sí solo y/o cuidar a quien no puede cuidarse así mismo (Villarruel, 2012). Cualquiera fuera la forma en los cambios que hay que decidir para tener un mejor hábito de vida que ayude cuidar la salud y prevenir las enfermedades,

debemos tomar conciencia que somos pasajeros en esta tierra y que debemos educarnos más en la salud para poder transmitir a las demás generaciones y evitar que caigan en conductas erradas que más tarde se tornen en lamentos (González, 2016).

La enfermera asume la responsabilidad de cumplir su rol en la prevención y promoción de la salud, aportando en la detección precoz de las enfermedades y así llevar un control en el tratamiento adecuado en el lugar de atención ya sea en el mismo Puesto de Salud o en la vivienda (Tineo,2017). La orientación de promoción de la salud y el MINSA con la colaboración de la OPS/OMS conocieron las recomendaciones claves, se diseñaron los dibujos para la región de la selva, se trazó y se validó el material a través de conjuntos focales con la localidad y en coordinaciones con el personal de salud local. El material transmitido comprendió rotafolios para los funcionarios comunitarios especiales para la región de la sierra y selva, cartillas para los agentes comunitarios, direcciones locales e entidades educativas con programas y capacitaciones para la sierra y selva (OPS/OMS, 2014).

Aspectos culturales sobre prácticas de prevención de la IRA

a. Cultura de la salud

Es un método de símbolos que es colaborado, estudiado y emitido por medio de las reproducciones de un grupo social. Es de suma importancia considerar los talentos culturales en dichos conjuntos generales en donde se procura interponer para obtener cambios conductuales, dado que los vecindarios de las zonas urbanas marginales en su totalidad están determinadas por migrantes de las distintos territorios del país donde guardan consigo modelos culturales arraigados (González2016).

Enfermedad diarreica aguda (EDA)

Es toda enfermedad en la cual la diarrea es el síntoma mayor acompañado de distintos grados de deshidratación que afectan principalmente a los niños menores de 5 años dentro de ellos a los niños entre 0 y 36 meses de

edad (Organización Panamericana de Salud, 2014)

La diarrea se define como un cambio súbito en el patrón de evacuación intestinal normal del individuo, caracterizado por un aumento en la frecuencia o disminución en la consistencia de las deposiciones. Para ser considerada como aguda, su aparición debe tener menos de tres semanas. La causa más importante y frecuente de EDA es la infección entero-cólica con respuesta variable en los enfermos; algunos manifiestan cuadros graves, otros síntomas moderados y otros son asintomáticos (Quispe, 2011)

La diarrea es un mecanismo de defensa o de respuesta del organismo frente a un agente agresor, se entiende por diarrea al aumento en el número y cambio en la apariencia y consistencia en las deposiciones (VADEMECUM, 2011)

En el Perú según las estimaciones del 2005 se registraron alrededor de 1600 muertos por esta enfermedad cada año en niños menores de 5 años de edad de ellos aproximadamente el 65% de estas muertes ocurren en el primer año de vida finalmente, la diarrea es responsable del 12% de las muertes infantiles del Perú. La enfermedad diarreica es también un contribuyente importante del problema de la malnutrición infantil. esto ocurre principalmente por disminución de infestando alimentos durante y después de la diarrea y en menor medida por absorción reducida de nutrientes; también refleja la demanda incrementada de nutrientes que ocurre durante las infecciones. La enfermedad diarreica aguda es de naturaleza fundamentalmente de origen infeccioso. En los últimos 10 años además de los conocimientos entero patógenos (Salmonella, Shigella, Vibrio choleare, Campylobacter y *E. coli*) se ha podido estudiar y detectar a otros agentes causantes de diarreas agudas como rotavirus, campylobacter y *E. coli* productoras de entero toxinas. Entre los parásitos y amebas que prevalecen en ciertas regiones geográficas de nuestro país, se debe considerar la giardias y el criptosporidium como posibles agentes causales de diarrea. La *E. coli* productora de entero toxinas y rotavirus son

responsables de cerca del 60 % de las diarreas acuosas infantiles, en tanto que *Shigella* y *Campylobacter* son responsables de cerca del 60 % de las diarreas disintéricas (Klaus, 2015).

Fisiopatología de la diarrea. La diarrea se debe al rápido movimiento de materia fecal a través del intestino grueso. La infección afecta al intestino grueso y parte distal del íleon, la mucosa de la región infectada se irrita y su ritmo de secreción aumenta. También aumenta la motilidad intestinal, grandes cantidades de agua, electrolitos y moco alcalino arrastran los gérmenes hacia el ano. Se producen movimientos de propulsión, la diarrea arrastra los factores irritantes y después de un periodo de tiempo y tratamiento adecuado se da la rápida recuperación de la enfermedad (Ministerio de Salud, 2010)

La diarrea se produce cuando el volumen de agua y electrolitos que se presenta en el colon excede su capacidad de absorción por lo que se elimina en forma aumentada por las heces. Esto se puede deber a un aumento de la secreción y/o a una disminución de la absorción a nivel de intestino delgado, o con menor frecuencia, a un proceso similar a nivel de colon, estas alteraciones son secundarias a una afección intestinal como resultado de la interacción entre el agente infeccioso y la mucosa del intestino. Todos estos procesos conducen a un aumento en la pérdida de agua y electrolitos en las heces. La pérdida excesiva de líquidos y electrolitos pueden derivar en un cuadro de deshidratación, siendo más frecuente en niños pequeños, por tener mayor área de superficie corporal en relación al peso que el adulto y por lo tanto, presente mayor volumen de pérdidas insensibles. (Ministerio de Salud, 2010)

En el intestino delgado se produce la absorción del agua y electrolitos por las vellosidades del epitelio y simultáneamente, la secreción de éstos por las criptas. Así, se genera un flujo bidireccional de agua y electrolitos entre el lumen intestinal y la circulación sanguínea. Normalmente la absorción es mayor que la secreción, por lo que el resultado neto es absorción, que

alcanza a más del 90% de los fluidos que llegan al intestino delgado, Alrededor de 1 litro de fluido entra al intestino grueso, donde, por mecanismo de absorción, sólo se elimina entre 5 y 10 ml/kg/24 horas de agua por heces en lactantes sanos. Por lo tanto, si se produce cualquier cambio en el flujo bidireccional, es decir, si disminuye la absorción o aumenta la secreción, el volumen que llega al intestino grueso puede superar la capacidad de absorción de éste, con lo que se produce diarrea. (Ministerio de Salud, 2012)

Medidas de Prevención y Control de la Enfermedad Diarreica

Explicarle a la madre que ella puede evitar otros episodios de la diarrea y por consiguiente para reducir las muertes, evitadas por el manejo adecuado de los casos. Intervenciones de eficacia comprobada:

Lactancia materna exclusiva los seis primeros meses de vida

Prácticas de destete adecuadas

Empleo de agua abundante para la higiene personal

Empleo de agua limpia protegida de contaminación

Buenos hábitos de higiene con los alimentos y en general

Lavado de manos con jabón

Uso de adecuado de servicio sanitario o letrinas

Eliminación correcta de pañales con deposiciones Continuar con lactancia materna Cumplir con el calendario de vacunación (Sarampión y rotavirus) (AIEPI, 2010).

Rol de la Enfermera en la Prevención y Control de la Enfermedad Diarreica Aguda .

“Evaluar y determinar el estado de hidratación y la presencia de otros problemas asociados a la diarrea”.

Rehidratar al paciente por vía oral o endovenosa y vigilarlo muy de cerca Mantener al paciente hidratado, reemplazando las pérdidas de volumen a volumen con solución de (SRO) ó solución poli electrolítica si es necesario. Administrar un antibiótico oral, solo en caso de disentería y cólera grave y

que este prescrito por el médico.

Educación a la madre en cuanto a la EDA (causas, prevención, complicación, tratamiento en casa, etc.) (AIEPI, 2010).

Medidas de Prevención de la Madre.

- Proteger el agua potable de posibles fuentes de infección y en todos los casos hervirla antes del consumo
- Se debe disponer de inodoro o letrinas limpias
- Lavar bien los juguetes que utiliza el niño
- Eliminar el uso de biberones - Fomentar la higiene en la preparación y conservación de alimentos.
- Lavarse las manos antes y después de ir al baño, antes de preparar los alimentos y después de cambiar los pañales al niño
- Esquema de vacunación completa - Mantener un buen aseo e higiene en casa para la prevención de enfermedades (AIEPI, 2010)

Tratamiento

- Plan A Dar vida suero oral VSO de la siguiente manera:

Dar una taza 150 ml después de cada evacuación en niños mayores de un año y media taza (75ml) después de cada evacuación en niños menores de un año, se ofrece a cucharaditas o sorbos, se realiza en el domicilio

- Plan B

El suero oral se administra a razón de 100 ml por kilogramo de peso en cuatro horas. La dosis se fracciona en tomas cada 30 minutos y se ofrece lentamente con taza y cucharita para no sobrepasar la capacidad gástrica y así disminuir la probabilidad del vomito. La rehidratación con este plan puede durar de 2 a 8 horas en el hospital.

- Plan C

Es el plan de rehidratación intravenosa que se emplea en la deshidratación severa, se utiliza solución salina al 0.9% en un esquema para tres horas
Primera hora, 50 ml por kilogramo por hora

Segunda hora, 25 ml por kilogramo por hora

Tercera hora, 25 ml por kilogramo por hora (Organización mundial de la salud, 2014)

Cuidados de enfermería.

- Lavado de manos antes y después de atender a cada paciente
- Administrar a cada niño el plan de tratamiento correspondiente
- Vigilar signos de alarma en la diarrea tales como: ojos hundidos, mucosas secas, signo del pliegue positivo, convulsiones, llanto sin lágrimas del niño; de presentarse algunos de ellos actuar inmediatamente de acuerdo al plan de tratamiento
- Brindar consejería de prevención sobre EDAS en las madres de los niños menores de cinco años - Fomentar la lactancia materna en menores de seis meses con EDA leve (Alarco, 2011).

Cuidados de la madre a un niño con EDA en casa

Lavado de manos ante la preparación de sus alimentos, ayuda a eliminar los microorganismos y prevenir la aparición de enfermedades.

Continuar con la lactancia materna es importante porque proporciona los nutrientes y componentes esenciales para un crecimiento y desarrollo óptimo del niño.

Brindarle sopitas libres de grasa ayudara a desinflamar el intestino y el colon así como disminuir el peristaltismo intestinal Administrarle líquidos orales

El agua es la fuente de vida que constituye el 60% del peso corporal y es el electrolito más importante de restitución en problemas gastrointestinales como la EDA.

Administrar suero de rehidratación oral casero; es el primer tratamiento de elección en los casos de EDA nos proporciona electrolitos para evitar la deshidratación.

Mantener un ambiente de cuidado del niño limpio, ayudara a conservar la salud (Alarco, 2011).

Complicaciones de la diarrea.

Según la Organización Mundial de la Salud se presentaran las siguientes complicaciones en la diarrea :

- Deshidratación
- Desnutrición
- Insuficiencia renal aguda
- Crisis convulsiva
- Trastornos electrolíticos
- Acidosis metabólica (Organización mundial de la salud, 2014).

El Conocimiento

Los conocimientos científicos, sociales y médicos están evolucionando constantemente, los cuales no se evidencian en una población urbana – marginal, sin embargo bien utilizan un tipo de conocimiento que es el saber popular, las que se adquieren a través de la vida cotidiana tal como lo señala Mario Burger. Estos conocimientos conducen a la práctica, creencia y costumbres que forman parte de su cultura, el cual influye sobre los estilos de vida como prevención de enfermedades. El conocimiento no se archiva, no se graba en un CD o DVD, no se imprime en papel, etc. El conocimiento es la información procesada por el sujeto, es el reflejo de las propiedades o características de los objetos en la mente del sujeto (Pavaez, 2000).

Conocimiento, es la capacidad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas, conjunto de datos o noticias relativos a una persona o cosa, conjunto de las facultades sensoriales de una persona en la medida en que están activas, facultad humana de aprender, comprender y razonar (Hessen, 2012)

Tipos de conocimiento generales.

- Intuitivo, Se da cuando percibimos el acuerdo o desacuerdo de las ideas de modo inmediato, a partir de la comunicación de tales ideas y sin ningún proceso mediador.
- Demostrativo, es el que obtenemos al establecer el acuerdo o desacuerdo

entre dos ideas, recurriendo a otras que sirven de mediadores a lo largo de un proceso discursivo en el que cada uno de sus pasos es asimilado a la intuición. - Sensible, es el que nos proporcionan directamente los sentidos. - Científico, es aquella verdad descubierta a través del proceso de investigación basada en todas aquellas evidencias que nos llevan a indagar en la realidad para obtener una verdad con certeza (Locke, 2008).

Formas de adquirir el conocimiento.

Las actividades irán cambiando a medida que aumente los conocimientos, estos cambios pueden observarse en la conducta del individuo ya actitudes frente a situaciones de la vida diaria, esto unido a la importancia que se dé a lo aprendido, se lleva a cabo básicamente a través de 2 formas:

Lo informal, mediante las actividades ordinarias de la vida, es por este sistema que las personas aprenden sobre el proceso salud-enfermedad y se completa el conocimiento con otros medios de información.

Lo formal, es aquello que se imparte en las escuelas e instituciones donde se organizan los conocimientos científicos mediante un plan curricular (Castillo, 2013)

Niveles de conocimiento.

Alto, logro previsto, cuando las personas evidencian el logro de los aprendizajes previstos en el tiempo programado. (Espinoza, 2015).

Regular, en proceso; cuando las personas están en camino de lograr los aprendizajes previstos, para lo cual requiere instrucción durante un tiempo razonable para lograrlo. (Espinoza, 2015).

Bajo, en inicio; cuando las madres están empezando a desarrollar los aprendizajes previstos o evidencia dificultades para el desarrollo de éstos, necesitando mayor tiempo de acompañamiento e intervención para el desarrollo del mismo (Espinoza, 2015).

Ciencia, es el conjunto de conocimientos racionales, ciertos o probables,

los cuales son obtenidos de una forma metódica, verificados y contrastados con la realidad, que se refiere a objetos o conceptos de una misma naturaleza que son valorados y aceptados por la comunidad científica. Aunque no siempre los conocimientos científicos son aceptados por la comunidad social (Espinoza, 2015).

Conocimiento de la madre.

Es el conjunto de información almacenada que poseen todas las madres de familia, que lo adquieren a través de la experiencia, o el aprendizaje mediante métodos científicos. Conjunto de ideas básicas sobre cuidados de un determinado tema aplicados en su vida diaria y/o a sus hijos expresados a través de palabras, actitudes y prácticas (Avalos, 2007).

Tipos de conocimiento de la madre de familia.

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

Técnico, la experiencia de la madre hace el conocimiento técnico. Se origina, cuando de muchas nociones experimentadas se obtiene una respuesta universal circunscrita a objetivos semejantes. (Hessen, 2012).

Empírico, es el conocimiento popular, folklórico que tienen las madres, es a metódico y asistemático. El conocimiento común o popular está basado fundamentalmente en la experiencia, puede ser verdadero, falso o probable, teniendo las siguientes características, es asistemático porque carece de métodos y técnicas, es superficial porque se forma con lo aparente, es sensitivo porque es percibido por los sentidos, es poco preciso porque es ingenuo e intuitivo (Hessen, 2012).

Científico, es el conocimiento que tienen las madres basados en el método científico, generalmente son aquellas que tienen algún grado de instrucción superior, que tienen como características de conocer las causas y las leyes

que lo rigen (Hessen, 2012).

Base teórica

Teoría del Modelo de Promoción de la Salud de la Nola Pender

La Teoría de Nola Pender se basa en el modelo de promoción de la salud refiere es un intento de ilustrar la naturaleza multifacética de las personas que interactúan con el entorno, intentando así alcanzar un estado de salud. La función singular de la enfermería es asistir al individuo sano o enfermo en la realización de las actividades que contribuyen a la conservación de la salud o la recuperación o la muerte. Este modelo identifica en el individuo factores cognitivo perceptuales, los cuales son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales y son entendidos como aquellas concepciones, creencias e ideas que tienen las personas sobre la salud. Esto las lleva o induce a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud (Raile, 2011).

El modelo de promoción de la salud por Nola J. Pender mantiene su actualidad, pues integra las perspectivas de enfermería y de las ciencias conductuales sobre los factores que influyen en las conductas de salud, constituye una guía para la exploración de los procesos biopsicosociales complejos que motivan a los individuos a realizar conductas dirigidas a elevar el nivel de salud, ilustra la naturaleza multidimensional de las personas que interactúan con el medio ambiente en busca de su salud, considera a la salud un estado positivo de alto nivel, y lo asume como objetivo hacia el cual se esfuerza el individuo. Identifico la promoción de la salud como el objetivo del siglo XXI. En la situación actual para la lucha contra la enfermedad diarreica aguda y sus consecuencias, la enfermera como profesional de equipo de salud juega un rol muy importante ya que mediante sus acciones preventivas promocionales que desarrolla en todo los niveles de atención debe promover la participación activa de las madres de los niños menores de 5 años (Pender, 2012).

Teoría del cuidado de Florence Nightingale

La enfermedad era un proceso reparador, una reacción contra las condiciones que se encuentra la persona. El contagio y la contaminación se dan por medio de sustancias orgánicas procedentes del paciente y/o el entorno. Las enfermeras que proporcionaban atención sanitaria preventiva debían tener una preparación más amplia, toda mujer debe recibir preparación para cuidar un enfermo, las intervenciones adecuadas sobre el entorno podrían evitar las enfermedades. Considera la salud pública como un aspecto importante para tratar temas tales como: agua potable, no diarrea. La enfermera tiene la capacidad de manipular el entorno hospitalario en busca de la pronta recuperación del paciente y también juega un papel fundamental en el entorno comunitario, a esto se debe la gran labor que se realiza actualmente por parte la enfermería en salud pública (Marriner, 2013).

1.3.2 La visita domiciliaria

La visita domiciliaria ha sido a través de los años el medio principal para que el equipo de salud interactúe con la familia. El hogar sigue siendo un ambiente deseable para trabajar con la familia, ya que ofrece la oportunidad de observar las interacciones familiares, los patrones de adaptación y los estilos de vida. Las familias aparecen en su aspecto más natural dentro de su territorio familiar(Salazar2015)

La visita domiciliaria integral ha sido definida como la relación que se establece en el lugar de residencia de la familia, entre uno o más miembros del equipo de salud, con uno o más integrantes de la familia, generada por el problema de salud de uno de sus miembros (caso índice), por la necesidad de establecer un conocimiento más profundo con la familia a su ingreso o por solicitud de algunos de sus integrantes. Se caracteriza por abordar además del motivo inicial, otros temas de salud de interés para la familia y por formular de común acuerdo con la familia un plan de trabajo (ya sea preventivo/promocional o de tratamiento). (Salazar2015)

La visita domiciliaria no es una actividad única, concreta y aislada, forma parte de un proceso de atención en el domicilio, que puede darse tanto al principio, como en la continuación o al final; esta característica es importante de considerar, ya que la valoración de la situación se puede ir ampliando a lo largo de las visitas, y la planificación de objetivos y actividades se adecuará a los diferentes cambios que se vayan produciendo. La evaluación debe ser constante a través de todo el proceso. La visita domiciliaria integral se realiza cuando no es posible pesquisar las variables familiares que interfieren en un buen manejo del problema y sólo se logra visitando a la familia. (Salazar2015)

Tipos De Visitas Domiciliarias

Las visitas domiciliarias son de diferente tipo y están relacionadas con los objetivos de salud que se desea alcanzar, entre la tos de la visita domiciliarias esta:

Visitas a demanda y/o de urgencias: Son aquellas solicitadas por la persona o familiar porque existe algún tipo de limitación para desplazarse hasta los establecimientos de salud, como por ejemplo una dolencia aguda o el empeoramiento de un problema crónico u otro tipo de limitación como secuelas de ACV, amputación, cirugía reciente. (Salazar2015)

De rehabilitación: Son las realizadas a individuos o familias que necesitan acompañamiento periódico, por ejemplo, pacientes crónicos o adultos mayores encamados, discapacitados, personas con trastornos mentales, egresos de internaciones hospitalarias, u otros casos considerados por el equipo del establecimiento de salud como situación de riesgo. Pueden ser semanales, quincenales, mensuales o como lo disponga el propio equipo multidisciplinario de salud. (Salazar 2015)

Internaciones domiciliarias: Son las realizadas a personas que necesitan tratamiento en la casa, generalmente son necesarias para pacientes terminales donde una gran parte de los cuidados pueden ser realizados por los familiares. El equipo multidisciplinario de salud apoya y

manejan la situación para promover la calidad vida mediante cuidados paliativos en ese momento, en conjunto con los profesionales de los Hospitales. (Salazar2015)

Búsqueda Activa: Es la búsqueda de individuos o familias que no acudieron a los establecimientos de salud para determinado tratamiento, vacuna o control. Incluye también la búsqueda de determinados síntomas, enfermedades o situaciones de riesgo en el contexto de la vigilancia de la salud. (Salazar2015)

Diagnóstico: Levantamiento de condiciones ambientales, culturales o psicosociales que puedan estar causando un problema de salud: enfermedades infecciosas, alergias (asma), hábitos alimentarios, condiciones de vivienda que puedan estar asociadas a riesgos de accidentes o caídas (ancianos), saneamiento (agua y excretas), basura, roedores y otros vectores (Salazar2015).

Consejería: Cuando el equipo tiene problemas para la adhesión de las personas a un tipo de recomendación o tratamiento: uso de medicamentos, recomendación de dieta o ejercicio, cambio de hábitos y el cuidado personal higiene, (Salazar2015)

Educación: Desarrollo de actividades de educación o promoción de salud. Es importante insistir que todos los miembros del equipo multidisciplinario de salud tienen como una de sus atribuciones la realización de visitas domiciliarias. Dependiendo del objetivo y de la tarea a desempeñar en el domicilio éstas podrán ser mejor desarrolladas por uno y otro profesional²³. Consideraciones éticas para la visita domiciliaria. Los profesionales de enfermería del equipo de salud que realizan visitas domiciliarias tienen la oportunidad de introducirse en la vida de familias con niños o niñas que viven en situaciones de vulnerabilidad. El cambio del contexto de la entrega de servicios hacia el domicilio implica la consideración de nuevos aspectos en las características de la relación que contribuyan al éxito de la visita domiciliaria algunos de estos son: (Salazar 2015)

- 1) La Visita Domiciliaria (VD) debe realizarse con el acuerdo explícito de las familias, no basta realizar una buena planificación de la fecha, hora, y contenidos, sino que debe asegurarse de que la familia a quién se visite, esté de acuerdo con ser visitada. Para esto se requiere que durante al inicio de la visita, se explicita el interés por parte del equipo de salud en ofrecer esta atención por alguna preocupación en el desarrollo integral del niño o niña y que el adulto firme un Consentimiento Informado. (Salazar 2015)

- 2) A pesar que el foco temático de la visita es el niño o niña no se debe olvidar que las intervenciones en el domicilio están dirigidas hacia los adultos significativos; madre, padre, abuela o cuidador permanente, por lo tanto una condición para la realización de la visita es que uno de ellos esté presente. Este aspecto es fundamental porque se sustenta en la evidencia y en el reconocimiento de que la relación más influyente y potente en el desarrollo infantil es la que establecen madres, padres, cuidadores significativos con el niño y la niña. (Salazar 2015)

- 3) Consideraciones de la relación profesional: la calidad de la relación profesional y humana que construyan los profesionales y técnicos con las familias es una de las herramientas más poderosa al momento de apoyarlas y motivar para un cambio. Esto es de particular importancia en el caso de adolescentes embarazadas la relación que se establezca permitirá generar un vínculo que podrá motivar cambios de conducta y mejorías en la práctica alimentarias y estilos de vida saludables. Esta relación especial está orientada a un trabajo en conjunto con objetivos predeterminados, por esta razón también se llama alianza. Las relaciones exitosas con las familias a las cuales se les realizará la visita domiciliaria deberán basarse en el respeto mutuo, la confianza, la aceptación, la flexibilidad y la conciencia en las diferencias culturales. La construcción de esta alianza con las familias es mutua y comienza durante el primer contacto con los padres, madres, cuidadores(as) y se va consolidando con el tiempo. (Salazar 2015)

- 4) La confidencialidad de la información es una de las bases para el establecimiento de una relación de confianza y se debe explicitar para fomentar la calidad de la relación. Es conveniente indicar la necesidad de un registro escrito de algunos aspectos de la VD, cuya información queda en la ficha familiar. El único motivo para no cumplir la indicación de confidencialidad es la existencia de indicadores de riesgo vital y formas graves de maltrato o negligencia infantil. (Salazar 2015)
- 5) La VD debe contener objetivos específicos o temáticos a trabajar que sean claros para los adultos responsables del niño o niña, es decir, estos objetivos deberían ser percibidos por el adulto responsable como una oferta de apoyo que le haga sentido y que motive su participación activa en la intervención. Cuando existe mucha distancia entre las necesidades percibidas por el profesional y el adulto responsable del niño o niña habrá que revisar si es necesario trabajar primero en crear la conciencia de problema en el adulto o bien trabajaren la adaptación y acercamiento de los objetivos a las necesidades más urgentes percibidas por la familia. (Salazar 2015)
- 6) Un aspecto fundamental es que el profesional tenga la flexibilidad y competencia para poder responder ante eventuales situaciones de crisis familiares inesperadas, en el momento de visitar el hogar. Duelos, conflictos, cesantía, son situaciones impredecibles que podrían implicar una reorganización en los objetivos reprogramados a favor de ofrecer una atención adecuada y contingente. Para esto es necesario conocer el modelo de intervención en crisis, que se puede aplicar en varias temáticas y tener el catastro actualizado de la oferta de servicios de su comunidad. (Salazar 2015)
- 7) Es importante saber que la recepción de cada familia a la visita es variable, dependiendo en gran medida de cuan preparados estén sus integrantes para participar en la intervención. Vale recordar que cada miembro de la familia traerá la relación sus experiencias pasadas con otros proveedores

de servicios, que pueden estar teñidos negativamente, así como también su temperamento, su personalidad, sus valores culturales y familiares; todos estos factores influirán en la calidad de la recepción y también en la manera de relacionarse con el equipo de salud. Por otro lado, el resguardo de aspectos éticos fundamentales como: la confidencialidad, privacidad, fomento de la participación, consideración de los derechos y deberes del paciente, respeto por la autonomía y autodeterminación de las personas; podrán fomentar la relación de ayuda y la calidad de la recepción de la intervención en el hogar. (Salazar 2015)

- 8) Resguardo de la seguridad: es probable que en ocasiones se puedan presentar situaciones difíciles para el equipo, en las que el/los profesionales de enfermería tengan que tomar decisiones rápidamente. Para este tipo de situaciones es importante tener en cuenta que lo fundamental es resguardar su propia seguridad personal no correr riesgos innecesarios, resguardar la seguridad del niño o niña si fuera necesario, discutir sus inquietudes con su equipo de salud antes de tomar alguna decisión importante y en los procesos de seguimiento frente a dilemas éticos se sugiere contar con el apoyo de un comité de ética y medidas de seguridad para el equipo de salud. (Salazar 2015)

La visita domiciliaria como una estrategia de entrega de servicios en salud dentro de un plan de acción. La visita domiciliaria integral es una prestación diferenciada de salud que se enmarca en un plan de acción de Intervención Familiar definido por reuniones de equipos de salud de cabecera. Esta intervención de salud debe contener: Objetivos, Actividades, Resultados esperados, Responsables, Tiempo. (Salazar 2015)

Este plan es evaluado durante el proceso de atención. De este modo, la organización adecuada de la planificación y sistematización de esta intervención permitirá alcanzar la mayor eficacia posible. La visita domiciliaria integral implica un cambio en la atención tradicional en salud, puesto que se constituye como una estrategia activa de entrega de servicios

en el contexto directo de vida de las personas, y se caracteriza por una actitud proactiva y sensible por parte de los profesionales hacia los niños o niñas, las familias y la comunidad. (Salazar 2015)

Este cambio en la dirección de la atención implica también un desarrollo en las competencias de relación de ayuda del equipo. La actitud y habilidad de ayuda del profesional de enfermería que realiza la visita son importantes para establecer el vínculo de confianza en una relación horizontal con la madre, padre o cuidador(a) principal del niño o niña. (Salazar 2015).

Por otro lado, cuando la familia es visitada en su hogar, ve expuesta su intimidad, lo que puede producir una resistencia inicial a la intervención que implicará la consideración de medidas especiales en la planificación y ejecución de la visita para asegurar su efectividad. Algunas de las precauciones son: uso de consentimiento informado, acuerdo mutuo previo en la fecha y hora de la visita, confirmación previa de la fecha y hora acordada, claridad en los objetivos(s) la existencia de un plan de trabajo del equipo de salud. (Salazar 2015)

Lo anterior representa un desafío para el equipo en términos de dar prioridad a aspectos administrativos y de planificación para evitar errores que afecten la ejecución de la visita, el ausentismo de la familia, domicilio falso, problemas en encontrar domicilio, entre otras

Objetivos de la visita domiciliaria integral

Objetivo general

Promover las condiciones ambientales y relacionales que favorezcan la mejora de las prácticas alimenticias de la madre de los niños y niñas con desnutrición aguda.

Objetivos específicos

Los objetivos específicos de la visita domiciliaria integral se construyen a través de la valoración que realiza el profesional de enfermería y la toma de decisiones en relación a los diagnósticos enfermeros en los que se va a intervenir para mejorar el estado nutricional del niño. (Salazar 2015)

Características de la visita domiciliaria integral

a) Características Generales de la Visita Domiciliaria (VD)

La visita domiciliaria es considerada como una acción relevante dentro del trabajo del equipo de salud en especial de la labor del profesional de enfermería, pues permite conocer a la familia en sus reales condiciones de vida y observar la interacción familiar directamente. Permite además conocerá los integrantes de la familia que no llegan a las instituciones por diversas razones, ya sea debido a dificultades de desplazamiento o por sentirse extrañasen el ambiente institucional. (Salazar 2015)

La visita domiciliaria integral tiene una duración de 90 minutos, de los cuales se contemplan 60 minutos como mínimo en el hogar. La visita domiciliaria integral será realizada teniendo en cuenta el objeto – sujeto de lo que se desea intervenir. (Salazar 2015)

La cantidad de visitas y frecuencia por familia deberá ser determinada en última instancia por el profesional de enfermería teniendo en cuenta la valoración realizada, variará el número de visitas que se deberán realizar. Dependiendo de los objetivos de la VD se determina la duración del proceso, en general se puede afirmar que la mayor efectividad se asocia con procesos de larga duración, que va desde los 4 a 6 meses hasta uno o dos años. (Salazar 2015)

La visita domiciliaria considera como recurso a dos personas, un profesional de salud y un técnico paramédico si las condiciones lo permiten. La VD es una prestación selectiva de salud que debe estar estrechamente conectada con las otras atenciones universales de salud del centro, y esto se logra a través del sistema de registro y de la comunicación dentro del equipo, tanto en las reuniones del equipo de cabecera como en comunicaciones directas. Se recomienda que la atención de la familia, en el centro de salud se realizada por los mismos profesionales, para poder fomentar la calidad de la relación entre el profesional y los adultos responsables del niño o niña. Así como también es recomendable que las

personas que realizan la visita al domicilio sean siempre las mismas. (Salazar 2015)

La VD tiene un foco específico en el desarrollo integral del niño o niña (recuperación del estado nutricional) y su ambiente relacional, es decir sus cuidadores adultos principales, y su contexto inmediato; el hogar y vecindario. Lo anterior, no implica descuidarla atención al resto de la familia. Esta intervención debe considerar la compatibilidad de este foco con otros motivos de visita domiciliaria familiar, como lo son: VD por Infecciones respiratorias agudas, VD por Enfermedades Diarreicas Aguda, VD por Saneamiento entre otras. El Modelo de Salud Familiar en la atención primaria tiene un enfoque biopsicosocial, sistémico, de determinantes sociales, de equidad de género y pertinencia cultural; que es absolutamente compatible y necesario para el despliegue de las acciones del trabajo comunitario. (Salazar 2015)

b) Etapas Específicas de la VD

La realización de la visita domiciliaria integral implica un proceso que tiene varias etapas: programación, planificación, ejecución y evaluación. La programación iniciará con un diagnóstico de salud del área territorial atendida y con una clara dimensión de los recursos disponibles para la realización de VD; recursos humanos y medio de transporte. Es importante tener claridad sobre la estimación de la demanda de visitas domiciliarias integrales. La selección de la familia a visitar se realiza en reuniones del equipo de cabecera. El criterio sugerido es realizar una jerarquización de la gravedad y urgencia de los casos asignándoles a las familias de mayor riesgo (familias con niños menores de 5 años con problemas nutricionales) esta estrategia de entrega de atención de salud en el domicilio. (Salazar 2015)

La jerarquización debe lograrse considerando los factores de riesgo detectados en la evaluación psicosocial, pero también considerando los

factores protectores y los recursos actuales de la familia. Otra fuente de información es la ficha clínica familiar, algún problema de salud específico y fundamentalmente la preocupación actual del profesional de enfermería que comenta el caso. Esta intervención se enmarcará en un Proceso de cuidados enfermeros, en el cual se determinará la urgencia, los objetivos, acciones y el personal a cargo. El número de visitas deberá ser evaluado en cada caso, considerando los recursos del centro de salud. Se debe indicar la VD en forma selectiva priorizando en primer lugar a aquellas familias en mayor riesgo, y concentrando un mayor número de visitas en este tipo de casos. (Salazar 2015)

La consideración cuidadosa de la planificación constituye la base para la realización exitosa de la visita. En esta etapa se decide la fecha y hora, se realiza un primer contacto con la familia, considerando el consentimiento informado en forma verbal y/o escrita de parte de ésta. Se aclaran datos de ubicación del domicilio, del trayecto y transporte, organizando los recursos que se utiliza lámpara efectuarla. Dentro de este momento es necesario compartir en forma estratégica con la familia el objetivo general de la visita para que ésta logre visualizarlos beneficios y se hagan parte del proceso. (Salazar 2015)

La(s) persona(s) que realizará(n) la visita, deberá(n) estar informadas de la situación de la familia, conocer datos de la ficha clínica y tener muy claro los objetivos de la intervención. De la organización de esta información depende el éxito de la visita, por lo tanto, es de utilidad anotar previamente el plan de acción y los objetivos de la VD. Es la realización de la visita en la fecha y hora acordada. Se deberá resguardar la puntualidad y las consideraciones de la organización anterior. Gonzáles, R. (2016). La visita puede considerarse como una entrevista ampliada en la que se van insertando las acciones o intervenciones correspondientes a los objetivos, por tanto, tiene fases similares a una entrevista.

Toda visita inicia con la Fase Inicial, la cual se entiende como el saludo social y el primer intercambio personal al llegar a un hogar. Esta fase es

muy importante porque puede determinar (tanto positiva como negativamente) la actitud de la madre o del padre hacia el profesional hacia el desarrollo de la visita. Preséntese mencionando su nombre y el de su compañero(a) con claridad. La capacidad de observación del profesional sirve para chequear el momento en el que el equipo que ha llegado al hogar, muchas veces serán recibidos inmediatamente, pero puede suceder que les hagan esperar unos minutos antes de que abran la puerta. La mayoría de las veces la familia invitará al equipo a ingresar al hogar, pero en ocasiones esto no sucede y el equipo deberá preguntarse les permiten pasar al domicilio González, R. (2016).

La relación que se va construyendo entre el profesional y la madre, padre, u otros cuidadores significativos, es de mucha importancia y se considera como un agente de cambio esencial en la intervención. Sin embargo, se debe considerar la necesidad de establecer un buen contacto con todos los integrantes del grupo familiar, sobre todo con aquellos que tengan poder dentro del sistema familiar como en el caso de abuelas jefas de hogar, abuelas o tías a cargo del cuidado de los niños o niñas, u otros cuidadores significativos. (Salazar 2015)

2) Fase de Desarrollo

Después de la fase social inicial se realiza una exploración o evaluación de la situación familiar del niño o niña, muchas veces es la madre, padre o cuidadora quién plantea un tema específico, el que deberá acogerse, sea para tratarlo en la visita en desarrollo o para incluirse en la planificación del equipo.

Los temas pueden ser variados y éstos deben estar acordes al plan de acción ya considerado. En amplitud se espera que los temas de las intervenciones traten sobre materias de interés específico para apoyar el crecimiento y desarrollo del niño. Una de las primeras tareas al momento de entrar en contacto con las familias es realizar una exploración del estado actual y contingente de la familia con el objetivo de identificar o reconocer cualquier situación nueva o de crisis que implique adecuar parte de las

acciones planificadas (Griffa, M., Ramírez).

La exploración es una acción que permite recoger información a través de observación y de la entrevista, pero además permite insertar paulatinamente las acciones planificadas según los objetivos de la visita, además de planificar futuras intervenciones o visitas domiciliarias. Los adultos significativos que están a cargo del cuidado del niño o niña cumplen un rol fundamental porque son la fuente de información primaria y los agentes de cambio más potentes para mejorar las condiciones interaccionales o ambientales del niño o niña. (Salazar 2015).

Tanto la información obtenida en la exploración como durante las acciones específicas de la visita, se deben utilizar para su evaluación. Si los objetivos de la visita se cumplen se continuará con un seguimiento coordinado con los controles de salud respectivos en APS. Sin embargo, cuando el equipo evalúe que la familia necesitará de un proceso de visitas domiciliarias continuas a favor de lograr resultados de factores de riesgo o problemas más complejos se necesitará la elaboración de un plan de acción basado en visitas domiciliarias continuas. (Salazar 2015)

“Este plan de acción se debe generar también en las reuniones de equipo de cabecera, con un planteamiento de metas y objetivos claros, con el acuerdo entendimiento de la información a las familias y el registro de los cambios, progresos y resistencias encontradas Griffa, M., Ramírez.”

El proceso de exploración comienza durante la construcción de la alianza con la madre, padres y cuidadoras(es); y consiste en observar al niño o niña, en la interacción con los adultos o pares, y observar esta interacción en aspectos de lenguaje, del contacto físico, expresión de afectos, entre otros. Otro aspecto importante es la observación del juego del niño o niña. Es una oportunidad para observar a qué juega, con quién lo hace, observar si los objetos o juguetes son adecuados para su edad, si hay un espacio para esto en el hogar. (Salazar 2015)

A los adultos les resulta fácil y cómodo detallar las actividades centradas en el niño o niña, como, por ejemplo: las horas que duerme, a qué hora se levanta, dónde duerme, quién lo viste, cómo toma su leche, aseo bucal, hablar de lo que almuerza y dónde le dan su comida, de las salidas fuera de la casa, del baño, siestas, del acostarlo(a) en la noche, etc. Durante esta conversación se debe tener siempre presente la edad cronológica del niño y saber los hitos más importantes del desarrollo en ese rango de edad. La existencia de rutinas o hábitos de sueño (nocturno y diurno), de alimentación, de higiene, de juego, le permiten progresivamente al niño o niña predecir su mundo, predecir la conducta de la madre y del padre y aumentar su sensación de seguridad interna. Además, esto favorece la regularidad de los ciclos fisiológicos de los niños o niñas y la organización de las actividades del hogar. (Salazar 2015)

La exploración del ambiente físico del hogar es de gran relevancia, de hecho esta es una oportunidad exclusiva que se logra al visitar un hogar. La observación detallada del ambiente físico del niño o niña permite valorar las fortalezas y debilidades del ambiente que puedan influir en el desarrollo integral del niño o niña. Explorar si hay condiciones de hacinamiento, preguntar con quién duerme el niño, si hay peligro en el ambiente relacionado con la edad y las habilidades psicomotrices del desarrollo del niño o niña, observar dónde se cocina y las condiciones de higiene y mantención de alimentos, observar si hay condiciones de extrema pobreza. Observar el orden y la organización del hogar, la ubicación de la TV, radio, juegos electrónicos, (Minsal, 2009)

Las características del contexto del hogar, vecindario, del barrio, la existencia de plaza con juegos infantiles, oportunidades de recreación, canchas deportivas, centros de participación comunitarios, iglesias, son aspectos importantes de observar porque es el contexto de vida del niño o niña y de su familia. Las acciones que se despliegan en la visita obedecen al logro de objetivos específicos, y deben estar en coherencia con el plan de acción diseñado previamente por el equipo de cabecera y el equipo que

realiza la visita. La visita domiciliaria no es una intervención en sí misma, sino es una estrategia para realizar intervenciones o acciones dirigidas a objetivos en el domicilio (Minsal, 2009)

La efectividad de la visita depende de la planificación de objetivos claros y específicos, contingentes a los factores de riesgo detectados y del posterior seguimiento de los resultados. El sólo hecho de hacer una visita vacía no constituye una prestación efectiva. (Salazar 2015)

Dentro de las acciones o intervenciones más frecuentes del equipo de salud, dependiendo siempre de los objetivos específicos de la visita, son:

- a) Construcción de una relación de ayuda con las madres y padres y cuidadoras(es).
- b) Entrega de información sobre el desarrollo del niño o niña.
- c) Psi coeducación sobre tópicos específicos, problemas de salud.
- d) Apoyo y contención emocional, escucha activa, desarrollo de empatía.
- e) Identificación y comprensión de las dificultades de la familia basada en una amplia mirada de determinantes sociales, factores de riesgo, factores protectores y problemas contingentes.
- f) Empoderamiento de los adultos como figuras de cuidado irremplazables y únicas para su hijo o hija.
- g) Fomento de esperanza y ayudar a construir alternativas de solución a las dificultades.
- h) Detección de los peligros de seguridad física del medioambiente y fomentarla prevención de accidentes en el hogar.
- i) Otorgar apoyo instrumental a través de información actualizada, concreta y contingente sobre la oferta de los servicios sociales de su comunidad.
- j) Realizar intervención en crisis cuando sea necesario.
- k) Fomento de la calidad y seguridad de la relación o interacción padre, madre y cuidadoras(es) e hijo o hija. Entre otras.

Fase de Cierre

El cierre de una visita debe realizarse con anticipación al cierre cronológico, unos 10 a 15 minutos antes de que terminen los 60 minutos es

recomendable realizar un resumen de uno o dos puntos de importancia tratados en el desarrollo (temas tratados, ejercicios a realizar con el niño o niña, compromisos adquiridos, actividades con el niño) y mencionar cuáles serán los temas tentativos pendientes para la próxima visita o control de salud. Minsal, 2009

EVALUACIÓN

En esta etapa se analiza la apreciación de la dupla que realiza la visita, se evalúa el cumplimiento de objetivos y se planifican objetivos tentativos para la próxima visita o control de salud, los que se compartirán con el equipo de cabecera para una evaluación conjunta. Se deben tomar notas en la hoja de registro de visita. (Salazar 2015)

Buenas prácticas en la visita domiciliaria integral para el desarrollo biopsicosocial de la primera infancia. El equipo de salud deberá considerar para cada visita que realice ciertas condiciones de tipo permanente en el accionar: (Salazar 2015)

- 1) Evaluación permanente de los factores protectores y de riesgo de la familia .
- 2) La construcción y el mantenimiento de una relación de ayuda entre el equipo y los cuidadores primarios
- 3) Fomento del acceso y uso de servicios comunitarios, para esto contar con un directorio de las redes de servicios de su localidad tanto del área de salud como del intersector (nombre, dirección, teléfono, servicios que ofrece, horarios de atención, etc.). (Salazar 2015)
- 4) Fomento del uso de los recursos comunitarios por parte de las familias, plazas, instalaciones deportivas, bibliotecas, etc
- 5) Fomento de la calidad del ambiente del hogar para ayudar a los padres/madres crear oportunidades de juego/aprendizaje adecuadas
- 6) Fomento de condiciones de seguridad del ambiente del hogar para la prevención de accidentes, a través de la adaptación de éste a las características del desarrollo, por ejemplo; alejar objetos chicos de los niños

y niñas pequeños para evitar accidentes por asfixia cuando los niños comienzan a tomar objetos, evitara los niños y niñas el acceso a enchufes o conexiones eléctricas peligrosas. (Salazar 2015)

7) Enfoque de exploración - acción, que permite al equipo a realizar de manera rápida y contingente acciones pertinentes en el mismo momento de la visita, adecuando los objetivos planificados a la realidad.

En el momento inicial de la visita se debe chequear si la situación familiar actual va a permitir llevar a cabo las acciones planificadas para esa visita en particular. En caso que la familia se encuentre atravesando una situación de crisis normativa o no normativa, se deberán ajustar los objetivos adecuándose en la medida de las posibilidades las necesidades urgentes del caso. Por ejemplo; si la familia sufre una enfermedad aguda de un miembro, se deberá iniciar la conversación tomando este tema relevante, realizar algunas acciones de intervención en crisis y luego retomar los objetivos previamente planificados de la visita domiciliaria. (Salazar 2015)

8) Abordaje de temas relevantes para la promoción de la salud como la nutrición y cese o disminución de consumo de tabaco.

9) Observación y detección de niños y niñas con necesidades de cuidado especial eso con déficit en el desarrollo.

10) Orientación especial a trabajar con familias que viven en comunidades rurales aisladas y que de otra forma, no pueden acceder a los servicios que necesitan.

11) Consideración de aspectos culturales y étnicos (pueblos originarios, inmigrantes).

12) Consideración permanente de aspectos de género.

13) Consideración especial a familias con mujeres jefas de hogar, mujeres temporeras, mujeres en aislamiento social, madres adolescentes, madres con bajo apoyo social, familias extendidas con abuela presente, etc.

14) Uso del consentimiento informado de la familia, para respetar el derecho de autonomía e información de las éstas a ser atendidas en su domicilio. Este consentimiento de debe entregar para leer y para ser firmado por el adulto responsable al inicio de cada visita domiciliaria.

15) Acuerdo y claridad con la familia sobre los objetivos de la visita.

16) Condiciones básicas de seguridad y bienestar personal que debe tener el profesional que realiza la visita. (Salazar 2015)

1.4. Formulación del problema

¿De qué manera la visita domiciliaria de enfermería mejora los conocimientos de madres para la prevención y tratamiento de IRAS-EDAS del lactante del Puesto de Salud Comuche, 2018?

1.5. Justificación del estudio

La presente investigación es importante por que mediante las visitas domiciliarias de enfermería brindará información actualizada y sistematizada a las madres con la finalidad de de mejorar el conocimiento y tratamiento sobre la prevención de Infecciones Respiratorias Agudas y enfermedades diarreicas agudas. Así mismo, servirá como fuente generadora de nuevas ideas de investigación para la comunidad investigadora en el área de la salud, especialmente en Pediatría y Control de Crecimiento y Desarrollo.

También valdrá de antecedente para próximas investigaciones, contribuirá a mejorar el conocimiento de los estudiantes y profesionales de enfermería sobre las Infecciones Respiratorias Agudas y enfermedades diarreicas aguda.

En marco de lo referido esta investigación permitirá revalorar la visita domiciliaria como herramienta de apoyo para enfermería pues a través de ella se buscará mejorar los conocimientos de madres en tratamientos de IRAS-EDAS, permitiendo complementar la orientación realizada en el control de crecimiento y desarrollo y de esta manera contribuir a disminuir los casos de IRAS – EDAS en lactantes presentados en el Puesto de salud Comuche.

Por otro lado, esta investigación busca motivar al personal de salud para que ejecuten las visitas domiciliarias como herramienta de gran valor para el cuidado, dentro del modelo de abordaje de promoción de la salud en la etapa de vida niño, así mismo favorecerá las madres de familia porque a través de las visitas adquieran conocimientos para mejorar las prácticas en la crianza y alimentación de sus hijos; otro grupo beneficiado serán los niños porque se disminuirán los riesgos de retraso en su desarrollo.

1.6. Hipótesis

1.6.1. Hipótesis general

H1 La Visita Domiciliaria de Enfermería mejora los conocimientos de madres en la prevención y tratamiento de “IRAS-EDAS” en lactantes del Puesto de Salud Comuche, 2018.

H0 La Visita Domiciliaria no mejora los conocimientos de madres en tratamiento y prevención de IRAS-EDAS de lactante Puesto de Salud Comuche, 2018.

1.7. Objetivos

1.7.1. Objetivo general

Determinar la efectividad de las visitas domiciliarias de Enfermería en los conocimientos de madres en tratamiento y prevención de IRAS-EDAS en lactantes del Puesto de Salud Comuche, 2018

1.7.2. Objetivos específicos

- a. Caracterizar sociodemográficamente a las madres con hijos lactantes que reciben prevención y tratamiento en IRAS – EDAS en el Puesto de Salud Comuche, 2018.
- b. Identificar el nivel de conocimientos de las madres en la prevención y tratamiento de IRAS en lactantes a través de la aplicación de un pretest y posttest en el Puesto de Salud Comuche, 2018.

- c. Identificar el nivel de conocimientos de las madres en la prevención y tratamiento de EDAS en lactantes a través de la aplicación de un pretest y posttest en el Puesto de Salud Comuche, 2018.
- d. Evaluar la efectividad de las visitas domiciliarias antes y después de la intervención de enfermería sobre prevención y tratamiento de IRAS-EDAS, en lactantes del Puesto de Salud Comuche, 2018.
- e. Analizar la efectividad de la visita domiciliar de enfermería en la mejora de los conocimientos de madres en la prevención y tratamiento de IRAS-EDAS en lactantes; antes y después de la intervención de enfermería en el Puesto de Salud Comuche, 2018

CAPÍTULO II

MÉTODO

Diseño de investigación

De acuerdo al enfoque corresponde con los estudios de tipo experimental – explicativo, Hernández, Fernández y Baptista (2004), es decir, el objeto de estudio se describe, analiza, y evalúa; así mismo, se establece la relación causa - efecto; ósea va a determinar la efectividad de las visitas domiciliarias de las enfermeras para mejorar el nivel de conocimientos de madres en tratamiento y prevención de IRAS-EDAS en lactantes del Puesto de Salud Comuche, 2018.

Este trabajo de investigación asumirá el diseño Pre experimental, con un solo grupo; equivalente con pretest y postest (Sánchez y Reyes, 2009). La ejecución de este diseño implicará tres procedimientos:

1. Una medición previa de la variable dependiente estudiada: nivel de conocimientos de madres en tratamiento y prevención de IRAS-EDAS en lactantes del Puesto de Salud Cajamarca, 2018 pre test.
 2. Aplicación de la variable independiente o experimental: visitas domiciliarias de enfermería en tratamiento y prevención de IRAS-EDAS.
 3. Una nueva medición de la variable dependiente estudiada: nivel de conocimientos de madres en tratamiento y prevención de IRAS-EDAS Postest
- El ideograma correspondiente de este diseño cuasi experimental es el siguiente:

GE: O1 X O2

Donde:

- O1 = Observación del grupo experimental, antes: Pretest
- X = Visitas domiciliarias de enfermería
- O2 = Observación del grupo experimental, después: Postest.

1.7 Variables, operacionalización

Variable Independiente: Visita domiciliaria

Variable Dependiente: IRAS-EDAS

Definición conceptual

Variable Independiente:

Visita Domiciliaria: La visita domiciliaria ha sido definida como la relación que se establece en el lugar de residencia de la familia, entre uno o más miembros del equipo de salud, con uno o más integrantes de la familia, generada por el problema de salud de uno de sus miembros (caso índice), por la necesidad de establecer un conocimiento más profundo con la familia a su ingreso o por solicitud de algunos de sus integrantes. Se caracteriza por abordar además del motivo inicial, otros temas de salud de interés para la familia y por formular de común acuerdo con la familia un plan de trabajo (ya sea preventivo/promocional o de tratamiento) .

Variable Dependiente:

IRAS - EDAS:

La Infección Respiratoria Aguda (**IRA**) constituyen un grupo de enfermedades que se producen en el aparato respiratorio, causadas por diferentes microorganismos como virus y bacterias, que comienzan de forma repentina y duran menos de 2 semanas.

La enfermedad diarreica aguda (**EDAS**) es la presencia de tres o más deposiciones al día o una frecuencia mayor que la normal, de heces sueltas o líquidas. La infección puede ser causada por bacterias, virus y/o parásitos y se transmite por alimentos o agua de consumo contaminado, así como de una persona a otra como resultado de una higiene deficiente (OMS, 2009).

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS	
VISITA DOMICILIARIA	PLANIFICACION	Edad	Ficha de Observación	
		Sexo		
		Procedencia		
		Grado de instrucción		
		Estado civil(soltero, casado o conviviente)		
		Ingreso económico		
		Etnia (mestizo)		
	EJECUCIÓN	N° de visitas domiciliarias/mes		
		N° de personal de enfermería que realiza vista		
		N° de reportes de vistas domiciliarias/mes		
		N° de visitas domiciliaria efectiva		
		N° de madres comecedoras de iras y edas		
		N° de niños que recibe prevención iras -edas		
		N°de niños que recibe tratamiento iras -edas		
	EVALUACIÓN	N° de madre de niños lactantes que recibieron visitas domiciliarias.		
		Cumplimiento del plan de trabajo		
		Facilidad de preparación de alimentos		
		Signos y síntomas de una persona con iras-edas		
		Verificar el almacenamiento de medicamentos para el tratamiento de iras -edas		
	IRAS	Virus y Bacterias		

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE “IRAS-EDAS”		<ul style="list-style-type: none"> • Administración de Dosis • Cumplimiento de Horario • Forma de administración • Continuidad 	PRETEST Y POSTEST
	EDAS	Virus y Bacterias <ul style="list-style-type: none"> • Administración de Dosis • Cumplimiento de Horario • Forma de administración • Continuidad 	
		Parasitos	

1.8. Población y muestra

Población:

La población está conformada por 100 madres de lactantes que visitan el puesto de salud de Comuche. Siguiendo los conceptos de Hernandez Sampieri y Teniendo en cuenta los objetivos.

Muestra

Nuestra investigación se asumirá como muestra a las 100 madres de lactantes que visitan el puesto de salud de Comuche que conforman nuestra población y de esta manera asegurar la confiabilidad de nuestros resultados.

Criterios de inclusión:

Madres de lactantes que visitan el puesto de salud de Comuche.

Criterios de exclusión

Madres de lactantes que no visitan el puesto de salud de Comuche.

1.9. Técnicas e instrumentos de recolección de datos validez y confiabilidad

Las técnicas e instrumentos que se emplearan en la realización del presente trabajo de investigación son los siguientes:

- **El instrumento** a aplicar es una encuesta de evaluación: Se refiere a la descripción cualitativa y cuantitativa sobre conocimientos en tratamiento y prevención de IRAS-EDAS en madres de lactantes del Puesto de Salud comuche, 2018.
- **La técnica de la observación:** Es un proceso sistemático por el que un especialista recoge por sí mismo información relacionada con cierto problema. Este problema es el que da sentido a la observación en sí y el que determina aspectos tales como: qué se observa, quién

es observado, cómo se observa, cuándo se observa, dónde se observa los datos procedentes de la observación o qué utilidad se les da a los datos .

- **El instrumento** a utilizar se expresa en una lista de cotejo para valorar las estrategias recreativas, dirigida a expertos; el mismo que tendrá los mismos procedimientos que el instrumento anterior en cuestiones de validación y confiabilidad .

Para una mejor comprensión se describen en el siguiente cuadro

Cuadro 1: Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Variables	Técnicas	Instrumento
Dependiente:	Prueba escrita	Cuestionario y laboratorio.
Independiente:	Observación	Lista de cotejo

Fuente: propia, 2018

- **Técnica de gabinete.** Que consiste en tomar el nivel de conocimiento de madres en la prevención y tratamiento de IRAS-EDAS En lactantes; y en el procesamiento de los datos y resultados que se obtendrán en el Pre y Post Test.
- **De campo.** aplicación del Pre y Post test a las madres.
- **El fichaje.** Técnica destinada al registro escrito de los datos que se obtienen de las distintas fuentes de información, las mismas que nos facilitan la obtención y almacenamiento de los antecedentes de estudio y el marco teórico; permitiendo la sistematización bibliográfica. Los mismos que se redactarán el sistema APA.

Técnicas	Instrumentos	Fuente de información
Encuesta	Cuestionario/Test	Marco teórico
Observación	Guía de observación	Marco teórico
Programación	Programa	Marco teórico - diagnóstico
Validación		Expertos

Fuente: propia, 2018

De los instrumentos

Se sometió a juicio de tres expertos seleccionados según criterios: expertos en tema, trabajan con variables, especialistas en IRA - EDAS en ejercicio profesional y luego se aplicó una prueba piloto de 10 madres con lactantes de poblaciones homogéneas, la misma que al calcularle la confiabilidad se obtiene el valor del coeficiente alfa de Cronbach de 0,87 y para la validez las correlaciones de Pearson son mayores a 0.33

1.10. Métodos de análisis de datos

Para esta investigación desarrollada se utilizaron los siguientes métodos:

- **El método analítico**

El método analítico fue aplicado en el proceso de la operacionalización de las variables de estudio, las mismas que fueron desagregadas considerando la definición de ellas, luego pasando a las dimensiones y finalmente a los indicadores de tal manera que facilitó su comprensión y evaluación.

El método fue aplicado cuando se obtuvieron los datos que se recojieron con la aplicación de los instrumentos de investigación los mismos que fueron debidamente analizados.

- **El método sintético**

El método sintético se aplicó partiendo de los indicadores trabajados a nivel de la operacionalización, llegando a las variables de estudio en un proceso inverso al análisis indicado anteriormente; de igual manera se realizó la sistematización de los contenidos del marco teórico y asimismo se tuvo que elaborar los cuadros estadísticos correspondientes.

- **Método cuantitativo - Cualitativo**

El método cuantitativo quedará aplicado en la presente investigación por la razón de que se recogerán datos numéricos los mismos que serán organizados en cuadros específicos terminando con el respectivo análisis.

1.11. Aspectos éticos

Se consideraron en todo momento los siguientes principios éticos de Belmont (National Institutes of Health, 2003)

Respeto a las personas: se consideró por lo menos dos convicciones éticas: primero, que las personas que participan en la investigación fueron tratadas como agentes autónomos y segundo, con autonomía por lo que fueron capaces de deliberar su participación y de actuar en el sentido de libertad.

Beneficencia: se han formulado dos reglas generales como expresiones complementarias de acciones de beneficencia; primero no hacer daño y segundo aumentar los beneficios y disminuir los posibles daños lo más que sea posible.

Justicia: es una cuestión de justicia en el sentido de "equidad en la distribución" o "lo que se merece". Las concepciones de justicia son relevantes para la investigación con sujetos humanos.

Se respetó la confidencialidad de los datos obtenidos, informando a los funcionarios y/o directivos el propósito del estudio y su aceptación de manifiesto mediante la firma del documento de Consentimiento Informado. (Anexo 03)".

La investigación cumplió con los requerimientos de rigor científico con respecto a la validez y confiabilidad del instrumento; la validez se refleja en la interpretación concreta de los resultados y la confiabilidad permite la posibilidad de replicar el estudio empleando los mismos métodos y estrategias de recolección de datos.

III. RESULTADOS

Tabla 1:

Efectividad de las visitas domiciliarias de Enfermería en los conocimientos de madres en prevención y tratamiento de de IRAS-EDAS en lactantes del Puesto de Salud Comuche, 2018

grupo		N	Media	Desviación estándar	Coficiente de variabilidad
puntaje	Post Test	100	13,52	2,077	15,36%
	Pre Test	100	8,75	2,467	28,19%

conocimientos de madres en tratamiento y prevención de IRAS-EDAS	t	gl	Sig. (bilateral)	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
				Inferior	Superior
Post Test – Pre test	14,790	198	,000	4,134	5,406

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 1; se observa que, el valor de la prueba t estudent para la diferencia de muestras relacionadas es altamente significativo ($p < 0,01$). Esto indica que las visitas domiciliarias de Enfermería fueron efectivas en los conocimientos de madres en prevención y tratamiento de IRAS-EDAS en lactantes del Puesto de Salud Comuche, 2018.

Por otro lado, antes de las visitas domiciliarias las madres tenían un puntaje promedio de 8, 75 en el conocimientos de prevención y tratamiento de IRAS-EDAS en lactantes del Puesto de Salud Comuche.

Aimismo; despues de las visitas domiciliarias las madres lograron un puntaje promedio de 13, 52 en el conocimientos de prevención y tratamiento de IRAS-EDAS en lactantes del Puesto de Salud Comuche.

Tabla 2:

Características sociodemográfica de las madres con hijos lactantes que reciben prevención y tratamiento en IRAS – EDAS en el Puesto de Salud Comuche, 2018

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Edad	menores 20 años	21	21%
	de 21 a 30 años	49	49%
	mayores de 30 años	30	30%
Procedencia	cajamarca	81	81%
	Lambayeque	12	12%
	Piura	7	7%
Grado de instrucción	primaria	8	8%
	secundaria	90	90%
	superior	2	2%
Estado civil	soltero	15	15%
	casado	10	10%
	conviviente	75	75%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 2; se observa que, el 49% de las madres con hijos lactantes que reciben prevención y tratamiento en IRAS – EDAS en el Puesto de Salud Comuche, 2018 tienen de 21 a 30 años; Asimismo, el 81% de las madres son de Cajamarca, también, el 90% de las madres solo han hecho estudios secundarios y por último, el 75% de las madres conviven.

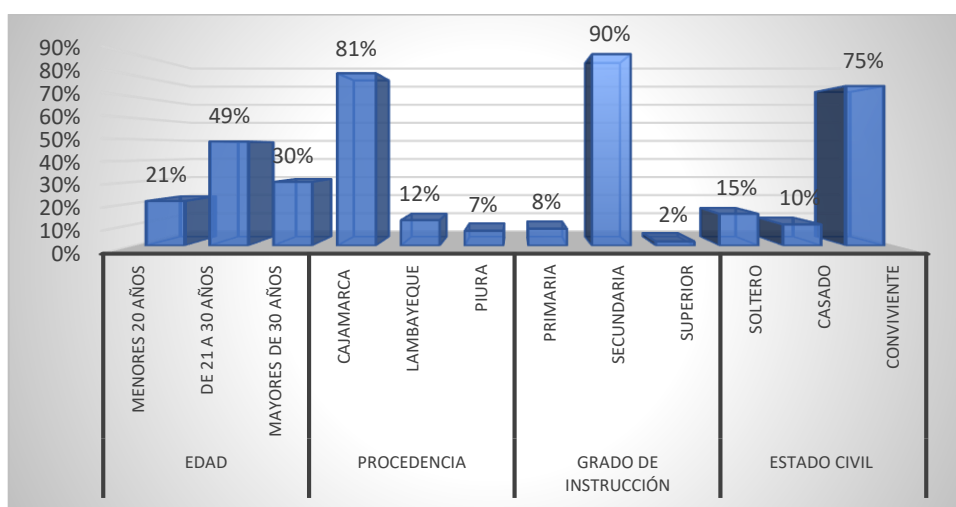


Figura 1: Caracterización sociodemográficamente a las madres con hijos lactantes que reciben prevención y tratamiento en IRAS – EDAS en el Puesto de Salud Comuche.

Tabla 3:

Nivel de conocimientos de las madres en la prevención y tratamiento de IRAS en lactantes a través de la aplicación de un pretest y posttest en el Puesto de Salud Comuche, 2018.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS		GRUPO	
		PRE TEST	POST TEST
Bajo	Recuento	74	0
	% dentro de grupo	74,0%	0,0%
Medio	Recuento	24	68
	% dentro de grupo	24,0%	68,0%
Alto	Recuento	2	32
	% dentro de grupo	2,0%	32,0%
Total	Recuento	100	100
	% dentro de grupo	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 2 y figura 1; se observa que, antes de las visitas domiciliarias el 74% de las madres se encontraron en un nivel de conocimientos bajo sobre prevención y tratamiento de IRAS en lactantes del Puesto de Salud Comuche, el 24% de las madres en niveles medios y solo un 2% en niveles altos.

se observa que, post de las visitas domiciliarias el 0% de las madres se encontraron en un nivel de conocimientos bajo sobre prevención y tratamiento de IRAS en lactantes del Puesto de Salud Comuche, el 32% de las madres en niveles medios y solo un 32% en niveles altos

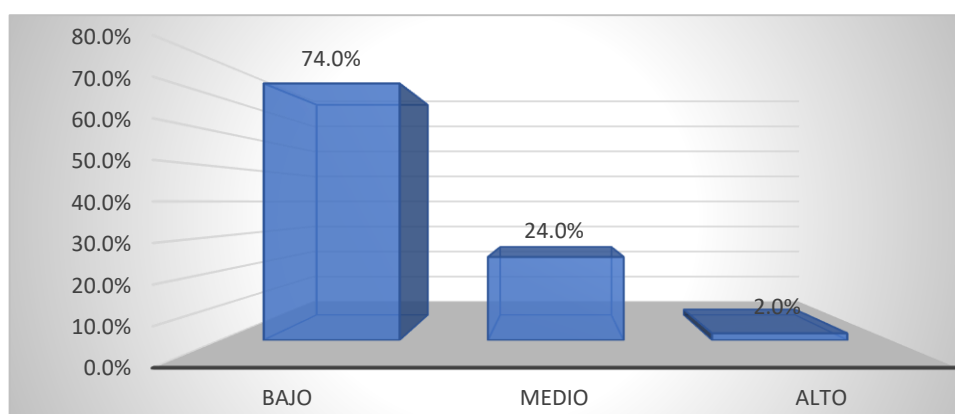


Figura 1: Nivel de conocimientos de las madres antes de la visita domiciliar en la prevención y tratamiento de IRAS en lactantes.

Tabla 4:

Nivel de conocimientos de las madres en la prevención y tratamiento de EDAS en lactantes a través de la aplicación de un pretest y posttest en el Puesto de Salud Comuche, 2018

NIVEL DE CONOCIMIENTOS		PRE TEST	POST TEST
Bajo	Recuento	70	0
	% dentro de grupo	70,0%	0,0%
Medio	Recuento	28	61
	% dentro de grupo	28,0%	61,0%
Alto	Recuento	2	39
	% dentro de grupo	2,0%	39,0%
Total	Recuento	100	100
	% dentro de grupo	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 4 y figura 2; se observa que, después de las visitas domiciliarias el 39% de las madres se encontraron en un nivel de conocimientos altos sobre prevención y tratamiento de EDAS en lactantes del Puesto de Salud Comuche, el 61% de las madres en niveles medios y ninguna en niveles bajos.

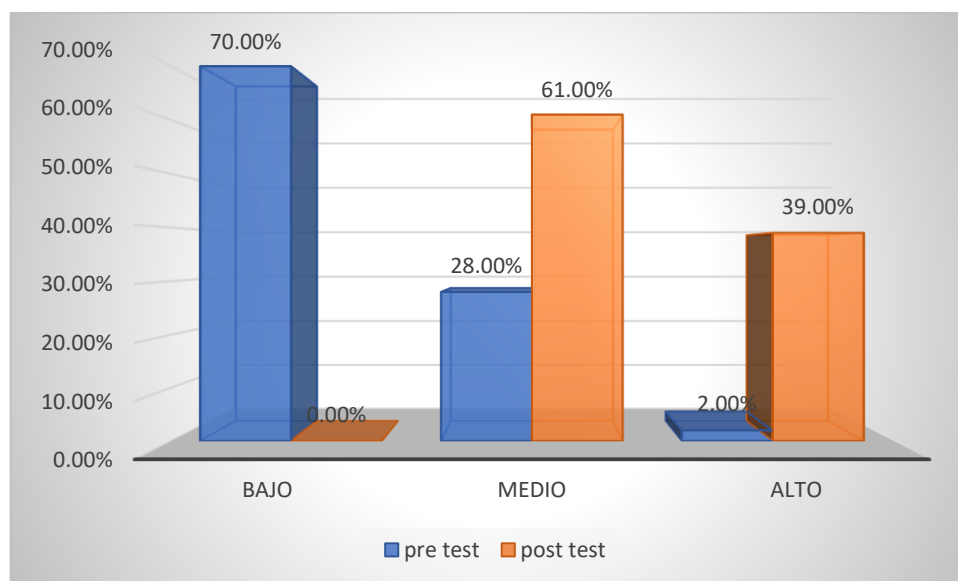


Figura 2: Nivel de conocimientos de las madres después de la visita domiciliar en la prevención y tratamiento de EDAS

Tabla 5:

Nivel de conocimientos antes y después de las visitas domiciliarias de enfermería a las madres en prevención y tratamiento de de iras-edas en lactantes del Puesto de Salud Comuche, 2018.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS		GRUPO	
		PRE TEST	POST TEST
Bajo	Recuento	74	0
	% dentro de grupo	74,0%	0,0%
Medio	Recuento	24	68
	% dentro de grupo	24,0%	68,0%
Alto	Recuento	2	32
	% dentro de grupo	2,0%	32,0%
Total	Recuento	100	100
	% dentro de grupo	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 5 y figura 3; se observa que, antes de las visitas domiciliarias el 74% de las madres se encontraron en un nivel de conocimientos bajo sobre prevención y tratamiento de IRAS-EDAS en lactantes del Puesto de Salud Comuche, el 24% de las madres en niveles medios y solo un 2% en niveles altos.

Por otro lado; se observa que, después de las visitas domiciliarias el 32% de las madres se encontraron en un nivel de conocimientos altos sobre prevención y tratamiento de IRAS-EDAS en lactantes del Puesto de Salud Comuche, el 32% de las madres en niveles medios y ninguna en niveles bajos evidenciándose la diferencia en el grupo pre tes post test.

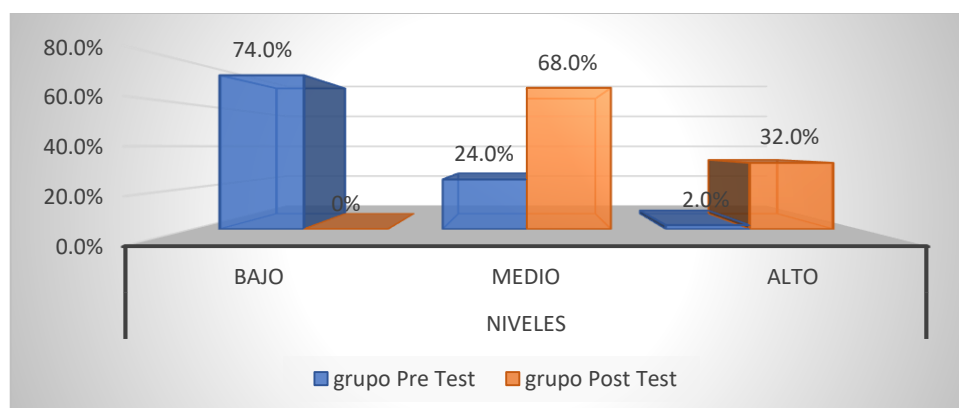


Figura 3: Nivel de conocimientos antes y después de las visitas domiciliarias de enfermería a las madres en prevención y tratamiento de edas

IV. DISCUSIÓN

Los niveles de conocimiento sobre la enfermedad diarreica aguda (EDAS) en las madres de lactantes que se atienden en el Puesto de Salud Comuche, 2018, están relacionados directamente, con las visitas domiciliarias por parte del personal de enfermería, pero a la vez están influenciados por múltiples causas.

Considerando que las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias son los problemas de salud más comunes en la infancia, los mismos que pueden ser evitados por cuidados domiciliarios, siempre que los cuidadores en este caso las madres se encuentren debidamente educadas por parte del personal de enfermería, fue preciso describir sus características sociodemográficas a fin de conocer al grupo encuestado; al respecto el 49% de las madres con hijos lactantes que reciben prevención y tratamiento en IRAS – EDAS en el Puesto de Salud Comuche, 2018 tienen de 21 a 30 años; Asimismo, el 81% de las madres son de Cajamarca, también, el 90% de las madres solo han hecho estudios secundarios y por último, el 75% de las madres conviven. Estos resultados son semejantes a los resultados encontrados en la investigación realizada por Rodríguez, R y Cornejo, A. (2014) donde se obtuvo que la mayoría de madres conocen los síntomas iniciales de la IRA, pero son pocas las que reconocen los signos de alarma así mismo la mayoría de las madres realizan cuidados adecuados siendo algunos riesgosos para el niño.

Con respecto al segundo objetivo específico; se observa que, antes de las visitas domiciliarias el 74% de las madres se encontraron en un nivel de conocimientos bajo sobre prevención y tratamiento de IRAS-EDAS y el 24% de las madres en niveles medios, solo el 2% en niveles altos. Después de las visitas domiciliarias el 39% de las madres se encontraron en un nivel de conocimientos altos sobre prevención y tratamiento de IRAS-EDAS en lactantes del Puesto de Salud Comuche, el 61% de las madres en niveles medios y ninguna en niveles bajos.

Con respecto a los niveles de conocimiento sobre las Infecciones respiratorias Agudas (IRAS) por parte de las madres con lactantes, también están relacionadas con las visitas domiciliarias que realiza el personal de enfermería. Por lo anteriormente mencionado se infiere que, si las madres no tienen niveles de conocimientos adecuados sobre IRAS – EDAS, les puede conllevar a un problema de morbilidad y mortalidad en sus lactantes. Cabe resaltar que frente a esta situación se debe medir en el incremento de conocimiento de las madres sobre las medidas de prevención puesto que ellas son las responsables de la crianza de su lactante, deben cumplir un rol en su cuidado del lactante y en consecuencia en la prevención de las IRAS – EDAS.

Por otro lado el valor de la prueba t estudent para la diferencia de muestras relacionadas es altamente significativo ($p < 0,01$). Esto indica que las visitas domiciliarias de Enfermería fueron efectivas en los conocimientos de madres prevención y tratamiento de IRAS-EDAS en lactantes del Puesto de Salud Comuche, 2018.

Esto se infiere que, la enfermera quien tiene un rol educador en las visitas domiciliarias deberá enfatizar sobre la importancia del tratamiento y prevención de IRAS-EDAS en las madres de lactantes del Puesto de Salud Comuche para la salud recomendable del niño.

Con respecto, a la tabla y/o figura 2; se observa que, antes de las visitas domiciliarias el 74% de las madres se encontraron en un nivel de conocimientos bajo sobre tratamiento y prevención de IRAS-EDAS en lactantes del Puesto de Salud Comuche, el 24% de las madres en niveles medios y solo un 2% en niveles altos.

Este resultado se compara con la investigación de Rodríguez, R y Cornejo, A. (2014) Lima-Perú. En su estudio titulado “Conocimientos y cuidados en el hogar que brindan las madres de niños menores de cinco años con infección respiratoria aguda que acuden al Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui” tuvieron el objetivo de determinar los conocimientos y cuidados en el hogar que brindan las madres de niños.

Estudio cuantitativo descriptivo. Tuvo una muestra de 58 madres, concluyendo que la mayoría de madres conocen los síntomas iniciales de la IRA, pero son pocas las que reconocen los signos de alarma así mismo la mayoría de las madres realizan cuidados adecuados siendo algunos riesgosos para el niño.

Esto se infiere, que las madres tienen bajos niveles de conocimiento sobre IRA y EDAS, por lo tanto, no les brindan un adecuado cuidado a sus menores hijos.

Estos resultados son corroborados por, la **Teoría de la Diversidad y de la Universalidad de los Cuidados Culturales de Madeleine Leininger**. Quien indica que la cultura representa los modos de vida sistematizados y los valores de las personas que influyen en sus decisiones y en sus acciones. Leininger define la enfermería transcultural como un estudio comparativo y el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados; la expresión, las creencias de la salud, la enfermedad y el modelo de conducta.

V. CONCLUSIONES

Las visitas domiciliarias de Enfermería fueron efectivas en los conocimientos de madres en prevención y tratamiento de IRAS-EDAS en lactantes del Puesto de Salud Comuche, 2018.

Las madres con hijos lactantes que reciben prevención y tratamiento en IRAS – EDAS en el Puesto de Salud Comuche, tienen entre 21 a 30 años; son de Cajamarca, solo han hecho estudios secundarios y por ultimo son madres conviven.

Antes de las visitas domiciliarias las madres se encontraron en un nivel de conocimientos bajo sobre prevención y tratamiento de IRAS en lactantes del Puesto de Salud Comuche y después de las visitas domiciliarias el 0% de las madres se encontraron en un nivel de conocimientos alto.

Antes de las visitas domiciliarias las madres se encontraron en un nivel de conocimientos bajo sobre prevención y tratamiento de EDAS en lactantes del Puesto de Salud Comuche y después de las visitas domiciliarias el 0% de las madres se encontraron en un nivel de conocimientos alto.

Antes de las visitas domiciliarias las madres se encontraron en un nivel de conocimientos bajo sobre prevención y tratamiento de IRAS-EDAS en lactantes del Puesto de Salud Comuche, después de las visitas domiciliarias las madres se encontraron en un nivel de conocimientos altos sobre prevención y tratamiento de IRAS-EDAS en lactantes del Puesto de Salud Comuche.

VI. RECOMENDACIONES

Dar a conocer los resultados al jefe del Centro de Salud Catache con la finalidad de que ordene a quien corresponda para visitar a las madres de lactantes sobre prevención y tratamiento de IRAS.

Dar a conocer los resultados al jefe del Centro de Salud Catache con la finalidad de que ordene a quien corresponda para visitar a las madres de lactantes sobre prevención y tratamiento de EDAS

Los directivos de los centros de salud deben dar a conocer, el nivel de conocimiento en las madres de lactantes sobre prevención y tratamiento de IRAS-EDAS.

Las visitas domiciliarias a las madres de lactantes sobre prevención y tratamiento de IRAS-EDAS Del Centro de Salud Comuche, deben ser permanentes durante un periodo de tiempo establecido por el establecimiento de salud.

Dar a conocer los resultados al colegio de enfermeros y la escuela de post grado de la Universidad Cesar Vallejo con la finalidad de formar convenios y poder mejorar el nivel de conocimientos sobre IRAS y EDAS en las madres de lactantes.

VII. REFERENCIAS

- Aguilar, G., & Florian, H. (2016). Conocimientos y prácticas tradicionales maternas en el cuidado del niño menor de cinco años con Infecciones Respiratorias Agudas – Hospital I Florencia de Mora – 2016. Trujillo - Perú.
- Alfaro, V. (2012). ¿Qué es el círculo de Viena? Ciencias Sociales - Historia - Filosofía, 1–2.
- Ames, A. (2014). Relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas de prevención de las Infecciones Respiratorias Agudas que tienen las madres de niños menores de cinco años que acuden al C.S. Chilca - Periodo: Octubre - Diciembre, 2013. Huancayo.
- Aranda, M. (2017). Conocimiento y su relación con prácticas en madres de niños menores de cinco años sobre la prevención de Infecciones Respiratorias Agudas del Centro de Salud Potracancho – Huánuco 2016.
- Repositorio Institucional. Universidad de Huánuco. Astudillo, J., & García, G. (2017). Factores asociados a Infecciones.
- Flores, C., & Zeballos, K. (2016). Manejo de Infecciones Respiratorias Agudas por madres de niños menores de 5 años. Ambitos Urbano y Rural P.S. alto Jesús y P.S. Mollebaya Arequipa 2015.
- Gavilanes, M. (2015). Estrategia metodológica para la prevención de Infecciones Respiratorias Agudas (ira) en base a prácticas saludables en niños menores de 5 años en el Subcentro de San Marcos Salcedo, periodo Enero a Julio del 2014. Ambato - Ecuador.
- González, R. (2016). Conocimiento de las madres de niños menores de cinco años sobre Infección Respiratoria Aguda en el servicio de emergencia del

Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2014. Lima - Perú.

MINSA. (2015). Plan de Comunicaciones - Prevención de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y Neumonía 2015. Boletín Informativo N° 09, 1–17.

MINSA. (2016). Preguntas frecuentes sobre Neumonía. Con Amor Y Cuidado Vencemos La Neumonía., 1–3. Retrieved from <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2016/neumonia/index.asp?p=2>

MINSA. (2017). Enfermedades Transmitidas por Alimentos. Boletín Epidemiológico Del Perú, 26, 1374–1416.

MINSA. (2018). Consecuencias de la exposición al humo en los niños. Retrieved from <http://espanol.babycenter.com/a13200013/consecuencias-de-la-obesidad-en-los-niño>.

Ministerio de salud del Perú. PLAN DE COMUNICACIONES Prevención de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) y Cólera 2014. 2014;1–18. Available from: http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2014/lavado-manos/archivo/Plan_de_comunicaciones-prevencion_de_enfermedades_diarreicas_y_colera.pdf

Rebeca M, Acosta C, Kety M, Moreno ER, Muñiz Velásquez MV, Vivianne M, et al. ARTÍCULO ORIGINAL Enfermedad diarreica aguda en niños guatemaltecos menores de 5 años Acute diarrheic disease in Guatemala children under 5 years. Medisan. 2014;18(11):1515–23. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2014/mds1411e.pdf>

Lidia E. García López, Pedro Luís Burón Reyes, Yanelly la Rosa Pons, Maritza

Martínez Pérez. Factores de riesgo de las enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años. Revista de Ciencias Médicas. 2014; 20 (3).

Delgado M, Sierra C, Calvache J, Ríos A, Mosquera C, Salas I, et al. Conocimientos maternos sobre signos de peligro en diarrea aguda en el marco de la estrategia AIEPI, 2006. Colomb Med Vol. 37 N°4; 37: 293-298.

Loza V, Pecho M, Uribe C, Lévano D. Efecto de una intervención educativa sobre higiene alimentaria a través del conocimiento y prácticas de madres del Centro Poblado Chacarita – SUNAMPE Chincha, Primer trimestre 2014, Rev. Enferm. Vanguard. 2014; 2(2): 173-178.

Asociación Española de Pediatría. Guía de práctica clínica iberolatinoamericana sobre el manejo de la gastroenteritis aguda en menores de 5 años, marzo 2014. Vol. 80 (1).

Salazar, de V. C. La Visita Domiciliaria en el Programa de Salud Familiar. Consejo publicaciones. Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela, 1993. Documento bajado de: webdelprofesor.ula.ve/medicina/asdruve/materias/enfermeria_comunitaria1/Visita%20Domiciliaria%20. junio 5 del 2015.

Ministerio de salud de la República De Paraguay. Guía de Visitas Domiciliarias. Serie Atención Integral a la Familia y Comunidad para los Equipos de Salud de la Familia – ESF. Paraguay 2012.

Minsal, 2009. Visita Domiciliaria Integral para el desarrollo biopsicosocial de la infancia “Chile Crece Conmigo”

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,.....; Identificada (o) con DNI:

Acepto participar voluntariamente en la investigación: "VISITA DOMICILIARIA DE ENFERMERÍA PARA MEJORAR CONOCIMIENTOS DE MADRES EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE "IRAS-EDAS" EN LACTANTES DEL PUESTO DE SALUD COMUCHE 2018. La investigación la desarrollan los Br. Maria Roxana Sánchez Villalobos.

Admito que recibí explicación sobre el estudio y he comprendido que la información que brinde es estrictamente confidencial y los datos serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad y a las normativas de protección de la información. Además, me han informado que puedo hacer preguntas en cualquier momento del desarrollo del Test y retirarme también del estudio sin dar explicación alguna.

Por tanto, declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente y por ello firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar mi deseo de participar en este estudio de investigación.

ANEXO 2

Cuestionario

Objetivo nivel de conocimiento de madres sobre prevención y tratamiento de IRA – EDAS en lactantes lo cual le pido a Ud. responder con sinceridad las siguientes preguntas. Las respuestas son anónimas y la información brindada es confidencial.

VIII. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

- ! • **Edad de la madre:** a. 14-16 años b. 17-20 años c. 21- 25 años d. >30 años
- ! • **Ocupación:** a. Comerciante b. Ama de casa c. Profesional d. Otros.....
- ! • **Edad:** a. menor de 1 año b. 1 año c. 2 años d. 3 años
- ! • **Grado de instrucción:** a. Sin grado b. Primaria c. secundaria d. Superior
- ! • **Ingresos económicos:** a. Menos de 500 b. 500 – 1000 c. más de 1000
- ! • **Estado civil:** a. Soltera b. Casada c. Conviviente d. Divorciada e. Viuda
- ! • **Rasa:** a. Mestizo b. Awajun c. Otros

Visita domiciliaria del personal p.s : a. 0 veces b. 1 vez c. 2 veces d. más de 3 veces

EDAS

- 1) **¿La diarrea se define como?**
 - a. Deposiciones líquidas más de 1 vez al día.
 - b. Deposiciones líquidas más de 3 veces al día.
 - c. Deposiciones líquidas 2 veces al día.
 - d. Deposiciones líquidas abundantes al día.
- 2) **¿Cuál de las siguientes afirmaciones pueden ser la causa de la diarrea?**
 - a. Consumos de alimentos con cáscara y lavados.
 - b. Frutas y verduras consumidas sin lavar.
 - c. Consumo de agua hervida y clorada.
 - d. Consumo de alimentos cocidos y cubiertos.
- 3) **¿Qué indica la presencia de sangre en las deposiciones?**
 - a. Peligro de muerte.
 - b. Infección.
 - c. Muerte inmediata.
 - d. Deshidratación leve.
- 4) **¿Se presenta como complicación de la diarrea?**
 - a) Deshidratación.
 - b) Infección.

- c) Buena nutrición.
 - d) Aumento de peso.
- 5) **¿Cómo debe almacenarse el agua para consumo, cuando no hay agua potable conectada a red en su casa?**
- a. En un depósito limpio con tapa.
 - b. En un cilindro sin tapa.
 - c. No debe almacenarse.
 - d. En cualquier depósito.
- 6) **¿Con qué frecuencia debe cambiarse el agua almacenada para consumo?**
- a. Cada 7 días.
 - b. Interdiario.
 - c. Cada 3 días.
 - d. Cuando se acabe el agua.
- 7) **¿Dónde deben ser ubicados los depósitos de basura, antes de ser eliminados en el camión recolector?**
- a) Dentro de la casa en un recipiente con tapa.
 - b) Dentro de la casa en un tacho.
 - c) Fuera de la casa.
 - d) Montículo de basura.
- 8) **Antes de preparar los alimentos usted:**
- a. Lava muy bien los alimentos.
 - b. Se lava las manos.
 - c. Verifica que se encuentra en buenas condiciones.
 - d. Todas son correctas.
- 9) **¿En relación a la preparación de los alimentos, señale cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?**
- a. Antes de preparar los alimentos los lava bien en agua potable o clorada.
 - b. No le preocupa la condición en que se encuentran los alimentos.
 - c. Si hay tiempo suficiente lavarlos bien.
 - d. Si se va a cocinar, no es necesario lavarlos previamente.
- 10) **¿Por qué es importante lavarse las manos con agua y jabón?**
- a. Porque protege de enfermedades.
 - b. Porque evita la fiebre.
 - c. Porque cura enfermedades
 - d. Porque es costumbre lavarse.
- 11) **¿Cuándo deben lavarse las manos con agua y jabón?**
- a. Antes de preparar los alimentos.
 - b. Solo después de ir al baño.
 - c. Antes de cambiar el pañal. d.
 - Cuando se pueda.

- 12) ¿En qué lugar debe eliminar los pañales descartables de su niño cuando hace deposición?**
- En un tacho con tapa.
 - Lo deja al aire libre.
 - Lo desecha en cualquier lugar.
 - Lo tira al piso, al lado de su cama hasta que pasa el basurero.
- 13) ¿Con qué frecuencia usted debe eliminar los pañales descartables sucios?**
- Se debe eliminar diariamente.
 - Se debe eliminar cada 2 días.
 - Se debe eliminar semanalmente.
 - Cuando pase el basurero.
- 14) ¿Por qué son necesarias las vacunas?**
- Porque permite generar defensas que lo protegen de las enfermedades.
 - Porque evita la diarrea.
 - Porque ayuda con el crecimiento del niño.
 - Porque permite el adecuado desarrollo del niño.
- 15) ¿Cuándo su hijo tiene diarrea, a donde acude?**
- Al naturista.
 - Farmacia.
 - Centro de Salud.
 - No lo saca de casa.
- 16) ¿Cómo se prepara el suero casero?**
- 8 cucharaditas de azúcar y una cucharadita de sal en 1 litro de agua.
 - 6 cucharadas de azúcar y dos cucharitas de sal en 1 litro de agua.
 - 1 cucharada de azúcar y una cucharadita de sal en 1 litro de agua.
 - 3 cucharadas de azúcar y dos cucharaditas de sal en 1 litro de agua.
- 17) ¿Para qué sirven las sales de rehidratación oral?**
- Prevenir la diarrea.
 - Tratar el cólico.
 - Reponer los líquidos que pierde el niño por la diarrea.
 - Curar las diarreas.
- 18) ¿Cuánto tiempo dura las sales de rehidratación oral y el suero casero una vez preparado?**
- 24 horas a temperatura ambiente.
 - 48 horas o 2 días en refrigeración.
 - Solo 6 horas.
- 19) ¿Cómo se administra el suero casero en niños menores de 2 años?**
- Con cucharadita pausadamente.
 - Con biberón hasta llenarse.
 - Darle seguido para que sane rápido.
 - En vaso aunque el niño no pida.

- 20) ¿Qué debe hacer cuando su hijo tiene diarrea?**
- a. No darle comida.
 - b. Brindarle comida en forma fraccionada, varias veces al día.
 - c. Darle solo frutas, ensaladas o lo que le gusta al niño.
 - d. Darle leche.
- 21) ¿En qué momento debe darle suero de rehidratación oral a su hijo?**
- a. Después de cada diarrea.
 - b. En cualquier momento.
 - c. Cuando llora con lágrimas.
 - d. Cuando vomita todo.
- 22) ¿Si su niño tiene diarrea, en qué circunstancias lo lleva al Centro de Salud?**
- a. Cuando llora sin lágrimas y deja de tomar líquidos.
 - b. Tiene piel seca y bebe agua.
 - c. Cuando presentan 2 deposiciones líquidas seguidas.
 - d. Cuando llora demasiado con lágrimas y bebe.
- 23) ¿Qué le debe dar a su hijo cuando tiene diarrea?**
- a. Agua de anís.
 - b. Suero casero.
 - c. Nada porque todo lo elimina.
 - d. Solo comida.
- 24) ¿Qué puede pasar si su hijo está muy deshidratado?**
- a. Puede entrar en shock y morir.
 - b. Puede darle fiebre y complicarse.
 - c. Puede aumentar de peso.
 - d. Puede empeorarse si le doy poco agua.
- 25) El tratamiento de un niño que está muy deshidratado incluye:**
- a. Tratamiento con suero endovenoso en el hospital.
 - b. Administrar abundante líquido en el hogar.
 - c. Aumentar la frecuencia de alimentos en el hogar.
 - d. Antibióticos por vía oral o endovenoso.

IRA

1. Elija Ud. de las siguientes alternativas, ¿Cuál considera es el motivo para que el niño(a) tenga infección respiratoria aguda?

- a. Poco abrigo ()
- b. Mala alimentación ()
- c. Clima ()

2. ¿Sabe Ud. que síntomas tuvo su niño enfermo de tos, resfrío o gripe?

- a. Dolor, sueño, picazón, mareos ()
- b. Sangrado, convulsión, sed, erupción ()
- c. Tos, secreción nasal, fiebre, ronquido ()

3. ¿Qué debe hacer Ud. cuando su niño tiene tos, resfrío o gripe?

- a. Ud. Consulta en la botica o farmacia ()
- b. Llevarlo a un establecimiento de salud ()
- c. Le frota su pecho con mentol ()

4. Si su niño tiene tos, resfrío o gripe, Ud. ¿Qué debe proporcionarle en su alimentación?

- a. Darle alimentos en varias porciones y líquidos ()
- b. Darle solo caldos y líquidos ()
- c. Darle solo lo que el niño acepte ()

5. Si su niño tiene tos, resfrío o gripe, Ud. ¿Qué debe usar como tratamiento casero?

- a. Preparaciones de ajos y cebollas ()
- b. Dar a beber agua tibia o Infusiones de hierbas medicinales ()
- c. Dar a comer miel de abejas ()

6. ¿Qué debe hacer Ud. cuando va a la farmacia a comprar medicinas para su niño enfermo con tos, resfrío o gripe?

- a. Comprar medicamentos que le recomienda el farmacéutico ()
- b. Comprar medicamentos de recetas anteriores ()
- c. Comprar los medicamentos indicados por el médico ()

7. ¿Qué debe hacer Ud. cuando el médico le indica medicamentos para su niño enfermo con tos, resfrío y gripe?

- a. Darle al niño los medicamentos c/ vez que se pone grave ()
- b. Darle al niño los medicamentos s/ horario y por tiempo indicados ()
- c. Darle los medicamentos cuando el niño quiera tomarlo ()

8. Sabe Ud. ¿Cuál es una señal peligro el niño que tiene tos, resfrío y gripe?

- a. Convulsión ()
- b. Le salen granos en el cuerpo ()
- c. Respiración rápida y con ruido ()

9. Sabe Ud. ¿Cómo evitar que su niño (a) se enferme de infección respiratoria aguda?:

- a. Vacunación completa ()
- b. No sacarlo de la casa ()
- c. Alimentación adecuada ()
- d. No mojarse ()
- e. Lavado de manos ()

10. Ud. después que baña a su niño(a) debe principalmente:

- a. Secarlo y evitar el aire ()

- b. Abrigarlo bien y salir de la casa ()
- c. Ponerle ropa tibia y acostarlo ()
- d. Frotarlo con mentol ()

11. Ud. ¿Qué debe considerar importante, cuando viste a su niño en la estación de invierno?

- a. Protegerlo del frío, abrigándolo bien ()
- b. Abrigarlo sin exagerar y evitar que transpire ()
- c. Cubrirlo con casacas y ponchos ()

12. Si Ud. se enferma de tos, resfrío y gripe. Dentro del hogar ¿Qué debe hacer principalmente?

- a. Abrigarse bien ()
- b. Tomar medicinas ()
- c. No mojarse ()
- d. Cubrirse al toser y estornudar ()

13. Ud. ¿qué debe considerar en una casa para que sea saludable?

- a. Ventilación ()
- b. Quemar la basura ()
- c. Limpieza diaria ()

ANEXO 03

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Estadísticas de fiabilidad

K-R 20	N de elementos
,815	25

	Correlación total de elementos	Kuder Richarson
P1	,985	,879
P2	,400	,837
P3	,569	,899
P4	,477	,812
P5	,377	,812
P6	,700	,817
P7	,569	,899
P8	,908	,866
P9	,985	,879
P10	,985	,879
P11	,477	,812
P12	,300	,857
P13	,679	,851
P14	,985	,879
P15	,500	,817
P16	,982	,854
P17	,500	,802
P18	,569	,899
P19	,500	,817
P20	,300	,817
P21	,435	,879
P22	,368	,843
P23	,564	,890
P24	,465	,868
P25	,751	,888

ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig
Inter sujetos	16,533	11	1,503		
Intra sujetos					
Entre elementos	41,067	19	2,161	7,771	,000
Residuo	58,133	209	,278		
Total	99,200	228	,435		
Total	115,733	239	,484		

Validación del Cuestionario para medir el nivel de conocimientos de madres en la prevención y tratamiento de "IRAS-EDAS" en lactantes del Puesto de Salud Comuche, 2018

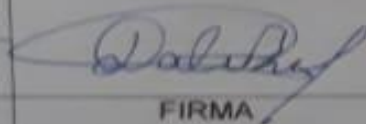
I. **INDICACIONES** Señor Especialista, solicito apoyo de su conocimiento y excelencia profesional para que emita juicios sobre el Cuestionario para para medir el nivel de conocimientos de madres en la prevención y tratamiento de "IRAS-EDAS" en lactantes. Luego de un riguroso análisis de los indicadores del test, marque con un aspa (X) en el casillero de acuerdo a su criterio y experiencia profesional, estableciendo si cuenta o no con los requisitos mínimos de formulación para su aplicación.

II. **Datos Generales:**

Apellidos y Nombres del profesional experto:
Reyes Flores, Dalia Yaneht

Aspectos de Validación:

INDICADORES	Criterios	DEFICIENTE 0-20				REGULAR 21-40				BUENA 41-60				MUY BUENA 61-80				EXCELENTE 81-100			
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado																				
VOCABULARIO	Es apropiado al nivel correspondiente																				
OBJETIVIDAD	Está expresado en indicadores precisos y claros																				
ORGANIZACIÓN	Los ítems presentan una organización lógica																				
PERTINENCIA	Los ítems corresponden al área que se va a evaluar																				
CONSISTENCIA	Basado en los aspectos teóricos y científicos																				
COHERENCIA	Coherencia en la redacción de los indicadores																				
METODOLOGÍA	El cuestionario responde al propósito de la investigación																				

Nombres y Apellidos	Dalia Yaneht Reyes Flores	 FIRMA
Grado Académico	Magister	
Especialidad	Enfermera	
Cargo / Función	Docente Tiempo Completo USS	

Fecha: Octubre del 2018

Validación del Cuestionario para medir el nivel de conocimientos de madres en la prevención y tratamiento de "IRAS-EDAS" en lactantes del Puesto de Salud Comuche, 2018

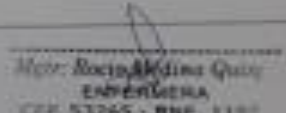
I. **INDICACIONES:** Señor Especialista, solicito apoyo de su conocimiento y experiencia profesional para que emita juicio sobre el Cuestionario para medir el nivel de conocimientos de madres en la prevención y tratamiento de "IRAS-EDAS" en lactantes. Luego de un riguroso análisis de los indicadores del test, marque con un aspa (X) en el casillero de acuerdo a su criterio y experiencia profesional, estableciendo si cuenta o no con los requisitos mínimos de formulación para su aplicación.

II. **Datos Generales:**

Apellidos y Nombres del profesional experto:
Medina Quispe, Adra Rocío

Aspectos de Validación:

INDICADORES	Criterios	DEFICIENTE 0-20				REGULAR 21-40				BUENA 41-60				MUY BUENA 61-80				EXCELENTE 81-100				
		1	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.																					
VOCABULARIO	Es apropiado al nivel correspondiente.																					
OBJETIVIDAD	Está expresado en afirmaciones positivas y claras.																					
ORGANIZACIÓN	Los ítems presentan una organización lógica.																					
PERSISTENCIA	Los ítems corresponden al área que se va a evaluar.																					
CONSISTENCIA	Basado en los aspectos técnicos y científicos.																					
COHERENCIA	Coherencia en la redacción de los indicadores.																					
METODOLOGÍA	El cuestionario responde al propósito de la investigación.																					

Nombres y Apellidos	Adra Rocío Medina Quispe	 M ^g . Rocío Medina Quispe ENFERMERA CEP 53265 - RNE. 1197
Grado Académico	Magister	
Especialidad	Enfermera	
Cargo / Función	Docente Tiempo Completo USS	
		N° D.N.I: 41080292 CEP 53265 REE 11927

Fecha: Octubre del 2018

Validación del Cuestionario para medir el nivel de conocimientos de madres en la prevención y tratamiento de "IRAS-EDAS" en lactantes del Puesto de Salud Comucha, 2018


1. **INDICACIONES:** Sufrir Experiencia, debido a su conocimiento y experiencia profesional para que permita evaluar sobre el Cuestionario para medir el nivel de conocimientos de madres en la prevención y tratamiento de "IRAS-EDAS" en lactantes. Luego de un riguroso análisis de los indicadores del test, marque con un signo (X) en el espacio de acuerdo a su criterio y experiencia profesional, estableciendo si cumple o no con los requisitos mínimos de formulación para su aplicación.

2. **Datos Generales:**

Apellidos y nombres del profesional experto:
Montenegro Camacho, Luis Arturo.

Aspectos de Validación:

INDICADORES	Criterios	DEFICIENTE 0-20		REGULAR 21-40			BUENA 41-60			MUY BUENA 61-80			EXCELENTE 81-100		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
CLARIDAD	Está formulado con lenguaje sencillo.														
MODERACIÓN	El lenguaje es muy simple y claro.														
OBJETIVO	Está formulado en indicaciones precisas y claras.														
ORGANIZACIÓN	Las items presentan una organización lógica.														
REFERENCIA	Las items corresponden a la dimensión que se va a evaluar.														
CONSISTENCIA	Existen en los aspectos esenciales y científicos.														
COHERENCIA	Coherencia en la redacción de los ítems.														
METODOLÓGICA	El cuestionario responde al propósito de la investigación.														

Nombre y Apellidos	Luis Arturo Montenegro Camacho	 FIRMA
Grado Académico	Doctor	
Especialidad	Investigador	
Cargo / Función	Docente de Post Grado UCV	

Fecha: Octubre del 2018

Autorización de publicación

	AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL UCV	Código : F08-PP-PR-02.02 Versión : 07 Fecha : 31-03-2017 Página : 1 de 2
---	---	---

Yo María Roxana Sanchez Villalobos, identificado con DNI N° 72757294, egresado de la Escuela Profesional de Posgrado, del programa de maestría de Gestión de Servicios de la Salud de la Universidad César Vallejo, autorizo (x) . No autorizo () la divulgación y comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado "VISITA DOMICILIARIA DE ENFERMERÍA PARA MEJORAR CONOCIMIENTOS DE MADRES EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE "IRAS-EDAS" EN LACTANTES DEL PUESTO DE SALUD COMUCHE, 2018"; en el Repositorio Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33

Fundamentación en caso de no autorización:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



 FIRMA

DNI: 72757294

FECHA: 19 de enero del 2019

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad	Aprobó	Rectorado
---------	----------------------------	--------	---	--------	-----------

Acta de originalidad

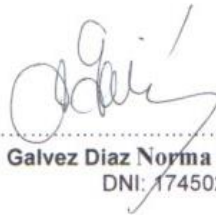


ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS

Yo, **Galvez Diaz Norma Del Carmen**, asesora del Trabajo de Investigación y Revisor de la tesis de la estudiante **María Roxana Sánchez Villalobos**, titulada: "Visita domiciliaria de enfermería para mejorar conocimientos de madres en la prevención y tratamiento de "IRAS-EDAS" en lactantes Puesto de Salud Comuche, 2018., constato que la misma tiene un índice de similitud de 11% verificable en el reporte de originalidad del programa *Turnitin*.

La suscrita, analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Chiclayo, 19 de enero del 2019



.....
Dra. **Galvez Diaz Norma Del Carmen**
DNI: 17450252

REPORTE DE TURNITIN



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE

Escuela De Posgrado

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

MARIA ROXANA SANCHEZ VILLALOBOS

INFORME TÍTULADO:

Visita Domiciliaria De enfermería PARA mejorar

CONOCIMIENTOS DE MADRES EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE IRAS -
EDAS EN LACTANTES DEL PUESTO DE SALVO CORUQUE, 2018

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

MAESTRO EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALVO

SUSTENTADO EN FECHA: 19-1-2019

NOTA O MENCIÓN: APROBADA POR UNANIMIDAD



[Firma]
FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN