

**ALONDRA YULIANA GONZALEZ GORDILLO**

**DRA. ARELY ALEJANDRA AGUILAR VELASCO**

**DISEÑO EXPERIMENTAL**

**PREGUNTAS DE ENCUESTA**

**4 A**

**COMITAN DE DOMINGUEZ CHIAPAS A 1 DE NOVIEMBRE DE 2024**

**"DESHIDRATACION EN PEDIATRICOS**

EDAD: \_\_\_\_\_

SEXO:

F

M

**Instrucciones:** Subraye la opción que considere a cada pregunta

1. **¿Cuál es su relación con el niño (a) en cuestión?**
  - a) Padre/ Madre
  - b) Tutor
  - c) Familiar
2. **¿Ha tenido alguna vez su hijo (a) un episodio de deshidratación?**
  - a) Si
  - b) No
3. **¿Qué factores considera que pueden contribuir a la deshidratación de su hijo (a)?**
  - a) Enfermedades (vómitos, diarrea)
  - b) Climas calurosos
  - c) Ingerir poca o nada de agua diariamente
  - d) Todas las anteriores
4. **¿Cuál es la cantidad que ingiere de líquido durante el día su hijo?**
  - a) Seis vasos de agua diariamente
  - b) Tres vasos de agua diariamente
  - c) Dos vasos de agua, incluyendo café y jugos dulces
  - d) Casi no bebe agua
  - e) No le gusta tomar agua(otras bebidas sí)
5. **¿Cuáles son las bebidas que utiliza para mantener hidratado a su niño?**
  - A. Agua simple
  - B. Soluciones de rehidratación oral
  - C. Jugos naturales
  - D. Bebidas deportivas
6. **¿Sabe usted identificar los síntomas de deshidratación en su hijo (a)?**
  - a) Si
  - b) No
7. **¿Cuáles de los siguientes síntomas ha notado en su hijo (a) durante un episodio de deshidratación?**
  - a) Boca seca y sed excesiva
  - b) Ojos hundidos y llanto sin lagrimas
  - c) Hundimiento de fontanela
  - d) Letargo (**falta de energía, sueño**)
  - e) Todas las anteriores
  - f) Ninguno de los anteriores
8. **¿Qué medidas toma para prevenir la deshidratación en su hijo (a)?**
  - a) Ofrecer líquidos frecuentemente
  - b) Limitar la actividad física en días calurosos
  - c) No tomo medidas específicas

- 9. ¿Cuántas veces al día le ofrece a su hijo (a) agua u otros líquidos?**
- a) Mas de 5 veces
  - b) 3-5 veces
  - c) 1-2 veces
  - d) Rara vez
- 10. ¿Ha consultado alguna vez a un medico sobre la deshidratación en su hijo (a)?**
- a) Si
  - b) No
- 11. ¿Esta al tanto de las soluciones de rehidratación oral y su uso?**
- a) Si
  - b) No
- 12. ¿En qué situaciones consideraría que es necesario llevar a su hijo (a) al médico por deshidratación?**
- a) No bebe liquido durante horas, no orina
  - b) Piel seca, irritabilidad, mareos, labios secos
  - c) Ninguna de las anteriores
  - d) Todas las anteriores
- 13. ¿Qué información le gustaría recibir sobre la deshidratación infantil?**
- a) Prevención
  - b) Tratamiento
  - c) Signos de alerta
  - d) Todas las anteriores
- 14. ¿Cuánto confía en su capacidad para manejar un episodio de deshidratación en su hijo (a)?**
- a) Muy confiado
  - b) Poco confiado
  - c) No confiado
- 15. ¿Usted sabe preparar el suero oral en casa?**
- a) Si
  - b) No
  - c) He escuchado
- 16. ¿Consume alimentos en alto contenido en agua, frutas y verduras a la semana?**
- a) Si diariamente
  - b) Tres veces a la semana
  - c) Poco frecuente
  - d) Nada
- 17. ¿Conoce usted los signos de alarma para diarrea?**
- a) Si
  - b) No
  - c) Más o menos
  - d) Me gustaría saber

18. El niño ¿cuenta con todas sus vacunas
19. ¿Cuenta con su cartilla de vacunación?
20. Usted sabe preparar el suero oral
21. ¿Con qué frecuencia daría usted el suero vida oral?
22. ¿Cuántas veces al día orina su hijo aproximadamente?
23. ¿Cuál es el color de la orina?
24. ¿Cuáles son las causas de provocar diarrea?
25. ¿Cómo usted puede prevenir la deshidratación?
26. ¿Cómo nota la textura de su piel del niño?
27. ¿Alguna vez mantuvo los labios resecos?
28. ¿Conoce los datos de alarma de la deshidratación?
29. Su niño tiene alguna enfermedad
30. Usted conoce de alguien que haya sufrido deshidratación