



BUAP

**Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Medicina**

**Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Medicina Familiar No 57**

“Conocimientos y actitudes de los cuidadores primarios frente a signos de alarma
en infecciones diarreicas en niños menores de cinco años en la UMF No 57”

Tesis para obtener El Diploma de Especialidades en Medicina Familiar



Presenta:

Dr. Homero Popoca Vivas

Director:

Dra. Neydi Méndez Delgado

Asesor:

Dr. Salomón de Jesús Ríos Arguello

H. Puebla de Zaragoza, febrero 2020

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	3
2. INTRODUCCION	5
3.- ANTECEDENTES.....	6
3.1 ANTECEDENTES GENERALES	6
3.2. ANTECEDENTES ESPECÍFICOS.....	18
4. JUSTIFICACIÓN.....	21
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	22
6.- HIPÓTESIS	23
7.- OBJETIVOS:.....	23
7.1 OBJETIVOS GENERALES.....	23
7.2 ESPECÍFICOS	23
8. MATERIAL Y MÉTODOS.....	24
8.1 DISEÑO DEL ESTUDIO.....	24
8.2 UBICACIÓN ESPACIO-TIEMPO	24
8.3 MUESTREO	24
8.3.1 DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE POBLACIÓN	24
8.3.2 SELECCIÓN DE LA MUESTRA	25
8.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO.....	25
8.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	25
8.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	25
8.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	25
8.5 DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO	25
8.6 TAMAÑO DE LA MUESTRA	26
8.7 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN	27
8.7.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL	27
8.7.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL	28
8.8 VARIABLES Y ESTILO DE MEDICIÓN	30
8.9 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	31
8.10 ANÁLISIS DE DATOS	32
9.RESULTADO.....	33
10. DISCUSION.....	41
11. CONCLUSIONES	42
12. PROPUESTAS.....	43
13. ANEXOS.....	44
13. BIBLIOGRAFÍA	56

1. RESUMEN

“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LOS CUIDADORES PRIMARIOS FRENTE A SIGNOS DE ALARMA EN INFECCIONES DIARREICAS EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DE LA UMF No 57”

Dr. Homero Popoca Vivas¹, Dra. Neidy Méndez Delgado², Dr. Salomón de Jesús Arguello Ríos³.

1.- Residente de Medicina Familiar de la UMF N.57. 2.- Médico Familiar adscrito a la UMF N. 57. 3.- Médico Pediatra adscrito al HGZ 20.

INTRODUCCION: la enfermedad diarreica aguda es una de las primeras enfermedades en el menor de 5 años y la segunda causa de muerte. La diarrea puede tardar varios días y deshidratar al organismo, así como disminuir las sales necesarias para la vida. Es importante que el cuidador primario adquiera los conocimientos en cuanto a signos de alarma en EDAS y tome la actitud necesaria para trasladar a su paciente a la unidad médica más cerca y evitar posibles complicaciones, así como estancia prolongadas hospitalarias.

OBJETIVO: Determinar el conocimiento y actitudes de los cuidadores primarios frente a signos de alarma en EDAS en niños menores de cinco años antes y después de una intervención educativa en la unidad médica familiar no 57.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio de tipo observacional, analítico, cuasiexperimental, prospectivo, longitudinal, con la población de niños menores de 5 años adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No.57 IMSS en Puebla, Puebla; durante el periodo del 1° de Enero al 30 de agosto de 2018 y determino el conocimiento y actitudes frente a signos de alarma en EDAS en niños menores de 5 años, aquí se evaluó a los cuidadores primarios antes y después de una intervención educativa. Este cuestionario consta de 18 ítems con respuesta dicotómica y de 17 alternativas múltiples con una sola opción de respuesta, que permite evaluar el conocimiento que tienen los cuidadores sobre las enfermedades diarreicas agudas, se realizó análisis será bivariado con la intersección de las variables de los 2 grupos a través de T Student para determinar sus diferencias y su significancia estadística (p menor o igual de 0.05).

RESULTADO: En relación con la edad de los cuidadores primarios son: la media fue 29.56 años, una mediana de 28 años, moda de 25 años, con una desviación estándar 8.29 años, con un mínimo de 16 años y máximo de 70 años.

Se obtuvo un total de 181 cuidadores primarios encuestados, donde predomino el sexo femenino con 92.3% (167) de los encuestados y del sexo masculino con 7.7% (n: 14).

En la escolaridad de los cuidadores primarios se registraron los siguientes puntajes: bachillerato 49.7% (n: 90), siguiente licenciatura 24.3% (n: 44), continuando secundaria 21.5% (n: 39).

En el estado civil de los cuidadores primarios predominaron los casados con 47% (n: 85), siguiente unión libre 27.1% (n: 49), seguido de solteras 22.6% (n: 41), divorciada 2.1% (n:4), viuda .6% (n: 1) y separada .6% (n: 1).

De acuerdo con su nivel socioeconómico aquí los de nivel medio alto obtuvieron 74.6 % (n: 135), seguido por obrero 13.8% (n:25), medio bajo 11% (n: 20), y al final marginal 0.6% (n:1). En cuanto a modelo de ocupación las amas de casa tienen 42.5% (n: 77), empleado con 32% (n:58), otros 25.5% (n: 46).

Conocimiento antes de una intervención educativa se obtuvo predominantemente suficiente 93.8 % (170), regular 5% (n: 9), deficiente 1.2% (n: 2) y después de una intervención educativa se obtiene como suficiente 98.9% (n: 179) y regular 1.1% (n; 2). La actitud antes de una intervención educativa fue predominante adecuado 92.7% (n: 168), e inadecuado 7.3% (n:13) y la actitud después de una intervención educativa, el nivel adecuado fue 99.4% (n: 180), e inadecuado .6% (n: 1).

CONCLUSION: Se concluye que el nivel de conocimientos antes de una intervención educativa sobre el conocimiento de EDAS por parte del cuidador primario en los 181 encuestados del estudio de la unidad de medicina familiar No. 57 de Puebla, es su suficiente en la primera prueba; teniendo pocos resultados en regular y deficiente.

El sexo femenino predominó en los encuestados como cuidador primario en el 92.3%, de las cuales son el 47% casadas y se dedican en 42.5 % a ser amas de casa. Hablando de conocimiento antes de una intervención educativa el 92.3 % se encuentran dentro del rango de suficiente.

La edad mínima de nuestros cuidadores primarios fue de 28 años con una edad mínima de 16 años, con una máxima en un cuidador primario de 70 años, con un nivel socioeconómico medio alto

En cuanto a la actitud antes de una intervención educativa se representa al 92.7 % de los encuestados dentro del rango de adecuado.

Los resultados de la segunda evaluación de conocimiento y actitudes del cuidador primario sobre EDAS posterior a una intervención educativa encontramos predomina el conocimiento en 98.9% ubicándolos en suficiente, y en relación a la actitud se presenta con un 99.4%, obteniendo un resultado suficiente, se aplicó T Student con un resultado de conocimiento antes y después de una intervención t: - 8.444 y una p= 0.000 lo podemos inferir que la cantidad de conocimiento es variable antes y posterior a una intervención educativa, presentado un aumento después intervención, estadísticamente significativa y para la actitud antes y después de un intervención t: - 10.125 y p= 0.000 lo que nos interpreta que posterior a la intervención educativa hubo mejoría significativa.

2. INTRODUCCION

La enfermedad diarreica aguda (EDA) se considera una de las principales razones de muerte en el menor de 5 años y existen alrededor de 2 millones de hospitalizaciones por EDAS. Salud pública enfrenta un gran problema en países que se encuentran en desarrollo, debido a la morbilidad elevada que presentan, 25 millones de atenciones en el menor de 5 años asociadas a esta enfermedad son frecuentes y son una de las principales causas de mortalidad infantil.

Las defunciones causas por EDA se pueden prevenir mediante la promoción y prevención, así como la intervención oportuna de los padres para acudir al médico para establecer tratamiento adecuado. Los causantes de esta patología puede ser por bacterias, virus, y/o parásitos, el medio de trasmisión es considerado por la higiene inadecuada o la trasmisión de persona a persona. La autenticación de los datos de alarma en enfermedades diarreicas por parte del cuidador primario permite evitar las complicaciones en el menor de 5 años como son la deshidratación, choque hipovolémico, múltiples ingresos hospitalarios y hasta la muerte.

Las evacuaciones líquidas suelen limitarse solas y en la mayoría no necesita tratamiento antibiótico, la importancia de la terapia de rehidratación oral dependerá de las condiciones clínicas del paciente menor de 5 años, así como la edad para la administración correspondiente al plan que más se adecue a la deshidratación presentada.

No obstante estas enfermedades diarreicas pueden ser prevenibles mediante terapias de bajo costo, muchas familias no tienen acceso a la información necesaria para el cuidado y protección a los menores de 5 años en el cuadro agudo de la enfermedad diarreica.

El seguimiento en primer nivel al menor de 5 años en un cuadro diarreico agudo se debe poner atención en el antecedente de vacunación, motivo de consulta, así como el tratamiento preventivo de desparasitación, vigilancia de la nutrición y capacitación del cuidador primario.

La falta de conocimiento y actitudes de los cuidadores primarios respecto los síntomas de EDAS, se considera como factor de riesgo para complicar al menor de 5 años, la cual se puede prevenir con la entrega oportuna de información de los servicios de salud. Se tiene que capacitar al cuidador primario sobre su hábito alimenticio y no solo en administrar medicamentos para controlar las enfermedades diarreicas agudas. La intervención educativa del sector salud implica mejorar la calidad educativa del cuidador primario.

3.- ANTECEDENTES

3.1 ANTECEDENTES GENERALES.

La enfermedad diarreica aguda (EDA) se considera una de las principales causas de mortalidad en el menor de 5 años y existen alrededor de 2 millones de hospitalizaciones por EDAS. Salud pública enfrenta un gran problema en países en vías de desarrollo, debido a la morbilidad elevada que presentan, 25 millones de atenciones en el menor de 5 años asociadas a esta enfermedad son frecuentes y son una de las principales causas de mortalidad infantil.^{1,2}

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) definen como evacuaciones líquidas a la aparición de tres o más evacuaciones de heces sueltas o líquidas en 24 horas o al aumento anormal para la mayoría de la población, puede presentar sangrado. Actualmente existen 1700 millones de casos de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en el mundo, presentando el menor de 5 años al menos tres episodios diarreicos al año.³

Las enfermedades diarreicas se considera una de las causas de fallecimientos en el menor de 5 años y causa alrededor 1,5 millones de defunciones al año. Las evacuaciones líquidas suelen limitarse solas y en la mayoría no necesita tratamiento antibiótico.⁴

Las defunciones causas por EDA se pueden prevenir mediante la promoción y prevención, así como la intervención oportuna de los padres para acudir al médico para establecer tratamiento adecuado. Los causantes de esta patología puede ser por bacterias, virus, y/o parásitos, el medio de transmisión es considerado por la higiene inadecuada o la transmisión de persona a persona. Es importante conocer la incidencia de dicha patología, debido a esto se puede establecer canales endémicos para su prevención.^{5,6}

Se propone investigación epidemiología para ser utilizada dentro del programa AIEPI, debido a que esto permitirá mejorar el conocimiento del sector salud sobre las patologías que afectan durante la niñez, así como para ver su evolución y definir un tratamiento favorable en la población más vulnerable, ya que después de que el niño alcanza los 2 años de edad es muy difícil revertir la falta de crecimiento retraso en el desarrollo mental y motor a largo plazo.

Resulta de suma importancia la intervención educativa sobre las enfermedades diarreicas agudas, con esto se asegura una atención oportuna de la madre en menor de 5 años antes de llegar con complicaciones por deshidratación a la consulta médica.^{7,8,9}

Las complicaciones por EDAs en el menor de 5 años está en relación con la educación de los padres sobre IRA y EDA, a esto se agregan factores no médicos como hacinamiento, contaminación ambiental, agua no potable, una atención médica deficiente, analfabetismo del cuidador primario y un salario bajo. En el año 2008 se aplicaron vacunas contra rotavirus a varios países con esto se logró reducir la mortalidad en el menor de 5 años, aumentando la ingesta terapia de

rehidratación oral (TRO), desparasitación, mejor condición de vida y la introducción de vacunación gratuita contra sarampión y rotavirus en las semanas nacionales de salud.^{10,11}

Un lactante elimina 5 g de heces/ kg/día; las evacuaciones de consistencia sólida y bien formadas, así como evacuaciones de consistencia suelta y pastosa por bebés amamantados no se considera diarrea. Es de gran importancia instruir bien a la madre sobre la función intestinal de su niño, tanto como en frecuencia y consistencia de las heces dependiendo del grupo de edad. Las evacuaciones de un lactante pueden presentarse blandas o líquidas, aunque la mayoría de los padres suelen confundirlas con diarrea, estas evacuaciones suelen variar más adelante dependiendo de la dieta y edad del paciente.^{12, 13,14}

No obstante, estas enfermedades diarreicas pueden ser prevenibles mediante terapias de bajo costo, muchas familias no tienen acceso a la información necesaria para el cuidado y protección a los menores de 5 años en el cuadro agudo de la enfermedad diarreica.¹⁵

Las evacuaciones líquidas son características del movimiento acelerado del intestino con incremento de agua en las deposiciones. Las evacuaciones líquidas por una infección suelen ser de etiología viral, bacteriana o parasitaria normalmente se relaciona a síntomas como vómito con o sin náuseas, y dolor tipo cólico. La diarrea aguda se clasifica con una duración igual o menor a 14 días de evolución.¹⁶

Para brindar una atención adecuada en las unidades de primer nivel en el menor de cinco años es necesario reforzar: esquema de vacunación, objetivo de la consulta, vigilancia del estado alimenticio y capacitar al cuidador primario.¹⁷

Un punto importante para otorgar la atención integral completa es importante identificar factores de mal pronóstico, evolución clínica, tratamiento oportuno, capacitar a al cuidador primario sobre cómo identificar los signos de alarma en enfermedades diarreicas, cuidados necesarios en el domicilio y continuación de esta patología.¹⁷

ETIOLOGÍA

1. Las bacterias y virus son los agentes más comunes que causan gastroenteritis aguda.
2. Los agentes infecciosos como los rotavirus se caracterizan por causar del 70 al 80 % de las diarreas en todo el mundo.
3. Muchos agentes bacterianos son responsables de 10 a 20% de los casos; 10% se debe a *Escherichia coli* diarreogénica.¹⁶

FACTORES DE RIESGO

Principales factores de riesgo para diarrea persistente:

- Bajo peso.

- Diarrea con moco y sangre.
- Uso inadecuado de los antibióticos.
- Aumento en el número de evacuaciones (> 10 por día).
- Continua con mal estado hídrico (> 24 h).¹⁶

Factores que incrementan el riesgo de deshidratación:

- Niños < de 1 año particularmente los de 6 meses.
- Lactantes con bajo peso al nacimiento.
- Niños con > de 5 evacuaciones en las últimas 24 h.
- Niños con > de 2 vómitos en las últimas 24 h.
- Aquellos niños que no aceptan líquidos vía oral.
- Niños que no fueron lactados durante la enfermedad.¹⁶

Formas de prevenir las enfermedades diarreicas son:

1. Desinfección del agua con cloro.
2. Promover la lactancia preferentemente los 6 primeros meses de vida del niño.
3. Ofrecer técnicas de ablactación a partir del sexto mes de vida.
4. Promover la limpieza en el domicilio, lavado correcto de manos, cuidado de los alimentos y desechar adecuadamente las excretas.
5. actualización de la cartilla vacunación.
6. Otorgar vitamina "A" como refuerzo inmunológico para en niño en desarrollo y como suplemento.¹⁷

HISTORIA CLÍNICA

El diagnóstico de las evacuaciones líquidas se considera por:

- Cambio en la consistencia de las evacuaciones.
- Cambio en la cantidad y aumento de evacuaciones.
- Aquella diarrea con moco y sangre.
- Síntomas como vomito, dolor tipo cólico y nauseas.¹⁶

Las evacuaciones líquidas suelen resolverse por sí solas entre el 5° y 7° día. E incluso durar hasta los 14 días

Esta patología suele agregarse vomito el cual se resuelve entre los 2 primeros días y puede persistir como máximo hasta el tercer día.

El tiempo de vida de la gastroenteritis viral es de poca duración, pero se relaciona con nauseas que puede llegar al vomito y deshidratar al paciente. Los síntomas más comunes de la gastroenteritis bacteriana se asocian con mayor frecuencia con dolor abdominal y en algunas ocasiones con evacuaciones líquidas sanguinolentas.¹⁶

Síntomas y signos en el menor de 5 años con diarrea aguda sin deshidratación, clínicamente se puede observar:

- Buen aspecto.
- despierto y activo.

- Orina normal.
- Cambios en la turgencia de la piel.
- Extremidades tibias.
- Cavidad oral húmedas.
- Ritmo cardiaco normal.
- Frecuencia respiratoria normal.
- Pulsos periféricos normales.
- Llenado capilar inmediato.
- Piel normal.
- Tensión arterial sin cambios. ¹⁶

Características clínicas de la deshidratación sin choque se podría considerar si presenta dos o más de los siguientes síntomas:

- Triste.
- Irritable o inquieto.
- Ojos hundidos.
- Ritmo cardiaco aumentado.
- Frecuencia respiratoria aumentada.
- Micción disminuida.
- Piel sin cambios.
- Extremidades tibias.
- Cavidad oral seca, saliva filante.
- Pulsos periféricos normales.
- Llenado capilar inmediato.
- Tensión arterial normal.
- Llanto sin lágrimas.
- Toma líquidos con avidez.
- Piel elástica mayor a 2 seg.
- Fontanela anterior hundida (lactantes). ^{16,17}

Choque hipovolémico, se presenta con dos o más de los siguientes:

- Perdida del estado de alerta: soporoso o comatoso.
- Coloración violácea de la piel.
- Extremidades frías.
- Aumento de frecuencia cardiaca.
- Aumento de frecuencia respiratoria.
- Pulsos disminuidos.
- Presión baja.
- Tono muscular disminuido.
- Dificultad para tolera líquidos.
- Llenado capilar mayor de cinco segundos. ^{16,17}

CLASIFICACIÓN DE LA DESHIDRATACIÓN

- Sin deshidratación.
- Deshidratación clínica.
- Deshidratación más datos de choque.

Existen diferentes clasificaciones de deshidratación en niños. Esto facilitaría reconocer y administrar la aplicación de líquidos, nos apoyaremos en la guía de práctica: clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diarrea Aguda en Niños de Dos Meses a Cinco Años en el Primero y Segundo Nivel de Atención.^{16,17}

Pacientes para hospitalización son:

- Datos de choque.
- Pérdida del >9 del peso corporal en niños.
- Observación aquellos niños con deshidratación clínica de leve a moderada se mantendrán en observación por 6 hrs hasta obtener un estado hídrico adecuado por 3 a 4 hrs y permanecer hidratado de 2 a 3 hrs.
- Aquellos pacientes menores de 5 años que se encuentren con una deshidratación conforme a su edad (lactantes <6 meses), diarreas constantes mayor de 8 en 24h o vómitos (>4 en 24h) vigilancia estricta de 4 a 6 hrs para asegurar una adecuada hidratación.
- Alteraciones neurológicas
- Sin respuesta al tratamiento de rehidratación oral.
- Sospechar en algún problema quirúrgico.
- Menor de 5 años donde el cuidador primario o aquellos cuidadores primarios no sean buenos en la terapia de rehidratación en el domicilio.^{16,17}

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Gastroenteritis no infecciosa:

- CUCI.
- Enfermedad de Crohn o Enfermedad Celiaca.

Quirúrgicas:

- Obstrucción Intestinal.
- Intususcepción.
- Isquemia Intestinal.
- Apendicitis.
- Síndrome de Intestino Corto.

Evacuaciones líquidas por fármacos:

- Antibiótico.
- Colitis Pseudomembranosa.

Enfermedades crónicas:

- Diabetes.

- Hipertiroidismo.
- Hiperplasia Adrenal Congénita.
- Enfermedad de Addison.
- Hipoparatiroidismo.
- Inmunodeficiencia.

Alteraciones alimentarias:

- Alergia Alimentaria.
- Intolerancia a la lactosa.
- Alergia a la proteína de la leche.
- Evacuaciones por inanición.

Mal absorción:

- Fibrosis Quística.
- Enfermedad Celiaca.

Inflamación:

- CUCI.
- Enfermedad de Crohn.
- Enterocolitis de Hirschsprung.

Idiopática/Psicógena:

- Síndrome de Colon Irritable.^{16,18}

TRATAMIENTO

El tratamiento de las enfermedades diarreicas se puede clasificar en plan A, B y C, dependiendo del estado de deshidratación.

Plan A: aquellos con evacuaciones líquidas sin deshidratación que pueden continuar tratamiento en su domicilio:

- Continuar con la alimentación habitual.
- Tomar abundantes líquidos en el domicilio, así como la ingesta de electrolitos orales administrando las tomas conforme la edad del paciente, en los niños menores de un 1 año, otorgar 75 ml y para pacientes mayores de un año, ofrecer 150 ml y tomarlo por cucharadas o pequeños tragos, posterior a cada presentación diarreica.
- Educar al cuidador primario sobre los signos de alarma por pérdida de líquidos y signos de alarma por enfermedades diarreicas: beber con avidez, no tolerar la vía oral y alimentos, diarrea constante, fiebre, vómito y sangre en las deposiciones, con la finalidad que el cuidador primario tome las medidas pertinentes antes de acudir a la consulta médica.^{16,17}

Plan B: enfermedad diarreica y deshidratación con atención en las unidades de primer nivel:

- Otorgar electrolitos orales 100 ml por kilogramo de peso, en dosis fraccionadas cada 30 minutos durante cuatro horas.

- Si el niño vomita, otorgar 10 minutos e intentar la rehidratación oral, de preferencia más pausada.
- Al tolerar la vía oral y mejorar hidratación pasar al plan A, en caso contrario el Plan B permanecerá por 4 horas, si empeora pasará al Plan C.
- En caso de persistencia de los vómitos, no tolera el suero de rehidratación oral, o evacua más de 10 g/kg/hora o más de tres evacuaciones por hora, se hidratará con sonda nasogástrica, a razón de 20 a 30 ml de Vida Suero Oral por kilogramo de peso, por horas.

Plan C: aquellos con choque hipovolémico por deshidratación.

- Iniciar tratamiento por vía intravenosa con solución Hartmann, en caso de no contar con esa solución, se deberá usar solución salina al 0.9 %, en base al esquema siguiente:

PRIMERA HORA 50 ml/kg	SEGUNDA HORA 25 ml/kg	TERCERA HORA 25 ml/kg
<ul style="list-style-type: none"> • Valorar al paciente constantemente. Si no mejora, corregir la velocidad de hidratación. • Al tolerar líquidos, administrara suero de rehidratación oral, a razón de 25 ml/kg/hora; mientras sigue líquidos IV. • Al terminar la infusión IV, valorar al paciente para indicar Plan A o B, y retiro de soluciones, o repetir Plan C. • Si se indica Plan A, monitorizar por dos horas para corroborar que el paciente se pueda mantener hidratado con suero de rehidratación oral y continuar alimentación en el hogar. ¹⁶ 		

El suero de rehidratación oral por sonda nasogástrica se considerará utilizar en caso de que el menor de cinco años no pueda aceptar líquidos por vía oral en 1 hr o que el estado de salud empeore durante ese tiempo. ^{16,17}

El tratamiento antibiótico no está recomendado de forma rutinaria en las evacuaciones diarreicas debido a que suelen autolimitarse y la mayoría de ellas son infecciones por patógenos virales, los efectos adversos son muy comunes y pueden seguir causando más evacuaciones líquidas.

El estudio de heces se solicitará en cierto número de pacientes. El responsable de este tipo de gastroenteritis no suele responder con beneficio a la administración empírica de antibióticos

La utilización de tratamiento antibiótico debe considerarse para cierto tipo de patógenos en específico. ^{16,18}

ANTIMICROBIANOS EN LAS ENFERMEDADES DIARREICAS		
DIAGNOSTICO	MEDICAMENTO DE ELECCION	ALTERNATIVA
Disentería por shigella	Trimetoprima, 10 mg/kg/día, con sulfametoxazol, 50 mg/kg/día, divididos en dos dosis diarias, durante cinco días, vía oral.	Ampicilina 100 mg/kg/día divididos en cuatro dosis diarias, durante cinco días, vía oral.
Amibiasis intestinal	Metronidazol, 30 mg/kg/día, divididos en tres dosis diarias, durante 10 días, vía oral.	Tinidazol, 50 mg/kg/día una vez al día por 3 días, vía oral.
Giardiasis intestinal	Metronidazol 15 mg/kg/día, divididos en tres dosis diarias, durante cinco días, vía oral.	Albendazol 400 mg por día, durante cinco días, vía oral.
cólera	Eritromicina 30 mg/kg/día, divididos en tres dosis diarias, durante tres días, vía oral.	Trimetoprima, 8 a 10 mg/kg/día con sulfametoxazol 4050 mg/Kg/día, divididos en dos dosis diarias, durante 3 días, vía oral.

17,18

La rehidratación oral es uno de los tratamientos más conocidos para prevenir la deshidratación por enfermedad diarreica, se pueden utilizar planes de hidratación intravenoso en aquellos con deshidratación severa, en aquellos que cursen con deshidratación leve no está indicado uso rutinario de antimicrobianos y antidiarreicos de forma indiscriminada, queda bajo criterio medico la utilización de estos medicamentos de manera adecuada y oportuna. el nivel socioeconómico y cultural de la población dictamina la morbilidad y mortalidad en la enfermedad diarreica. Para evitar las complicaciones por enfermedades diarreicas, se deberá evitar mediante la hidratación oral y el tratamiento de manera oportuna en el domicilio, así como la verificación de las causas de riesgo que pueden agravar al paciente.^{19,20}

Existe un riesgo importante para aumentar la incidencia de deshidratación como: menores de un año (especialmente en el menor de 6 meses), peso bajo al nacer, más de 5 heces líquidas en un lapso de 24 h, haber vomitado más de 2 veces en un lapso de 24 h, intolerancia a la vía oral y desnutrición. Esta patología afecta a todas las clases sociales sin distinguir sexo, edad, raza o nacionalidad. Las patologías asociadas a problemas intestinales son varias incluyendo rotavirus que se trasmite en la mayoría de los menores de cinco años a través de la vía fecal-oral, así como alimentos con poca higiene, albergan microorganismos capaces de afectar la flora intestinal.^{21,22}

La lactancia materna actúa como alimento importante para la disminución de enfermedades diarreicas en el niño menor de 5 años, en específico en niños menores de 6 meses, según varios estudios sobre lactancia materna, otros factores que pueden prevenir las enfermedades diarreicas son la eliminación correcta de excretas, lavado de manos constante, el transporte adecuado de heces y la ingesta de agua potable. En el menor de 6 meses la lactancia materna reduce un 22 % la mortalidad, así como las infecciones diarreicas que junto a la vacuna contra el sarampión son importantes durante el desarrollo y fortalecimiento del sistema inmunológico.¹⁷

Los organismos que se encargan de promocionar la salud y prevenir enfermedades principalmente EDAs en el menor de 5 años, tratan de evitar las complicaciones de dicha patología que se ve reflejada con deshidratación y la muerte en el menor de cinco años.²³

El uso de zinc esta recomendado por La Organización Mundial de la Salud (OMS), se ha verificado su utilidad y seguridad para su uso y disminución de las enfermedades graves de la enfermedad (World Health Organization 2005). Diferentes estudios, ensayos clínicos y revisiones sistemáticas recomiendan la utilización de zinc, ya que aporta un efecto capaz de reducir las evacuaciones líquidas como terapia coadyuvante.²⁴

La Organización Mundial de la Salud ha establecido normas para el manejo de las patologías diarreicas. Dependiendo de la patología diarreica presentada será el uso de antibióticos que se pueden usar de preferencia en un nivel hospitalario, ya que se puede pensar en una etiología bacteriana invasiva.²⁵

La desigualdad económica y así como el bajo gasto en salud puede ser factor importante para desarrollar enfermedad diarreica. Principalmente se ha detectado en niños que viven en países en desarrollo, lo cual se relaciona con pobreza y mayor daño a la salud infantil. Aquel niño que vive en un país con mayor PIB suele padecer menos infecciones diarreicas durante todo el transcurso de su vida. Estos hallazgos respaldan la importancia de los fundamentos determinantes de la salud, como per cápita Desigualdades en el PIB y los ingresos, promulgados por la epidemiología social.²⁶

CONOCIMIENTO Y ACTITUDES

Conocimiento

El conocimiento es la acumulación de información, sobre lo que sucede al día, es el conocimiento adquirido al interactuar con el entorno, es el conjunto de experiencia obtenida y documentada en la mente de cada persona, lo que lo hace ser única.

El conocimiento según León y Montero (1997) lo define como el conjunto de conocimiento que la humanidad ha ido obteniendo sobre su naturaleza y sobre sí misma. Alavi y Leidner (2003) lo identifica como obtención de información que la persona obtiene y almacena en su mente, personaliza y observa de forma subjetiva, relaciona con los procedimientos, términos, interpretaciones, pensamientos, visualiza, juicios y aquellos complementos que puedan servir,

puntuales o estructurados. La información se convierte en información una vez transformada en el cerebro de la persona y después en datos una vez conformado o explicado a otras personas por medios literarios, textos electrónicos, comunicaciones orales o escritas, entre otros.

El conocimiento se podría interpretar como el recuerdo de un hecho ya vivido, donde el ser humano puede estar consiente y procesar dicha información, que lo puede llevar al entendimiento, inteligencia, percepción y razonamiento.

El conocimiento sensorial, puede ser interpretado como la captación de hechos extremos o psíquicos que adopta el individuo. Conocimientos intelectivos, se puede obtener de hechos aislados y de hechos casuales. Conocimiento de la razón, se refiere a los hechos internos del individuo, generales, parten de lo ya existente y modo de ser de las cosas.

Tipos de conocimiento

- **Intuitivo:** es la manera de percibir las ideas de forma inmediata, de acuerdo al conocimiento adquirido, sin que actúe un proceso mediador.
- **Demostrativo:** Es el que recurre posterior al evaluar dos conceptos que están en acuerdo o desacuerdo, recurriendo a mediadores o una larga intervención donde se asimila un resultado.
- **Sensible:** Es la información de las existencias individuales, y es el que tiene más del sol y demás cosas.
- **Científico:** es la verdad que arroja el proceso de la investigación interpretada de aquellas todas evidencias que nos llevara investigar la realidad para obtener una verdad científica.

Medición del conocimiento:

A través de la escala de Stanino Stanone se puede medir este tipo de conocimiento, interpretando la media aritmética y desviación estándar de la calificación obtenida por las madres.

Actitud

Es la realización de un conjunto de maniobras, actividades y tareas, que se entiende como la recurrencia a un estímulo y posteriormente se repite una respuesta consiente frente a ello, las cuales deben de ser vistas y deben de contribuir a que se ejecuten esas situaciones mediante conductas que formen parte de su aprendizaje y que se almacenen dentro de sus conocimientos y comportamientos. La mejor forma de evaluar este procedimiento es a través de las experiencias.

Las prácticas son eventos y actitudes que las familias pueden inculcar en el cuidado diario y asegurar el desarrollo adecuado, así como la calidad de vida de los niños. Esto se basa principalmente en el conocimiento científico actual y su práctica no solamente permite que el niño se desarrolle adecuadamente, le previene de muchas enfermedades y secuelas, así como le proporcionara un adecuado desarrollo.

Validez y confiabilidad del instrumento

Juicio de Expertos: participaron 3 profesionales (2 enfermeras y 1 medico) donde se aplicó dicho instrumento, el cual se sometió a una prueba de validez y permitió realizar ajustes al instrumento

Validez de constructo: después de analizar el instrumento por los expertos, se modificó y se realizó prueba piloto donde estuvo conformado por 15 madres de niños menores de 5 años, los cuales conformaron la prueba, donde se validó la claridad y logia del instrumento.

Confiabilidad del Instrumento: (Alfa de Cronbach)

Se realizó un prueba piloto de 15 madres mediante el método de alfa de Cronbach para asegurar la validez del cuestionario

Clasificación Puntaje

Inadecuado 0 – 13 puntos

Adecuado 14 – 26 puntos

El alfa de Cronbach es una técnica interna basada para calificar la confiabilidad de un instrumento que será medido a través de un cumulo de reactivos que nos permitirá estimar el instrumento o dimensión teórica (se presenta como el cálculo de confiabilidad que se compone de cada reactivo que es de un subcuestionario del cuestionario total y cada reactivo son cuestionarios paralelos). Como esta propiedad de paralelismo es prácticamente imposible para los ítems, por lo general el coeficiente alfa de Cronbach subestima el coeficiente de correlación. $\alpha < CC$). El alfa de Cronbach permite cuantificar el nivel de confiabilidad de la escala de medida para la magnitud inobservable construida a partir de las “n” variables observadas. Se tomó como criterio general, lo propuesto por George y Mallery, que consideran valores del alfa superiores a 0,7 son aceptables y, por tanto, suficientes para garantizar la fiabilidad de la escala. El coeficiente de Cronbach total de la variable (test total) nos registra una alta confiabilidad de este instrumento, con un indicador de 0,723, determinando que el instrumento es adecuado para medir el conocimiento de las madres de niños/as menores de 5 años sobre las enfermedades diarreicas agudas, en la unidad médico familiar No 57, IMSS, Puebla, Puebla. El instrumento es correcto para ser usado en la muestra y sus resultados reproducidos en la población.

- La fórmula para el coeficiente alfa es

$$\alpha = \frac{k}{(k-1)} \left(1 - \frac{\sum \sigma_i^2}{\sigma_x^2} \right)$$

k = número de ítems

11

$(\sigma_i)^2$ = varianza de cada ítem

$(\sigma_x)^2$ = varianza de la cuestionario total

El método utilizado fue un cuestionario de 31 preguntas, de los cuales 18 preguntas fueron para medir el nivel de conocimiento y 13 preguntas para medir las prácticas de las EDAs. A las respuestas del cuestionario se asignó un valor numérico: correcta (1 punto), incorrecta (0 puntos), el instrumento tuvo el siguiente detalle:

Información de la madre: Consta de 05 ítems, que permitió la caracterización de las madres de niños/as menores de 5 años.

Información del niño: Consta de 02 ítems con respuesta abierta y alternativa múltiple para identificar la presencia de episodios de diarrea.

Conocimiento sobre Enfermedad Diarreica Aguda: Consta de 18 ítems con respuesta dicotómica y de 17 alternativas múltiples con una sola opción de respuesta, que permitió evaluar el conocimiento que tienen los cuidadores primarios sobre las enfermedades diarreicas agudas. La valoración de las respuestas fue 0 puntos si no conoce y 2 puntos si acierta con la respuesta para las preguntas 1,2,3,4,5,7,8,9,10,13, 14,15,16 y 17. Las preguntas 6, 11, 12 y 18 valen 1 punto cada alternativa marcada haciendo un total de 8, 12, 2 y 6 puntos respectivamente.

Se clasificó el conocimiento en Deficiente, Regular y Suficiente según el puntaje alcanzado en la prueba de Stones.

Niveles	Puntaje
Conocimiento deficiente	0 - 26
Conocimiento regular	27 – 35
Conocimiento suficiente	36 – 56

Actitud de las EDAS:

Encuesta con 13 ítems para identificar las prácticas de las EDAS. La valoración de las respuestas tuvo el puntaje de 0 puntos si la práctica preventiva o manejo de las EDAS fue inadecuado y 2 puntos si fue adecuado. Se clasificó las Actividades de Autocuidado según el siguiente detalle:

clasificación	Puntaje
Inadecuado	0 – 13 pts.
Adecuado	14 – 26 pts.

3.2. ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

En el estudio de Rodríguez en el 2013 su objetivo fue establecer la confiabilidad del programa “La Era vive feliz sin EDAS” en los conocimientos, actitudes y prácticas en el manejo de enfermedades diarreicas agudas en las madres de niños menores de 4 años del Centro Poblado Virgen del Carmen La Era. Se presento un estudio cuantitativo de características pre experimental no probabilístico, debido a que se realizó un trabajo con personas en el que se aplicaron un pre test y pos test, con el fin de corroborar la efectividad del programa. Los resultados obtenidos después de aplicar el programa la mayor evidencia del conocimiento fue excelente en tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas (93.3%) y solo el 6.7% obtuvo un regular conocimiento; siendo, la mayor cantidad presento una actitud favorable (86.7%) al manejar las EDAS. Lo cual sucederá con las practicas, en el cual las madres después del programa en su mayor practica los reactivos prevendrán la aparición de las enfermedades diarreicas agudas y concluyeron que el programa “La Era vive feliz sin EDAS” es efectivo para el aumento del nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre como prevenir las enfermedades diarreicas agudas en las madres de niños menores de 4 años del Centro Poblado Virgen del Carmen-La Era, 2013. La población de estudio estuvo constituida por 40 madres o cuidadoras de niños menores de 4 años que asisten al centro de salud La Era Virgen del Carmen (V, VI, VII etapa) y que sus niños hayan presentado, al menos, un episodio de EDAS en sus diferentes tipos (disentérica, aguda o acuosa).¹

Cardoz del 2017 su objetivo fue determinar la efectividad del instrumento para calificar el nivel de conocimientos de cuidadores de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma en la enfermedad diarreica aguda. Se hizo un estudio descriptivo de validación. Se presento en 2 fases: primero la validación del instrumento y la segunda fue la medición del conocimiento en 234 cuidadores primarios. El instrumento fue sometido a un puntaje de jueces expertos. La confiabilidad del instrumento se evaluó con alfa de Cronbach. Se tomaron 2 lados del instrumento: factores de riesgo y signos de alarma. En cuanto a los factores de riesgo se tomaron 14 reactivos y la de signos de alarma 8 reactivos. Se fijaron puntos de corte para obtener una calificación global y por dimensión con un conocimiento bueno, moderado y malo y sus resultados fueron en cuanto a signos de alarma 45,7 % (107) obtuvo un conocimiento malo y en cuanto a los factores de riesgo en 60,3 % (141) el conocimiento fue moderado. La puntuación global del conocimiento fue moderada en 59,8 % (140). Se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,52. Los resultados obtenidos del instrumento presentado es una paralela para obtener el nivel de conocimiento de los cuidadores; es de fácil reproducción y podemos actuar de manera inmediata cuando el cuidador no conoce varios datos de alarma. La unidad de atención primaria nº 13 cuenta con una población de 10.528 niños menores de 5 años. Se incluyó a cuidadores de menores de 5 años (padres, abuelos, tíos, hermanos, otros), de cualquier sexo y que aceptasen participar en el estudio; no se utilizaron los ítems que no estuvieran completados al 100 %.¹²

El procedimiento fue verificar los factores de riesgo asociados a enfermedad diarreica aguda (EDA) con deshidratación grave en los menores de 5 años atendidos en el Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uria”, Alvaro para el 2014 presento un estudio de casos y controles incidentes. En este estudio se incluyeron niños de 2 meses a 5 años con enfermedad diarreica aguda: 60 casos (EDA con deshidratación grave) y 120 controles (EDA sin deshidratación o deshidratación leve), evaluándose los siguientes factores: edad, prematuros, estado nutricional, características clínicas del episodio diarreico actual, uso de sales de rehidratación oral y antibióticos, atención médica previa, edad y nivel educativo de la madre, duración de la lactancia materna, hacinamiento, eliminación de heces e inmunizaciones.

En el resultado de este estudio se encontraron los siguientes factores de riesgo: Edad menor a 18 meses, desnutrición, enfermedad con duración mayor a tres días, numero de deposiciones mayor a 5/día, más de 3 vómitos/ día, utilización de medicina natural, falta de alcantarillado y hacinamiento. La vacunación completa contra rotavirus resulto factor protector frente a la diarrea con deshidratación.

El estudio concluyo en que los factores de riesgo constantes en nuestra población son de suma importancia para atender a pacientes con cuadros diarreicos agudos y que tienen riesgo de deshidratación grave. Por un muestreo no probabilístico se incluyeron al estudio 180 pacientes de los cuales 60 se presentaron a los casos y los demás a los controles. Los casos fueron de niños de 2 meses a 5 años internados en el hospital con el diagnóstico de enfermedad diarreica aguda con deshidratación grave. Los controles son pacientes del mismo grupo etario que estaban cursando con enfermedad diarreica con deshidratación leve o moderada, sin criterios de deshidratación grave.²⁰

En el 2017 López Herrera para determinar la aplicación de prácticas familiares clave de la estrategia de atención integral a las enfermedades prevalentes en la infancia, por parte de los padres de niños inscritos en hogares del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, en la zona rural del municipio de Sopetrán, Antioquia, en 2014. Se realizo un estudio descriptivo, transversal. La principal fuente de universo son los padres o cuidadores. Se incluyeron 79 padres o cuidadores de nueve Hogares comunitarios de ocho veredas del municipio. En resumen, las madres tenían 28 años y los padres 32. El 74.7% de las familias son de un estrato socioeconómico bajo; la incidencia de familias de tipo nuclear fue del 48%. Las verduras, los vegetales, los lácteos, las calabazas y las zanahorias son los insumos con menor consumo por los menores. El 54.5% de las familias obtiene el agua de nacimiento y el 21.5% no la desinfecta antes de consumirla. El 5.1% deposita las heces en lugares abiertos. El 15.2% y el 35.4% no saben reconocer los datos de alarma que ponen en riesgo la vida del menor de 5 años por infección respiratoria y por enfermedad diarreica aguda. En el 89.9% de los casos las madres se encargan del cuidado de los menores, con una baja o escasa participación del papá. Se concluyo que los cuidadores no conocen las medidas necesarias que se relacionan con la verificación oportuna de signos de alarma de enfermedades prevalentes en la niñez. Además, el derecho al agua potable y saneamiento básico no es acceso fácil para todas las familias de este estudio. Muchas familias no hierven el agua para beberla, lo que podría aumentar las enfermedades prevalentes. En el hospital municipal de Sopetrán, Antioquia, se

valoraron en el 2012 320 menor de cinco años que fueron diagnosticados con patologías prevenibles como la enfermedad diarreica aguda (EDA) y la infección respiratoria aguda (IRA). A pesar de los esfuerzos que gobernantes y académicos realizan por difundir la Aiepi, estuvieron relacionado con uno de los objetivos del desarrollo del milenio, acerca de disminuir la mortalidad infantil, son demasiados los padres y cuidadores del menor de cinco años que en estos momentos no lo saben.¹⁵

La investigación realizada por Romero Goicochea y colaboradores donde se obtuvo un estudio descriptivo de tipo transversal comparativo con enfoque cuantitativo. La población universal del estudio estuvo a cargo de las madres de los niños menores de 5 años que acuden al Hospital Belén de Trujillo (HBT) y al Hospital EsSalud I de Florencia de Mora de Trujillo. La primero fue verificar hábitos, costumbres y cosmovisión que favorecen o no la prevalencia de las enfermedades diarreicas agudas. La edad mínima de madres fue de 15 años, y la máxima fue de 56. Encontrando en el Hospital EsSalud de Florencia de Mora el porcentaje de madres que tenía un máximo de 2 hijos fue del 79,4% contrastando con el HBT donde se obtuvo que un 30,2% de las madres tuvieran de 3 a más. Más de la mitad de las madres del Hospital Es Salud Florencia de Mora solo había estudiado hasta el nivel secundario y un 47,6 % tenía instrucción superior. Las madres encuestadas en el Hospital EsSalud de Florencia de Mora se obtuvieron que el 68,3% de ellas se ocupara solo del cuidado de la casa, contrastando con el HBT donde solo el 57.1% de las madres se dedicaba a dicha labor. Además, el HBT, el 54,8% de las madres se dedicaba a algún tipo de trabajo fuera del hogar ya sea este dependiente o independiente, mientras que para el primer establecimiento solo el 31,7% de las madres trabajaba fuera del hogar. El resultado obtenido en ambos en ambos prevaleció un excelente nivel de conocimientos durante la enfermedad diarreica aguda, sin encontrar diferencias importantes entre ambas. Por lo que se concluye que las actitudes obtenidas durante la enfermedad diarreica aguda son similares en ambos estudios con una muy buena actitud en la mayor parte de ellas. La mayoría de las madres en ambos nosocomios tienen buenas prácticas frente a la enfermedad diarreica aguda, no habiendo diferencias significativas entre ambos nosocomios. La muestra quedó definida por 63 madres de niños menores de cinco años usuarios del servicio de pediatría del Hospital Belén de Trujillo (HBT) y por 63 madres de niños menores de 5 años usuarios del servicio de pediatría del Hospital EsSalud de Florencia de Mora, que acuden durante el mes de Julio de 2016.²

4. JUSTIFICACIÓN

Una de las poblaciones que tiene mayor riesgo de infecciones, son los pacientes pediátricos (en específico los menores de 5 años), por lo que es importante incluir e inculcar en el cuidador primario y/o los cuidadores de dichos niños los principales signos de alarma en cuanto a infecciones diarreicas, ya que este método será útil para una atención oportuna y su traslado a las unidades correspondientes.

Esta tesis nos servirá para saber el grado de conocimiento y actitud de los signos de alarma que deben y deberán tomar los cuidadores primarios en las enfermedades diarreicas en niños menores de 5 años, así como saber a dónde referirse en caso de que presenten algunos de los signos de alarma y el cuidado higiénico dietético que deben tener para evitar dichas patologías gastrointestinales.

En el planeta las infecciones diarreicas agudas (EDA) siguen siendo las principales causas de muerte infantil, en México se considera la segunda causa de morbilidad, se relaciona dentro de las 20 causas principales de muerte, y se relaciona con las 5 primeras causas de muertes en los menores de cinco años, por lo que es recomendable reforzar el conocimiento de los cuidadores primarios en cuanto a EDAS y prevenir futuras complicaciones, así como ingresos hospitalarios, ya que genera un importante gasto a la salud.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El control de las enfermedades diarreicas en los menores de cinco años es una estrategia encaminada a la disminución de la mortalidad infantil por complicaciones de este padecimiento, en donde se practica uno de los preceptos básicos de la medicina familiar: atención integral y continua del paciente y la familia. La promoción de la salud y la medicina preventiva buscan evitar que se incremente la incidencia de las EDAS en los menores de cinco años, y aunado a ello evitar la presencia de complicaciones como la deshidratación y la muerte del menor.

El panorama en México, las EDAS siguen apareciendo como una de las principales causas de muerte infantil, inicialmente donde el desarrollo humano es menor y continúan siendo la segunda causa de morbilidad y se encuentra entre las principales cinco causas de defunciones entre los niños menores de cinco años.

Por lo que se considera de suma importancia la capacitación de los cuidadores primarios ante los signos de alarma en EDAS en menores de 5 años, antes y después de una intervención educativa, por lo que nos hacemos la siguiente pregunta.

¿Cuáles son los conocimientos y actitudes de los cuidadores primarios frente a signos de alarma en EDAS en niños menores de cinco años antes y después de una intervención educativa de la unidad médica familiar No. 57?

6.- HIPÓTESIS

Hi: Existe diferencia de los conocimientos y actitudes de los cuidadores primarios frente a signos de alarma en EDAS en niños menores de cinco años antes y después de una intervención educativa de la UMF No 57.

Ho: No existe diferencia de los conocimientos y actitudes de los cuidadores primarios frente a signos de alarma en EDAS en niños menores de cinco años antes y después de una intervención educativa en la UMF No 57.

7.- OBJETIVOS:

7.1 OBJETIVOS GENERALES:

Determinar los conocimientos y actitudes de los cuidadores primarios frente a signos de alarma en EDAS en niños menores de cinco años, antes y después de una intervención educativa en la UMF No 57.

7.2 ESPECÍFICOS

- Identificar las variables sociodemográficas como sexo, edad, escolaridad, nivel socioeconómico, estado civil, ocupación de los cuidadores primarios.
- Determinar los conocimientos y actitudes frente a signos de alarma en infecciones diarreicas en niños menores de cinco años antes de una intervención educativa en la UMF No 57.
- Describir los conocimientos y actitudes frente a signos de alarma en infecciones diarreicas en niños menores de cinco años después de una intervención educativa en la UMF No 57.

8. MATERIAL Y MÉTODOS

8.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Según la participación del investigador:

- **Analítico**

Según el propósito del estudio

- **Cuasiexperimental**

Según el número de mediciones

- **Longitudinal**

Según la forma de recolectar la información

- **Prospectivo**

8.2 UBICACIÓN ESPACIO-TIEMPO

La presente investigación se llevará con la participación de los cuidadores primarios con hijos menores de 5 años de la U.M.F. No 57 IMSS Puebla, Pue. Durante el período del 1 de enero al 30 Agosto de 2018.

8.3 MUESTREO

8.3.1 DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE POBLACIÓN

Se realizará una selección de aquellos cuidadores primarios con niños menores de 5 años en la Unidad médico familiares No. 57, Puebla.

- **Población Fuente:** Todos aquellos cuidadores primarios con niños menores de 5 años adscritos a la U. M. F. No. 57 I.M.S.S., Puebla.
- **Población Elegible:** Todos aquellos cuidadores primarios con niños menores de 5 años adscritos a la U. M. F. No. 57 I.M.S.S., Puebla que acudieron a la consulta externa en ambos turnos.
- **Población Estudio:** Todos aquellos cuidadores primarios con niños menores de 5 años adscritos a la U. M. F. No. 57 I.M.S.S., Puebla; que acudieron a la consulta externa en ambos turnos, que cumplieron los criterios de inclusión.

8.3.2 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Se seleccionará a todos aquellos cuidadores primarios con hijos menores de 5 años adscritos a la U.M.F. No. 57 IMSS Puebla, Puebla durante el periodo comprendido entre el 1 de enero al 30 de agosto del 2018, que acudan a la consulta externa de esta unidad en ambos turnos y que reúnan los criterios de selección.

8.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO

8.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Cuidador primario con hijos menores de 5 años.
- Derechohabiente.
- Ambos turnos.
- Pacientes que acudan a consulta médica, talleres, pláticas, prevención, etc. en la UMF No 57.

8.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Cuidador primario que no desee participar en la encuesta.
- Cuidador primario cuyo hijo menor de 5 años tenga alguna patología gastrointestinal de base.

8.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Cuidador primario que no conteste de manera completa el cuestionario.

8.5 DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO

- No probabilístico, de tipo incidental.

8.6 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Siendo la población de niños menores de 5 años de la U.M.F No 57 del IMSS de la ciudad de Puebla, 8330 y dadas las características de nuestra investigación, requerimos estimar una muestra con un nivel de confianza al 95% ($Z_{1-\alpha}$) con un valor de 1.96, una precisión del 5% y una proporción esperada de 86%. Según el artículo: Rodríguez M. López J. Valencia E. Efectividad del programa “La Era vive feliz sin EDAS” en los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el manejo de enfermedades diarreicas agudas en las madres de niños menores de 4 años del Centro Poblado Virgen del Carmen - La Era, 2013. Revista científica de ciencias de la salud 2014; 17-21, Obtenemos un tamaño de muestra de **181** individuos de acuerdo con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

Dónde:

N: universo de trabajo (8330)

Z_{2 1a}=1.96(valor tipificado)

p=proporción: 0.86%

q=1-p (0.86)= 0.14

d=0.05(poder de precisión)

Resultado=181.1=181

8.7 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN.

8.7.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Sexo: forma orgánica que define al hombre de la mujer en términos masculino y femenino.

Edad: es el tiempo que pasa desde que nace de una persona.

Escolaridad: nivel de estudio obtenido por una persona.

Estado civil: estatus de un apersona de familia en cuanto le confieren o le determinan derechos y obligaciones civiles.

Nivel socioeconómico: posición económica basada en sus ingresos, educación y empleo.

Ocupación: aquella persona que se dedica a una actividad en un tiempo establecido.

Conocimiento sobre los signos de alarma en EDA: conjunto de datos que cuidador primario debe reconocer en niños menores de 5 años.

Actitudes sobre los signos de alarma en EDA: forma de respuesta que tiene el cuidador primario cuando reconoce los signos de alarma en menores de 5 años (hidratación, identificar signos de alarma, atención en primer nivel).

8.7.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL

Sexo: Se describirá de acuerdo al fenotipo que observemos en el paciente y Utilizaremos los términos masculino y femenino.

Edad: Son los años cumplidos y los expresados por el paciente.

Escolaridad: Nivel máximo de estudios obtenidos por el paciente ya sea, primaria, secundaria, bachillerato, carrera técnica, licenciatura y posgrado.

Estado civil: Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quién se crean lazos jurídicamente reconocidos y puede ser el de soltero, casado, divorciado, viudo y separado.

Nivel socioeconómico: Por medio de Graffar que plantea la estratificación social de la población tomando en cuenta el perfil social, económico y cultural quedando como: estrato alto, medio alto, medio bajo, obrero, marginal. Las variables y su puntaje son:

Profesión del jefe de familia: 1.-Universitario, gran comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc. 2.-Profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria. 3.-Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa.4.-Obrero especializado: tractorista, taxista, etc. 5.-Obrero no especializado, servicio doméstico, etc.

Nivel de instrucción de la madre 1.-Universitaria o su equivalente. 2.-Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa. 3.-Secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos). 4.-Educación primaria completa 5.-Primaria incompleta, analfabeta

Principal fuente de ingresos. 1.-Fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios, juegos de azar). 2.-Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados, etc.), deportistas profesionales. 3.-Sueldo quincenal o mensual. 4.-Salario diario o semanal. 5.Ingresos de origen público o privado (subsidio).

Condiciones de la vivienda. 1.-Amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias. 2.-Amplia, sin lujos, pero con excelentes condiciones sanitarias. 3.-Espacios reducidos, pero confortable, y buenas condiciones sanitarias. 4.-Espacios amplios o reducidos, pero con deficientes condiciones sanitarias. 5.-Improvisada, construida con materiales de desecho, o de construcción relativamente sólida, pero con deficientes condiciones sanitarias

Ocupación: acciones que se realizan en un trabajo, oficio u empleo durante un tiempo.

Conocimiento sobre los signos de alarma en EDA: La técnica utilizada fue un cuestionario con 31 preguntas, de los cuales 18 preguntas fueron para medir el

nivel de conocimiento y 13 preguntas para medir las prácticas de las EDAS. A las respuestas del cuestionario se asignó un valor numérico: correcta (1 punto), incorrecta (0 puntos), el puntaje obtenido por el cuidador primario en la escala de Estaninos donde; deficiente: 0 - 27, regular: 27- 35, suficiente: 36 – 56.

Actitudes sobre los signos de alarma en EDA: En cuesta con 13 ítems para identificar las prácticas de las EDAS. La valoración de las respuestas tuvo el puntaje de 0 puntos si la práctica preventiva o manejo de las EDAS fue inadecuado y 2 puntos si fue adecuado donde el resultado obtenido se clasificará en inadecuado 0-13 y adecuado de 14-26.

8.8 VARIABLES Y ESTILO DE MEDICIÓN

VARIABLE	INDICADOR	MEDIDA CATEGORIA /UNIDAD	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
SEXO	Lo referido por el encuestado (a)	1.Femenino 2.Masculino	Cualitativa	Nominal dicotómica
EDAD	Lo referido por el encuestado (a)	Años cumplidos	Cuantitativa	Continua
ESCOLARIDAD	Lo referido por el encuestado (a)	1.Primaria 2.Secundaria 3.Bachillerato 4.Carrera técnica 5.Licenciatura 6.Posgrado	Cualitativa	Ordinal
ESTADO CIVIL	Lo referido por el encuestado (a)	1.Soltera (o) 2.Casada (o) 3.Union libre 4.Divorciada (o) 5.Viuda (o) 6.Separada (o)	Cualitativa	Nominal policotómica
NIVEL SOCIOECONOMICO	De acuerdo a Graffar.	I. Alto II. Medio alto III. Medio bajo. IV. Obrero. V. Marginal.	Cualitativa	Ordinal
OCUPACIÓN	Lo referido por el encuestado (a)	1.Obrero 2.Empleado 3.Ama de casa 4.Pensionado 5.Jubilado 6.Otros	Cualitativa	Nominal policotómica
CONOCIMIENTO SOBRE LOS SIGNOS DE ALARMA EN EDA	Escala se Stanino y Stanone	Puntaje obtenido: 1.Deficiente: 0 - 27, 2.Regular: 27- 35, 3.Suficiente: 36 - 56	Cualitativa	Ordinal
ACTITUDES	Puntaje obtenido en la escala Stanino y Stanone	Puntaje obtenido 1.Inadecuado 0-13 2.Adecuado de 14-26.	Cualitativa	Ordinal

8.9 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Previa revisión y aceptación del Protocolo de Tesis por parte del asesor metodológico, así como del asesor experto, previa aceptación del registro de SIRELCIS, se solicitó permiso a las autoridades correspondientes de la U. M. F. No. 57. Puebla, Puebla, para la realización del presente estudio: Conocimientos y actitudes de los cuidadores primarios frente a signos de alarma en infecciones diarreicas en niños menores de cinco años de la umf No 57.

Se les solicito que llenaran y firmaran el consentimiento informado para poder comenzar con la recolección datos de los cuidadores primarios con niños menores de 5 años, hasta formar el total de la muestra, durante el periodo del mes de Enero al mes Agosto del 2018, además se les solicito llenar el consentimiento informado para participar en el estudio, cuya participación consistió en contestar un cuestionario de 31 preguntas, el cual se realizó al inicio y al término de una intervención educativa.

La intervención educativa se realizó dentro del auditorio de la U.M.F No. 57, donde se dio a conocer a través de diapositivas el tema de EDAS, factores de riesgo, el tratamiento que comprende, así como la alimentación adecuada para su control y la importancia de llevarla de forma responsable.

Antes de iniciar la proyección de las diapositivas, se llevó a cabo la recolección de encuestas, la cuales constaban de 31 preguntas que abarcan 18 preguntas conocimientos sobre EDAS y 13 sobre actitudes. Se recolectó los resultados y posteriormente a la intervención educativa y aclaración de dudas, se volvió a aplicar el cuestionario.

8.10 ANÁLISIS DE DATOS.

Posterior a la recolección de las encuestas, los datos obtenidos ingresaran en una base de datos del programa estadístico SPSS v22 para PC.

De acuerdo al nivel de investigación de este estudio (causa-efecto) nuestro objetivo estadístico descriptivo se hará con análisis univariado, para conocer los estimadores de nuestra población en estudio y con medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y para las variables cualitativas describiremos sus frecuencias. Por lo que respecta al objetivo estadístico relacional, el análisis será bivariado con la intersección de las variables de los 2 grupos a través de T Student para determinar sus diferencias y su significancia estadística (p menor o igual de 0.05).

Posteriormente se realizará el análisis de los datos y la realización de tablas y gráficas para emitir una discusión, conclusiones y propuestas.

9.RESULTADO

Este trabajo se realizó en la población de la umf 57 en 181 pacientes para valorar conocimiento y actitudes en cuanto a EDAS en niños menores de 5 años a través de un cuestionario que se aplicó antes y después de una intervención educativa, donde se valoró edad, sexo, escolaridad, estado civil, nivel socioeconómico, ocupación, conocimiento sobre los signos de alarma en EDAS, actitudes sobre los signos de alarma en EDAS. obteniéndose los siguientes resultados:

En relación con la edad de los cuidadores primarios son: la media fue 29.56 años, una mediana de 28 años, moda de 25 años, con una desviación estándar 8.29 años, con un mínimo de 16 años y máximo de 70 años.

1. Cuadro Estadígrafo por edad

Edad	
Media	29.56
Mediana	28
Moda	25
Desviación estándar	8.29
Rango	54
Mínimo	16
Máximo	70

Fuente: Conocimientos y actitudes de los cuidadores primarios frente a signos de alarma en infecciones diarreicas en niños menores de cinco años de la UMF no 57

Se obtuvo un total de 181 cuidadores primarios encuestados, donde predominó el sexo femenino con 92.3% (167) de los encuestados y del sexo masculino con 7.7% (n: 14).

1. Cuadro de distribución por sexo

Sexo	n	%
Femenino	167	92.3
Masculino	14	7.7
Total	181	100

Fuente: Conocimientos y actitudes de los cuidadores primarios frente a signos de alarma en infecciones diarreicas en niños menores de cinco años de la UMF no 57

Con respecto a la escolaridad de los cuidadores primarios se registraron los siguientes puntajes: bachillerato 49.7% (n: 90), siguiente licenciatura 24.3% (n: 44), continuando secundaria 21.5% (n: 39).

2. Cuadro de Distribución por Escolaridad

Escolaridad	n	%
Primaria	7	3.9
Secundaria	39	21.5
Bachillerato	90	49.7
Licenciatura	44	24.3
Posgrado	1	0.6
Total	181	100

Fuente: Conocimientos y actitudes de los cuidadores primarios frente a signos de alarma en infecciones diarreicas en niños menores de cinco años de la UMF no 57

En el estado civil de los cuidadores primarios predominaron los casados con 47% (n: 85), siguiente unión libre 27.1% (n: 49), seguido de solteras 22.6% (n: 41), divorciada 2.1% (n:4), viuda 0.6% (n: 1) y separada 0.6% (n: 1).

3. Cuadro de Distribución por Estado civil

	n	%
Soltera	41	22.6
Casada	85	47
Unión libre	49	27.1
Divorciada	4	2.1
Viuda	1	0.6
Separada	1	0.6
Total	181	100

Fuente: Conocimientos y actitudes de los cuidadores primarios frente a signos de alarma en infecciones diarreicas en niños menores de cinco años de la UMF no 57

De acuerdo con su nivel socioeconómico aquí los de nivel medio alto obtuvieron 74.6 % (n: 135), seguido por obrero 13.8% (n:25), medio bajo 11% (n: 20), y al final marginal 0.6% (n:1).

4. Distribución por Nivel socioeconómico

Nivel	n	%
Medio alto	135	74.6
Medio bajo	20	11
Obrero	25	13.8
Marginal	1	0.6
Total	181	100

Fuente: Conocimientos y actitudes de los cuidadores primarios frente a signos de alarma en infecciones diarreicas en niños menores de cinco años de la UMF no 57

En cuanto a modelo de ocupación las amas de casa tienen 42.5% (n: 77), empleado con 32% (n:58), otros 25.5% (n: 46).

5. Cuadro de Distribución por Ocupación

Ocupación	n	%
Empleado	58	32
Ama de casa	77	42.5
Otros	46	25.5
Total	181	100

Fuente: Conocimientos y actitudes de los cuidadores primarios frente a signos de alarma en infecciones diarreicas en niños menores de cinco años de la UMF no 57

Conocimiento antes de una intervención educativa se obtuvo predominantemente suficiente 93.8 % (170), regular 5% (n: 9), deficiente 1.2% (n: 2) y posterior a la intervención educativa se obtuvo como suficiente 98.9% (n: 179) y regular 1.1% (n: 2).

6. Cuadro de conocimiento antes y después de una intervención educativa

Conocimiento	Antes de una intervención educativa		Después de una intervención educativa	
	n	%	n	%
Deficiente 0-27	2	1.2	0	0
Regular 27-35	9	5	2	1.1
Suficiente 36-57	170	93.8	179	98.9
Total	181	100	181	100

Fuente: Conocimientos y actitudes de los cuidadores primarios frente a signos de alarma en infecciones diarreicas en niños menores de cinco años de la UMF no 57

Conocimiento		t	p
Antes	46.09	-8.444	.000
Después	50.48		

Al aplicar a t Student para las variables conocimiento sobre los cuidadores primarios antes y después de una intervención educativa fue de $t = -8.444$ y $p = 0.000$. lo que significa que el promedio de conocimientos antes y después es diferente, siendo mayor después de la intervención educativa estadísticamente significativa.

La actitud antes de una intervención educativa fue predominante adecuado 92.7% (n: 168), e inadecuado 7.3% (n:13) y la actitud después de una intervención educativa, el nivel adecuado fue 99.4% (n: 180), e inadecuado 0.6% (n: 1).

7. Cuadro de actitud antes y después de una intervención educativa

Actitud	Antes de una intervención educativa		Después de una intervención educativa	
	n	%	n	%
Inadecuado	13	7.3	1	0.6
Adecuado	168	92.7	180	99.4
Total	181	100	181	100

Fuente: Conocimientos y actitudes de los cuidadores primarios frente a signos de alarma en infecciones diarreicas en niños menores de cinco años de la UMF no 57

Actitud		t	p
Antes	16.94	-10.125	.000
Después	20.08		

Se aplicó la t de Student para calificar la actitud del cuidador primario antes de intervención con una media de 16.94 y posterior a la intervención de 20.08, encontrando t de -10.125 y p .000. Lo que significa que el promedio de actitudes antes y después es diferente, siendo significativamente mayor después de la intervención educativa.

10. DISCUSION

En cuanto a la edad de nuestros cuidadores primarios tuvo una edad promedio de entre 25 a 29 años con una mediana de 28 años, siendo Valladares en su estudio del 2016: Conocimientos y prácticas de infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas agudas en madres de una comunidad de piuría, Perú, la edad promedio de las madres encuestada estuvo alrededor de 20 a 24 años, esto puede deberse a la educación y cultura de los encuestados, entre mayor edad, puede ser mejor raciocinio a la hora de tener hijos.

En cuanto al sexo de los cuidadores primarios en nuestra tesis predominó el sexo femenino encontrando 167 cuidadoras primarias y 14 cuidadores primarios del sexo masculino, comparando con el proyecto de Abreu en el 2017 titulado: Conocimientos, actitudes y prácticas asociados a diarrea aguda en la zona norte de Bucaramanga. la cantidad de pacientes del sexo masculino solo fueron 3 hombres, esto nos indica que en el estudio antes mencionado solo se enfocó en más mujeres como cuidador primario y nuestro estudio fue pensado en ambos sexos siempre y cuando fueran cuidadores primarios y además hoy en día el padre se involucra más en temas de salud de sus hijos.

En el 2017, Cardozo et al, tituló su estudio: Conocimiento de cuidadores de niños sobre signos de alarma y factores de riesgo en enfermedad diarreica aguda se estudió a la población en cuanto a su escolaridad predominando los de secundaria, seguidos por los de nivel bachillerato, siendo que en nuestro estudio los que predominaron fueron los de nivel bachillerato y seguidos de licenciatura, pudiendo asegurar que nuestros cuidadores primarios tiene mejor educación y eso infiere más conocimiento sobre el menor de 5 años en cuanto en EDAS.

Matta en el 2012 en su estudio: Conocimiento en medidas preventivas y prácticas de las madres sobre EDA y su relación con características sociodemográficas menciona que la ocupación que predominó son las amas de casa y en comparación con nuestros cuidadores primarios no hubo variación y también predominaron las amas de casa.

En otro estudio Cardoz en el 2017: Conocimiento de cuidadores de niños sobre signos de alarma y factores de riesgo en enfermedad diarreica aguda y lo valorado en los cuidadores primarios en Conocimientos y actitudes de los cuidadores primarios frente a signos de alarma en infecciones diarreicas en niños menores de cinco años de la UMF No 57 el estado civil predominante no hubo varianza y resaltaron los casados en ambos estudios, pudiendo pensar que la mayoría valora la crianza como familia tradicional.

El nivel socioeconómico de nuestros cuidadores primarios se localiza en el nivel medio alto y en comparación con el artículo diarreas agudas y prácticas de alimentación en niños menores de cinco años en México por Ferreira en el 2013 predominó el nivel medio alto, siendo que no hay una diferencia significativa en cuanto a nivel sociodemográfico, ya que ambos debido a la clase social y cultural son medio alto.

11. CONCLUSIONES

Se concluye que la edad presentada en esta tesis no es factor para no ser cuidador primario porque existen edades desde los 16 años hasta los 70 años, siendo que se capacitaron a todos los encuestados y si hablamos el mismo idioma médico, deben de saber la mayoría de los signos de alarma en EDAS.

En este estudio predominio el sexo femenino de los encuestados como cuidador primario en el 92.3%, de las cuales son el 47% casadas y se dedican en 42.5 % a ser amas de casa.

La escolaridad de los cuidadores primarios predomino bachillerato donde podemos interpretar que existe mejor preparación educativa de los mismo y por subsecuente mejor entendimiento de la educación en cuanto a signos de alarma en EDAS.

Las amas de casa son las cuidadoras primarias que comúnmente se encuentran en el hogar y son ellas quien conocen mejor al paciente menor de 5 años y es una ventaja que la madre este al pendiente de sus hijos porque así será más fácil para el medico interpretar los signos de alarma expresados por la madre en la consulta de Medicina Familiar.

Para su estado civil se determinó que las familias con niños menores de 5 años son casados y esto es porque aun predomina la tradición la formación de la familia, así como inculcar valores hacia la misma familia, lo que conlleva la responsabilidad hacia el integrante más vulnerable de esta familia.

En cuanto a la actitud antes de una intervención educativa se representa al 92.7 % de los encuestados dentro del rango de adecuado.

El nivel socioeconómico de los cuidadores primarios es importante porque actualmente se infiere que mejores recursos económicos, mejor educación podrán recibir y la adquisición de conocimientos será crucial para la educación y cuidado del menor de 5 años.

Los resultados de la segunda evaluación de conocimiento y actitudes del cuidador primario sobre EDAS posterior a una intervención educativa encontramos predomina el conocimiento en 98.9% ubicándolos en suficiente, y en relación a la actitud se presenta con un 99.4%, obteniendo un resultado suficiente, se aplicó T Student con un resultado de conocimiento antes y después de una intervención z: - 7.484 y una $p= 0.000$ lo que nos indica que el nivel de conocimientos es diferente antes y después de la intervención educativa, siendo mayor después de la intervención, estadísticamente significativa y para la actitud antes y después de un intervención z: - 8.421 y $p= 0.000$ lo que nos interpreta que posterior a la intervención educativa hubo mejoría significativa.

12. PROPUESTAS

El Médico Familiar deberá insistir en que el cuidador primario conozca los signos de alarma en enfermedades diarreicas en el menor de 5 años, durante el transcurso de la consulta y hacer más hincapié cuando el paciente menor de 5 años acuda a consulta por un cuadro diarreico y proporcionar cita abierta a urgencias en caso de ser necesario.

Instruir al cuidador primario en los alimentos permitidos (dieta astringente) que se pueden administrar en el menor de 5 años en caso de presentar un cuadro diarreico y explicar los alimentos que puedan agravar el curso de esta patología.

Se deberá entregar los sobres de electrolitos orales al cuidador primario en caso de que el paciente menor de 5 años presente un cuadro diarreico y orientar sobre plan de hidratación, así como se deberá explicar cómo se prepara y el tiempo de vida que tiene para ser consumidos.

En caso de presentar evacuaciones líquidas el menor de 5 años, insistir en el cuidador primario en la consulta de medicina familiar, el no automedicar, así como no administrar remedios caseros, ya que pueden complicar dicha patología y poner en riesgo la vida del paciente.

13. ANEXOS



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(NIÑOS Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	"conocimiento y actitudes de los cuidadores primarios frente a signos de alarma en EDAS en niños menores de cinco años en la unidad médica familiar no 57"
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Puebla, Puebla. Diciembre 2017
Número de registro:	R-2017-2104-039
Justificación y objetivo del estudio:	Se llevará a cabo una serie de preguntas para evaluar si los cuidadores primarios saben los signos de alarma antes y después de una intervención educativa en signos de alarma en niños menores de 5 años en cuanto a EDAS
Posibles riesgos y molestias:	Estimado Sr (Sra.) este estudio trata de valorar su conocimiento y actitud frente a los signos de alarma en EDAS en menores de 5 años, que incluye la evaluación de los rubros de por medio de una encuesta donde las respuestas son totalmente confidenciales por lo que solamente se le hacen preguntas sin que esto implique algún riesgo para su Salud y tampoco queremos causarle un daño moral por invadir la intimidad de sus emociones y la forma en que se comporta, si usted siente molestia, vergüenza, culpabilidad o ansiedad cuando este contestando dicho cuestionario tenga la confianza de expresar a un servidor a fin de orientarlo para que tome la mejor decisión.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Al participar en el estudio usted podrá adquirir los conocimientos, actitudes y una adecuada práctica sobre la enfermedad, para mejorar la atención oportuna y derivación al hospital más cercano para su atención
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se le informarán los resultados del estudio en forma confidencial, con el fin de que pueda recibir intervenciones oportunas que ayuden al aprendizaje de los signos de alarma, así como orientación sobre qué actitud tomar.
Participación o retiro:	El cuidador primario que no desee participar se podrá retirar de dicho estudio en el momento que el desee sin que esto le genera alguna repercusión en cuanto a su consulta médica, abastecimiento medicamentos o su entrada a dicha unidad familiar en su UMF 57.
Privacidad y confidencialidad:	Toda información otorgada será de carácter confidencial y solo será utilizada para evaluar el conocimiento de los cuidadores primarios, así como las actitudes que toman al reconocer los signos de alarma en niños menores de 5 años en las EDAS.
Beneficios al término del estudio:	Al termino de este estudio el cuidador primario sera capaz de identificar los signos de alarma en enfermedades diarreicas y asi como prevenir complicaciones en el niño menor de 5 años trasladandolo oportunamente a la unidad medica para su atención y prevenir la morbi-mortalidad en el menor de 5 años.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Neydi Méndez Delgado Medico familiar adscrito a la UMF N.57
Colaboradores:	, DR. Salomón de Jesús Ríos Arguello médico pediatra adscrito al HGZ 20 Dr. Homero Popoca Vivas Médico Residente de la UMF 57

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

<p>_____ Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal</p> <p style="text-align: center;">Testigo 1</p> <p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p style="text-align: right;">HOMERO POPOCA VIVAS</p> <p>_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p> <p style="text-align: center;">Testigo 2</p> <p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>
---	---

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013

ANEXO 2. Cuestionario para determinar el conocimiento de los cuidadores primarios sobre Enfermedad Diarreica Aguda en menores de 5 años

Estimado cuidador primario

En este cuestionario te presentamos una serie de preguntas relacionadas a los conocimientos y prácticas de la madre sobre las enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años, marque con un **x** la respuesta que crea correcta, la información que se obtenga solo servirá para los fines de investigación.

CUESTIONARIO

1. DATOS GENERALES DEL CUIDADOR PRIMARIO

1. Edad del cuidador primario: _____ posgrado ()
2. Nivel educativo:
 - a. Sin instrucción ()
 - b. Primaria incompleta ()
 - c. Primaria completa ()
 - d. Secundaria completa ()
 - e. Secundaria incompleta ()
 - f. Bachillerato completo ()
 - g. Bachillerato incompleto ()
3. Ocupación:
 - a. Ama de casa ()
 - b. Estudiante ()
 - c. Profesional ()
 - d. Empleado ()
 - e. Desempleado ()
 - f. Trabajador independiente ()
 - g. Ninguno ()
4. Estado civil:
 - a. Soltera ()
 - b. Casada ()
 - c. Divorciada ()
 - d. Viuda ()
 - e. Unión libre ()
 - f. Separado ()
5. Servicios con los que cuenta su hogar:
 - a. Luz ()
 - b. Agua ()
 - c. Desagüe ()

II. DATOS GENERALES DEL NIÑO

1. Edad del niño:
2. Veces que enfermó su niño/a con diarrea durante un año:
 - a. Ninguna vez ()

- b. 1 – 3 veces
- c. 4 – 7 veces
- d. 8 o más

III. CONOCIMIENTOS SOBRE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

1. La diarrea aguda se define como:

- a. Heces blanquecinas y olorosas.
- b. Heces líquidas y aumento en el número de deposiciones.
- c. Ausencia de deposiciones.
- d. Dolor estomacal
- e. Heces duras con sangre
- f. No sabe

2. La principal causa de la diarrea es:

- a. Empacho por alimentos
- b. Tomar frío
- c. Bacterias, parásitos y virus que contaminan los alimentos
- d. No sabe

3. Cuáles de las siguientes son otras causas de Diarrea Aguda:

- a. Tomar agua hervida
- b. Una persona con diarrea puede contagiar a otra si no mantiene higiene personal como lavado de manos, bañarse, etc.
- c. Comer frutas y verduras sin lavar
- d. No sabe

4. ¿Qué indica la presencia de sangre en las deposiciones?

- a. Peligro de muerte
- b. Infección
- c. Muerte inmediata
- d. Deshidratación leve

5. La complicación más frecuente de la diarrea aguda es:

- a. Desnutrición
- b. Obstrucción intestinal
- c. Infección
- d. Deshidratación
- e. Muerte

6. Cuáles de las siguientes considera que son medidas preventivas para la Diarrea Aguda:

- a. Brindar una buena alimentación
- b. Lavarse las manos antes de manipular los alimentos
- c. Lavarse las manos luego de usar el baño
- d. Hervir el agua de consumo
- e. Lactancia Materna Exclusiva hasta los 6 meses de vida
- f. Lavado de frutas y verduras
- g. Vigilar limpieza de los objetos que el niño lleva a la boca

- h. Vacunas completas y control de crecimiento y desarrollo ()
 i. No sabe ()
7. ¿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 ()
8. ¿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. Después de realizar cualquier actividad ()
9. ¿Por qué son necesarias las vacunas?
 a. Porque permite generar defensas que lo protegen de las enfermedades ()
 b. Porque evita las diarreas ()
 c. Porque ayuda en el crecimiento del niño ()
 d. Porque permite el adecuado crecimiento del niño ()
10. El principal tratamiento para la Diarrea Aguda es:
 a. Aumentar el consumo de agua ()
 b. Uso de medicamentos ()
 c. Dieta ()
 d. Brindar infusiones o preparados caseros ()
 e. Suspender la alimentación ()
11. Cuáles son los siguientes alimentos que considera usted que son buenos durante la Diarrea Aguda:
 - Pan ()
 - Queso ()
 - Pescado ()
 - Carne de vaca ()
 - Pollo ()
 - Arroz ()
 - Fideos ()
 - Lentejas ()
 - Puré de zapallo ()
 - Lechuga ()
 - Manzana ()
 - Plátano ()
12. Que líquidos considera que son buenos consumir durante la Diarrea Aguda:
 - Leche de vaca ()
 - Chocolatada ()
 - Agua ()
 - Lactancia materna ()

- Te
- Gaseosa
- Electrolitos orales

13. ¿Para qué sirven las sales de rehidratación oral?
- a. Prevenir diarrea
 - b. Tratar el cólico
 - c. Reponer los líquidos que pierde el niño por la diarrea
 - d. Curar las diarreas

14. ¿Cuánto tiempo dura las sales de rehidratación oral y el suero casero una vez preparado?
- a. 24 horas a temperatura ambiente
 - b. 48 horas o 2 días en refrigeración
 - c. Solo 6 horas
 - d. Desconoce

15. ¿Cómo se administra el suero casero en niños menores de 2 años en caso de evacuación diarreica o vomito?
- a. Con cucharadita pausadamente
 - b. Con biberón hasta llenarse
 - c. Darle seguido para que sane rápido
 - d. En vaso aunque el niño no pida

16. La deshidratación se define como:
- a. Estado en que el niño/a vomita todo lo que come
 - b. Estado en que el cuerpo no tiene suficiente líquido para funcionar adecuadamente
 - c. Estado en que el niño/a transpira mucho y moja su ropa
 - d. Cuando el niño/a no quiere o no puede beber líquidos
 - e. No sabe

17. La deshidratación se produce cuando:
- a. El niño/a llora mucho
 - b. El niño/a no toma muchos líquidos
 - c. El niño/a pierde líquidos por Diarrea aguda
 - d. El niño/a tiene gripe
 - e. No sabe

18. ¿Cuáles de los siguientes considera que son signos de deshidratación?
- Piel seca
 - Lloro con muchas lágrimas
 - Moja más pañales al día
 - Ojos hundidos
 - Orina poco
 - Bebe con muchas ganas
 - Boca y lengua secas
 - Dolor estomacal

- Saliva espesa
- Esta irritable

IV. PRACTICAS PREVENTIVAS SOBRE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

1. Que hace cuando su niño/a tiene diarrea:
 - a. Nada, espera a que se cure
 - b. Llama a un familiar/amigo para pedir ayuda o consejos
 - c. Lo lleva a la farmacia
 - d. Lo lleva al curandero
 - e. Le da remedio casero
 - f. Lo lleva al médico o centro de salud
 - g. Otro: _____

2. Automedica a su hijo/a para tratar la diarrea antes de llevarlo al centro de salud:
 - a. Si
 - b. No

3. En cuanto a la alimentación: ¿Antes de preparar los alimentos selecciona que los alimentos estén frescos?
 - a. Si
 - b. No

4. Durante el episodio de Diarrea Aguda usted:
 - a. Selecciona algunos alimentos
 - b. Suspenda la alimentación y solo le da líquidos
 - c. Continúa con la alimentación habitual
 - d. No sabe que alimentos darle
 - e. Otro

5. Con que frecuencia alimenta a su hijo/a durante la Diarrea Aguda:
 - a. Realiza las 4 comidas del día
 - b. 2 a 3 veces al día
 - c. 1 vez al día
 - d. No lo alimento durante la diarrea

6. Se lava las manos con jabón, antes y después de preparar los alimentos, cambiar lo pañales, ir al baño, comer los alimentos:
 - a. Si
 - b. No

7. Lava las verduras y las frutas cuidadosamente antes de preparar los alimentos:
 - a. Si
 - b. No

8. ¿Dónde ubica 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

9. ¿En qué lugar elimina los pañales descartables de su niño cuando hace deposición?

- a. En un tacho con tapa
- b. Lo deja al aire libre
- c. Lo desecha en cualquier lugar
- d. Lo tira al piso, al lado de su cama hasta que llegue el basurero

10. Cuando el niño/a esta deshidratado usted le da:

- a. Bebida energizante
- b. Agua hervida
- c. Agua de anís
- d. Té
- e. vida suero oral
- f. Jugos de frutas naturales
- g. Nada, porque todo lo alimenta
- h. Otro

11. ¿Cómo prepara el suero casero?

- a. 8 cucharaditas de azúcar y una cucharadita de sal en 1 litro de agua
- b. 6 cucharaditas de azúcar y dos cucharaditas de sal en un litro de agua.
- c. 1 cucharada de azúcar y una cucharadita de sal en 1 litro de agua.
- d. 3 cucharaditas de azúcar y dos cucharaditas de sal en un litro de agua.
- e. Desconoce

12. En la lactancia como se da el aporte de leche:

- a. se incrementa en número
- b. se da menos proporción
- c. dar solo suero de arroz
- d. se da la misma toma de siempre

13. Con respecto a la duración de la lactancia materna el niño/a:

- b. Toma solo leche hasta antes de los 6 primeros meses de vida y la suspende
- c. Toma solo leche después de los 6 primeros meses de vida

Calificación:

La técnica utilizada será un cuestionario con 31 preguntas, de los cuales 18 preguntas fueron para medir el nivel de conocimiento y 13 preguntas para medir las prácticas de las EDAs. A las respuestas del cuestionario se asignó un valor numérico: correcta (1 punto), incorrecta (0 puntos), el instrumento tuvo el siguiente detalle:

Datos Generales de la madre: Consta de 05 ítems, que permitió la caracterización de las madres de niños/as menores de 5 años.

Datos Generales del niño: Consta de 02 ítems con respuesta abierta y alternativa múltiple para identificar la presencia de episodios de diarrea.

Conocimiento sobre Enfermedad Diarreica Aguda: Consta de 18 ítems con 01 respuesta dicotómica y de 17 alternativas múltiples con una sola opción de respuesta, que permitió evaluar el conocimiento que tienen las madres sobre las enfermedades diarreicas agudas. La valoración de las respuestas fue 0 puntos si no conoce y 2 puntos si acierta con la respuesta para las preguntas 1,2,3,4,5,7,8,9,10,13, 14,15,16 y 17. Las preguntas 6, 11, 12 y 18 valen 1 punto cada alternativa marcada haciendo un total de 8, 12, 2 y 6 puntos respectivamente.

Se clasificó el conocimiento en Deficiente, Regular y Suficiente según el puntaje alcanzado en la prueba de Stones.

Niveles	Puntaje
Conocimiento deficiente	0 - 26
Conocimiento regular	27 – 35
Conocimiento suficiente	36 – 56

Actitud de las EDAs:

Encuesta con 13 ítems para identificar las prácticas de las EDAs. La valoración de las respuestas tuvo el puntaje de 0 puntos si la práctica preventiva o manejo de las EDAS fue inadecuado y 2 puntos si fue adecuado. Se clasificó las Actividades de Autocuidado según el siguiente detalle:

clasificación	Puntaje
Inadecuado	0 – 13 pts
adecuado	14 – 26 pts

ANEXO 3. GRAFFAR MENDEZ CASTELLANO

<p>Profesión del jefe de familia</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Universitario, gran comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc. 2. Profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria. 3. Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa. 4. Obrero especializado: tractorista, taxista, etc. 5. Obrero no especializado, servicio doméstico, etc.
<p>Nivel de instrucción de la madre</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Universitaria o su equivalente. 2. Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa. 3. Secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos) 4. Educación primaria completa 5. Primaria incompleta, analfabeta
<p>Principal fuente de ingresos</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios, juegos de azar) 2. Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados, etc.), deportistas profesionales. 3. Sueldo quincenal o mensual. 4. Salario diario o semanal 5. Ingresos de origen público o privado (subsidio)
<p>Condiciones de la vivienda</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias 2. Amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias 3. Espacios reducidos, pero confortable, y buenas condiciones sanitarias 4. Espacios amplios o reducidos, pero con deficientes condiciones sanitarias 5. Improvisada, construida con materiales de desecho, o de construcción relativamente sólida, pero con deficientes condiciones sanitarias

ESTRATO	TOTAL DE PUNTAJE OBTENIDO	DESCRIPCION DEL ESTRATO
I	4-6	Población con las mejores condiciones de vida.
II	7-9	Buenos niveles de vida pero sin los valores óptimos del I.
III	10-12	Población con posibilidades de satisfacer las necesidades básicas además del desarrollo intelectual y de tener capacidades para disfrutar de beneficios culturales.
IV	13-16	Es la población en lo que se denomina pobreza relativa porque no alcanzan los niveles de vida satisfactorios de los estratos anteriores. Son grupos vulnerables a los cambios económicos, están privados de beneficios culturales.
V	17-20	Es la población en pobreza crítica, son las personas que no están en condiciones de satisfacer las necesidades básicas.

ANEXO 4.

CARTA DESCRIPTIVA

Este se realizará en el aula de la UMF No. 57. en horario escolar, con una duración de 50 min por el tema y en una sola sesión, se basará en función de las preguntas que se realizaran a los cuidadores primarios.

Las actividades se realizarán con soporte audiovisual.

Guion del taller

- a) Aplicación del primer cuestionario (15 min).
- b) Introducción: El conductor del taller introducirá el tema y proporcionará información básica sobre la infección (10 min).
- c) Discusión: Se plantearán cuestiones básicas que se discutirán en grupos reducidos y posteriormente se darán las opiniones (10 min).
- d) Información: A partir de las dudas planteadas por los diferentes grupos se dará la información por medio de pláticas con diapositivas. (10 min).
- f) Se aplicará el segundo cuestionario para revalorar el conocimiento obtenido (15 min).

Tema: Curso-Taller de conocimiento y actitudes de los cuidadores primarios frente a signos de alarma en infecciones diarreicas en niños menores de cinco años de la UMF No 57.

TEMA	OBJETIVO	TECNICA	MATERIAL	TIEMPO
Aplicación del primer cuestionario	Valorar el conocimiento de EDAs	Aplicación de cuestionario y calificación	Cuestionario de 31 ítems. Lápiz.	15 Min.
Introducción	El conductor del taller introducirá el tema y proporcionará información básica sobre la infección	Presentación verbal de tema.	Nada.	10 Min.
Discusión	Se plantearán cuestiones básicas que se discutirán en grupos	Explicación audiovisual.	Nada.	10 Min.

	reducidos y posteriormente se darán las opiniones			
Información	A partir de las dudas planteadas por los diferentes grupos se dará la información por medio de pláticas con diapositivas	Por medio de diapositivas en power point	Cañón Computadora Mesa	10 min.
Aplicación el segundo cuestionario	Recabar la información obtenida y ver el grado de conocimiento obtenido	Aplicación de cuestionario	Cuestionario de 31 ítems. Lápiz.	15 min.
Conocimiento y actitudes de los cuidadores primarios en signos de alarma en EDAs en menores de 5 años	Incrementar la en cuanto a actitud y conocimiento frente a signos de alarma en EDAs en menores de 5 años	Identificar los puntos deficientes de los participantes. Lluvia de ideas acerca de la percepción del tema. Abordar los conceptos erróneos	Aula Cuestionarios Apoyo audiovisual	----- 60 min por platica

unidad 1. Conocimiento y actitudes de los cuidadores primarios frente a signos de alarma en EDAs en menores de 5 años.

14. BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez - Villanueva M, López-Pariona J, Valencia-Orillo E. Efectividad del programa “La Era vive feliz sin EDAS” en los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el manejo de enfermedades diarreicas agudas en las madres de niños menores de 4 años del Centro Poblado Virgen del Carmen - La Era, 2013. Revista científica de ciencias de la salud 2014; 7:2: 17-21.
2. Romero-Goicochea C, Centeno-Calderón M, Crespín-Ramos L, Gracia Dionicio C, De Paz Soto C, Díaz Vera A, et al. Conocimiento, actitudes y prácticas de la enfermedad diarreica aguda en madres de niños menores de cinco años. UCV - Scientia 2016; 34-43.
3. Abreu P, Ochoa ME, Baracaldo HA, Robles MI, Naranjo AS. Conocimientos, actitudes y prácticas asociados a diarrea aguda en la zona norte de Bucaramanga. Estudio observacional analítico, 2014 – 2015. Méd.UIS. 2017;30: 21-33
4. Cuevas-Acosta R, Rodríguez-Moreno KE, Muñoz-Velásquez V, Castro Correoso V, Maturell Comas M. Enfermedad diarreica aguda en niños guatemaltecos menores de 5 años. MEDISAN 2014;18 (11): 1493 – 1501.
5. Rodríguez-Morales F, Suarez-Cuartas MR, Ramos-Ávila AC. Canal endémico de enfermedad respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años en una localidad de Bogotá. Rev. salud pública 2016: 18 (2); 263-274.
6. Alarco JJ, Aguirre-Cuadros E, Álvarez-Andrade EV. Conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención en un asentamiento humano de la provincia de Ica, Perú. REV CLÍN MED FAM 2013; 6 (1): 25-31.
7. Díaz-Cárdenas S, Arrieta-Vergara K, Ramos-Martínez K. AIEPI y prácticas maternas frente a la diarrea y resfriado común en afrodescendientes del Caribe colombiano. Rev. salud pública 2013;15: 15 (4); 555-564.
8. Matta W, Ortega T. Conocimiento en medidas preventivas y prácticas de las madres sobre EDA y su relación con características sociodemográficas. RevenfermHeredia. 2012; pp. 65-70.
9. Valladares-Garrido MJ. Conocimientos y prácticas de infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas agudas en madres de una comunidad de Piurá, Perú. CIMEL 2016; 21 (1); 9-13.
10. Lacruz-Rengel MA, Calderón-J, Angulo F, Mata A, Quintero Y. Conocimiento materno sobre estrategias básicas de prevención en enfermedad diarreica aguda. Archivos venezolanos de puericultura y pediatría 2012; vol 75: pp. 113-117.

11. Lapeira-Panneflex P, Acosta-Salazar D. Conocimientos y prácticas sobre enfermedades diarreicas y respiratorias entre madres de una institución de salud. *Duazary* 2014; 11 (1); 36-40.
12. Cardoz-Romero PR, Reyes-Gabino PT, Espinoza-Rodríguez JC, Sandoval Jurado L, Jiménez Báez MV. Conocimiento de cuidadores de niños sobre signos de alarma y factores de riesgo en enfermedad diarreica aguda. *Med Gen Fam.* 2017; 6 (2): 57-61
13. Ferreira-Guerrero E, Mongua-Rodríguez N, Díaz-Ortega JL, Delgado-Sánchez G, Báez-Saldaña R, Cruz-Hervert LP, et al. Diarreas agudas y prácticas de alimentación en niños menores de cinco años en México. *salud pública de México* 2013; 55; s314- s322.
14. De la Hoz F, Martínez-Duran ME, Pacheco-García OE, Quijada-Bonilla H. Mortalidad por enfermedad diarreica aguda en < 5 años (EDA). *PRO-R02.025* 2014; 1- 16
15. López-Herrera FC, Gil-Villa AM, Carmona-Jiménez DY, Moreno-Vásquez AM, Jaramillo-Parra E. Prácticas familiares en el cuidado de los menores de la zona rural de Sopetrán, Antioquia. *MEDICINA U.P.B.* 2017; 36 (1) 24 – 33.
16. Guía de práctica clínica. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diarrea Aguda en Niños de Dos Meses a Cinco Años en el Primero y Segundo Nivel de Atención. 2008
17. NORMA Oficial Mexicana NOM031SSA21999, Para la atención a la salud del niño. 2014.
18. Farthing M, Salam M, Lindberg G, Dite P, Khalif I, Salazar-Lindo E, et al. Guía de práctica clínica de la organización mundial de Gastroenterología 2012. Diarrea aguda en adultos y niños: una perspectiva mundial.
19. Vidal-Rivadeneira A, García-Carbone ED, Alcántara-Valdivia AE, Seclén-Ubillús Y. *Boletín epidemiológico. Bol. EPN N 02:* 2012; 1-4
20. García - Roig C, Larre N, Pastene H, Gutierrez L, Vaccaro J, Sciarrotta JA, et al. Características epidemiológicas y clínicas de las gastroenteritis agudas según su etiología por rotavirus u otra en niños menores de 5 años atendidos en una institución privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Arch Argent Pediatr* 2013; 111 (3): 218-223.

21. Alparo-Herrera I, Fabiani-Hurtado NR, Espejo-Herrera N. Factores de riesgo para enfermedad diarreica aguda con deshidratación grave en pacientes de 2 meses a 5 años. *Rev Soc Bol Ped* 2014; 53 (2): 65 – 70.
22. Pertuz-Meza Y. Incidencia y factores de riesgo asociados a enfermedad diarreica aguda por rotavirus, santa marta, 2012. *Hacia la Promoción de la Salud* 2014; 19 (2): 26 – 37.
23. Cabrera-Gaytán DA, Maldonado-Burgos MA, Rojas-Mendoza T, Grajales-Muñoz C. Enfermedad diarreica aguda en niños menores de cinco años de edad: aportaciones de los núcleos trazadores de vigilancia epidemiológica 2012-2013. *Arch Inv Mat Inf* 2013: V (3); 118-125.
24. Mejía A, Atehortua S, Flores ID, Sierra JM, Mejia ME, Ramírez C. Análisis de costo efectividad del zinc para la prevención de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años en Colombia. *Coyuntura económica: investigación económica y social* 2013: 123-136.
25. Candelario JM, Huamani - Egocheaga R, Ordoñez - Tanchiva K, Campos Luyo M, Campos - Noriega C. Manejo de la enfermedad diarreica aguda en niños hospitalizados en el Hospital III Grau EsSalud. *Acta Med Per* 2011: 28 (2) 146-149
26. Pinzón-Rondón AM, Zárate-Ardila C, Hoyos-Martínez A, Ruiz-Sternberg AM, Velez-van-Meerbeke A. Country characteristics and acute diarrhea in children from developing nations: amultilevel study. Pinzón-Rondón et al. *BMC Public Health* 2015; 15:811
27. Tejeda-Tavera C, Torres-Mori CI, Quintanilla-Morales LK. Nivel de conocimiento sobre enfermedades diarreicas agudas y su relación con las prácticas de las madres, en niños menores de 5 años atendidos en el centro de salud 9 de abril, Tarapoto, abril – octubre 2016. 2017; 1-82.