



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA**

TESIS

**REALIZADA PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR**

**EVALUACIÓN DEL GRADO DE CONOCIMIENTO DE CUIDADORES PRIMARIOS DE
MENORES DE 5 AÑOS SOBRE FACTORES DE RIESGO Y SIGNOS DE ALARMA DE
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN URGENCIAS PEDIATRÍA DEL HGZ/UMF N° 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

P R E S E N T A:

**DRA. ENRIQUEZ MORANCHEL YURIDIA
MEDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

HGZ/UMF No 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Matricula: 97370226. Teléfono: 5572827379. No Fax: No fax.
Email: enmyd_1612@hotmail.com.

**DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO
DIRECTOR DE TESIS**

Maestro en administración de Hospitales y Salud Publica
Coordinador clínico de Educación e investigación en Salud
HGZ/UMF No 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Matricula: 99374232. Teléfono.: 5535143649. No Fax: No fax.
Email: gilberto.espinozaa@imss.gob.mx

**DR. VILCHIS CHAPARRO EDUARDO
ASESOR METODOLÓGICO**

Doctor en Ciencias de la Familia
Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar
HGZ/UMF No 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Matricula: 99377278. Teléfono.: 55506422 ext. 28235. No Fax: No fax.
Email: lalovilchis@gmail.com.

**DRA. YAÑEZ MOLINA MARIA DEL CARMEN JOAQUINA
ASESOR CLÍNICO**

Médico Pediatra
Adscrito al servicio de Pediatría
HGZ/UMF No 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Matricula:99372886 Teléfono: 5548167914
Email: karmenyamol@hotmail.com

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CIUDAD DE MEXICO, 2018
R-2018-3605-049**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**EVALUACIÓN DEL GRADO DE CONOCIMIENTO DE CUIDADORES
PRIMARIOS DE MENORES DE 5 AÑOS SOBRE FACTORES DE RIESGO Y
SIGNOS DE ALARMA DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN
URGENCIAS PEDIATRÍA DEL HGZ/UMF N° 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

AUTORES: Dra. Enríquez Moranchel Yuridia ⁽¹⁾, Dr. Espinoza Anrubio Gilberto ⁽²⁾,
Dr. Vilchis Chaparro Eduardo ⁽³⁾, Dra. Yáñez Molina María del Carmen Joaquina ⁽⁴⁾

- (1) Residente de Medicina Familiar HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
- (2) Coordinador Clínico de Coordinación e Investigación en Salud HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
- (3) Profesor titular en Especialidad de Medicina Familiar HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
- (4) Médico Pediatra Adscrito al servicio de Pediatría HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

RESUMEN

OBJETIVO

Evaluar el grado de conocimiento de cuidadores primarios de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma de enfermedad diarreica aguda en urgencias pediatría del HGZ/UMF 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

MATERIALES Y METODOS

Estudio prospectivo, transversal, descriptivo, observacional no comparativo. Tamaño de la muestra: 98 con un intervalo de confianza de 90%. Criterios de inclusión: Cuidadores primarios que acudan con menores de 5 años con enfermedad diarreica sin distinción de sexo. Instrumento de medición: Escala de conocimiento de cuidadores de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma en enfermedad diarreica aguda.

RESULTADOS

Se estudiaron a 120 cuidadores primarios de menores de 5 años con enfermedad diarreica. La media de edad del cuidador fue de 30.45 años, de los cuales se encontró 87(72.50%) de 18 a 34 años de edad y 33(27,50%) de 35 años y más. Se evaluó que el grado de conocimiento de cuidadores primarios de factores de riesgo y signos de alarma de enfermedad diarreica fue de 62(51.70%) de conocimiento bueno, 54(45.00%) de conocimiento moderado y 4(3.30%) de conocimiento malo.

CONCLUSIONES

Se encontró que el principal cuidador primario del menor de 5 años es la madre, cuyo rango de edad oscila entre 18 a 34 años. Se determinó conocimiento bueno de los cuidadores de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma de enfermedad diarreica.

PALABRAS CLAVE: Cuidador primario, conocimiento, enfermedad diarreica, menor de 5 años.

**EVALUACIÓN DEL GRADO DE
CONOCIMIENTO DE CUIDADORES
PRIMARIOS DE MENORES DE 5
AÑOS SOBRE FACTORES DE
RIESGO Y SIGNOS DE ALARMA DE
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA
EN URGENCIAS PEDIATRIA DEL
HGZ/UMF N° 8 “DR. GILBERTO
FLORES IZQUIERDO”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA**

AUTORIZACIONES

**DR. CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA DIRECTOR DEL
HGZ/UMF N° 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO COORDINADOR DE EDUCACIÓN EN
INVESTIGACIÓN DEL HGZ/UMF N° 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO PROFESOR TITULAR
DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ/UMF N° 8
“DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO DIRECTOR DE TESIS
COORDINADOR DE EDUCACIÓN EN INVESTIGACIÓN DEL HGZ/UMF N° 8
“DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO ASESOR METODOLÓGICO
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL
HGZ/UMF N° 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**DRA. YAÑEZ MOLINA MARIA DEL CARMEN JOAQUINA ASESOR CLÍNICO
DE TESIS MÉDICO NO FAMILIAR ADSCRITO AL SERVICIO DE PEDIATRIA
DEL HGZ/UMF N°8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, a Dios, por permitirme ser parte de este mundo, disfrutar del privilegio de la vida, por darme fortaleza en todos los momentos de mi formación profesional, por haberme dado la sabiduría para que fuera posible alcanzar esta meta.

Con todo mi amor y cariño a mis padres Antonio y Dolores, por haber fomentado en mí el deseo de superación, por ser mi fuerza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de experiencias y sobre todo por su valioso apoyo en mi formación académica.

Antonio, Areli, Yesenia y Selene, mi más sincero agradecimiento porque sin su apoyo incondicional no sería nada, por sus consejos, por enseñarme la constancia, el respeto por el trabajo y la humildad; por aguantar mis malos humores, mis sinsabores y mis dichas, por estar siempre ahí siempre juntos.

Agradezco a mis cuñados Laura y Alfredo por su solidaridad y a mis amados sobrinos Cristian, Grettel y Aitana, porque le han dado un cambio a mi vida con sus sonrisas, su imaginación y creatividad, han hecho momentos inolvidables llenando mi ser de alegría y felicidad, mi infinito amor para ustedes.

Rogelio a ti mi especial agradecimiento por hacerme saber que a pesar de las adversidades siempre existe un nuevo día; porque con tu paciencia, tu amor, con tu ayuda, apoyo y comprensión me impulsaste a lograr este objetivo, te amo.

Mi agradecimiento a mis queridos profesores Dr. Gilberto Espinoza Anrubio y Dr. Eduardo Vilchis Chaparro, por su orientación y atención, por el material facilitado y las sugerencias recibidas. Con estimación agradezco a Mari Franco por su calidez y sus palabras de aliento. Igualmente reitero mi agradecimiento por su valiosa colaboración a la Dra. Carmen Yáñez y la Dra. Alejandra Mejía quienes me han orientado en todo momento en la realización de este proyecto.

Gracias a mis amigos Michelle, Erick, Manuela y Abraham, que siempre me han prestado un gran apoyo moral y humano, necesarios en los momentos difíciles de este trabajo y esta profesión. A todos mis compañeros de la residencia por compartir momentos inolvidables durante estos tres años.

Y a todas aquellas personas, quienes, con un granito de arena, participaron y ayudaron en la realización de este proyecto.

¡GRACIAS!

Dra. Yuridia Enríquez Moranchel

INDICE	PAG
Marco teórico	8
Justificación	21
Planteamiento del problema	22
Objetivos	23
Hipótesis	24
Material y métodos	25
Diseño de la investigación	26
Población o universo	27
Ubicación temporal y espacial de la población	27
Muestra	28
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	29
Variables	30
Diseño estadístico	34
Instrumento de recolección	35
Método de recolección	36
Maniobras para evitar y controlar sesgos	37
Cronograma de actividades	38
Recursos humanos, materiales físicos y financiamiento del estudio	39
Consideraciones éticas	40
Resultados	42
Tablas y graficas	45
Discusión	63
Conclusiones	69
Bibliografía	70
Anexos	75

MARCO TEORICO

INTRODUCCION

La enfermedad diarreica (EDA) en menores de 5 años, es uno de los principales motivos de consulta médica en pediatría. Es considerada como una enfermedad del rezago y continúa siendo un problema de salud pública que afecta principalmente a los países en desarrollo. La diarrea es una alteración del intestino que refleja un aumento en la pérdida a través de las heces de sus principales componentes: agua y electrolitos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la diarrea aguda como tres o más evacuaciones líquidas o semilíquidas en 24 horas o de al menos una con presencia de elementos anormales (moco, sangre, pus), durante un máximo de dos semanas ^{(1) (2)}.

Cabe mencionar que la gastroenteritis aguda se define como una disminución de la consistencia de las deposiciones o un aumento en el número de las mismas (3 o más en 24 horas), que puede ir acompañada de vómitos, dolor abdominal y/o fiebre. Su duración suele ser menor de 7 días y para considerarla como aguda, siempre menor de 2 semanas. Es importante resaltar que, dentro de la normalidad, las deposiciones pueden variar con la dieta y la edad del niño. Por lo general, un lactante elimina cerca de 5 g de heces/kg/día; los lactantes que son amamantados eliminan heces pastosas y blandas con frecuencia, lo que no se considera diarrea. También hay que tener en cuenta que en niños con diarrea aguda infecciosa el vómito por lo general tiene una duración de 1 a 2 días, y en la mayoría se detiene en un plazo de 3 días ^{(3) (4) (5)}.

EPIDEMIOLOGÍA:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF, hay alrededor de dos mil millones de casos de enfermedad diarreica a nivel mundial cada año y 1.9 millones de niños menores de 5 años de edad fallecen a causa de diarrea anualmente, fundamentalmente en los países en desarrollo. Esto asciende a 18% de todas las muertes de niños menores de cinco años, y significa que más de 5.000 niños mueren cada día como resultado de enfermedades diarreicas. En las últimas décadas se ha visto un notable descenso en la mortalidad por diarreas, sin embargo, continúa siendo una de las principales causas de mortalidad infantil. En México según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, en los niños de 1 a 4 años de edad las enfermedades infecciosas intestinales ocuparon el 5° sitio como causa de muerte en 2010 (266 muertes con tasa de 3.5 por 100 000 nacimientos estimados); teniendo una prevalencia de diarreas en niños menores de cinco años registrada en 2012 de 11.0% ^{(6) (7)}.

En los niños menores de un año, la prevalencia de diarreas en 2012 de 12.5%. Las proporciones de EDAS en áreas rurales fueron de 12.3% y en áreas urbanas de 10.5 % en el 2012. De acuerdo al boletín epidemiológico IMSS 2014 la tasa de incidencia fue de 5.5% por cada 100, 000 habitantes, con una tasa de mortalidad del año 2000 a 2014 de 1.3% por cada 100,000 habitantes. Mientras que el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) menciona en 2015 que las infecciones por enfermedad diarreica aguda presentan una tasa de mortalidad de 28 defunciones por cada cien mil niños y niñas ^{(8) (9)}.

FACTORES DE RIESGO

La principal causa de transmisión de las diarreas es a través de ingestión de agua o alimentos contaminados. Entre las causas más frecuentes se señalan la mala manipulación y contaminación de los alimentos, condiciones higiénico-sanitarias deficientes y bajo peso al nacer, algunas enfermedades de base o intercurrentes como las enfermedades inmunosupresoras, entre otras. La OMS estima que, en América Latina, el 70% de los casos de diarrea son secundarias al consumo de alimentos contaminados. La mayor parte de las diarreas, pueden atribuirse al mal manejo de los alimentos durante la preparación y pueden deberse a: 1. Hábitos de higiene deficientes de los manipuladores de alimentos, 2. Contaminación de alimentos cocidos con alimentos crudos o superficies contaminadas, 3. Deficiente cocción de los alimentos. La GPC del Ministerio de Salud de Colombia describe como factores de riesgo para que los niños menores de cinco años desarrollen EDA: Ausencia de lactancia materna o suspensión precoz de ésta, en episodios de diarrea previos. Uso de agua visiblemente contaminada para consumo y preparaciones de alimentos en el hogar. Viajes a sitios con alta incidencia de diarrea. Ausencia de inodoros o inadecuada eliminación de excretas y basuras en el hogar. Madre menor de 20 años de edad, o que desconoce los factores de riesgo. Presencia de moscas en el hogar del niño. Se recomienda tener en cuenta estos factores en el momento en que se necesite establecer medidas preventivas individuales o comunitarias de prevención de la diarrea ^{(10) (11)}.

CLASIFICACIÓN:

Según su curso clínico: a) Enfermedad diarreica aguda: es aquella diarrea de menos de catorce días de evolución, habitualmente de carácter autolimitado. b) Disentería: es la diarrea que presenta moco y sangre visible en la materia fecal. Su duración suele ser menor de 7 días y puede extenderse hasta 14 días. c) Enfermedad diarreica persistente: es la diarrea de catorce días o más de duración, se inicia como un episodio agudo de diarrea líquida o disentería, en ocasiones con pérdida de peso y en la mayoría de los casos, no se puede identificar un agente etiológico. El daño de la vellosidad puede ser considerable, la mucosa intestinal puede estar aplanada y la absorción de nutrientes es inadecuada, por lo tanto, es posible que exista intolerancia a disacáridos y/o a proteínas. d) Enfermedad diarreica crónica: es la diarrea de más de treinta días de evolución, las causas son muy variadas y dependen de la edad del paciente. Es recurrente, observada en casos de sensibilidad al gluten, fibrosis quística o desordenes metabólicos hereditarios. Según síndromes clínicos: En la práctica, las manifestaciones clínicas permiten orientar hacia alguno de estos mecanismos, aunque a veces pueden coexistir varios: a. Diarreas secretoras: en los casos agudos suelen estar producidas por toxiinfecciones alimentarias o por determinadas bacterias productoras de toxinas que pueden actuar por acción citotónica activando la adenilciclase o por acción citotóxica, por destrucción celular. El daño se localiza en intestino delgado, las deposiciones son líquidas, acuosas, con pérdida importante de agua y electrolitos y es característica la persistencia de la diarrea a pesar del ayuno. b. Diarreas invasivas o inflamatorias: se producen por penetración y destrucción de las células del epitelio intestinal, con inflamación y ulceración de la mucosa preferentemente a nivel del colon. La diarrea suele ser con moco y sangre, afectación sistémica con fiebre y alteración del estado general. Cuando se visualizan las heces en el microscopio se demuestra la existencia de leucocitos y hematíes ⁽¹²⁾.

ETIOLOGÍA:

El intestino humano es el hábitat natural de una población numerosa, diversa y dinámica de microorganismos, principalmente bacterias, que se han adaptado a la vida en las superficies mucosas o en la luz del intestino. El ecosistema microbiano del intestino incluye especies nativas que colonizan permanentemente el tracto gastrointestinal y una serie variable de microorganismos vivos que transitan temporalmente por el tubo digestivo. La población microbiana del intestino humano incluye unos 100 billones de bacterias de unas 500 a 1.000 especies distintas. La presencia de ciertas bacterias como parte de la flora intestinal es necesaria para una correcta nutrición y desarrollo corporal, así como para un adecuado mantenimiento del sistema inmune. La homeostasis intestinal es crítica para la extracción eficiente de energía de los alimentos y la protección frente a los microorganismos patógenos. Son múltiples las enfermedades que tienen su origen, en gran parte, en la existencia de un trastorno de la microbiota intestinal, como es el caso de la diarrea infecciosa o la asociada al empleo de antibióticos ⁽¹³⁾.

Los patógenos asociados con diarrea incluyen virus (rotavirus, norovirus, astrovirus y adenovirus entéricos), bacterias (Shigella, Salmonella, Campylobacter, Vibrio, E. coli diarrogénica, Aeromonas, Yersinia, entre otros), y parásitos (Cryptosporidium, Giardia, Cyclospora, Microsporidium, Entamoeba histolytica, Balantidium coli). La frecuencia relativa de cada patógeno varía dependiendo del grupo de edad, lugar y si el registro de casos es a nivel comunitario u hospitalario. Los patógenos de mayor relevancia en salud pública son los asociados con mayor carga de enfermedad, severidad, complicaciones y mortalidad, el norovirus, Campylobacter y las E. coli diarrogénicas en conjunto, son los patógenos más prevalentes ⁽¹⁴⁾.

En países con mejores condiciones sanitarias, tiende a predominar la etiología viral, mientras que las bacterias y parásitos son más frecuentes en zonas menos desarrolladas. Los agentes más frecuentemente involucrados varían de acuerdo a las condiciones socioeconómicas y sanitarias de la región y con la edad del paciente. Las variaciones por edad se explicarían por los cambios en hábitos alimentarios y conductas (fuente de contagio), adquisición de respuesta inmune efectiva y presencia de co-morbilidades. En aproximadamente 45-60% de los casos no es posible identificar el agente infeccioso responsable. Según grupo etario y presentación clínica (diarrea acuosa vs disentería) existen agentes frecuentes y elementos epidemiológicos y clínicos que orientan a la sospecha de cada agente. (Anexo 1 y 2) ⁽¹⁵⁾

FISIOPATOLOGÍA:

La diarrea se produce cuando el volumen de agua y electrolitos presentado al colon excede su capacidad de absorción, eliminándose de forma aumentada por las heces. Estas alteraciones son secundarias a la afectación intestinal que resulta de la interacción entre el agente infeccioso y la mucosa intestinal. En algunos casos se da la penetración de la barrera mucosa por antígenos extraños (microorganismos o toxinas). Las toxinas microbianas pueden ligarse a los receptores del enterocito y estimular la secreción epitelial de agua e iones. Por otra parte, los microorganismos pueden dañar el enterocito produciendo una disminución en la absorción de electrolitos, una pérdida de las hidrolasas del borde en cepillo y un escape de fluido a través del epitelio. La lesión por daño directo de la célula epitelial tiene lugar en las infecciones por agentes virales como Rotavirus. También se produce lesión vellositaria en infecciones agudas por protozoos tales como Giardia lamblia, Cryptosporidium parvum y Microsporidium. Todo ello conduce a una pérdida aumentada de agua y electrolitos en heces. La gran pérdida de líquidos y electrolitos puede derivar en un cuadro de deshidratación. Esto es más frecuente en el niño pequeño, por tener una mayor área de superficie corporal en relación con el peso que el adulto y, por lo tanto, unas mayores pérdidas insensibles. En estas edades hay también un mayor riesgo nutricional, por una gran respuesta catabólica frente a las infecciones y una depleción de las reservas nutricionales más rápida que en el adulto. Otros factores que influyen en la afectación nutricional son la disminución de la ingesta calórica, por la hiporexia concomitante y la restricción alimentaria habitualmente indicada, y la posible existencia de malabsorción de nutrientes secundaria a la lesión intestinal ⁽¹⁶⁾.

MANIFESTACIONES CLINICAS:

La mayoría de las enfermedades diarreicas agudas pediátricas son autolimitadas. La clínica se basa en el aumento del número de deposiciones, de consistencia disminuida, pudiendo contener sangre o moco. En ocasiones se acompaña de vómitos, dolor abdominal de características cólicas, fiebre y deshidratación. El mecanismo patogénico más importante de las EDAS, independientemente de su causa, es la alteración en la absorción y secreción de agua y electrolitos a través de la mucosa intestinal, lo que va a conllevar un riesgo de desarrollar, sobre todo en el lactante, una deshidratación aguda. Esta situación clínica o el riesgo de desarrollarla debe ser el principal objetivo a la hora de valorar clínicamente a un paciente con esta patología. El diagnóstico clínico requiere valorar y evaluar los siguientes aspectos: Existencia de historia familiar de gastroenteritis o contactos con población afectada. La edad (en los lactantes el agente causal más frecuente es el rotavirus). Antecedentes de ingesta de alimentos posiblemente contaminados (huevos, pollos). Antecedentes de introducción de alimentos nuevos. Historia previa de ingestión de medicamentos (laxantes, antibióticos). Características de las deposiciones. La fiebre elevada ($> 40^{\circ}\text{C}$), la presencia de sangre en las heces y el dolor abdominal, sugieren una etiología bacteriana, mientras que los vómitos y la sintomatología respiratoria van a favor de una causa vírica. La época del año también nos orienta hacia la posible etiología, así en la invernada es más frecuente la infección por rotavirus, mientras que en la estival lo es más la infección por bacterias. ⁽¹⁷⁾

Características importantes para la historia clínica: duración, vómitos, frecuencia de las deposiciones, la presencia de sangre, la ingesta de líquidos y la dieta, viajes, contacto con la enfermedad, la exposición a los animales, pérdida de peso (buscar un peso reciente en el Registro de Salud Infantil), medicamentos (antibióticos, inmunosupresores, procinéticos), antecedentes: una amplia gama de condiciones comórbidas aumenta la severidad de enfermedad o afectar a la capacidad de responder a la deshidratación. Evaluar: Si un peso previo a la enfermedad exacta reciente está disponible, el déficit de líquido puede estimarse a partir de la pérdida de peso. Los síntomas de banderas rojas indican un niño en situación de riesgo de progresión a shock. Si hay presencia de shock, tener en cuenta tanto deshidratación severa y septicemia ⁽¹⁸⁾.

DIAGNÓSTICO:

El examen físico debe evaluar los siguientes aspectos: Signos y grado de deshidratación: Observar si el niño presenta alguno de los siguientes signos de deshidratación: Tiene los labios y la lengua secos. No tiene saliva. No produce lágrimas cuando llora. La piel del cuerpo esta reseca. No orina o es escasa. En las primeras etapas de la diarrea no se observan síntomas de deshidratación, pero estos síntomas son más evidentes a medida que pasa el tiempo y aumenta el grado de deshidratación (Anexo 3) ⁽¹⁹⁾.

Los estudios complementarios estarán indicados en situaciones especiales ya que se debe considerar la sospecha clínica en base al cuadro clínico y su posible etiología (viral, bacteriana o parasitaria), de acuerdo al enfoque se podrá solicitar estudios de laboratorio como hemograma, bioquímica básica, equilibrio ácido-base, así como microbiología como examen de fresco en heces, coprocultivo, coproparasitoscópico, una BAF (búsqueda de amiba en fresco) una CMF (citología de moco fecal); donde la presencia de más de 20 leucocitos por campo y el predominio de polimorfonucleares, orienta a un cuadro bacteriano, detección de antígenos específicos. En algunos casos pruebas de imagen como radiografía simple de abdomen y/o ecografía abdominal ⁽²⁰⁾.

No todos los niños con diarrea aguda requieren exámenes de laboratorio. La diarrea aguda de la infancia tiene un curso corto y se gestiona fácilmente por los padres solos en la mayoría de los casos. Sin embargo también hay situaciones en las que la investigación de laboratorio es muy importante, especialmente cuando se tenga sospecha de que la diarrea puede ser una manifestación de intoxicación alimentaria e intolerancia alimentaria, de una infección intestinal adicional o incluso una enfermedad quirúrgica. En estos casos, el estudio de las heces sigue siendo el "estándar de oro" para el diagnóstico de diarrea, ya que la similitud de los síntomas no permite el establecimiento del diagnóstico etiológico basado en la presentación clínica solamente. Desafortunadamente el resultado de un examen de las heces está disponible sólo después de 48 a 72 horas y esto puede retrasar el inicio en el tiempo de la terapia antimicrobiana. Se han mencionado algunos de los marcadores potenciales como la proteína C reactiva (PCR), velocidad de sedimentación globular (VSG), las células blancas de la sangre y procalcitonina. En general, los métodos de PCR utilizados tienen una sensibilidad de la prueba mayor en comparación con los métodos de cultivo convencionales. Esto mejora la capacidad de diagnosticar organismos en una muestra de heces. Sin embargo, un inconveniente parece ser un aumento de detecciones asintomáticos generales. Sin embargo, la prevalencia estimada de la enfermedad, podría ser sobreestimado. Se necesitan más estudios que utilizan enfoques cuantitativos para establecer y mejorar los análisis de diagnóstico de enfermedades gastrointestinales en los países de bajos y medianos ingresos ^{(21) (22)}.

TRATAMIENTO:

El tratamiento de la EDA debería iniciarse en casa, por lo que se recomienda a las familias que dispongan de soluciones de rehidratación oral (SRO) y comiencen la rehidratación del niño tan pronto como se inicie la diarrea, independientemente del agente causante. La administración temprana reduce las complicaciones y el número de visitas a profesionales sanitarios y de hospitalizaciones ⁽²³⁾.

La diarrea aguda es la principal causa de deshidratación en nuestro país. Para esta causa la OMS específicamente recomienda un plan a seguir con base en los datos clínicos que presente el niño. El *plan A* en pacientes sin deshidratación o deshidratación leve, el *plan B* en casos con deshidratación moderada y el *plan C* en enfermos con choque (*Anexo 4*). El *plan A* consiste en adiestrar a los familiares para que apliquen el ABC del tratamiento. Alimentación constante, Bebidas abundantes y Consulta educativa. La Norma Oficial Mexicana recomienda ofrecer media taza (75 ml) de la fórmula propuesta por la OMS en el caso de niños menores de un año (administrada a cucharadas después de cada evacuación) y una taza (150 ml) en los mayores de un año. Esta fórmula consta de: sodio 90 mEq/L, potasio 20 mEq/L, citrato 10 mEq/L, cloro 80 mEq/L, glucosa 111 mEq/L. La única fórmula que hasta el momento ha probado beneficios es la de la OMS reducida en osmolaridad, la cual se ha asociado a menor vómito, menor gasto fecal y menor necesidad de hidratación intravenosa. El *plan B* consiste en la rehidratación por vía oral. Se administrarán 100 ml/kg de peso de esta fórmula en dosis fraccionadas cada 30 minutos durante cuatro horas. No se recomienda el uso de otras soluciones como bebidas gaseosas, té o jugos, ya que, por el contenido de los diversos solutos, no rehidratará adecuadamente al paciente, o incrementarán el gasto fecal al aumentar la secreción intestinal de líquido. Si se presenta vómito o distensión abdominal, se puede intentar infusión por sonda nasogástrica a razón de 20-30 ml/kg/hora. En los casos que se presente gasto fecal mayor a 10 g/kg/hora, alteración del estado neurológico, sepsis o íleo se debe iniciar rehidratación parenteral. En estudios recientes se ha visto que una dosis única de ondansetrón ha facilitado la hidratación oral al reducir la presencia y frecuencia del vómito, lo que permite mayor éxito en la hidratación oral. El *plan C* se inicia en pacientes con deshidratación grave o estado de choque. Se administra solución Hartmann o solución fisiológica al 0.9% por vía intravenosa en dosis de 50 ml/kg de peso durante la primera hora y 25 ml/kg/hora durante la segunda y tercera hora. La OMS y la Academia Americana de Pediatría (AAP) recomiendan la administración de solución Ringer lactato o solución fisiológica en dosis de 20 ml/kg de peso hasta que el pulso, la perfusión y el estado de conciencia regresen a la normalidad. Ambas terapias recomiendan cambiar a la hidratación oral en cuanto el paciente lo permita, calculando el déficit de líquidos persistente ⁽²⁴⁾.

Se recomienda tener en cuenta en el manejo y vigilancia del niño menor de 5 años con EDA: Cuando no tengan deshidratación sean tratados en el hogar, previa instrucción y educación a los padres y cuidadores para que reconozcan los signos de alarma para consultar nuevamente. Cuando tengan factores de riesgo para muerte (diez o más deposiciones diarreicas en las últimas 24 horas y cinco o más vómitos en las últimas 4 horas) deben permanecer en el servicio de salud, en observación u hospitalización, hasta que se garantice que se pueda mantener la hidratación por vía oral en el hogar. Se recomienda hospitalizar a los niños con: Deshidratación grave o con signos choque (disminución del nivel de conciencia, piel pálida o moteada, extremidades frías, taquicardia, taquipnea, pulsos periféricos débiles, tiempo de llenado capilar prolongado y/o hipotensión). Alteraciones neurológicas (somnolencia, letargia o crisis convulsivas). Vómito persistente e incorregible que impide la Terapia de Rehidratación Oral. Síntomas que sugieran una enfermedad grave como un proceso abdominal quirúrgico. Niños con factores de riesgo para muerte: edemas en miembros inferiores, la presencia de un proceso infeccioso mayor asociado, presencia de neumonía, sepsis o infecciones neurológicas. Cuidadores que no pueden proveer un adecuado cuidado en casa. Se recomienda considerar el alta a los niños que estuvieron en urgencias o en un servicio de hospitalización, únicamente cuando se cumplan todos los siguientes requisitos: 1. Estén hidratados; tengan adecuada tolerancia a la alimentación. 2. Tengan un cuidador responsable que haya sido debidamente instruido en cuanto a signos de alarma y de nueva consulta, que es capaz de continuar el manejo adecuado en casa y puede mantener la hidratación del niño. 3. Las otras comorbilidades que indicaron la hospitalización estén controladas ⁽²⁵⁾.

Los suplementos de vitamina A parecen tener un efecto positivo sobre el estado inmunológico de los niños. Los trabajos publicados por Long et al, llevados a cabo en la ciudad de México, señalaron que la suplementación con vitamina A debe ser considerada en función de las condiciones socioeconómicas específicas y se debe tener en cuenta también específicamente en niños con deficiencias de vitamina A. Un mismo grupo de investigación ha publicado recientemente dos estudios realizados en niños mexicanos para tratar de explicar la diferente efectividad de la vitamina A y señalan que esta depende de la implicación de la respuesta inflamatoria en la resolución del proceso y, en el caso de la suplementación con vitamina A en la prevención de la diarrea, puede deberse a los diferentes efectos que tiene en las respuestas inmunes específicas del genotipo ⁽²⁶⁾.

Los probióticos pueden ser beneficiosos en el tratamiento de la EDA estimulando el sistema inmunitario, compitiendo con los microorganismos patógenos por los nutrientes y los sitios de adherencia en las células intestinales, acidificando el contenido intestinal y elaborando sustancias neutralizantes de los patógenos intestinales. Diversos metaanálisis y revisiones sistemáticas concluyen que el uso de probióticos tiene un efecto beneficioso moderado en el tratamiento de la diarrea aguda en la infancia. Basándose en estos datos, varias sociedades científicas aconsejan el uso de determinadas cepas de probióticos, utilizadas precozmente, en el tratamiento de la EDA en los niños. La European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) recomienda considerar el uso de LGG y *Saccharomyces boulardi*, junto con la terapia de rehidratación, en niños con EDA. La Academia Americana de Pediatría apoya el uso de probióticos, específicamente LGG, en el tratamiento de la EDA con el objetivo de disminuir los síntomas en 14 días. También la guía de práctica clínica elaborada conjuntamente por la Sociedad Española de Gastroenterología, Nutrición y Hepatología y por la Sociedad Española de Infectología Pediátrica considera el uso de LGG y *S. boulardii* en el tratamiento de la gastroenteritis aguda en los niños. Los Probióticos en la diarrea aguda no se han observado efectos secundarios de importancia en ninguno de los ensayos clínicos publicados. Otra revisión sistemática actualizada y meta-análisis ha confirmado que lactobacilo gg (lgg), son probióticos actualmente apoyado por protocolos diagnóstico-terapéuticos de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica (espghan)/ asociación española de pediatría (esped), que reduce la duración de diarrea, particularmente en niños del área geográfica de Europa, con una dosis alta de lactobacilo lgg ($\geq 10^{10}$ cfu/día) en los pacientes. Sin embargo, dadas las limitaciones metodológicas de muchos de los ensayos incluidos, las pruebas deben ser consideradas con cautela. Se consideran los estudios específicos de cada país para examinar el costo-efectividad del uso de lactobacilo lgg para el tratamiento y tiempo que son necesarios ⁽²⁷⁾ ⁽²⁸⁾.

A pesar de la intensa promoción que se realiza para considerar las soluciones de rehidratación oral como la piedra angular del tratamiento, se estima que menos del 20% de los niños con diarrea aguda reciben de forma óptima un esquema preventivo o terapéutico para este tipo de problemas, lo cual conlleva tasas elevadas de hospitalización, complicaciones, estancias prolongadas y costos directos e indirectos muy elevados. En un estudio de metaanálisis de la eficacia del racecadotril versus smectita, probióticos o zinc como parte integral del tratamiento de la diarrea aguda en menores de cinco años; se demuestra la eficacia del racecadotril al compararlo con placebo y con el resto de los coadyuvantes analizados. La evaluación de la superioridad terapéutica situó al racecadotril en primer lugar, seguido por smectita y, después, *Lactobacilo Reuteri* ⁽²⁹⁾.

Debido a que la diarrea aguda es más a menudo auto-limitada y causada por virus, no se recomienda el uso de antibióticos de rutina para la mayoría de los casos con diarrea no severa y acuosa. Además, el uso excesivo de antibióticos puede conducir a resistencia (por ejemplo, *Campylobacter*), la erradicación nociva de flora normal, la prolongación de la enfermedad (por ejemplo, la sobreinfección con *C. difficile*), la prolongación del estado de portador (por ejemplo, la excreción retardada de *Salmonella*), la inducción de Shiga toxinas (por ejemplo, de la toxina Shiga producida por *E. coli*), y el aumento del costo. Sin embargo, cuando se usa apropiadamente, los antibióticos son eficaz para la shigelosis, campilobacteriosis, *C. difficile*, y las infecciones por protozoos ⁽³⁰⁾.

CUIDADORES PRIMARIOS

La familia es el núcleo básico de la sociedad y garantía clave de su desarrollo sostenible, constituye un espacio de resguardo, afecto, relaciones solidarias y cooperativas entre quienes la componen. Entendemos la familia no tanto por la composición formal o estructural, sino por el cumplimiento de las funciones de resguardo y protección de todos quienes pertenecen a ella, prioritariamente las niñas y los niños. El cuidado que recibe un niño está determinado por la inserción laboral de sus padres, la provincia donde vive y la situación socioeconómica de su hogar. Ante esta situación, las familias se organizan como pueden: reparten tareas entre sus miembros (las que generalmente recaen en las mujeres) o contratan personal para ocuparse de estas tareas. Los abuelos y abuelas son figuras muy importantes en la vida de una familia. De muy diferentes maneras pueden ejercer su influencia en la crianza de los nietos. Por diferentes motivos, son convocados para transformarse en los cuidadores sustitutos de los padres; se transforman en el refugio de cuidados, amor y protección que sus nietos necesitan para llevar adelante un desarrollo saludable ⁽³¹⁾ ⁽³²⁾.

Cuando la madre sale de su casa, la mayoría de personas que cuidan al menor son las abuelas, y en orden descendente tíos/as, hermanos/as y padres. Algunas madres refieren que dejan el niño en instituciones de cuidado (guardería), o a vecinas. La alimentación complementaria iniciada adecuadamente en el menor, permite su crecimiento y desarrollo eficaz. Igualmente, la administración de micronutrientes mejora el crecimiento y previene deficiencias que son causa de importantes enfermedades. Los cuidadores en general son los responsables de facilitar o limitar este proceso, es de vital importancia realizar estudios en los que previamente se analice a los cuidadores como individuos transcendentales dentro del proceso del crecimiento y desarrollo de los niños, y de forma correcta realizar el diagnóstico de la problemática, lo cual contribuirá a la implementación de prácticas claves en el cuidado del menor de cinco años, y así disminuir la mortalidad infantil ⁽³³⁾.

ESCALA DE CONOCIMIENTO DE CUIDADORES DE MENORES DE 5 AÑOS SOBRE FACTORES DE RIESGO Y SIGNOS DE ALARMA EN ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

En México hasta el momento se han utilizado cuestionarios para la evaluación de la mortalidad por enfermedades diarreicas enfocadas al grado de deshidratación, factores protectores y prácticas de limpieza. La presente puede aplicarse de manera rutinaria durante las campañas de vacunación o en los meses de mayor prevalencia de EDA. Orienta al profesional de salud, principalmente de atención primaria o de primer contacto, acerca del nivel de conocimiento de los cuidadores de niños sobre signos de alarma y factores de riesgo de EDA, para así poner más énfasis en los programas educativos hacia los cuidadores. Puntaje y calificación: Está compuesta de 22 ítems, considerando 2 dimensiones: factores de riesgo y signos de alarma. La dimensión de factores de riesgo incluye 14 ítems y la de signos de alarma 8 ítems. Se evalúa con una calificación global, por lo tanto, se considera de 18 a 22 aciertos: conocimiento bueno, de 12 a 17 aciertos: conocimiento moderado y de 1 a 11 aciertos: conocimiento malo. Validación: El instrumento fue elaborado por la Dra. Paola Rocío Cardoz Romero, validado en una unidad de atención primaria en Cancún, Quintana Roo, México, durante el primer trimestre del 2015. Se realizó en 2 fases: en la primera validación del instrumento y en la segunda la medición del conocimiento en 234 cuidadores primarios. El conocimiento del cuidador se determinó a partir de la escala construida ex profeso, aplicada por el investigador a los cuidadores. Se realizó la validación de contenido y consistencia, la validación del contenido se elaboró mediante validación de 22 ítems. La consistencia interna del cuestionario se realizó a través del coeficiente de alfa de Cronbach con un valor de alrededor de 0.55 por ítem. La escala fue previamente sometida a una calificación de jueces expertos, integrado por 5 personas. Es un cuestionario descriptivo con preguntas en formato cerrado y categórico dicotómico (si y no). La escala se dividió en 2 dimensiones: factores de riesgo (14 ítems) y signos de alarma (8 ítems). Se determinaron puntos de corte para la calificación global por dimensión con un conocimiento bueno, moderado y malo. ⁽³⁴⁾.

ANTECEDENTES

En el 2010 en México, la enfermedad diarreica aguda (EDA) contribuyó con el 10% de las causas de mortalidad en los niños menores de cinco años. se estima que 760 000 niños fallecerán por EDA cada año; sólo 35% de estos niños serán tratados con terapia de hidratación oral a base de electrolitos. Se trata de una patología de relevante importancia sanitaria, cuyo manejo es relativamente fácil por parte de personal capacitado, pero que requiere para su control de una provisión de agua potable, condiciones higiénicas, alimentarias, y adecuado control de las excretas, ya que su propagación se realiza por vía fecal-oral. La infección se transmite por alimentos o agua de consumo contaminado, o bien, de una persona a otra como resultado de una higiene deficiente. En los países en desarrollo, los niños menores de tres años sufren en promedio tres episodios de diarrea al año. Cada episodio priva al niño de nutrientes necesarios para su crecimiento. En consecuencia, la diarrea es una importante causa de malnutrición, y los niños malnutridos son más propensos a enfermarse por EDA ⁽³⁵⁾.

Las infecciones gastrointestinales bacterianas y parasitarias han disminuido en frecuencia como resultado de mejoras en la infraestructura de salud pública del tratamiento, tuberías y suministro adecuado de agua potable y eliminación de aguas residuales; Sin embargo, la gastroenteritis viral no ha disminuido de manera comparable. Las medidas preventivas pueden limitar el número de episodios de gastroenteritis viral en la comunidad, el hogar y las instituciones ⁽³⁶⁾.

Se realizó un estudio de casos y controles, en el área de salud “Edgar Ramón Uzcátegui”, municipio Maracaibo, estado Zulia, Venezuela, durante 6 meses, en el 2007, predominó la enfermedad diarreica aguda la cual continúa siendo un problema de salud pública en el mundo; afectando principalmente a los menores de 5 años, dentro de este grupo los más vulnerables son los menores de 1 año, cuyas muertes, se deben muchas veces a la falta o demanda tardía en la búsqueda de atención médica por parte de los padres. Se concluyó que los factores de riesgos asociados a las enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años fueron el tipo de lactancia utilizada, la higiene doméstica, el destete precoz, y edad menor de 1 año ⁽³⁷⁾.

Con el objetivo de identificar los factores de riesgo asociados a la EDA con deshidratación grave se realizó un estudio de casos y controles incidentes en el Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uribe, en Bolivia, entre niños de 2 meses a 5 años con enfermedad diarreica aguda y en el análisis multivariado se identificaron los siguientes factores de riesgo: edad menor a 18 meses, desnutrición, duración de la enfermedad mayor a 3 días, frecuencia de deposiciones mayor a 5 veces al día, más de 3 vómitos al día, uso de medicina natural, falta de alcantarillado y hacinamiento ⁽³⁸⁾.

Se describe un estudio observacional, transversal, tipo encuesta aplicada a madres de niños menores de 5 años que acuden a los servicios de consulta externa especializada de pediatría médica del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes durante el período noviembre – marzo 2012. Se incluyeron 111 madres: 50,4% tenían entre 20 y 35 años de edad, solo 14,4% tuvo conocimiento adecuado sobre estrategias primarias de prevención en diarrea, 85% con desconocimiento de la existencia de la vacuna antirotavirus. Solo 28% utiliza suero oral. En el estudio, la población identificó el lavarse las manos como medida y una de las herramientas principales de prevención de diarrea. Las tres cuartas partes de la población encuestada reconoció que hervir el agua de consumo humano por espacio de 15 minutos es una medida de prevención de EDA en sus hijos. La población estudiada en la mayoría de los casos identificó la medida de disposición adecuada de excretas, como estrategia clave de prevención en EDA. Se estableció asociación significativa entre bajo nivel de instrucción materna y nivel socioeconómico, con pobre conocimiento en prevención en EDA ⁽³⁹⁾.

Se hace mención de un estudio descriptivo, analítico y longitudinal, con acompañamiento de las familias y colectas de datos en tres puntos temporales a lo largo de un periodo de tres meses en Fortaleza, Brasil, con 90 madres de niños menores de cinco años. Se estudió que las variables sociodemográficas pueden estar directamente asociadas a la diarrea infantil como factores de riesgo o de protección. En ese sentido, se observó que la poca edad materna y la reducida escolaridad han sido presentadas en diversos estudios como siendo factores de riesgo para la salud infantil, sobre todo la escolaridad materna, por ser un marcador de la condición socioeconómica de la madre y de su familia, relacionándose en ese contexto con el perfil cultural y comportamental, ligados a los cuidados de salud de la familia y del niño ⁽⁴⁰⁾.

En México existe un análisis estadístico de datos de las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición 2006 y 2012 de la Encuesta Nacional de Salud 2000. En los resultados obtenidos concluyeron que la prevalencia de EDA disminuyó significativamente de 2006 (13.1%) a 2012 (11.0%), particularmente en el nivel socioeconómico más bajo. Las “evacuaciones frecuentes” fueron el principal signo de alarma (66.0%), en contraste con “llanto sin lágrimas” (4.3%) y “sangre en las heces” (0.5%); solamente 42% de los padres o cuidadores refirió administrar sales de rehidratación oral. Los factores asociados con EDA fueron edad menor a un año y edad de la madre menor de 20 años. Las condiciones sanitarias deficientes facilitan la aparición de enfermedades diarreicas en las poblaciones vulnerables, especialmente en los niños. La enfermedad diarreica y su complicación más frecuente, la deshidratación, son las principales causas de morbilidad en las poblaciones afectadas por esta enfermedad ⁽⁴¹⁾.

JUSTIFICACIÓN

La enfermedad diarreica es la primera causa de morbimortalidad en niños menores de cinco años. Considerando el impacto socioeconómico y de mortalidad que produce la enfermedad diarreica aguda ha sido motivo de preocupación, al ser de las infecciones agudas uno de los principales motivos de consulta con una tasa de disminución de prevalencia mínima en relación del 2006 al 2012 de acuerdo a ENSANUT. El gobierno federal ha tratado de implementar diferentes estrategias para disminuir la incidencia de EDA, sin embargo, los logros se han visto poco claros, encontrando que hay falta de información en la población acerca de la prevención ante esta patología. Por lo que es importante que la población que esté a cargo del grupo de riesgo tenga la información necesaria para poder realizar acciones preventivas, así como disminuir el reingreso hospitalario, el abuso de antibióticos, y con ello evitar las principales complicaciones derivadas de la deshidratación. Algunos de los factores relevantes en la prevención de la EDA son la planificación, implementación y evaluación de acciones de promoción con prácticas de higiene, el adecuado almacenamiento del agua de consumo y manipulación de alimentos.

Por ende el presente estudio está enfocado en valorar el grado de conocimiento de los cuidadores primarios de niños menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma de EDA, con la finalidad de valorar que tanto se establecen las buenas prácticas para el cuidado de los menores teniendo en cuenta estas dimensiones, ya que son de suma importancia para la promoción y prevención de esta patología, pues constituyen las principales estrategias para controlar la enfermedad y contribuir así a reducir el riesgo de la misma.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las infecciones por enfermedad diarreica en la actualidad es uno de los principales motivos de consulta médica, sobre todo en la edad pediátrica por ser ellos una población vulnerable. A pesar de los grandes esfuerzos y logros que desde la perspectiva de la Salud Pública se han implementado como la educación relacionada con la prevención de episodios, existe escasas de información en las madres de menores de cinco años en las medidas preventivas para EDA y aunado a esto el impacto socioeconómico y de mortalidad que produce la enfermedad diarreica es importante promover la educación en la población de riesgo para la prevención de dicha enfermedad.

De acuerdo a lo anterior, se plantea la siguiente pregunta a investigar:

¿Cuál es el grado de conocimiento de cuidadores primarios de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma de enfermedad diarreica aguda en urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”?

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el grado de conocimiento de cuidadores primarios de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma de enfermedad diarreica aguda en urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

HIPÓTESIS:

Las hipótesis en este estudio se realizaron por motivos de enseñanza, ya que los estudios descriptivos no requieren el desarrollo de estas. Basado en los propósitos de este estudio se plantearon las siguientes hipótesis:

HIPÓTESIS NULA H^0 :

Los cuidadores primarios de menores de 5 años no tienen conocimiento sobre factores de riesgo y signos de alarma de enfermedad diarreica aguda.

HIPÓTESIS ALTERNA H^1 :

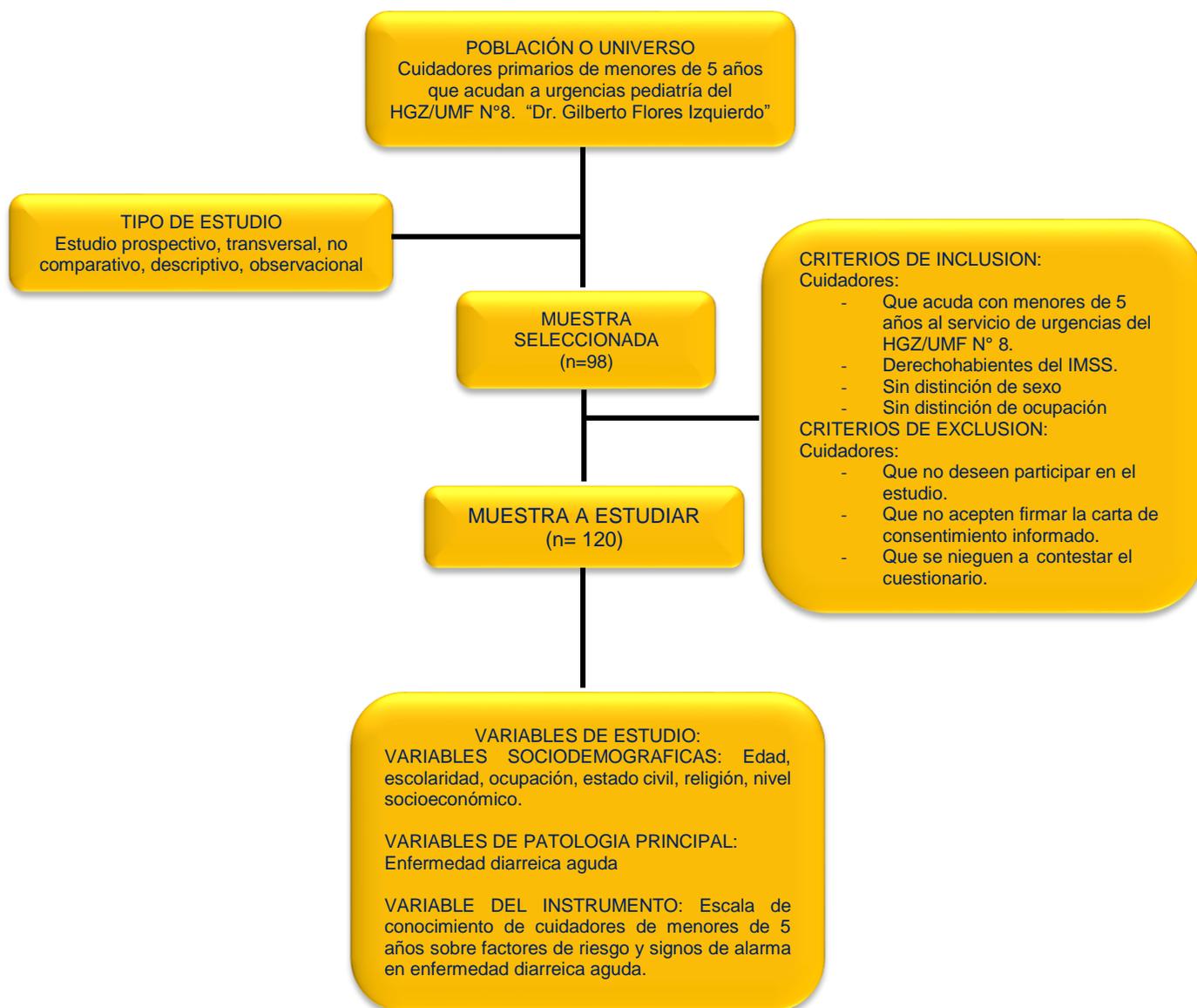
Los cuidadores primarios de menores de 5 años tienen conocimiento sobre factores de riesgo y signos de alarma de enfermedad diarreica aguda.

MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

- a) Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información: PROSPECTIVO.
- b) Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio: TRANSVERSAL.
- c) Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: NO COMPARATIVO.
- d) Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: DESCRIPTIVO.
- e) Según la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: OBSERVACIONAL

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



ELABORO: DRA. ENRÍQUEZ MORANCHEL YURIDIA

POBLACIÓN O UNIVERSO

El estudio se realizó en una población urbana que acudió a urgencias pediatría del HGZ/UMF N°8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, en la Ciudad de México en cuidadores primarios de menores de 5 años de edad con Enfermedad Diarreica Aguda que acudieron al servicio de urgencias pediatría, utilizando la Escala para evaluar el nivel de conocimiento de cuidadores de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma en enfermedad diarreica aguda.

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN

La investigación se llevó a cabo en el área de urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” que se ubica en Río Magdalena No 289 Tizapán San Ángel C.P. 01090, Ciudad de México. En un periodo comprendido de noviembre de 2016 a enero 2018.

MUESTRA

TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo con una variable dicotómica, necesaria será de 98 pacientes con un intervalo de confianza de 90%. Con una proporción del 0.10. Con amplitud del intervalo de confianza 0.10.

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

- N = Número total de individuos requeridos
- Z alfa = Desviación normal estandarizada para alfa bilateral
- P = Proporción esperada
- (1 – P) = Nivel de confianza del 90%
- W = Amplitud del intervalo de confianza

$$N = \frac{4 Z\alpha^2 P (1 - P)}{W^2}$$

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Cuidador:

- Que acudió con menor de 5 años en la UMF/HGZ N°8.
- Derechohabientes del IMSS.
- Sin distinción de sexo.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Cuidador:

- Que no acepto firmar la carta de consentimiento informado.
- Que no sabía leer ni escribir.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

Cuidador

- Que no respondió por completo el instrumento de evaluación.
- Que duplico respuestas.

VARIABLES

SOCIODEMOGRÁFICAS:

- Edad del cuidador
- Edad del menor
- Sexo del menor
- Tipo de cuidador
- Ocupación
- Escolaridad
- Estado civil
- Religión
- Nivel socioeconómico

DE LA PATOLOGÍA:

- Enfermedad diarreica aguda

DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN:

- Escala de conocimiento de cuidadores de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma en enfermedad diarreica aguda

ESPECIFICACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE:

- Enfermedad diarreica aguda

VARIABLE DEPENDIENTE:

- Factores de riesgo y signos de alarma

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

VARIABLE INDEPENDIENTE

Enfermedad diarreica aguda: La OMS define la diarrea aguda como tres o más evacuaciones líquidas o semilíquidas en 24 horas o de al menos una con presencia de elementos anormales (moco, sangre, pus), durante un máximo de dos semanas.

VARIABLE DEPENDIENTE

Factores de riesgo: es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

Signos de alarma: son aquellos síntomas que indican la presencia de enfermedades graves en el organismo.

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

Edad: Número de años cumplidos a la fecha de aplicación del estudio.

Sexo: Género al que pertenece un individuo.

Cuidador primario: Según La OMS, es la persona del entorno del enfermo que asume voluntariamente el papel de responsable en un sentido amplio y está dispuesto a tomar decisiones por el paciente y para el paciente y a cubrir sus necesidades básicas de manera directa o indirecta.

Ocupación: tipo de trabajo que desempeña el cuidador, y que le genera recursos económicos.

Escolaridad: años cursados y aprobados en algún tipo de establecimiento educacional.

Estado civil: Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas.

Religión: Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad (un dios o varios dioses).

Nivel socioeconómico: Según AMAI (Asociación Mexicana de Inteligencia de Mercado y Opinión) es una medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación y empleo.

DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Nombre de variables	Tipo de variable	Escala de medición	Valores de las variables
Edad del cuidador	Cuantitativa	Continua	Años, números enteros
Edad en rango	Cuantitativa	Discreta	1= 18-34 años 2= 35 y más
Tipo de cuidador	Cualitativa	Nominal	1= Madre 2= Padre 3= Abuela (o) 4= Tía (o)
Ocupación	Cualitativa	Nominal (dicotómica)	1= Empleado 2= Desempleado
Nivel educativo	Cualitativa	Nominal	1= Básico 2= Medio superior 3= Licenciatura/posgrado
Estado civil	Cualitativa	Nominal	1= Soltero 2= Casado 3= Unión libre
Sexo del menor	Cualitativa	Nominal	1=femenino 2=masculino
Edad del menor	Cuantitativa	Continua	Edad en meses
Edad en rango	Cuantitativa	Discreta	1= 6 meses a 11 meses 2= 12meses a 36 meses 3= 37 meses a 60 meses
Religión	Cualitativa	Nominal	1= católica 2= Otra religión
Nivel socioeconómico	Cualitativa	Nominal	1. Bajo (2,700 a 6,799) 2. Medio (6,800 a 34,999) 3. Alto (35,000 a 85,000+)

Elaboró: Dra. Yuridia Enríquez Moranchel

VARIABLES DEL INSTRUMENTO

Nombre de variables	Tipo de variable	Escala de medición	Valores de las variables
Escala de conocimiento de cuidadores de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma de enfermedad diarreica aguda	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none">1. Conocimiento bueno= 18 a 22 aciertos2. Conocimiento moderado= 12-17 aciertos3. Conocimiento malo= 1 a 11 aciertos

Elaboró: Dra. Yuridia Enríquez Moranchel

DISEÑO ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 20 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizó medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), frecuencias, rangos, estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza, se calculó distribución de las frecuencias y porcentajes. El tipo de muestra es representativa y se calculó a través de la prevalencia nacional de Enfermedad diarreica en menores de 5 años en donde según la información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT) la prevalencia es de 11.0%. Tomando como valor de la proporción esperada (p) 0,10 de sujetos que presentan la variable de interés, con un nivel de confianza del 90%. La muestra a estudiar fue de 98 pacientes.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN (ANEXO 5)

La escala se aplicó con el objetivo de valorar el conocimiento de cuidadores menores de 5 años acerca de la identificación de factores de riesgo y signos de alarma, en la actualidad en México este tipo de cuestionarios son escasos. También permite la detección de grado de deshidratación y factores protectores para enfermedad diarreica, de igual manera ayuda al profesional de salud principalmente de atención primaria o de primer contacto a orientar a los cuidadores sobre las decisiones que deben de tomar y sobre cuando es aconsejable acudir a valoración médica, esto con la finalidad de realizar una adecuada promoción y prevención de enfermedad diarreica. El instrumento se validó en Cancún Quintana Roo México, sometido a calificación por un comité de expertos integrado por 5 personas. Se trata de un cuestionario descriptivo con preguntas en formato cerrado y categórico dicotómico (si y no). La escala se dividió en 2 dimensiones: factores de riesgo con 14 ítems y signos de alarma con 8 ítems dando un total de 22 ítems. Es una encuesta con un tiempo aproximado de 5-7 minutos, la cual puede ser contestada mientras se encuentran en la sal de espera de las unidades de atención médica. Se califica de acuerdo al número de aciertos obtenidos; por lo tanto, se considera:

- Conocimiento bueno: de 18 a 22 aciertos
- Conocimiento moderado: de 12 a 17 aciertos
- Conocimiento malo: de 1 a 11 aciertos.

De igual forma se utilizó una encuesta aplicativa, con la finalidad de la obtención de las variables sociodemográficas (Anexo 5)

- Ficha de identificación
 - Nombre del cuidador
 - Nombre del paciente
 - Edad del cuidador
 - Edad del menor
 - Sexo del menor

- Información demográfica
 - Tipo de cuidador
 - Estado civil
 - Ocupación
 - Nivel educativo
 - Religión
 - Nivel socioeconómico

MÉTODO DE RECOLECCIÓN

Se llevó a cabo la recolección de muestras y su procesamiento en el HGZ/UMF N°8. Se aplicó la evaluación a cuidadores primarios que acudieron al servicio de urgencias pediátrica con pacientes menores de 5 años de edad cursando con enfermedad diarreica aguda.

Se identificó clínicamente con enfermedad diarreica aguda a pacientes menores de 5 años. Posteriormente se procedió a la selección de los cuidadores que cumplieron con los criterios de inclusión, previo consentimiento informado, se utilizó hoja de recolección de datos sociodemográficos y se aplicó la escala para evaluar el grado de conocimiento de cuidadores de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma en enfermedad diarreica aguda explicando método de llenado, se otorgó de 5 a 7 minutos para la contestación de la misma. Se procedió a la calificación de acuerdo al número de aciertos obtenidos.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS

Control de sesgos de información:

Se realizó una revisión sistemática de la literatura con la mayor evidencia y de fuentes de información confiable de medicina basada en evidencia.

El formato que se creó para la recolección de datos fue sometido a una revisión por los asesores de la investigación, para verificar su correcta estructura y la precisión de los datos.

Las fuentes de información fueron similares para todos los participantes

Los participantes no fueron conscientes de las hipótesis específicas bajo investigación.

La definición de la exposición y de la enfermedad fueron estandarizadas.

Se utilizaron artículos recientes en fuentes bibliográficas reconocidas.

Control de sesgos de selección:

Se calculó el tamaño de la muestra para un estudio descriptivo con una población de 98 pacientes, con un intervalo de confianza de 90%.

Se eligieron grupos representativos en base a criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Control de sesgos de medición:

Se utilizó la escala de conocimiento de cuidadores primarios de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma de enfermedad diarreica que acudan al HGZ/UMF N° 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Control de sesgos de análisis:

Para minimizar errores en el proceso de captura de información se verificaron los datos recabados.

Los resultados fueron analizados mediante el programa validado: S.P.S.S versión 20 de Windows. que sirvió para la elaboración de tablas y gráficos, además se obtuvieron medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza. Además de frecuencias y porcentajes.

No se manipularon los resultados con la intención de lograr objetivos de conclusiones.



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN SUR CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #8
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TÍTULO DE TESIS:
EVALUACIÓN DEL GRADO DE CONOCIMIENTO DE CUIDADORES DE MENORES DE 5 AÑOS SOBRE FACTORES DE RIESGO Y SIGNOS DE ALARMA DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN URGENCIAS PEDIATRIA DEL HGZ/UMF N° 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO".

2016-2017

FECHA	MAR 2016	ABR 2016	MAY 2016	JUN 2016	JUL 2016	AGO 2016	SEP 2016	OCT 2016	NOV 2016	DIC 2016	ENE 2017	FEB 2017
TITULO	X											
ANTECEDENTES		X										
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA			X	X								
OBJETIVOS					X							
HIPOTESIS						X						
PROPOSITOS							X					
DISEÑO METODOLOGICO								X				
ANALISIS ESTADISTICO									X			
CONSIDERACIONES ETICAS										X		
RECURSOS										X		
BIBLIOGRAFIA											X	
ASPECTOS GENERALES											X	
ACEPTACION												X

2017-2018

FECHA	MAR 2017	ABR 2017	MAY 2017	JUN 2017	JUL 2017	AGO 2017	SEP 2017	OCT 2017	NOV 2017	DIC 2017	ENE 2018	FEB 2018
PRUEBA PILOTO	X											
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO		X										
RECOLECCION DE DATOS			X	X	X	X	X	X				
ALMACENAMIENTO DE DATOS								X				
ANALISIS DE DATOS								X				
DESCRIPCION DE DATOS									X			
DISCUSIÓN DE DATOS									X			
CONCLUSION DEL ESTUDIO										X		
INTEGRACION Y REVICION FINAL										X		
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												X
PUBLICACION												X

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

RECURSOS HUMANOS

Para la realización de la presente tesis se contó con el asesoramiento de un asesor metodológico (Dr. Gilberto Espinosa Anrubio, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud), un asesor experimental (Dr. Eduardo Vilchis Chaparro, Profesor Titular de la especialidad de Medicina Familiar), así como con una asesora clínica (Dra. Carmen Yáñez Molina, Médico no familiar adscrita al servicio de Pediatría) un aplicador de encuestas y recolectora de datos (Dra. Enríquez Moranchel Yuridia).

Así mismo para la realización del análisis estadístico e interpretación de datos se contó con la participación del Dr. Gilberto Espinoza Anrubio y el Dr. Eduardo Vilchis Chaparro. Adscritos al HGZ/UMF N° 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

RECURSOS MATERIALES

Computadora portátil HP para registrar toda la información de la investigación.
Servicio de fotocopiado para reproducir la escala para evaluar el grado de conocimiento de cuidadores de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma en enfermedad diarreica aguda y hoja de recolección de datos y consentimiento informado

Lápices.

Borradores.

Hojas de papel blanco

USB para almacenar datos

RECURSOS FÍSICOS

Instalaciones de la sala de urgencias de pediatría del HGZ/UMF N°8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

RECURSOS FINANCIEROS

Todos los gastos para la realización de esta investigación fueron financiados por la Residente de Medicina Familiar Dra. Yuridia Enríquez Moranchel.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Declaración de Helsinki

La Declaración fue originalmente adoptada en junio de 1964 en Helsinki, Finlandia, y ha sido sometida a cinco revisiones y dos clarificaciones, creciendo considerablemente de 11 a 37 párrafos. La Asociación Médica Mundial (AMM) promulgó la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. Se agregan los párrafos más relevantes sobre los cuales se fundamenta el actual protocolo de investigación:

Párrafo 6: El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

Párrafo 7: La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

Párrafo 10: Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

Párrafo 22: El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración.

Párrafo 25: La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria.

Ley General de Salud

Con fundamento en lo dispuesto por los Artículos 13 Inciso A, Fracción I, 14 y 96 de la Ley General de Salud, 5o. Inciso A y 113 al 120 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y Artículo 22 Fracción V del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

NOM-012-SSA3-2012

Cita al respecto:

5.2 Todo proyecto o protocolo de investigación para el empleo de medicamentos o materiales, respecto de los cuales aún no se tenga evidencia científica suficiente de su eficiencia terapéutica o rehabilitadora o se pretenda la modificación de las indicaciones terapéuticas de productos ya conocidos, deberá contar con autorización de la Secretaría antes de iniciar su desarrollo

5.3 La Secretaría, para el otorgamiento de la autorización de una investigación para la salud en seres humanos conforme al objetivo y campo de aplicación de esta norma, deberá corroborar que, en el proyecto o protocolo de investigación, prevalezcan los criterios de respeto a la dignidad del sujeto de investigación, la protección de sus derechos, principalmente el de la protección de la salud, así como el bienestar y la conservación de su integridad física.

5.7 Toda investigación debe garantizar que no expone al sujeto de investigación a riesgos innecesarios y que los beneficios esperados son mayores que los riesgos predecibles, Toda investigación debe garantizar de manera clara, objetiva y explícita, la gratuidad de la maniobra experimental para el sujeto de investigación, lo cual deberá ser considerado en el presupuesto de la investigación, de conformidad con el numeral 10.6, de esta norma.

5.8 En todo proyecto o protocolo de investigación, se deberá estimar su duración, por lo que es necesario que se anoten las fechas tentativas de inicio y término, así como el periodo calculado para su desarrollo inherente a la maniobra experimental.

5.14 En el presupuesto de la investigación deberá incluirse la disponibilidad de un fondo financiero, así como los mecanismos para garantizar la continuidad del tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendrá derecho el sujeto de investigación, en caso de sufrir daños directamente relacionados con la misma; en su caso, este fondo financiero puede ser cubierto con el seguro del estudio.

Se integra la carta de consentimiento informado de tesis de grado denominado "Evaluación del estado de deshidratación en pacientes pediátricos con enfermedades diarreicas agudas en el servicio de urgencias del HGZ/UMF N°8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo". Ver anexo 6.

RESULTADOS

Se estudió a 120 cuidadores primarios que acudieron con menores de 5 años con Enfermedad Diarreica Aguda en urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8. La media de edad del cuidador fue de 30.45 años con una mediana de 29 años y una moda de 26 años. Así como una desviación estándar de 9.018, un valor mínimo de 18 años, valor máximo de 64 años. Además, la media de edad del menor de 5 años fue de 25.08 meses con una mediana de 24 meses y una moda de 12 meses con una desviación de 14.005, un valor mínimo de 6 meses y uno máximo de 48 meses.

En el apartado de rangos de edad se encontró 87(72.5%) de 18 a 34 años de edad, 33 (27,50%) de 35 años y más. (ver tabla y gráfico 1)

En la sección de tipo de cuidador se halló que el 90(75%) fueron madres y el 30(25%) fue otro cuidador. (ver tabla y gráfico 2)

En cuanto a estado civil se obtuvo que el 27(22.5%) de cuidadores son solteros, 42(35%) de casados y 51(42.5%) se encuentran en unión libre. (ver tabla y gráfico 3)

De acuerdo al nivel educativo se apreció que el 46(38.3%) cursaron el nivel básico, 50(41.7%) del nivel medio superior y 24(20%) de nivel licenciatura y posgrado. (ver tabla y gráfico 4)

Conforme a cuidadores primarios de acuerdo a la ocupación se valoró empleados 64(53.3%) y 56(47%) de desempleados. (ver tabla y gráfico 5)

En el bloque de religión se distinguió 92(76.7%) de religión católica y 28(23.3%) de otra religión. (ver tabla y gráfico 6)

De acuerdo al rubro de nivel socioeconómico se estimó 86(71.7%) de nivel bajo y 34(28.3%) de nivel medio y alto. (ver tabla y gráfico 7)

Por otra parte, respecto al sexo del menor se consideró 44(36.7%) del sexo femenino y 76(63.3%) concerniente a sexo masculino. (ver tabla y gráfico 8)

Por lo que respecta al rango de edad del menor de 5 años se observó 14(11.79%) de 6 a 11 meses, 84(70%) de 12 a 36 meses y 22(18.3%) de 37 a 60 meses. (ver tabla y gráfico 9)

En relación al grado de conocimiento de cuidadores primarios de factores de riesgo y signos de alarma de EDA se evaluó 62(51.7%) de conocimiento bueno, 54(45%) de conocimiento moderado y 4(3.3%) de conocimiento malo. (ver tabla y gráfico 10)

En lo que respecta al rango de edad del cuidador y grado de conocimiento de cuidadores primarios de menores de 5 años con EDA se reflejó para el rango de edad de 18 a 34 años 49(40.8%) con conocimiento bueno, 36(30%) con conocimiento moderado y 2(1.7%) con conocimiento malo. En cuanto al rango de edad de 35 y más años 13(10.8%) de conocimiento bueno, 18(15%) con conocimiento moderado y 2(1.7 %) con conocimiento malo. (ver tabla y gráfico 11)

En tanto a la asociación del tipo de cuidador y grado de conocimiento de cuidadores primarios de menores de 5 años con EDA se visualizó madre 48(40%) con conocimiento bueno, 39(32.5%) con conocimiento moderado y 3(2.6%) conocimiento malo, en cuanto al padre se encontró 6(5%) con conocimiento bueno, 5(4.2%) de conocimiento moderado, en relación a los abuelos se reflejó con conocimiento bueno 4(3.3%), 6(5%) con conocimiento moderado y 1(0.8%) con conocimiento malo, en la categoría de tíos 4(3.3%) de conocimiento bueno y 4(3.3%) de conocimiento moderado. (ver tabla y gráfico 12)

Referente al rubro de estado civil y grado de conocimiento de cuidadores primarios de menores de 5 años con EDA se notó la categoría de soltero 14(11.7%) con conocimiento bueno, 12(10%) con conocimiento moderado y 1(0.8%) con conocimiento malo, casado 20(16.7%) con conocimiento bueno, 20(16.7%) con conocimiento moderado y 2(1.7%) con conocimiento malo. Dentro de la categoría unión libre 28(23.3%) con conocimiento bueno, 22(18,3%) con conocimiento moderado y 1(0.8%) con conocimiento malo. (ver tabla y gráfico 13)

En la sección de nivel educativo y grado de conocimiento de cuidadores primarios de menores de 5 años con EDA se distinguió al nivel básico 20(16.7%) con conocimiento bueno, 23(19.1%) con conocimiento moderado, 3(2.5%) con conocimiento malo, nivel medio superior 26(21.7%) con conocimiento bueno, 23(19.2%) con conocimiento moderado y 1(0,8%) con conocimiento malo, de acuerdo a licenciatura y posgrado 16(13.3%) con conocimiento bueno, 8(6.7%) con conocimiento moderado. (ver tabla y gráfico 14)

En la relación a la ocupación y grado de conocimiento de cuidadores primarios de menores de 5 años con EDA se encontró empleado 36(30%) con conocimiento bueno, 26(21.7%) con conocimiento moderado y 2(1.7%)con conocimiento malo y desempleado 26(21.7%) con conocimiento bueno, 28(23.3%) con conocimiento moderado y 2(1.7%) con conocimiento malo. (ver tabla y gráfico 15)

Respecto a la vinculación de la religión y grado de conocimiento de cuidadores primarios de menores de 5 años con EDA se encontró la religión católica 43(35.8%) con conocimiento bueno, 47(39.2%) con conocimiento moderado y 2(1.7%) con conocimiento malo, del mismo modo, otra religión 19(15.8%) con conocimiento bueno, 7(5.8%) con conocimiento moderado y 2(1.7%) con conocimiento malo. (ver tabla y gráfico 16)

En la entidad de nivel socioeconómico y grado de conocimiento de cuidadores primarios de menores de 5 años con EDA se observó nivel bajo 41(34.2%) con conocimiento bueno, 42(35%) con conocimiento moderado y 3(2.5%) con conocimiento malo y nivel medio 21(17.5%) con conocimiento bueno, 11(9.20%) con conocimiento moderado, 1(0.8%) de conocimiento malo y nivel alto 1(0.8%) con conocimiento moderado. (ver tabla y gráfico 17)

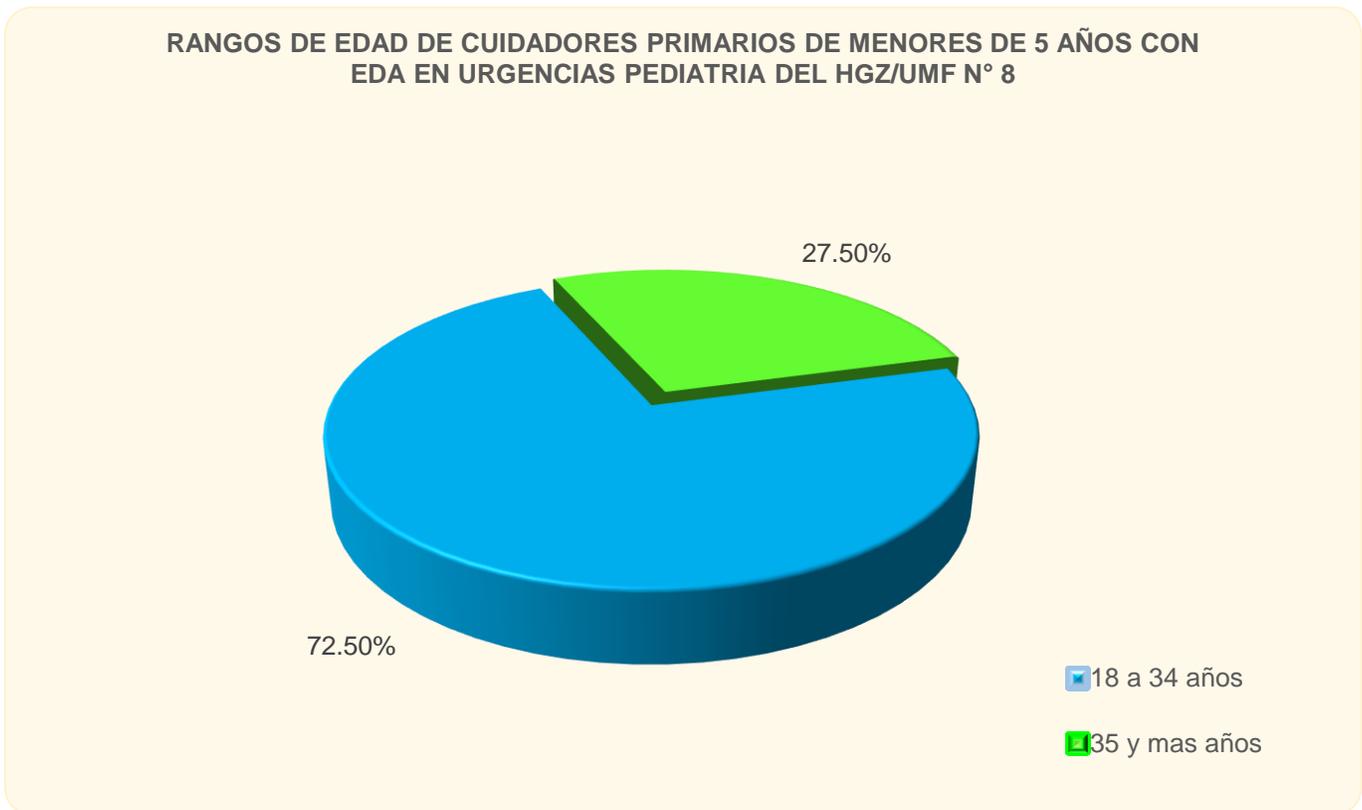
En consideración al rango de edad del menor y grado de conocimiento de cuidadores primarios de menores de 5 años con EDA se apreció de 6 a 11 meses 9(7.5%) conocimiento bueno, 5(4.1%) conocimiento moderado, de 12 a 36 meses 42(35%) conocimiento bueno, 40(33.3%) conocimiento moderado y 2(1.7%) conocimiento malo, así también de 37 a 60 meses 11(9.2%) con conocimiento bueno, 9(7,5%) conocimiento moderado y 2(1.7%) con conocimiento malo. (ver tabla y gráfico 18)

TABLA 1

RANGOS DE EDAD DE CUIDADORES PRIMARIOS DE MENORES DE 5 AÑOS CON EDA EN URGENCIAS PEDIATRIA DEL HGZ/UMF N° 8		
Rangos de edad (Años)	Frecuencia	Porcentaje (%)
18 a 34 años	87	72.50%
35 y más años	33	27.50%
Total	120	100.00%

Fuente: n=98 Enríquez-MY, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Yáñez-MM, Grado de conocimiento en cuidadores primarios de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma de EDA en urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 (2018)

GRAFICA 1



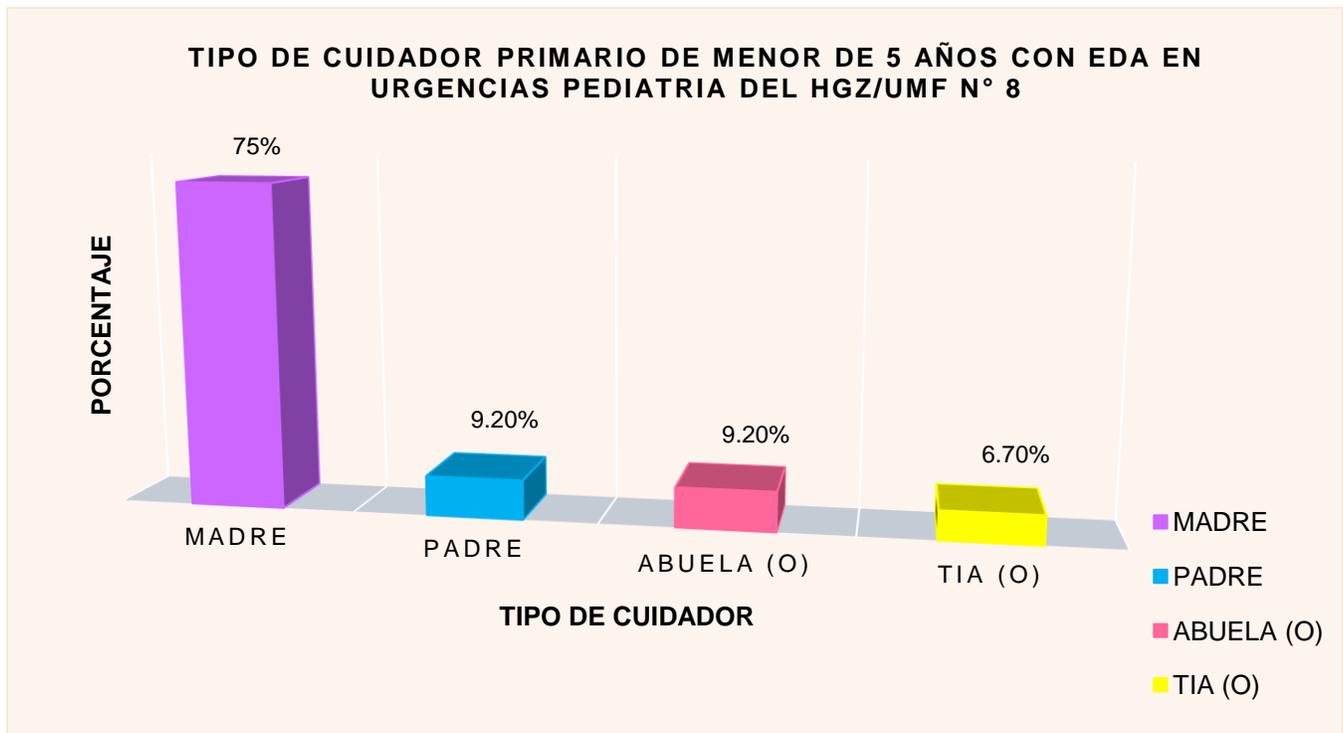
Fuente: n=98 Enríquez-MY, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Yáñez-MM, Grado de conocimiento en cuidadores primarios de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma de EDA en urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 (2018)

TABLA 2

TIPO DE CUIDADOR PRIMARIO DE MENOR DE 5 AÑOS CON EDA EN URGENCIAS PEDIATRIA DEL HGZ/UMF N° 8		
TIPO DE CUIDADOR PRIMARIO	Frecuencia	Porcentaje (%)
Madre	90	75%
Padre	11	9.20%
Abuela (o)	11	9.20%
Tía (o)	8	6.70%
Total	120	100%

Fuente: n=98 Enríquez-MY, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Yáñez-MM, Grado de conocimiento en cuidadores primarios de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma de EDA en urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 (2018)

GRAFICA 2



Fuente: n=98 Enríquez-MY, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Yáñez-MM, Grado de conocimiento en cuidadores primarios de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma de EDA en urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 (2018)

TABLA 3

ESTADO CIVIL DE CUIDADORES PRIMARIOS DE MENORES DE 5 AÑOS CON EDA EN URGENCIAS PEDIATRIA DEL HGZ/UMF N° 8		
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	27	22.50%
Casado	42	35%
Unión libre	51	42.50%
Total	120	100.00%

Fuente: n=98 Enríquez-MY, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Yáñez-MM, Grado de conocimiento en cuidadores primarios de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma de EDA en urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 (2018)

GRAFICA 3



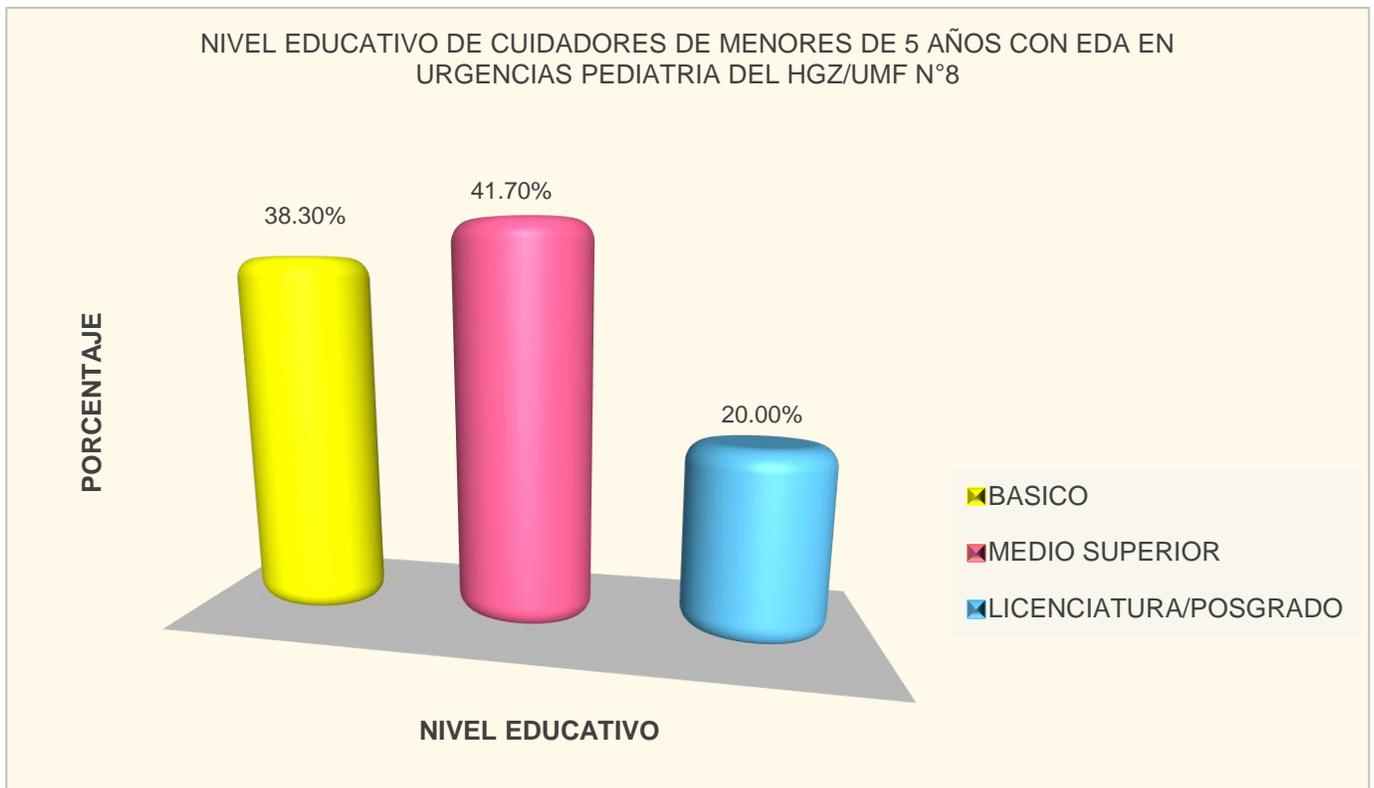
Fuente: n=98 Enríquez-MY, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Yáñez-MM, Grado de conocimiento en cuidadores primarios de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma de EDA en urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 (2018)

TABLA 4

NIVEL EDUCATIVO DE LOS CUIDADORES PRIMARIOS DE MENORES DE 5 AÑOS CON EDA EN URGENCIAS PEDIATRIA DEL HGZ/UMF N°8		
Nivel educativo	Frecuencia	Porcentaje
Básico	46	38.30%
Medio superior	50	41.70%
Licenciatura/posgrado	24	20.00%
Total	120	100.00%

Fuente: n=98 Enríquez-MY, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Yáñez-MM, Grado de conocimiento en cuidadores primarios de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma de EDA en urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 (2018)

GRAFICA 4



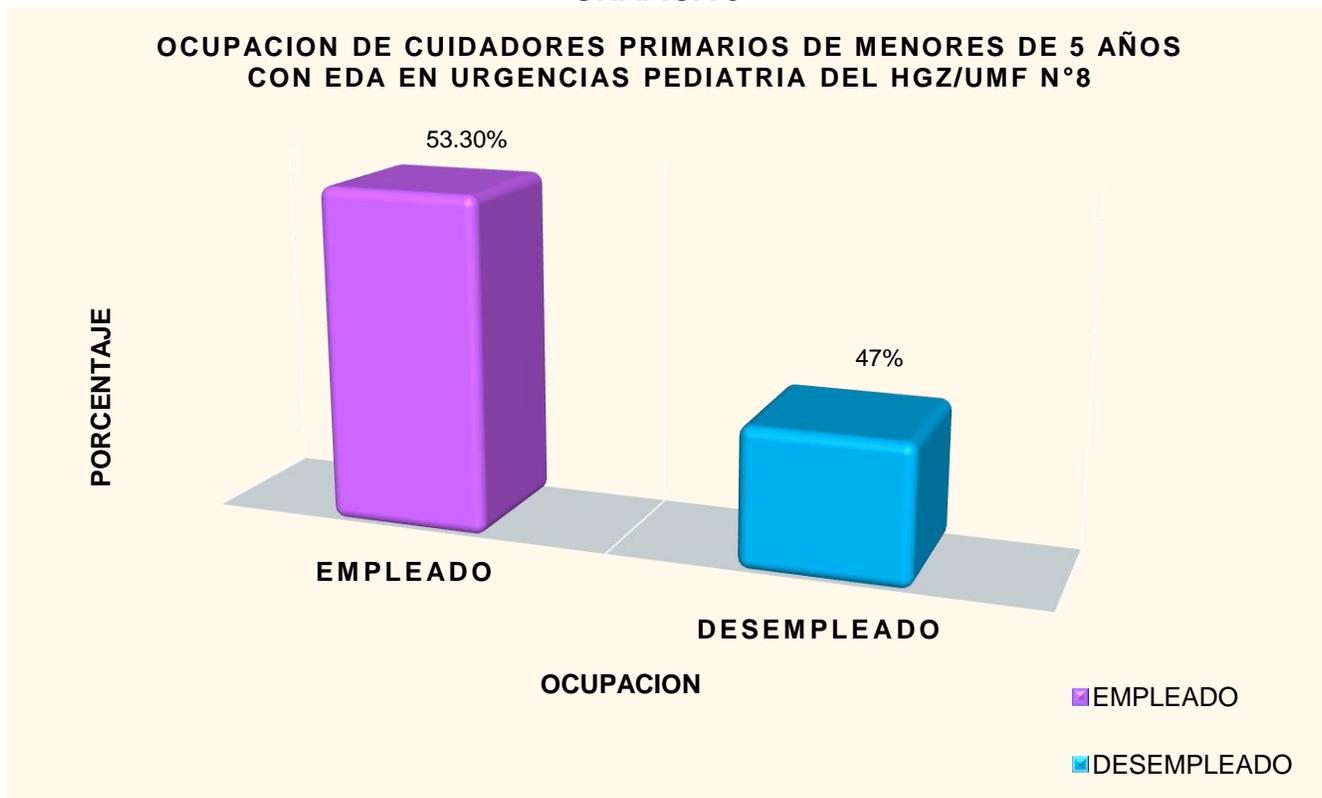
Fuente: n=98 Enríquez-MY, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Yáñez-MM, Grado de conocimiento en cuidadores primarios de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma de EDA en urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 (2018)

TABLA 5

OCUPACION DE CUIDADORES PRIMARIOS DE MENORES DE 5 AÑOS CON EDA EN URGENCIAS PEDIATRIA DEL HGZ/UMF N°8		
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Empleado	64	53.30%
Desempleado	56	47%
Total	120	100.00%

Fuente: n=98 Enríquez-MY, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Yáñez-MM, Grado de conocimiento en cuidadores primarios de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma de EDA en urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 (2018)

GRAFICA 5



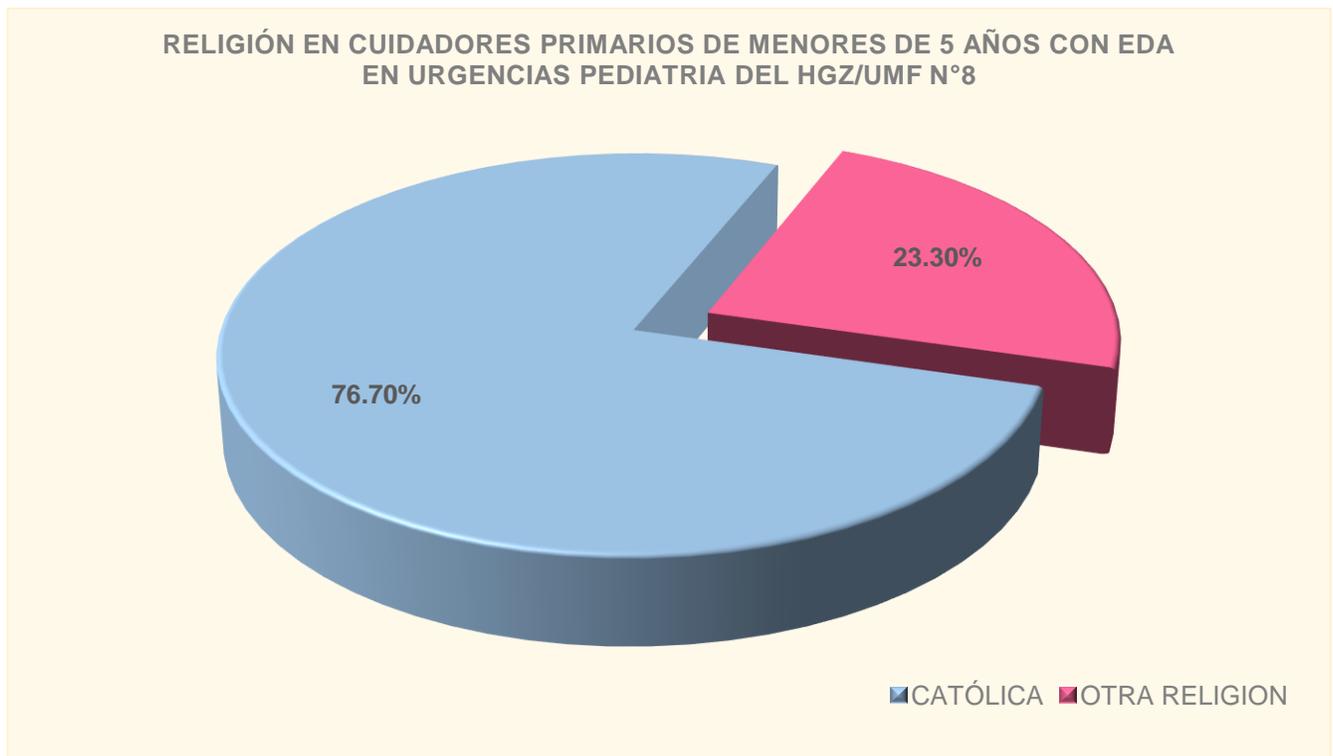
Fuente: n=98 Enríquez-MY, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Yáñez-MM, Grado de conocimiento en cuidadores primarios de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma de EDA en urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 (2018)

TABLA 6

RELIGIÓN DE CUIDADORES PRIMARIOS DE MENORES DE 5 AÑOS CON EDA EN URGENCIAS PEDIATRÍA DEL HGZ/UMF N°8		
Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católica	92	76.7%
Otra religión	28	23.3%
Total	120	100.00%

Fuente: n=98 Enríquez-MY, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Yáñez-MM, Grado de conocimiento en cuidadores primarios de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma de EDA en urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 (2018) CORREGIR EN ADELANTE

GRAFICA 6



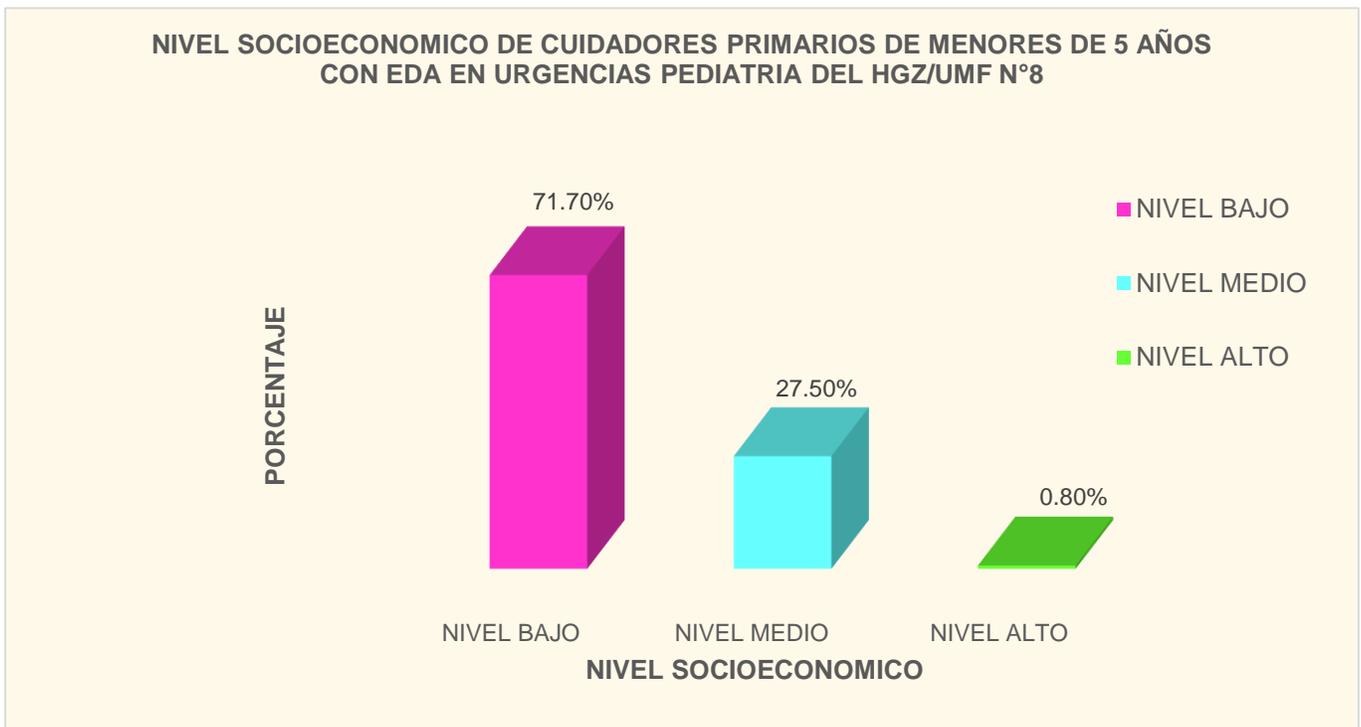
Fuente: n=98 Enríquez-MY, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Yáñez-MM, Grado de conocimiento en cuidadores primarios de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma de EDA en urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 (2018)

TABLA 7

NIVEL SOCIOECONÓMICO DE CUIDADORES PRIMARIOS DE MENORES DE 5 AÑOS CON EDA EN URGENCIAS PEDIATRIA DEL HGZ/UMF N°8		
Nivel socioeconómico	Frecuencia	Porcentaje
Nivel bajo	86	71.70%
Nivel medio	33	27.50%
Nivel alto	1	0.80%
Total	120	100.00%

Fuente: n=98 Enríquez-MY, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Yáñez-MM, Grado de conocimiento en cuidadores primarios de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma de EDA en urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 (2018)

GRAFICA 7



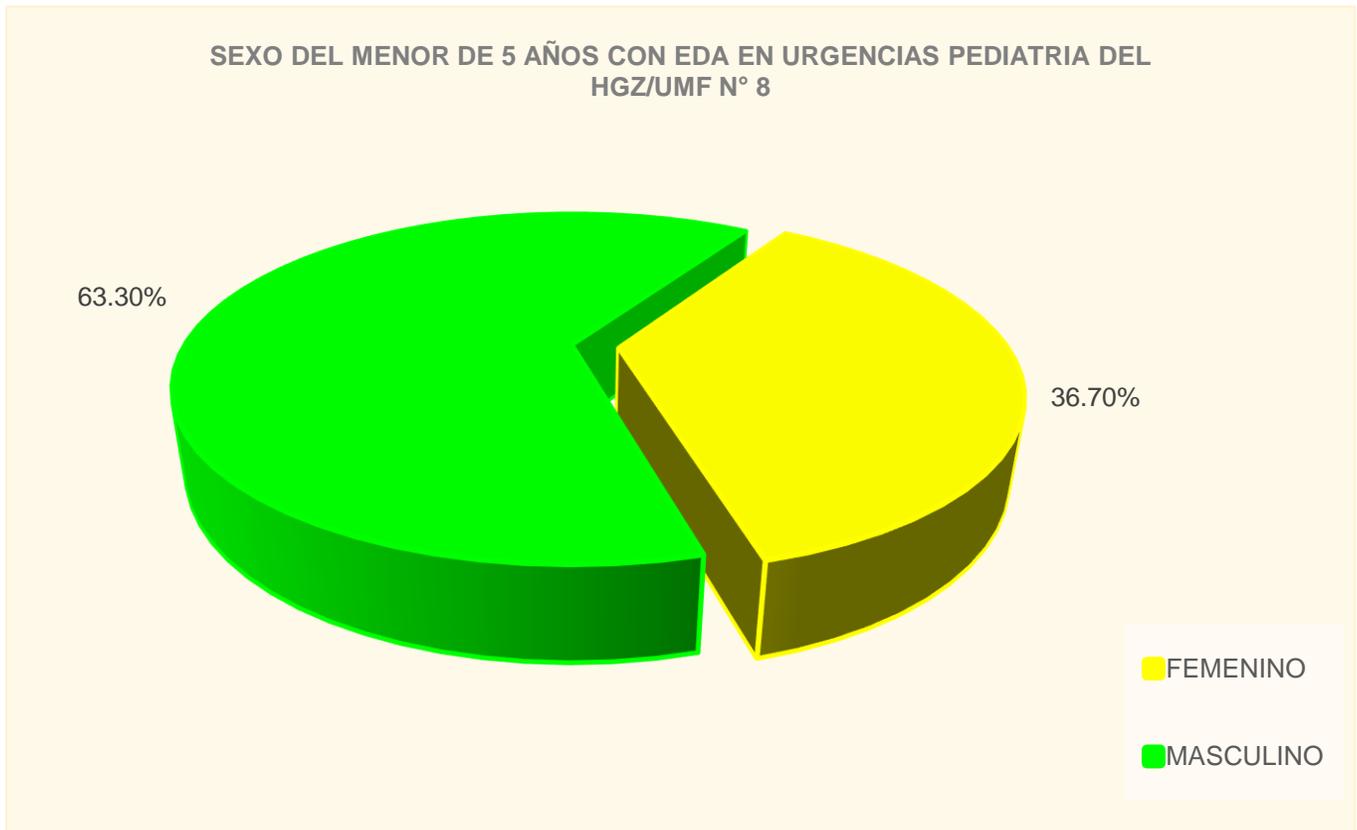
Fuente: n=98 Enríquez-MY, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Yáñez-MM, Grado de conocimiento en cuidadores primarios de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma de EDA en Urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 (2018)

TABLA 8

SEXO DEL MENOR DE 5 AÑOS CON EDA EN URGENCIAS PEDIATRIA DEL HGZ/UMF N° 8		
Sexo del menor	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	44	36.70%
Masculino	76	63.30%
Total	120	100.00%

Fuente: n=98 Enríquez-MY, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Yáñez-MM, Grado de conocimiento en cuidadores primarios de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma de EDA en urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 (2018)

GRAFICA 8



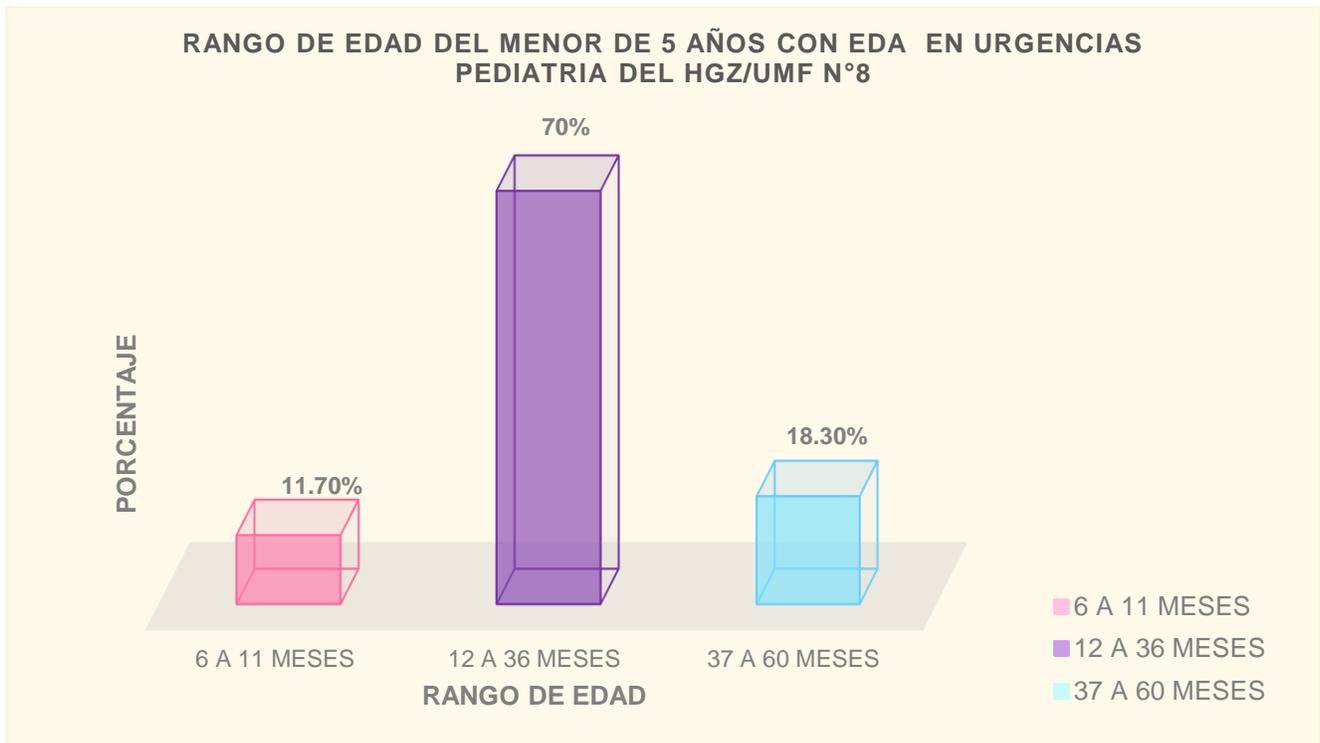
Fuente: n=98 Enríquez-MY, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Yáñez-MM, Grado de conocimiento en cuidadores primarios de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma de EDA en urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 (2018)

TABLA 9

RANGO DE EDAD DEL MENOR DE 5 AÑOS CON EDA EN URGENCIAS PEDIATRIA DEL HGZ/UMF N°8		
Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje
6 a 11 meses	14	11.70%
12 a 36 meses	84	70%
37 a 60 meses	22	18.30%
Total	120	100.00%

Fuente: n=98 Enríquez-MY, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Yáñez-MM, Grado de conocimiento en cuidadores primarios de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma de EDA en urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 (2018)

GRAFICA 9



Fuente: n=98 Enríquez-MY, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Yáñez-MM, Grado de conocimiento en cuidadores primarios de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma de EDA en urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 (2018)

TABLA 10

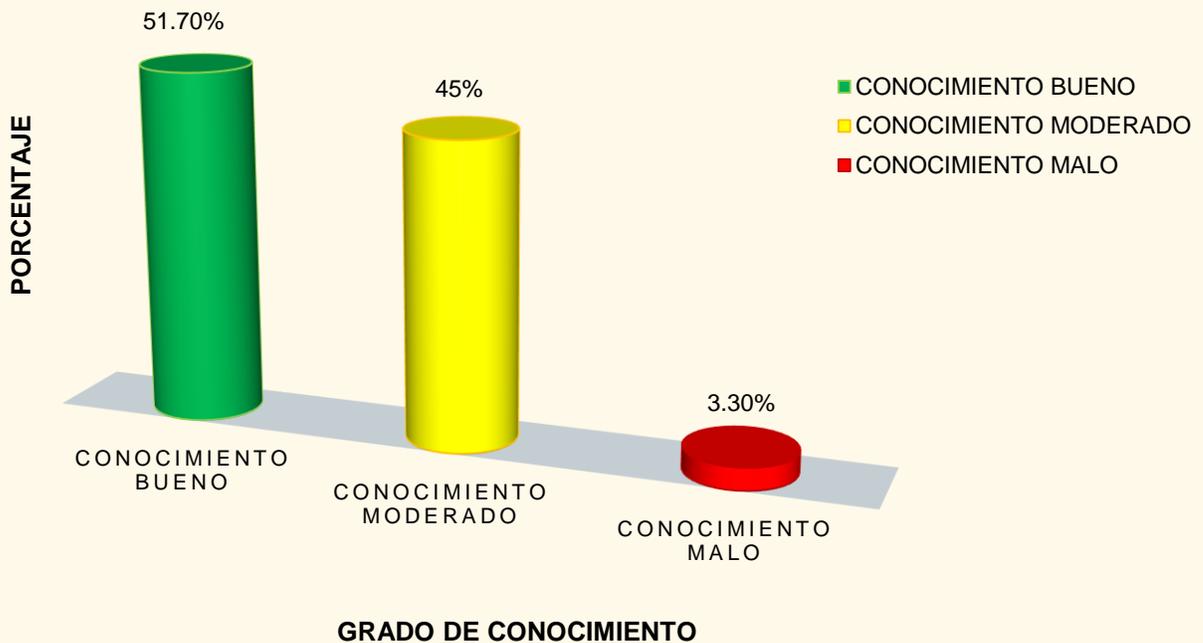
GRADO DE CONOCIMIENTO DE CUIDADORES PRIMARIOS DE FACTORES DE RIESGO Y SIGNOS DE ALARMA DE EDA EN URGENCIAS PEDIATRIA DEL HGZ/UMF N° 8

Grado de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Conocimiento bueno	62	51.70%
Conocimiento moderado	54	45%
Conocimiento malo	4	3.30%
Total	120	100.00%

Fuente: n=98 Enríquez-MY, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Yáñez-MM, Grado de conocimiento en cuidadores primarios de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma de EDA en urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 (2018)

GRAFICA 10

GRADO DE CONOCIMIENTO DE CUIDADORES PRIMARIOS DE FACTORES DE RIESGO Y SIGNOS DE ALARMA DE EDA EN URGENCIAS PEDIATRIA DEL HGZ/UMF N° 8



Fuente: n=98 Enríquez-MY, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Yáñez-MM, Grado de conocimiento en cuidadores primarios de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma de EDA en urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 (2018)

TABLA 11

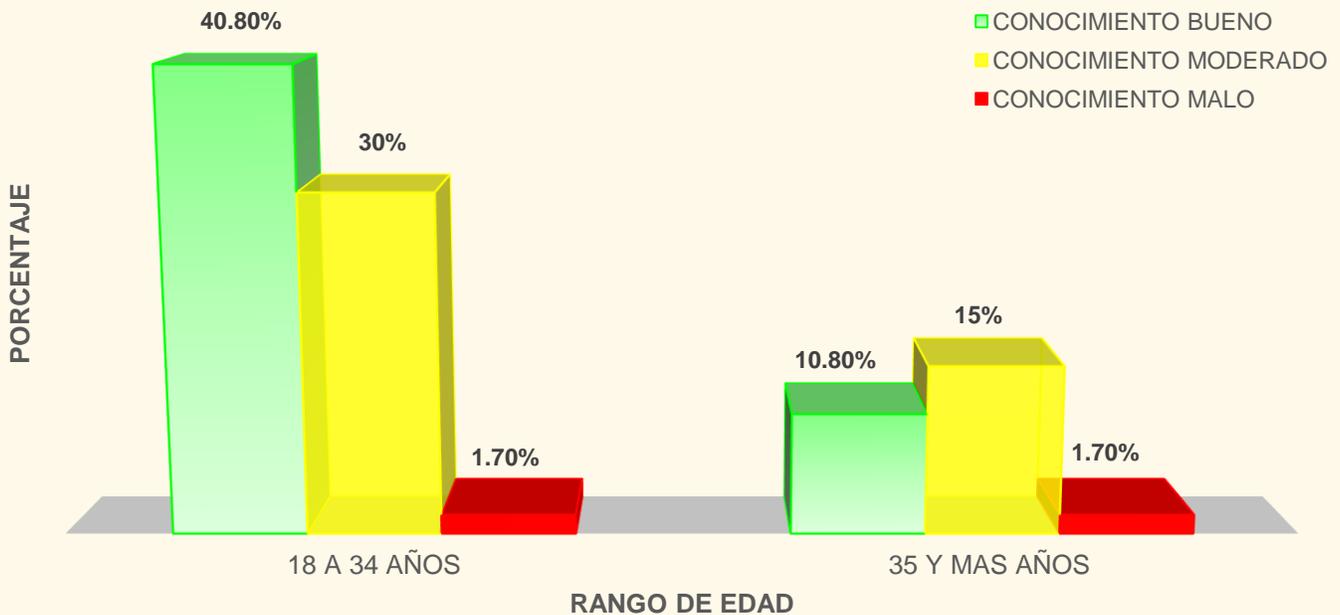
RANGOS DE EDAD Y GRADO DE CONOCIMIENTO DE CUIDADORES PRIMARIOS DE MENORES DE 5 AÑOS CON EDA EN URGENCIAS PEDIATRIA DEL HGZ/UMF N° 8

Edad en rango del cuidador	Conocimiento bueno		Conocimiento moderado		Conocimiento malo		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
18 a 34 años	49	40.80%	36	30%	2	1.70%	87	72.50%
35 y más años	13	10.80%	18	15%	2	1.70%	33	27.50%
Total	62	51.60%	54	45%	4	3.40%	120	100.00%

Fuente: n=98 Enríquez-MY, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Yáñez-MM, Grado de conocimiento en cuidadores primarios de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma de EDA en urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 (2018)

GRAFIA 11

RANGOS DE EDAD Y GRADO DE CONOCIMIENTO DE CUIDADORES PRIMARIOS DE MENORES DE 5 AÑOS CON EDA EN URGENCIAS PEDIATRIA DEL HGZ/UMF N° 8



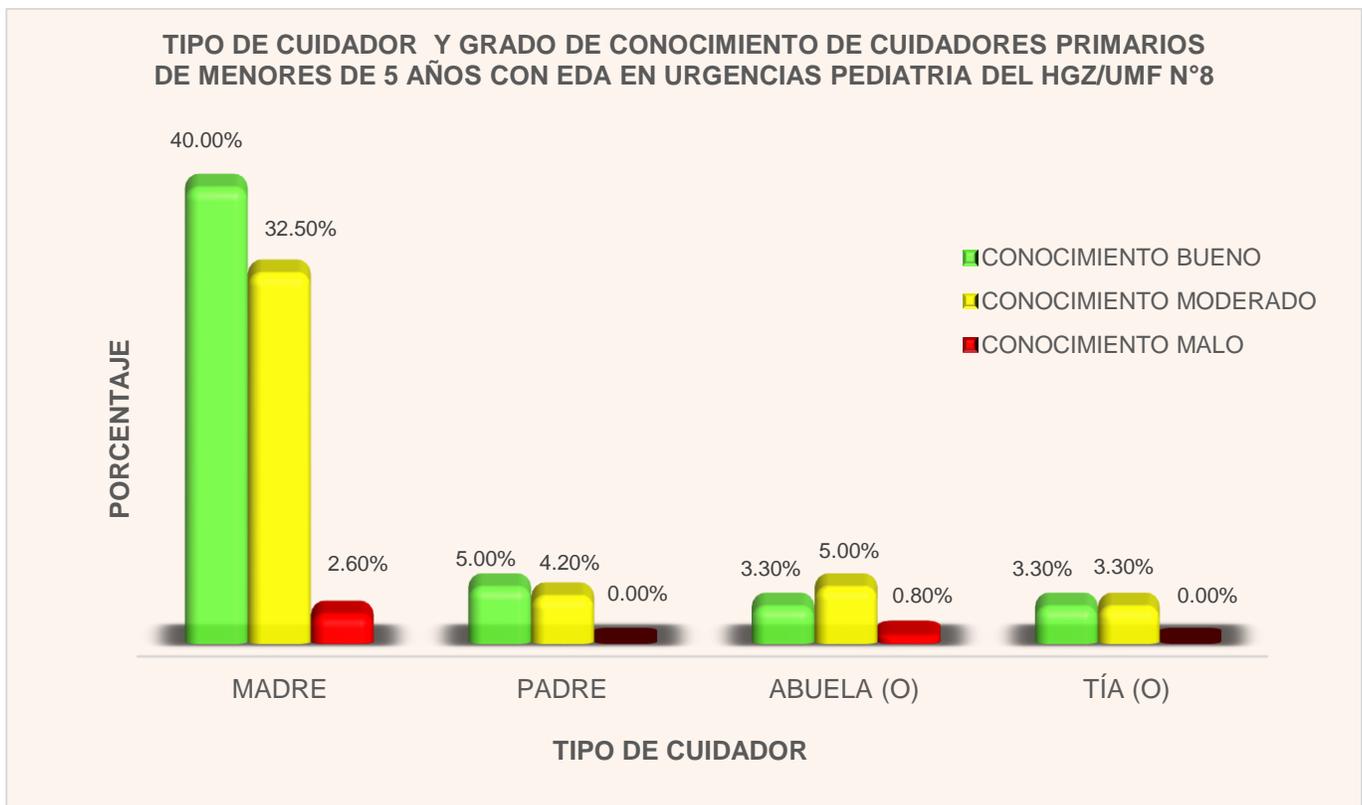
Fuente: n=98 Enríquez-MY, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Yáñez-MM, Grado de conocimiento en cuidadores primarios de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma de EDA en urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 (2018)

TABLA 12

TIPO DE CUIDADOR Y GRADO DE CONOCIMIENTO DE CUIDADORES PRIMARIOS DE MENORES DE 5 AÑOS CON EDA EN URGENCIAS PEDIATRIA DEL HGZ/UMF N°8								
Tipo de cuidador	conocimiento bueno		conocimiento moderado		conocimiento malo		total	
	frecuencia	porcentaje	frecuencia	porcentaje	frecuencia	porcentaje	frecuencia	porcentaje
Madre	48	40.00%	39	32.50%	3	2.60%	90	75.10%
Padre	6	5.00%	5	4.20%	0	0.00%	11	9.20%
Abuela (o)	4	3.30%	6	5.00%	1	0.80%	11	9.10%
Tía (o)	4	3.30%	4	3.30%	0	0.00%	8	6.60%
Total	62	51.60%	54	45.00%	4	3.40%	120	100%

Fuente: n=98 Enríquez-MY, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Yáñez-MM, Grado de conocimiento en cuidadores primarios de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma de EDA en urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 (2018)

GRAFICA 12



Fuente: n=98 Enríquez-MY, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Yáñez MM, Grado de conocimiento en cuidadores primarios de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma de EDA en urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 (2018)

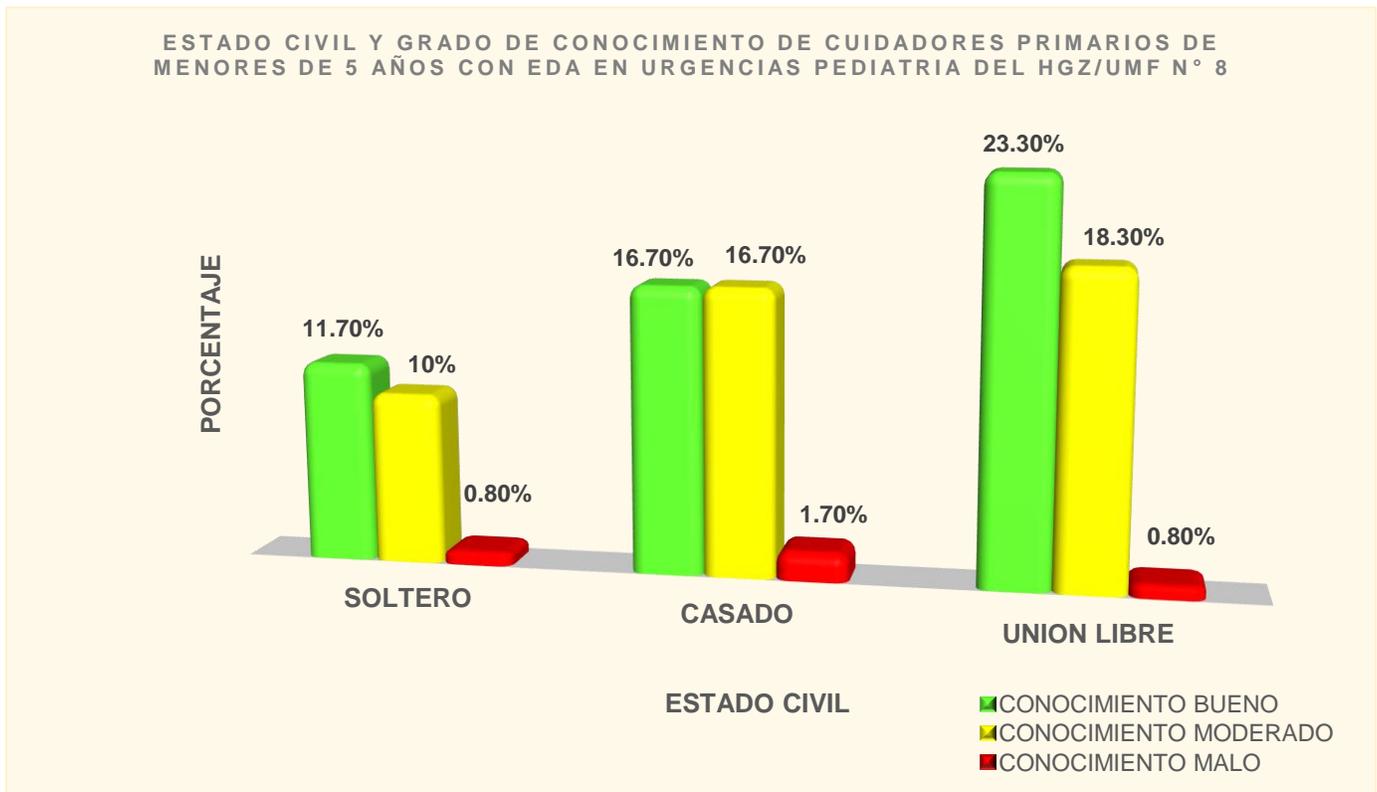
TABLA 13

ESTADO CIVIL Y GRADO DE CONOCIMIENTO DE CUIDADORES PRIMARIOS DE MENORES DE 5 AÑOS CON EDA EN URGENCIAS PEDIATRIA DEL HGZ/UMF N° 8

Estado civil	Conocimiento bueno		Conocimiento moderado		Conocimiento malo		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	14	11.70%	12	10%	1	0.80%	27	22.50%
Casado	20	16.70%	20	16.70%	2	1.70%	42	35.10%
Unión libre	28	23.30%	22	18.30%	1	0.80%	51	42.40%
Total	62	52%	54	45%	4	3.30%	120	100.00%

Fuente: n=98 Enríquez-MY, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Yáñez MM, Grado de conocimiento en cuidadores primarios de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma de EDA en urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 (2018)

GRAFICO 13



Fuente: n=98 Enríquez-MY, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Yáñez MM, Grado de conocimiento en cuidadores primarios de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma de EDA en urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 (2018)

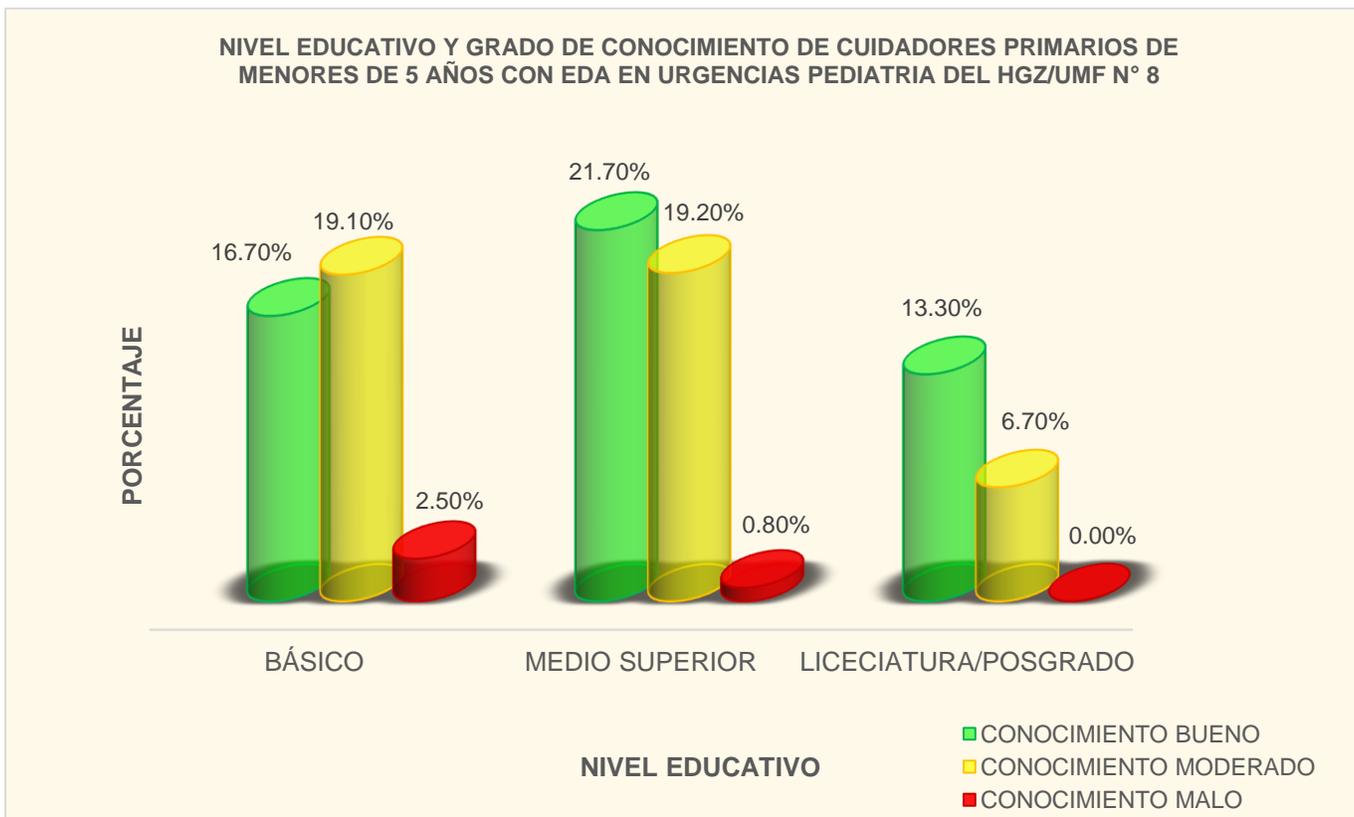
TABLA 14

NIVEL EDUCATIVO Y GRADO DE CONOCIMIENTO DE CUIDADORES PRIMARIOS DE MENORES DE 5 AÑOS CON EDA EN URGENCIAS PEDIATRIA DEL HGZ/UMF N° 8

Nivel educativo	Conocimiento bueno		Conocimiento moderado		Conocimiento malo		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Básico	20	16.70%	23	19.10%	3	2.50%	46	38.30%
Medio Superior	26	21.70%	23	19.20%	1	0.80%	50	41.70%
Lic. /posgrado	16	13.30%	8	6.70%	0	0.00%	24	20.00%
Total	62	51.70%	54	45.00%	4	3.30%	120	100.00%

Fuente: n=98 Enríquez-MY, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Yáñez MM, Grado de conocimiento en cuidadores primarios de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma de EDA en urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 (2018)

GRÁFICA 14



Fuente: n=98 Enríquez-MY, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Yáñez-MM, Grado de conocimiento en cuidadores primarios de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma de EDA en urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 (2018)

TABLA 15

OCUPACION Y GRADO DE CONOCIMIENTO DE CUIDADORES PRIMARIOS DE MENORES DE 5 AÑOS CON EDA EN URGENCIAS PEDIATRIA DEL HGZ/UMF N°8

Ocupación	Conocimiento bueno		Conocimiento moderado		Conocimiento malo		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Empleado	36	30.0%	26	21.7%	2	1.7%	64	53.33%
Desempleado	26	21.7%	28	23.3%	2	1.7%	56	46.67%
Total	62	51.7%	54	45.0%	4	3.3%	120	100.00%

Fuente: n=98 Enríquez-MY, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Yáñez-MM, Grado de conocimiento en cuidadores primarios de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma de EDA en urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 (2018)

GRAFICA 15

OCUPACION Y GRADO DE CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR PRIMARIO DE MENOR DE 5 AÑOS CON EDA EN URGENCIAS PEDIATRIA DEL HGZ/UMN N° 8



Fuente: n=98 Enríquez-MY, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Yáñez-MM, Grado de conocimiento en cuidadores primarios de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma de EDA en urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 (2018)

TABLA 16

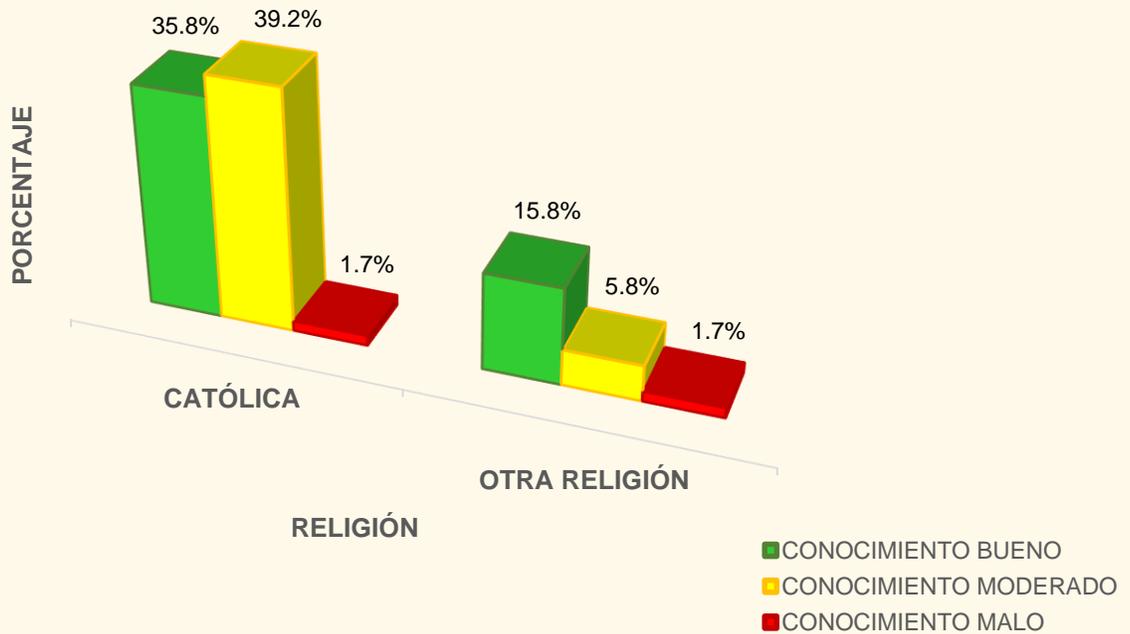
RELIGIÓN Y GRADO DE CONOCIMIENTO DE CUIDADORES PRIMARIOS DE MENORES DE 5 AÑOS CON EDA EN URGENCIAS PEDIATRÍA DEL HGZ/UMF N° 8

Religión	Conocimiento bueno		Conocimiento moderado		Conocimiento malo		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Católica	43	35.8%	47	39.2%	2	1.7%	92	76.67%
Otra religión	19	15.8%	7	5.8%	2	1.7%	28	23.33%
Total	62	51.7%	54	45.0%	4	3.3%	120	100.00%

Fuente: n=98 Enríquez-MY, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Yáñez-MM, Grado de conocimiento en cuidadores primarios de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma de EDA en urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 (2018)

GRÁFICA 16

RELIGIÓN Y GRADO DE CONOCIMIENTO DE CUIDADORES PRIMARIOS DE MENORES DE 5 AÑOS CON EDA EN URGENCIAS PEDIATRÍA DEL HGZ/UMF N° 8



Fuente: n=98 Enríquez-MY, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Yáñez-MM, Grado de conocimiento en cuidadores primarios de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma de EDA en urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 (2018)

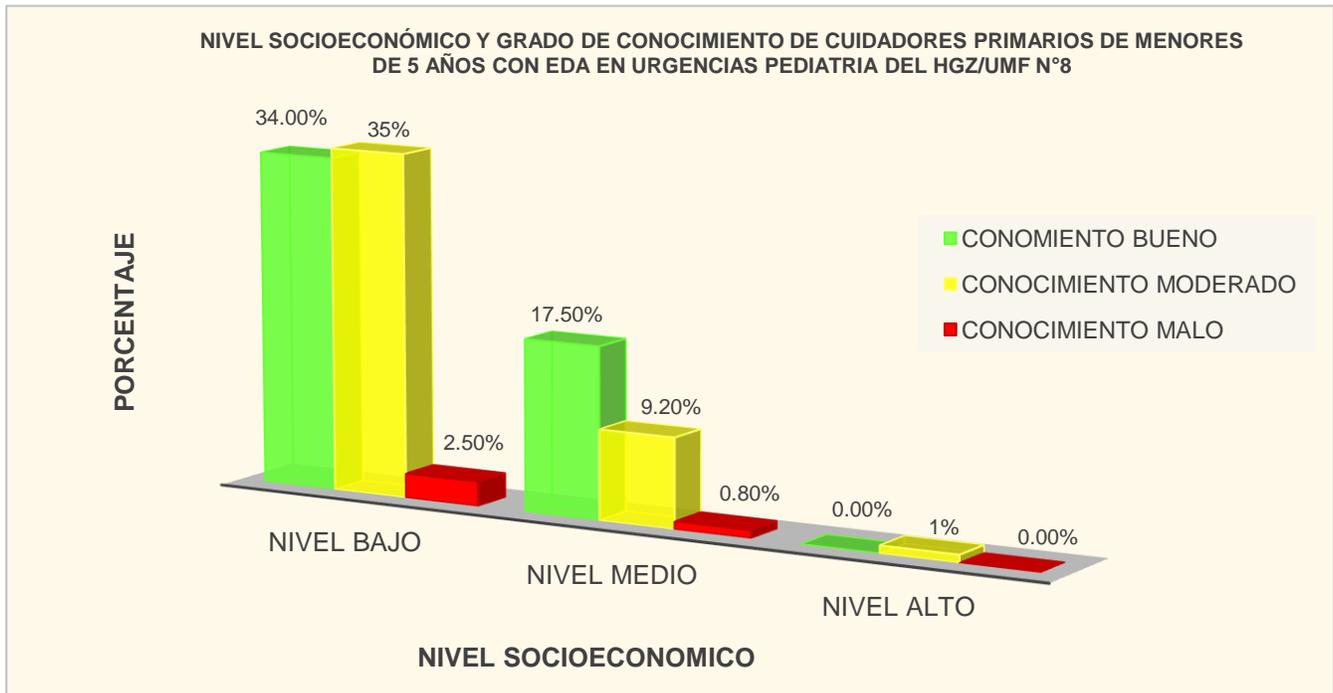
TABLA 17

NIVEL SOCIOECONÓMICO Y GRADO DE CONOCIMIENTO DE CUIDADORES PRIMARIOS DE MENORES DE 5 AÑOS CON EDA EN URGENCIAS PEDIATRÍA DEL HGZ/UMF N°8

Nivel socio-económico	Conocimiento bueno		Conocimiento moderado		Conocimiento malo		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nivel bajo	41	34.20%	42	35%	3	2.50%	86	71.70%
Nivel medio	21	17.50%	11	9.20%	1	0.80%	34	28.30%
Nivel alto	0	0.00%	1	1%	0	0.00%	1	1.00%
Total	62	51.70%	54	45%	4	3.30%	120	100.00%

Fuente: n=98 Enríquez-MY, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Yáñez-MM, Grado de conocimiento en cuidadores primarios de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma de EDA en urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 (2018)

GRÁFICO 17



Fuente: n=98 Enríquez-MY, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Yáñez-MM, Grado de conocimiento en cuidadores primarios de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma de EDA en urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 (2018)

TABLA 18

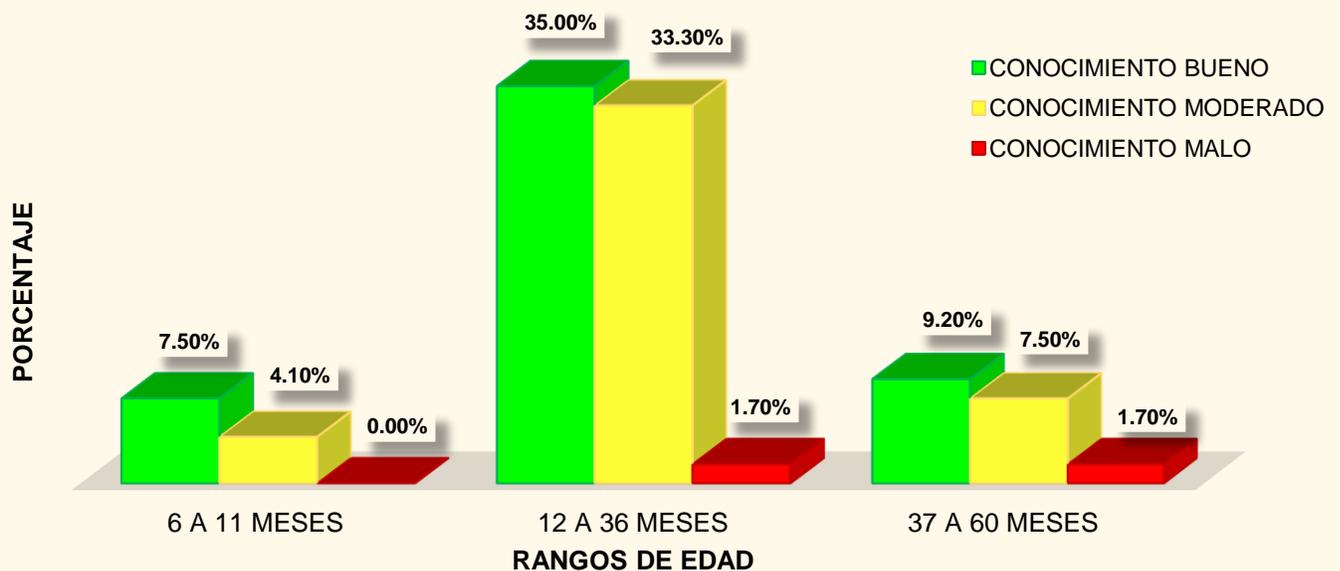
RANGO DE EDAD DEL MENOR Y GRADO DE CONOCIMIENTO DE CUIDADORES PRIMARIOS DE MENORES DE 5 AÑOS CON EDA EN URGENCIAS PEDIATRIA DEL HGZ/UMF N°8

Rangos de edad (meses)	Conocimiento bueno		Conocimiento moderado		Conocimiento malo		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
6 a 11 meses	9	7.50%	5	4.10%	0	0.00%	14	11.60%
12 a 36 meses	42	35.00%	40	33.30%	2	1.70%	84	70%
37 a 60 meses	11	9.20%	9	7.50%	2	1.70%	22	18.40%
Total	62	51.70%	54	44.90%	4	3.40%	120	100.00%

Fuente: n=98 Enríquez-MY, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Yáñez-MM, Grado de conocimiento en cuidadores primarios de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma de EDA en urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 (2018)

GRÁFICA 18

RANGO DE EDAD DEL MENOR Y GRADO DE CONOCIMIENTO DE CUIDADORES PRIMARIOS DE MENORES DE 5 AÑOS CON EDA EN URGENCIAS PEDIATRIA DEL HGZ/UMF N°8



Fuente: n=98 Enríquez-MY, Espinoza-AG, Vilchis-CE, Yáñez-MM, Grado de conocimiento en cuidadores primarios de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma de EDA en urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 (2018)

DISCUSIONES

En un estudio realizado por Lacruz RM y cols “Conocimiento materno sobre estrategias básicas de prevención en enfermedad diarreica aguda” Venezuela (2012), en relación a la edad de las madres encuestadas el 50,4 % correspondió a las madres entre 20 y 35 años de edad. De acuerdo a nuestro estudio el rango de edad encontrado fue del 72.50% de 18 a 34 años de edad. En los estudios difieren ya que en Venezuela se tomó en cuenta a menores de 20 años en otra categoría en comparación con el nuestro el cual fue a partir de los 18 años, sin embargo, Venezuela es un país con alta tasa de embarazo en la adolescencia en un 23%, en contraste con México donde el 7.8% de las adolescentes ha procreado, y este porcentaje aumenta con forme aumenta la edad, por lo que la mayoría de las mujeres ejercen su maternidad entre los 20 a 29 años teniendo al menos un hijo nacido vivo. Este rubro es de interés ya que, a mayor edad, el porcentaje del nivel de conocimiento tiende a incrementarse, debido a que la madre se orienta, reafirma y adquiere nuevos conocimientos, mayor experiencia y cambios de patrones socioculturales, a la vez que asumen roles y responsabilidades, lo que le permite adoptar mejores actividades y firmes decisiones en el cuidado de la salud del niño.

En el estudio hecho por Parada RD “Conocimientos, actitudes y prácticas del cuidador del menor de cinco años” en Colombia (2011), menciona que la mayoría de personas que cuidan al menor son las abuelas en un 75%, y en orden descendente tíos/as, hermanos/as y padres, en cambio un 13% de las madres refieren que no dejan el niño al cuidado de alguien, sino que lo llevan al lugar que ellas van. De acuerdo a nuestro estudio, se observó que la totalidad de personas que están al cuidado del menor son las madres en un 75% y 25% corresponde a abuelas/abuelos y tías/tíos al cuidado del menor. En esta relación se observa una diferencia importante de tipo de cuidador pues en nuestro estudio la mayor parte de los encuestados fueron las madres y esto se debe a que la mayoría de las madres no tienen ocupación dedicándose el mayor tiempo al hogar y por lo tanto son ellas las que están al cuidado de menor.

Cordeiro OA y cols en su estudio “Factores sociodemográficos en la autoeficacia para prevenir la diarrea infantil: estudio longitudinal” Brasil (2015), en el presente análisis se puede observar que entre las variables de estado civil las madres casadas tuvieron aumento progresivo de la autoeficacia materna para prevenir diarrea infantil, sin embargo, se demostró que entre las madres que eran viudas, divorciadas o solteras tuvieron los mayores puntajes de autoeficacia, teniendo un 37.8% de conocimiento bueno en la asociación con sus habilidades para cuidar de los hijos en la prevención y tratamiento de diarrea. En contraste con nuestro estudio los que tuvieron mejor conocimiento de factores de riesgo y signos de alarma, fueron los que viven en unión libre con un 23.3%. Estos estudios difieren ya que en nuestro país en menos de 10 años se duplicó el número de personas que viven en unión libre, existiendo una red familiar de apoyo en la figura paterna asumiendo ambas las responsabilidades con el niño y con ello una mejor influencia directamente sobre el cuidado de los hijos.

En cuanto al estudio hecho por Matta MW y cols “Conocimiento en medidas preventivas y prácticas de las madres sobre EDA y su relación con características sociodemográficas” Lima Perú (2012), cita con respecto al nivel de conocimiento según grupo etario, más de la mitad de las madres encuestadas tenían instrucción secundaria, prevaleciendo un conocimiento medio en un 13.5%. En nuestro estudio, la mayoría de encuestados se encuentra en nivel medio superior (preparatoria o bachillerato), con un nivel de conocimiento bueno en un 21.7%. Esta diferencia puede ser debido a que en Perú el sistema educativo se caracteriza por un nivel básico (inicial, primaria y secundaria) obligatorio hasta la secundaria, lo que condiciona a una población con diversidad multicultural, con costumbres y conocimientos empíricos, sin embargo, en México la educación obligatoria se extiende hasta medio superior (preparatoria, bachillerato); con instituciones especializadas en proveer estudios técnicos, además el estudio fue realizado en una zona urbana donde la mayoría de la población tiene la posibilidad de tener una mejor preparación académica y superación profesional, siendo esto una gran ventaja para tener previo conocimiento en la prevención de enfermedad diarreica aguda.

Conforme a un estudio por Cardoz y Cols “Conocimiento de cuidadores de niños sobre signos de alarma y factores de riesgo en enfermedad diarreica aguda” México (2017) el nivel socioeconómico del cuidador predominó el estrato medio-bajo, representado por 70,1 %. De acuerdo a nuestro estudio el nivel socioeconómico predominante fue el nivel bajo con un 71.7%. En ambos estudios coinciden con un nivel socioeconómico bajo, pues los 2 fueron realizados dentro del País y en base a lo reportado por la Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercado y Opinión Pública, el mayor porcentaje de la población mexicana se ubica en nivel socioeconómico bajo. Estas condiciones económicas y sociales se ven reflejadas en el bienestar de un hogar, es por ello que un ingreso por debajo del sueldo mínimo, condiciona a un mal factor de riesgo, pues puede ser un obstáculo para acudir a atención médica oportuna.

De acuerdo al estudio realizado por Jhonnell A y cols, “Conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención en un asentamiento humano de la provincia de Ica, Perú” Perú (2013), se observó que el conocimiento general de las madres sobre el manejo de la diarrea, es de 42.7% considerándose moderado. En comparación con nuestro estudio el cual se observó un 51.7% como conocimiento bueno, estos estudios difieren ya que en Perú hay provincias en extrema pobreza, con necesidades básicas insatisfechas (vivienda, servicios sanitarios, educación e ingreso mínimo), que adolecen de servicios médicos adecuados, donde es indispensable la realización de campañas de prevención y promoción de la salud. En cambio, en nuestro país se han implementado programas para la prevención de enfermedad diarreica, lo que ha contribuido a que haya promoción e implementación de estrategias para la prevención de la patología.

Otro estudio realizado por Delgado MD y cols “Conocimientos maternos sobre signos de peligro en diarrea aguda en el marco de la estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)” en Colombia (2010) La convivencia con la abuela se asoció de modo significativo con el grado de conocimiento materno sobre signos de alarma con conocimiento bueno en un 47%. Dentro de nuestro estudio el conocimiento de las abuelas arrojo un conocimiento moderado en un 5%. Estos estudios difieren debido a que, con frecuencia, en el medio colombiano las condiciones sociales hacen que muchas madres busquen trabajo fuera del hogar y sus hijos quedan al cuidado de la abuela. Ésta permanece durante más tiempo con el niño en el hogar y en muchas ocasiones decide la vía de atención en caso de enfermedad del nieto. En cambio, en nuestro estudio la mayoría de los cuidadores encuestados fueron las madres y en un menor porcentaje acudió otro tipo de cuidador, en este caso las abuelas, ya que, en México, aunque se ha incrementado la participación de las mujeres en las actividades extradomésticas, prevalecen los roles tradicionales de hombre “proveedor” y mujer “ama de casa”, es así como, las madres son las que están al cuidado del menor y las que deciden en que momento llevar a atención médica a sus hijos.

Dentro de los alcances de esta investigación se recolectó información, mediante la Escala de conocimiento de cuidadores de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma en EDA, identificando que en la mayoría de los casos todos los cuidadores primarios que se presentaron al servicio de urgencias pediatría del HGZ/UMF N° 8 con menores de 5 años cursando con diarrea aguda, fueron las madres y en menor porcentaje se encontró a otro cuidador como abuelas, abuelos, tías y tíos, evaluando que en el conocimiento en cuidadores primarios es bueno. Entre otros alcances además de la aplicación de la escala, fue el recabar información de factores sociodemográficas ya que el conocimiento puede estar influenciado por estos factores, entre ellos tenemos: la edad, nivel de educación, ingreso económico; así tenemos que conforme avanza la edad de la madre, estas adquieren mayor madurez emocional y de autocuidado. Además, adquieren nuevos conocimientos que le permiten cumplir su papel de madre con suficiente satisfacción, participando en actividades que estén dirigidas a promover un óptimo estado de salud del niño.

Otro alcance de nuestro estudio fue la relación existente entre el nivel socioeconómico bajo y el nivel de conocimiento de madres y cuidadores pues resalta el impacto negativo del bajo nivel socioeconómico y de los hábitos higiénicos inadecuados de algunas madres y cuidadores en la salud de los niños. De igual manera una reducida escolaridad puede presentarse como uno de los factores de riesgo para la salud infantil y ser un marcador de la condición socioeconómica de la madre y de su familia, ligados a los cuidados de salud de la familia y del niño. Asimismo, se sostiene que el nivel de educación de los que están al cuidado del menor es considerado como un indicador del nivel de vida, ya que, a un mayor grado de educación, le da la oportunidad de informarse por las diferentes fuentes y adquirir nuevos conocimientos que le permitan tomar conciencia y asumir con responsabilidad su rol dentro del hogar y del cuidado de sus hijos. En este sentido se espera que esta investigación sirva como referente de futuras investigaciones para tener un panorama más amplio para mejorar la prevención de diarreas con los previos conocimientos de las madres y otros cuidadores a cargo de menores de 5 años.

Dentro de las limitaciones que existieron para este estudio se encuentra que la población estudiada solo fue aquella que acudió exclusivamente al servicio de urgencias pediatría, del HGZ/UMF N°8, que si bien es una muestra representativa no refleja a toda la unidad, ya que esta evaluación también se puede aplicar tanto en la consulta de pediatría como en la consulta externa de medicina familiar. También otra limitación es que nuestro estudio es descriptivo y transversal, es decir, describe la frecuencia de los resultados en una población definida y en un punto específico de tiempo. Una limitación más fue respecto al tamaño de la muestra, ya que tiene un intervalo de confianza del 90% lo que genera una limitación en cuanto a lo significativo de los resultados, pudiendo aumentar a un 95% o 99% de intervalo de confianza.

En lo referente a los sesgos que existieron a pesar de usar maniobras y controles de los mismos. Se puede considerar que algunos pacientes tenían enfermedad diarreica por más de 14 días; intoxicación alimentaria o antecedentes de alergia alimentaria, por lo que pudo generar errores en el momento de recabar la información, de igual forma, la recolección de datos incompletos, poco legibles o mal contestados pudo ocasionar un sesgo de análisis de la información.

Dentro de la practica asistencial el presente estudio resulta de gran relevancia en medicina familiar ya que nos permite conocer la importancia de identificar el conocimiento de factores de riesgo y signos de alarma en enfermedad diarreica aguda ya que la educación de las madres y los cuidadores es clave, pues son ellos, quienes se encargan de educar a los miembros de su familia y de esta manera inculcar hábitos como el lavado de manos antes de comer y después de ir al baño, la vacunación oportuna del niño, el lavado de los alimentos y el consumo de agua hervida son medidas imprescindibles para disminuir la diarrea. Además, las condiciones sociodemográficas e higiénicas sanitarias están en íntima relación con el desarrollo económico y cultural de una población constituyendo marcadores importantes como factores de riesgo.

En el aspecto educativo, nuestro estudio aporta un panorama acerca de la educación que tienen las madres y otros familiares sobre la identificación de factores de riesgo y signos de alarma en enfermedad diarreica aguda. Las EDA son casi siempre infecciosas y de carácter autolimitante, los agentes causales generalmente se transmiten por vía fecal-oral y adoptan diversas modalidades, según los vehículos y las vías de transmisión. También puede transmitirse por la ingestión de alimentos contaminados o de agua, no expuestas a algún proceso de purificación. Varios comportamientos de las personas contribuyen a la propagación de los agentes enteropatógenos y por consiguiente incrementan el riesgo de contraer diarreas. Se observan avances en los años recientes, sin embargo, persiste el reto de fortalecer la vinculación interinstitucional, creando espacios para la capacitación continua a partir de estrategias innovadoras y sustentables, de manera presencial, dirigidas al personal de salud de las unidades de primer nivel de atención y a la comunidad (madres, padres y cuidadores). Es necesaria la implementación de campañas que permita reforzar el conocimiento de las familias y, en especial, de las madres adolescentes sobre las medidas de prevención, los riesgos y las prácticas de autocuidado durante las EDA en el menor de 5 años, a través de programas de promoción a la salud, para fortalecer la continuidad de la alimentación habitual, no suspender la alimentación al pecho materno durante los episodios de diarrea, educar sobre la importancia de la lactancia materna en los primeros seis meses de edad, ya que reduce el riesgo de que la diarrea se agrave o prolongue, al mismo tiempo que ejerce un rol preventivo. Los niños amamantados durante los episodios de diarrea presentan menores pérdidas y menor duración de la enfermedad que aquellos en los que la alimentación fue interrumpida y finalmente promover el consumo de líquidos, especialmente hidratación con Vida Suero Oral, así como la identificación de signos clínicos de alarma.

Desde el punto de vista de investigación se espera el presente estudio sea una vertiente para la realización de futuras investigaciones que evalúen el conocimiento de cuidadores de menores de 5 años como de personal sanitario sobre la enfermedad diarreica en todas sus dimensiones como lo son medidas preventivas y practicas realizadas para el manejo de EDA, ya que tal patología constituye un importante problema de salud pública a nivel mundial no sólo por ser una de las principales causas de muerte en la niñez, también está reconocido como la enfermedad infecciosa de mayores efectos nutricionales a temprana edad, siendo el conocimiento un factor preponderante para disminuir las enfermedades diarreicas agudas y así mejorar la salud de los niños.

En el ámbito de lo administrativo, se recomienda desarrollar estrategias de intervención enfocadas al mejoramiento de la comunicación, información y transmisión bidireccional de conocimientos y prácticas, métodos de diagnóstico eficientes, de bajo costo y aplicables en las áreas de atención médica, no solo a través de capacitaciones sino también a través del entrenamiento de las madres y cuidadores del menor de 5 año, por medio de talleres prácticos, implementación y evaluación de acciones de promoción con prácticas de higiene, que generen conocimiento de las causas y factores que conllevan a la trasmisión de las EDAS, así como la identificación oportuna de los signos de alarma evitando las consecuencias de la enfermedad y así disminuir los ingresos hospitalarios. En los servicios de salud es importante promover la eficiencia en la atención médica mediante guías clínicas con algoritmos simplificados de respuesta inmediata ante datos de gravedad. Se requiere revisar los protocolos de manejo de las EDA y actualizar los apartados relacionados con el manejo de las sales de rehidratación oral de baja osmolaridad y uso prudente de antimicrobianos. Asimismo, garantizar el abasto suficiente y oportuno de insumos para la prevención (vacuna de rotavirus), el diagnóstico (valoración oportuna e integral), el tratamiento (TRO) y seguimiento.

CONCLUSIONES

La enfermedad diarreica aguda ha sido considerada como parte de uno de los más difíciles problemas de salud de erradicar y controlar, para lo cual se han llevado a cabo una serie de actividades como lo es la prevención primaria con el propósito de disminuir sus niveles de prevalencia y pese a los grandes esfuerzos que se llevan a cabo en el campo de la prevención de enfermedades e infecciones gastrointestinales en niños menores de 5 años para erradicar la infección intestinal; aún existen altos índices de prevalencia que son la principal causa de morbilidad y mortalidad infantil en todo el mundo.

Es importante identificar el nivel de conocimientos de los que se encuentran al cuidado de los menores de 5 años ante las causas más comunes de enfermedad diarreica aguda y estimular a los mismos a tomar acciones de promoción y prevención de salud lo cual contribuye a un manejo adecuado y oportuno de esta enfermedad.

Este estudio cumplió con el objetivo de evaluar el grado de conocimiento de cuidadores primarios de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma en EDA, en el servicio de urgencias pediatría del HGZ/UMF N°8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, para lo cual se aplicó la escala de conocimiento de cuidadores de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma de enfermedad diarreica aguda.

Con los resultados obtenidos de esta investigación de acuerdo a las hipótesis planteadas con fines educativos, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula. Se concluye que el principal cuidador primario del menor de 5 años es la madre, cuyo rango de edad oscila entre 18 a 34 años. Se determinó conocimiento bueno de los cuidadores de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma de enfermedad diarreica.

La población debe ser consciente de su responsabilidad frente a la prevención de los cuadros de diarrea en los niños, acudiendo oportunamente con el menor a las citas de vacunación para cumplimiento del esquema de rotavirus (2 y 4 meses), manteniendo la lactancia exclusiva hasta los seis meses de vida y complementaria hasta los 2 años, consultando de manera inmediata ante los signos de alarma y seguir las instrucciones sobre el uso y preparación del Vida Suero Oral. Para disminuir la morbilidad por diarrea se requieren el compromiso y las acciones conjuntas de las autoridades, la comunidad y todo el personal sanitario que de una forma u otra están vinculados con la salud y el bienestar de los niños; la evaluación sistemática de los programas de promoción y prevención. En estas condiciones serían más eficientes y eficaces y tendrían un mayor impacto en la salud pública.

Consideramos que nuestra investigación marca trascendencia ya que el enfoque principal de la medicina familiar es la prevención. En nuestro país, se observan claras muestras de un rezago epidemiológico, es decir, la existencia injustificada de mortalidad por enfermedades que son prevenibles. Tal es el caso de las enfermedades diarreicas agudas, que representan la cuarta causa de mortalidad en niños menores de un año y la tercera causa en niños en edad escolar. Por tal motivo, es importante el capacitar a las madres o responsables de los niños menores de cinco años, así como informar a la población sobre las medidas preventivas y de atención en el hogar en el manejo efectivo de la Enfermedad Diarreica.

La prevención en el control de la enfermedad diarreica está relacionada con muy diversas circunstancias que, en conjunto, determinan el nivel de vida y bienestar de la población, entre cuyos elementos destacan la cultura y el nivel de escolaridad, el estado de nutrición, el saneamiento básico, el acceso a servicios de salud y la calidad de éstos. Por tal razón, se recomienda continuar con el estudio para futuras investigaciones analizando los factores de riesgo que provocan la enfermedad diarreica aguda, hacer hincapié en los factores protectores de la misma, así como el manejo de casos de diarrea en el hogar e identificación temprana de los signos de alarma mediante la aplicación de programas educativos para elevar el conocimiento de cuidadores primarios de menores de 5 años.

Por otra parte, como primer nivel de atención se debería promover cambios de comportamiento en la población, con énfasis en las madres y familiares que se encuentre al cuidado del menor, en relación con la prevención impulsando la aplicación de medidas higiénicas y la atención médica oportuna de las enfermedades diarreicas. Modificar la conducta terapéutica del personal de salud, en relación con la terapia de hidratación oral, el uso de antimicrobianos y la referencia oportuna a segundo nivel en caso de complicaciones de la misma.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sandoval, A, Ramos, B, Ramírez, A. Guía de Práctica Clínica: Prevención Diagnóstico y Tratamiento de la Diarrea Aguda en Niños de 2 Meses a Cinco años en el Primer y Segundo Nivel de Atención. Consejo de Salubridad General. [Online] 2011; GPC. Disponible en: <https://www.cenetec.salub.gob.mx> [Acceso 22 septiembre 2016].
2. Organización mundial de la salud, O.M.S. 1. Enfermedades diarreicas. [Online]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/> [Acceso octubre 2016].
3. Benítez, M, Durán, F.M. Gastroenteritis aguda. Sepeap: Pediatría Integral. [Online] 2015;1(XIX): 51-57. Disponible en: <http://www.sepeap.org> [Acceso 25 septiembre 2016].
4. Toca, M. Diarrea aguda y crónica. PRONAP. 2012;3(2): 69-108.
5. Gonzales, S.C, Bada, M.C, Rojas, G.R, Bernaola, A.G, Chávez, B.C. Guía de Práctica Clínica sobre el Diagnóstico y Tratamiento de la Diarrea Aguda Infecciosa en Pediatría. Rev Gastroenterol Perú. 2011;3(31): 258-277
6. Farthing, M, Salam, M, Lindberg, G, Dite, P, Khalif, I. Diarrea aguda en adultos y niños: una perspectiva mundial. Organización Mundial de Gastroenterología WGO. [Online] 2012;1(1): Disponible en: <http://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/acute-diarrhea/acute-diarrhea-spanish> [Acceso 29 Septiembre 2016].
7. Gutiérrez, J, Levy, T, Franco, A, Villalpando, S, Nasu, L. Encuesta Nacional de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. [Online] 2012; Disponible en: <http://ensanut.insp.mx> [Acceso 25 septiembre 2016].
8. Coordinación de vigilancia epidemiológica, I.M.S.S. Principales causas de morbilidad y mortalidad. Boletín epidemiológico. 2014;1: 20-21
9. Instituto nacional de estadística y geografía, I.N.E.G.I. "Estadísticas a propósito del... día del niño (30 DE ABRIL)". [Online]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx> [Acceso 26 septiembre 2016].
10. Ministerio de salud de la nación. 1. Guía para el equipo de salud: Plan de Abordaje Integral de la Enfermedad Diarreica Aguda y Plan de Contingencia de Cólera. [Online]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/epidemiologia/pdf/guia-abordaje-colera.pdf> [Acceso septiembre 2016].

11. Centro nacional de investigación en evidencia y tecnologías en salud CINETS. 1. Guía de referencia rápida: para prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años. [Online]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/255686950_Colombia_Ministerio_de_Salud_y_Proteccion_Social_Colciencias_Universidad_de_Antioquia_Guia_de_referencia_rapida_para_preencion_diagnostico_y_tratamiento_de_la_enfermedad_diarreica_aguda_en_ninos_meno [Acceso Setiembre 2016].
12. Díaz, M.J, Echezuria, M.L, Petit de molero, N, Cardozo, V.M, Arias, G.A. Diarrea aguda: epidemiología, concepto, clasificación, clínica, diagnóstico, vacuna contra rotavirus. Archivos venezolanos de puericultura y pediatría. 2014;77(1): 29-40.
13. Polanco, A. Microbiota y enfermedades gastrointestinales. An Pediatr. 2015;6(86): 443.e1-443.e5
14. Riveros, M, Ochoa, T. Enteropatógenos de importancia en salud pública. Rev Perú Med Exp Salud Publica. 2015;1(32): 157-64.
15. Lucero, A.Y. Etiología y manejo de la gastroenteritis aguda infecciosa en niños y adultos. Rev med clin condes. 2014;25(3): 463-472.
16. Asociación española de pediatría, A.E.P.E.D. 1. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica: Diarrea aguda. [Online]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/diarrea_ag. [Acceso 26 septiembre 2016]
17. Sociedad española de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica/sociedad española de infectología pediátrica, S.E.G.H.N.P./ S.E.I.P. 1. Guía de práctica clínica Gastroenteritis aguda en el niño. [Online]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_464_Gastroenteritis.pdf [Acceso 26 septiembre 2016].
18. Practical approach to paediatric gastroenterology, hepatology and nutrition. 1. The child with acute diarrhoea. [Online]. Disponible en: <http://www.libreriaserviciomedico.com/group/227/pediatria> [Acceso 27 septiembre 2016]
19. Bevilacqua, M, cárdenas, L, Palmero, M, Magris, M. Protocolo clínico para el tratamiento de la diarrea en niños menores de 5 años. Acoana. Mayo 2014;1(1): 4-46.
20. Albert de la torre, L, Roa f, A. Gastroenteritis aguda. Guía-ABE_GEA. noviembre 2011;4(1): 1- 9

21. Krumkamp, R, Sarpong, N, Schwarz, N.G, Loag, W, Adelkofer, J. Gastrointestinal Infections and Diarrheal Disease in Ghanaian Infants and Children: An Outpatient Case-Control Study. *PLOS Neglected Tropical Diseases*. March 2015;3(9): 1-14.
22. Ismaili, J.V, Shala, M, Azemi, M, Spahiu, S, Hoxha, T. Sensitivity and Specificity of Procalcitonin to Determine Etiology of Diarrhea in Children Younger Than 5 Years. *Mater Sociomed*. apr 2014;2(26): 76-79
23. Gutiérrez, P, Salazar, E, Polanco, I, Guía de práctica clínica ibero-latinoamericana sobre el manejo de la gastroenteritis aguda en menores de 5 años: diagnóstico y criterios de atención médica. *An Pediatr (Barc)*. Marzo 2014;80(1): 5-8
24. Botas, S.I, Ferreiro, M.A, Soria, G.B. Deshidratación en niños. *An Med (Mex)*. 2011;56(3): 146-155
25. Flórez, I.D, Contreras, J.O, Sierra, J.M, Granados, C.M, Lozano, J.M. Guía de Práctica Clínica de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años Diagnóstico y tratamiento. *Revista Pediatría EU*. 2015;2(48): 29-46
26. Salazar, L.E, Polanco, A.I, Gutiérrez, C.P. Guía de práctica clínica ibero-latinoamericana sobre el manejo de la gastroenteritis aguda en menores de 5 años: tratamiento farmacológico. *An Pediatr (Barc)*. 2014;1(80): 15-22
27. Pérez, C. Probióticos en la diarrea aguda y asociada al uso de antibióticos en pediatría. *Nutr Hosp*. 2015;31(Supl 1): 64-67
28. Szajewska, H, Korke, S, Ruszczy, M, Gieruszczak, B. Meta-analysis: Lactobacillus GG for treating acute gastroenteritis in children – updated analysis of randomised controlled trials. *Aliment Pharmacol Ther*. July 2013;38(1): 467–476
29. Gutiérrez, C.P, Ortíz, H.A, Llamosas, G.B, Acosta, B.M, Jiménez, J.C. Efficacy of racecadotril vs smectite, probiotics or zinc as an integral part of treatment of acute diarrhea in children under five years: A meta-analysis of multiple treatments. *Gac Med Mex*. 2015;151(1): 306-14
30. Barr, W, Smith, A. Acute Diarrhea. *American Family Physician*. February 2014;89(3): 180-189
31. Fondo de las naciones unidas para la infancia, U.N.I.C.E.F. 1. ¿Mucho, poquito o nada? Guía sobre pautas de crianza para niños y niñas de 0 a 5 años de edad. [Online]. Disponible en: http://files.unicef.org/uruguay/spanish/guia_crianza.pdf [Acceso octubre 2017].

32. Fondo de las naciones unidas para la infancia, U.N.I.C.E.F. Para cada niño, el mejor comienzo. [Online]. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/spanish/General_PrimerInfancia2016.pdf [Acceso octubre 2017].
33. Parada, R.D. Conocimientos, actitudes y prácticas del cuidador del menor de cinco años. *Revista Ciencia y Cuidado*. 2011;8(1): 29-39
34. Cardoz, R.P, Reyes, G.P, Espinoza, R.J, Sandoval, J.L, Jiménez, B.M. 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
35. Cabrera, D, Maldonado, M, Rojas, T, Grajales, 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
36. Clifton, Y, Douglas, A.L, Murno, J. Diarrea y Deshidratación. *AIEPI*. 2011;6(1): 190-211
37. García II, L.L, Burón, R.P, Pons, Y.R, Martínez, P.M. Factores de riesgo de las enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años. *Revista de ciencias médicas La Habana*. 2014;20(3): 346-356
38. Alparo, H.I, Fabiani, H.N, Espejo, H.N. Factores de riesgo para enfermedad diarreica aguda con deshidratación grave en pacientes de 2 meses a 5 años. *Rev Chil Pediatr*. 2016;87(4): 322-323
39. Lacruz, R.M, 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;75(4): 113-117
40. Oliveira, A.L, Rocha, M.E, Ávilla, V.I, silva, J.E, almeida, P.C. Factores sociodemográficos en la autoeficacia para prevenir la diarrea infantil: estudio longitudinal. *Online brazilian journal of nursing*. 2015;14(1): 62-70.
41. Ferreira, E.G, Mongua, R.N, Díaz, O.J, Delgado, S.G, Báez, S.R. Diarreas agudas y prácticas de alimentación en niños menores de cinco años en México. *Salud pública de méxico*. 2013;55(2): s314-s322

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO 1

**TABLA 1.
AGENTES MAS FRECUENTES DE GASTROENTERITIS AGUDA INFECCIOSA SEGÚN
GRUPO ETARIO Y PRESENTACION CLINICA**

	DIARREA ACUOSA			DISENTERIA		
	Niños < 5 años	Niños mayores y adultos	Adultos mayores	Niños < 5 años	Niños mayores y adultos	Adultos mayores
VIRUS	Rotavirus Norovirus <i>Sapovirus</i> <i>Adenovirus entéricos</i> <i>Astrovirus</i>	Norovirus Rotavirus	Norovirus	-	-	-
BACTERIAS	EPEC+ ETEC/ <i>Salmonella sp.</i> <i>Shigella sp.</i> <i>V. Cholerae</i>	ETEC/ Salmonella sp. <i>Shigella sp.</i> <i>Campylobacter sp.</i> <i>EPEC+</i> <i>Vibrio cholerae</i> <i>Clostridium difficile</i>	ETEC/ EPEC+ Clostridium difficile <i>Salmonella sp.</i> <i>Shigella sp.</i> <i>V. Cholerae</i>	Shigella sp. EHEC ☉ <i>Salmonella sp.</i> <i>Campylobacter sp.</i>	<i>Shigella sp.</i> <i>Salmonella sp.</i> <i>Campylobacter sp.</i> EHEC (STEC) ☉ <i>Yersinia enterocolitica</i> <i>Clostridium difficile</i>	Clostridium difficile <i>Salmonella sp.</i> <i>Campylobacter sp.</i> EHEC ☉ <i>Yersinia enterocolitica</i>
PARASITOS	Cryptosporidium sp. <i>Giardia intestinalis</i>	<i>Giardia intestinales</i> <i>Cryptosporidium sp.</i>	<i>Giardia intestinales</i> <i>Cryptosporidium sp.</i>	<i>Entamoeba histolytica</i>	<i>Entamoeba histolytica</i>	<i>Entamoeba histolytica</i>

- Los agentes se presentan en orden de frecuencia y los más frecuentes se expresan con fuerte de mayor tamaño y en negrita
/ ETEC: *Escherichia coli* enteroxigénica.
+ EPEC: *Escherichia coli* enteropatogénica
☉ EHEC (STEC): *Escherichia coli* enterohemorrágica (*E. coli* productora de Shiga-toxina)

Fuente: Lucero, A.Y. Etiología y manejo de la gastroenteritis aguda infecciosa en niños y adultos. Rev med clin condes. 2014;3(25): 463-472.

ANEXO 2

ETIOLOGÍA	EPIDEMIOLOGÍA	PRESENTACIÓN CLÍNICA
VIRUS: Rotavirus	Causa más frecuente de GEA severa en niños <5 años. Responsable de 20-40% de las hospitalizaciones por GEA en este grupo.	Incuba 1-3 días; se presenta con fiebre, vómitos y diarrea acuosa que habitualmente dura 3-7 días.
Norovirus	Causa más frecuente de brotes de GEA, puede afectar todas las edades. Se asocia a 10-20% de las GEA que requieren hospitalización en niños <5 años.	Incuba 12-48 hrs; se presenta con vómitos y diarrea que habitualmente duran 2-5 días, ocasionalmente fiebre.
BACTERIAS: Shigella spp.	Causa más frecuente de disentería en niños <5 años de países en desarrollo.	Incuba 12-48 hrs. Fiebre alta, anorexia, náuseas, dolor abdominal y diarrea (acuosa y/o disentérica). Ocasionalmente puede asociarse a encefalopatía y convulsiones.
Salmonella spp.	Zoonosis. Causa frecuente de brotes de GEA asociada a alimentos. La variante S. enteritis es la más frecuente. Alta frecuencia de resistencia a antibióticos.	Incuba de 6.72 hrs. Luego comienzo agudo. Fiebre, dolor abdominal y diarrea (habitualmente acuosa y autolimitada). La disentería es menos frecuente que en <i>Shigella</i> y <i>ECEH</i> . Puede producir diarrea con sangre y eventualmente desencadenar síndrome hemolítico urémico.
Escherichia coli diarreogénica	En conjunto representan 15-30% de las GEA, que requieren hospitalización. Actualmente se reconocen 6 patotipos: ECET, ECEP, ECEH, ECEA, ECEI, ECAD. La frecuencia de cada uno varía de acuerdo a la región.	La mayoría de los patotipos se asocia a diarrea acuosa, que puede llegar a ser severa, asociada a vómitos. ECEH puede producir diarrea con sangre y eventualmente desencadenar síndrome hemolítico urémico.
Campylobacter spp.	Zoonosis. Mayor frecuencia en países desarrollados (5-20% de GEA hospitalizados) que en vías de desarrollo. La especie más frecuente es <i>C. jejuni</i> , seguida por <i>C. coli</i> .	Incuba 1-7 días. Puede producir diarrea acuosa o disentería. Puede asociarse a compromiso sistémico, fiebre e intenso dolor abdominal (puede confundirse con apendicitis aguda). Posteriormente puede desencadenar Síndrome de <i>Guillan Barre</i>
Clostridium difficile	Causa frecuente de brotes de GEA en hospitales y asilo, afectando especialmente a adultos mayores, inmunosuprimidos y pacientes tratados recientemente con antibióticos de amplio espectro. En los últimos años ha emergido una variante denominada "hipervirulenta" que se asocia a brotes de GEA severa.	Se asocia a diarrea acuosa o disentería, eventualmente podrían aparecer pseudomembranas en las deposiciones. En pacientes debilitados puede dar fiebre y deshidratación severa.
Parásitos: Cryptosporidium parvum	Zoonosis, transmisión por consumo de agua y alimentos contaminados. De 3-20 % de diarrea aguda en < de 5 años de países en desarrollo, frecuente en inmunosuprimidos.	Incuba de 3 a 12 días; luego comienzo agudo de diarrea acuosa, que puede ser profusa, fiebre, vómitos y dolor abdominal. Duración habitual de la diarrea 7 a 10 días. Puede prolongarse hasta 1 mes. Diarrea crónica en inmunosuprimidos.
ECET: E.Coli enterotoxigénica, ECEP: E. coli enteropatógena, ECEH: E. Coli enterohemorrágica, ECEA: E. Coli enteroagregativa, ECEI: E. Coli enteroinvasiva, ECAD: E. Coli de adherencia difusa		

Fuente: Lucero, A.Y. Etiología y manejo de la gastroenteritis aguda infecciosa en niños y adultos. Rev med clin condes. 2014;3(25): 463-472.

ANEXO 3

CUADRO PARA EVALUAR EL GRADO DE DESHIDRATACIÓN			
	A	B	C
Estado general	Normal, alerta	Intranquilo, irritable	Letárgico, inconsciente
Ojos (preguntar a la madre si los ojos del niño están como siempre o más hundidos de lo normal)	Normales	Hundidos	Hundidos
Sed	Acepta y bebe el líquido que se le ofrece	Sediento, bebe en forma rápida	Bebe muy poco o no es capaz de beber
Turgencia cutánea (pliegue de la piel) tiene menos utilidad en los lactantes o niños con marasmo	Recuperación instantánea	Recuperación lenta	Recuperación muy lenta o sin recuperación
Diagnóstico	Sin signos de deshidratación	Si tiene 2 o más signos, presenta deshidratación leve o moderada	Si tiene dos o más signos presenta deshidratación grave
Tratamiento a aplicar	PLAN A	PLAN B	PLAN C

TURGENCIA CUTÁNEA (PLIEGUE DE LA PIEL)

Se refiere a la resistencia de la piel luego de aplicar una presión o deformación

¿CÓMO EVALUAR TURGENCIA CUTÁNEA?

Cuando se pellizca y se suelta la piel del abdomen, la zona interna del muslo o en la nalga: ¿se recupera el pliegue cutáneo de inmediato, lentamente o muy lentamente (tarda más de dos segundos)?



Si la piel del abdomen de un niño se hala por unos segundos y no retorna a su estado original, este es un signo avanzado de deshidratación.

FUENTE: Bevilacqua, M, cárdenas, L, Palmero, M, Magris, M. Protocolo clínico para el tratamiento de la diarrea en niños menores de 5 años. Acoana. Mayo 2014;1(1): 4-46

ANEXO 4

Cuadro IV. Evaluación del estado de hidratación y plan de tratamiento			
	<i>Bien hidratado</i>	<i>Deshidratado (2 o más signos)</i>	<i>Choque hipovolémico (dos o más signos)</i>
Observe:			
Sed	Normal	Aumentada, bebe con avidez	No puede beber
Estado general	Alerta	Inquieto, irritable	Inconsciente
Ojos	Normales, llora con lagrimas	Hundidos	hipotónico
Boca y lengua	Húmedas	Secas, Saliva espesa	Secas
Respiración	Normal	Rápida y profunda	Débil o ausente
Explore:			
Elasticidad de la piel	Normal	El pliegue se deshace con lentitud (más de 2 segundos)	El pliegue se deshace con lentitud (más de 2 segundos)
Pulso	Normal	Rápido	Débil o ausente
Decida:			
Plan de tratamiento	Plan A	Plan B	Plan C

Fuente: Botas, S.I, Ferreiro, M.A, Soria, G.B. Deshidratación en niños. An Med (Mex). 2011;56(3): 146-155

ANEXO 5



**HOJA DE RECOLECCION DE DATOS
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN SUR CIUDAD DE MEXICO.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA**

**TÍTULO DEL PROYECTO:
EVALUACIÓN DEL GRADO DE CONOCIMIENTO DE CUIDADORES
PRIMARIOS DE MENORES DE 5 AÑOS SOBRE FACTORES DE RIESGO Y
SIGNOS DE ALARMA DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN
URGENCIAS PEDIATRIA DEL HGZ/UMF No 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

Nombre del cuidador: _____ Edad _____
Nombre del paciente: _____ Edad con meses _____ Sexo _____

DATOS GENERALES

1.- TIPO DE CUIDADOR:

a. Mamá () b. Padre () c. Abuela (o) () d. Tía (o) ()

2.- ESTADO CIVIL:

a. Soltero(a) () b. Casado(a) () c. Unión libre ()

3- ESCOLARIDAD:

a. Básico () b. Medio Superior () c. Licenciatura/Posgrado ()

4.- OCUPACION

a. Empleado () b. Desempleado ()

5.- RELIGIÓN:

a. Católica () b. Otra religión ()

6. NIVEL SOCIOECONOMICO (INGRESO MENSUAL):

a. NIVEL BAJO: 2,700 A 6,799 () b. NIVEL MEDIO (6,800 A 34,999) c. NIVEL ALTO (35,000 A 85,000+) ()

FACTORES DE RIESGO Y SIGNOS DE ALARMA DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA			
Núm.	FACTORES DE RIESGO	SI	NO
1	¿Desinfecta los alimentos antes de prepararlos?		
2	¿Utiliza agua hervida o de garrafón para la preparación de los alimentos o ingesta diaria?		
3	¿se lava las manos antes de preparar los alimentos?		
4	¿Se lava las manos antes y después de acudir al baño?		
5	¿Se lava las manos después de realizar cambio de pañal al menor?		
6	¿Considera usted que la lactancia materna es indispensable para la prevención de enfermedades diarreicas?		
7	¿Consume alimentos preparados fuera de casa regularmente? (2 o más veces por semana)		
8	¿Cree usted que es importante suspender la dieta de un menor con enfermedad diarreica aguda?		
9	¿Cree usted que debe suspender la lactancia si el menor presenta un cuadro de diarrea aguda?		
10	¿Se debe intentar controlar los síntomas de enfermedad diarreica aguda con algún medicamento que se encuentre en casa?		
11	¿La deficiencia de vitamina A es un factor de riesgo para EDA?		
12	¿La vacunación incompleta contribuye a los casos de EDA?		
13	¿Se debe evitar vida suero oral a un menor con diarrea?		
14	¿El peso bajo al nacimiento es un factor de riesgo para la aparición de EDA?		
SIGNOS DE ALARMA			
15	¿Las evacuaciones frecuentes un signo de alarma de la enfermedad diarreica aguda?		
16	¿El vómito un signo de alarma de la enfermedad diarreica aguda?		
17	¿El llanto sin lágrimas un signo de alarma de la enfermedad diarreica aguda?		
18	¿Los ojos hundidos un signo de alarma de la enfermedad diarreica aguda?		
19	¿La pérdida de elasticidad de la piel es un signo de alarma de la enfermedad diarreica aguda?		
20	¿Es la fiebre un signo de alarma de la enfermedad diarreica aguda?		
21	¿La presencia de sangre en las evacuaciones es un signo de alarma de la enfermedad diarreica aguda?		
22	¿Es la boca seca un signo de alarma de la enfermedad diarreica aguda?		

ANEXO 6



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN DE TESIS DE GRADO

Evaluación del grado de conocimiento de cuidadores de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma de enfermedad diarreica aguda en urgencias pediatría del HGZ/UMF no 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

Nombre del estudio:	No aplica
Patrocinador externo (si aplica):	Ciudad de México, Marzo de 2016 a Febrero de 2018
Lugar y fecha:	En trámite
Número de registro:	La enfermedad diarreica tiene un considerable impacto socioeconómico y de mortalidad, ha sido motivo de preocupación, al ser de las infecciones agudas uno de los principales motivos de consulta, es importante que la población que esté a cargo del grupo de riesgo tenga la información necesaria para poder realizar acciones preventivas, así como disminuir el reingreso hospitalario, el abuso de antibióticos, y con ello evitar las principales complicaciones derivadas de la deshidratación. El objetivo es Evaluar el conocimiento de cuidadores de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma de enfermedad diarreica aguda en el HGZ/UMF no 8 "Dr. Gilberto flores izquierdo".
Justificación y objetivo del estudio:	Se aplicara la escala de conocimiento de cuidadores de menores de 5 años sobre factores de riesgo y signos de alarma en enfermedad diarreica aguda
Procedimientos:	No existen riesgos
Posibles riesgos y molestias:	Que los cuidadores identifiquen factores de riesgo y signos de alarma en enfermedad diarreica.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Tesis descriptiva, no hay intervención de variables, por lo tanto solo se informara en caso de datos relevantes
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto
Participación o retiro:	El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en la presentación o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.
Privacidad y confidencialidad:	
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Gilberto Espinoza Anrubio, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud del HGZ/UMF#8, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud HGZ/UMF#8, Matricula 99374232, Teléfono 55506422 ext. 28235 Cel.: 5535143649 Fax: No Fax. Eduardo Vilchis Chaparro, Médico Familiar. Maestro en Ciencias de la Educación, Doctor en Ciencias de la Familia. Profesor Titular de la residencia de Medicina Familiar HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, Matricula 99377278 Teléfono: 55506422 ext. 28235 Fax: No Fax.
Colaboradores:	Yuridia Enríquez Moranchel, Residente de MF HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" Matricula: 97370226 Teléfono: 2224456821 Fax: No Fax Email: enmyd_1612@hotmail.com María del Carmen Joaquina Yáñez Molina, Medico No Familiar Adscrito a Pediatría HGZ/UMF #8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, Matricula 99372886 Teléfono: 5548167914. Email: karmenyamol@hotmail.com Teléfono: 55506422 ext. 28235 Fax: No Fax.

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

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Yuridia Enríquez Moranchel

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN SUR CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #8
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TÍTULO DE TESIS:
EVALUACIÓN DEL GRADO DE CONOCIMIENTO DE CUIDADORES DE MENORES DE 5 AÑOS SOBRE FACTORES DE RIESGO Y SIGNOS DE ALARMA DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN URGENCIAS PEDIATRIA DEL HGZ/UMF No 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO".

2016-2017

FECHA	MAR 2016	ABR 2016	MAY 2016	JUN 2016	JUL 2016	AGO 2016	SEP 2016	OCT 2016	NOV 2016	DIC 2016	ENE 2017	FEB 2017
TITULO	X											
ANTECEDENTES		X										
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA			X	X								
OBJETIVOS					X							
HIPOTESIS						X						
PROPOSITOS							X					
DISEÑO METODOLOGICO								X				
ANALISIS ESTADISTICO									X			
CONSIDERACIONES ETICAS										X		
RECURSOS										X		
BIBLIOGRAFIA											X	
ASPECTOS GENERALES											X	
ACEPTACION												X

2017-2018

FECHA	MAR 2017	ABR 2017	MAY 2017	JUN 2017	JUL 2017	AGO 2017	SEP 2017	OCT 2017	NOV 2017	DIC 2017	ENE 2018	FEB 2018
PRUEBA PILOTO	X											
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO		X										
RECOLECCION DE DATOS			X	X	X	X	X	X				
ALMACENAMIENTO DE DATOS								X				
ANALISIS DE DATOS								X				
DESCRIPCION DE DATOS									X			
DISCUSIÓN DE DATOS									X			
CONCLUSION DEL ESTUDIO										X		
INTEGRACION Y REVICION FINAL										X		
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												X
PUBLICACION												X