



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN SURESTE, DE LA CIUDAD DE MÉXICO

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 21 “FRANCISCO DEL PASO Y
TRONCOSO”

**“IMPACTO EN EL CONOCIMIENTO DE LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD
DIARREICA AGUDA EN PADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
POSTERIOR A UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN LA UMF 21”**

REGISTRO: R – 2016 – 3703 – 9

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. DIANA ISABEL VILLA ZEVALLOS DE LA VEGA

ASESORES:

DR. JUAN FIGUEROA GARCÍA

DR. JORGE ALEJANDRO ALCALÁ MOLINA

MÉXICO, CIUDAD DE MÉXICO 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

ÍNDICE

	PÁGINA
AUTORIZACIÓN	3
ASESORES	4
AGRADECIMIENTOS	5
TÍTULO	6
RESUMEN	7
MARCO TEÓRICO	9
JUSTIFICACIÓN	43
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	45
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	46
OBJETIVOS	47
HIPÓTESIS	48
MATERIAL Y MÉTODOS	49
VARIABLES	52
DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	56
ASPECTOS ÉTICOS	58
RECURSOS HUMANOS Y FÍSICOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	59
RESULTADOS	60
DISCUSIÓN	84
CONCLUSIÓN	86
SUGERENCIAS	88
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
ANEXOS	93

AUTORIZACIÓN

DRA. GLORIA MARA PIMENTEL REDONDO

DIRECTORA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 21 IMSS,
"FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO".

DR. JORGE ALEJANDRO ALCALÁ MOLINA

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 21 IMSS, "FRANCISCO DEL PASO Y
TRONCOSO".

DRA. ALEJANDRA PALACIOS HERNÁNDEZ

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 21 IMSS, "FRANCISCO
DEL PASO Y TRONCOSO".

ASESORES

DR. JUAN FIGUEROA GARCÍA

Médico Cirujano. Especialista en Medicina Familiar.
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud de la UMF / UMAA 161.
Adscripción: Unidad de Medicina Familiar con Unidad Médica de Atención Ambulatoria No
161 del Instituto Mexicano del Seguro Social
Dirección: Avenida Toluca No. 160, Col. Olivar de los Padres, C.P. 09880, Delegación
Álvaro Obregón. Tel: 5515201780
Correo: juan.figueroaga@imss.gob.mx

DR. JORGE ALEJANDRO ALCALÁ MOLINA

Médico Cirujano
Especialista en Medicina Familiar
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud.
Adscripción: Unidad de Medicina Familiar N° 21 "Francisco del Paso y Troncoso" del
Instituto Mexicano del Seguro Social.
Dirección: Francisco del Paso y Troncoso No. 281. Col. Jardín Balbuena, C.P. 15900,
Delegación Venustiano Carranza.
Teléfono: 55 52 5643, conmutador 57 68 6600 extensión: 21407 o 21428. Fax: sin Fax
Correo: alcalamedfam@gmail.com

AGRADECIMIENTOS

En el presente trabajo de tesis agradezco a Dios por ser mi fortaleza en los momentos difíciles, brindarme una vida llena de aprendizaje, experiencias y felicidad.

A mis padres Gerardo Villa Zevallos Solis y María del Carmen de la Vega Madrigal, por todo el amor que me han dado, el apoyo que me han brindado, sus consejos, ser un excelente ejemplo de vida a seguir, enseñarme a luchar por lo que quiero y por creer en mi.

A mi hermana Jessica por ser un ejemplo de desarrollo profesional, por creer en mi y apoyarme incondicionalmente en todo momento.

A mi sobrina Andrea, por ser el mejor regalo que me puedo dar mi hermana, desde tu llegada aprendí una nueva forma de cariño, por hacerme ver que la vida es más sencilla, por llenar mi vida de alegría.

A mi abuelita Mamá Coco, mi confidente y mi compañera de travesuras, gracias por tus consejos, por el amor que me has dado y por tu apoyo incondicional en mi vida.

A mi abuelito Papá Samy, por haber creído en mi hasta el último momento, siempre te llevare en mi corazón.

A mi novio, amigo y confidente Miguel Ángel, por ser una parte muy importante en mi vida, un ejemplo a seguir, por siempre apoyarme, por creer en mi, sobre todo por su paciencia y amor incondicional.

A mis amigas Vero, Isa y Violeta, gracias por todo su apoyo y confianza, por haber alegrado cada uno de mis días en la residencia.

En general a mi familia Villa Zevallos, familia de la Vega y amigos, gracias por el apoyo y por creer en mi.

A mis maestros y asesores por el tiempo dedicado y por las enseñanzas aprendidas.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida, quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

Diana Isabel Villa Zevallos de la Vega

TÍTULO:

**“IMPACTO EN EL CONOCIMIENTO DE LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD
DIARREICA AGUDA EN PADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS POSTERIOR A
UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN LA UMF 21”**

RESUMEN

“IMPACTO EN EL CONOCIMIENTO DE LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN PADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS POSTERIOR A UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN LA UMF 21”

*Dr. Juan Figueroa García, **Dr. Jorge Alejandro Alcalá Molina,*** Dra. Diana Isabel Villa Zevallos de la Vega

Las enfermedades diarreicas son una causa principal de mortalidad y morbilidad en la niñez en el mundo. En México, en los niños de 1 a 4 años de edad las enfermedades infecciosas intestinales ocuparon el 5° sitio como causa de muerte en 2010. En la UMF No 21, se observó que en menores de 9 años de edad, son de las principales causas de consulta de primera vez, ocupando el segundo lugar en morbilidad en el 2015.

Objetivo General: Conocer el impacto en el conocimiento de la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en padres de niños menores de 5 años posterior a una intervención educativa en la UMF21.

Material y Métodos: estudio Cuasiexperimental, con muestreo No Probabilístico por conveniencia.

Resultados: Con la prueba de t student se obtuvo un promedio de respuestas correctas antes de la intervención educativa de 11.02 y un promedio posterior a la intervención educativa de 13.2, con una diferencia de medias de 2.18 y $p < 0.05$. Se obtuvo un 78.85 % de respuestas correctas antes de la intervención y posterior a la intervención educativa aumentó el conocimiento en 94.64%. **Conclusiones:** Los padres de niños menores de 5 años aumentaron el conocimiento para prevenir cuadros de enfermedad diarreica aguda posterior a la Intervención Educativa.

Palabras Clave: Enfermedad Diarreica Aguda, Intervención educativa, Nivel de conocimiento del tutor sobre Enfermedad Diarreica Aguda.

*Médico Cirujano, Especialista en Medicina Familiar, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud de la UMF / UMAA 161.

**Médico Cirujano, Especialista en Medicina Familiar, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 IMSS, “Francisco del paso y troncoso”.

*** Residente de Tercer Año de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar N° 21 IMSS “Francisco del Paso y Troncoso”.

SUMMARY

“IMPACT ON THE KNOWLEDGE OF PREVENTION OF ACUTE DIARRHEA DISEASE IN PARENTS OF CHILDREN UNDER 5 YEARS AFTER AN EDUCATIONAL INTERVENTION AT UMF 21”

*Dr. Juan Figueroa García, **Dr. Jorge Alejandro Alcalá Molina,*** Dra. Diana Isabel Villa Zevallos de la Vega

Diarrheal diseases are a leading cause of child mortality and morbidity in the world, resulting from exposure to contaminated food or water. In Mexico, in children 1 to 4 years of age, intestinal infectious diseases ranked 5th as the cause of death in 2010. In the UMF No 21, it was observed that in children under 9 years of age, are the main causes of first-time consultation, occupying the second place in morbidity in 2015.

General Objective: To know the impact on the knowledge of the prevention of Acute Diarrheal Disease in parents of children under 5 years after an educational intervention in the UMF21.

Material and Methods: Quasi-experimental study, with non-probabilistic sampling for convenience.

Results: With the student t test we obtained an average of correct answers before the educational intervention of 11.02 and a mean post-intervention educational of 13.2, with a mean difference of 2.18 and $p < 0.05$. A 78.85% of correct answers were obtained before the intervention and after the educational intervention knowledge increased in 94.64%.

Conclusions: Parents of children under 5 years of age increased their knowledge to prevent acute diarrheal disease after the Intervention.

Keywords: Acute Diarrheal Disease, Educational Intervention, Level of knowledge of the guardian on Acute Diarrheal Disease.

* Physician Surgeon, Specialist in Family Medicine, Professor of the Specialization Course in Family Medicine of the Unit of Family Medicine No. 21 "Francisco del Paso and Troncoso".

** Physician Surgeon, Specialist in Family Medicine, Adjunct Professor of the Specialization Course in Family Medicine of the Family Medicine Unit No. 21 "Francisco del Paso y Troncoso".

*** Third Year Resident of Family Medicine of the Family Medicine Unit No. 21 "Francisco del Paso and Troncoso"

MARCO TEÓRICO

EPIDEMIOLOGÍA DE ENFERMEDADES DIARREICAS:

Las enfermedades diarreicas son una causa principal de mortalidad y morbilidad en la niñez en el mundo, y por lo general son consecuencia de la exposición a alimentos o agua contaminados. En todo el mundo, 780 millones de personas carecen de acceso al agua potable, y 2 500 millones a sistemas de saneamiento apropiados. La diarrea causada por infecciones es frecuente en países en desarrollo.¹

Según la Organización Mundial de la Salud y la UNICEF, hay alrededor de dos mil millones de casos de enfermedad diarreica a nivel mundial cada año, 760 000 millones de niños cada año. Esto asciende a 18% de todas las muertes de niños menores de cinco años, más de 5.000 niños mueren cada día como resultado de enfermedades diarreicas. De todas las muertes infantiles provocadas por la diarrea, 78% ocurren en África y el sudeste Asiático.²

Cada niño menor de 5 años de edad presenta un promedio de tres episodios anuales de diarrea aguda. A nivel mundial, en este grupo etario, la diarrea aguda es la segunda causa de muerte (después de la neumonía), y tanto la incidencia como el riesgo de mortalidad por patología diarreica son mayores entre los niños de este grupo etario, específicamente en menores de 1 año. Se estima que del total de muertes que ocurren por diarrea en todo el mundo, más del 90% ocurren en niños menores de 5 años.²

En el 2010, la enfermedad diarreica aguda (EDA) contribuyó con el 10% de las causas de mortalidad en los niños menores de cinco años, sólo precedida por la neumonía; de continuar así, 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.³

En América Latina y el Caribe 5,1% de las muertes en menores de 5 años son debidas a diarrea y deshidratación.⁴

En Latinoamérica ocurren 15.282 muertes por rotavirus, (principal causante de la diarrea aguda) y 75.000 niños son hospitalizados anualmente, según información de la Organización Panamericana de la Salud.⁵

En México, las enfermedades diarreicas son una causa importante de morbilidad y mortalidad infantil, y por lo tanto, como se ha dicho, una causa importante de desnutrición.⁶

En México, posterior a un decremento en el número de Enfermedades Diarreicas Agudas en el periodo del 2001, cuando se notificaron 6 908 455 casos, al 2007 con 5 450 089 notificaciones, se mostró un decremento de 21%. Posteriormente se observa una leve tendencia ascendente hasta el 2011 donde se registran 6 030 193 casos con una tasa de incidencia de 5 521 casos por 100 000 habitantes, incremento de 10.6% con respecto a lo observado en 2007.⁷

En el año 2010 en el país 1.39 millones de niños menores de 5 años enfermaron a causa de la diarrea, en el mismo año fallecieron por diarreas 852 niños menores de cinco años y se ubicaron como la quinta causa de muerte en este grupo de edad.⁶ (266 muertes con tasa de 3.5 por 100 000 nacimientos estimados).⁸

Las prevalencias de Enfermedad Diarreica Aguda en los menores de cinco años fueron 12.6, 13.1 y 11.0% para ENSA 2000, ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012 respectivamente. El análisis comparativo muestra que: La prevalencia de diarreas en niños menores de cinco años fue de 13.1% en 2006 y la registrada en 2012 de 11.0%, lo que muestra una disminución estadísticamente significativa. En los niños menores de un año, la prevalencia de diarreas en 2006 fue de 15.7% y en 2012 de 12.5%. El grupo con prevalencias consistentemente más altas a lo largo de los diferentes periodos fue el grupo de un año, particularmente en niños.⁸

Las proporciones de Enfermedad Diarreica Aguda en áreas rurales fueron de 12.2, 13.1 y 12.3%; y en áreas urbanas de 13.1, 12.8 y 10.5%, en la ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012 respectivamente. La prevalencia de diarreas en los niños de más bajo nivel de ingresos en 2006 fue de 14.3%, mientras que en 2012 fue de 10.5%, disminución estadísticamente significativa.⁸

De acuerdo al Censo del INEGI del 2010 en la Ciudad de México se contabilizó una población de 8, 851,080 habitantes; la CONAPO en 2015 estimó una población de 8, 854,600 de habitantes y una variación porcentual anual de 0.20%, aumentando un 0.22% en relación al año anterior. Teniendo en cuenta que la población adscrita a la UMF No. 21 "Francisco del Paso y Troncoso" es del 1.05%, por lo tanto 138,049 personas reciben atención médica.⁹

Durante el año 2015, la población derechohabiente estuvo integrada de la siguiente manera: 1,055 menores de 1 año; 13,923 niños de 1 a 9 años; 13,659 de 10 a 19 años; 42,408 mujeres de 20 a 59 años; 31,166 hombres de 20 a 59 años y 35,688 de 60 años y más.⁹

De acuerdo a la pirámide poblacional de la Unidad, se observa que hay predominio del 13.74% de la población femenina (56.87%) en comparación con la población masculina (43.13%), sin embargo en el grupo de 0 a 14 años prepondera el sexo masculino.⁹

La morbilidad en menores de un año a los 9 años de edad, siendo las principales causas de consulta de primera vez correspondió a infecciones de vías aéreas superiores e intestinales. En menores de 1 a 9 años de edad las Diarreas y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso ocuparon el segundo lugar en morbilidad en el 2015, con 59 casos en los niños menores de 1 año y en los niños de 1 a 9 años fue de 394 casos.⁹

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

La Organización Mundial de la Salud define a la Diarrea como la deposición de tres o más veces al día (o con una frecuencia mayor que la normal para la persona) de heces sueltas o líquidas. La deposición frecuente de heces firmes (de consistencia sólida) no es diarrea, ni tampoco la deposición de heces de consistencia suelta y "pastosa".¹

Por lo general, un lactante elimina cerca de 5g de heces/kg/día y aquellos que son amamantados eliminan heces pastosas y blandas, que no se considera diarrea. Por esta razón, para definir un episodio diarreico desde el punto de vista clínico, es importante conocer bien la descripción de la madre respecto al hábito intestinal normal de su bebe, tanto en frecuencia como en consistencia de las heces. ¹⁰

La Guía de Práctica Clínica define a la diarrea como una alteración en el movimiento característico del intestino con un incremento en el contenido de agua, volumen o frecuencia de las evacuaciones. Una disminución de la consistencia: líquida o blanda y un incremento de la frecuencia de los movimientos intestinales igual o mayor a tres evacuaciones en un día.¹¹

Martínez¹², define a la diarrea como una enfermedad infectocontagiosa. Implica un aumento en el volumen de las evacuaciones, con disminución de su consistencia con mayor o igual a tres evacuaciones en un día. Antes de los dos años se define, como la pérdida fecal diaria mayor de 10 ml/kg en niños más grandes se consideran masas fecales mayores de 200 g/día. El patrón individual de frecuencia es muy variable; por ejemplo, un niño alimentado al pecho puede evacuar 6 a 8 veces al día, y se considera constipación cuando la frecuencia de las evacuaciones es menor de tres por semana. Su distribución es mundial; se trata de una enfermedad endémica con elevaciones epidémicas. Es más frecuente en los países tropicales y durante los meses de primavera y verano.¹²

La diarrea puede durar varios días y privar al organismo de agua, así como de las sales necesarias para la supervivencia. La mayoría de las muertes por estas enfermedades en realidad suceden debido a una grave deshidratación y pérdida de líquidos. Los niños malnutridos o inmunodeprimidos son los que presentan mayor riesgo de padecer estas afecciones potencialmente mortales. ¹³

La diarrea aguda es un episodio de igual o menor a 14 días de evolución.¹¹

Según la OMS, hay tres tipos clínicos de enfermedades diarreicas:

- la diarrea acuosa aguda, que dura varias horas o días, y comprende el cólera.
- la diarrea con sangre aguda, también llamada diarrea disentérica o disentería.
- la diarrea persistente, que dura 14 días o más.¹

ETIOLOGÍA

Los agentes infecciosos son la causa más común, puede ser de etiología viral, bacteriana, parasitaria o micótica, que se transmite a través del agua, los alimentos y bebidas contaminados con materia fecal o por contacto directo con las manos; afecta en forma predominante a los niños de los países en desarrollo.¹²

Los agentes más frecuentemente involucrados varían de acuerdo a las condiciones socioeconómicas y sanitarias de la región y con la edad del paciente.¹⁴

Los virus, principalmente especies de rotavirus, son responsables del 70 al 80% de casos de diarrea infecciosa en el mundo desarrollado. Varios patógenos bacterianos explican el otro 10 a 20% de los casos; 10% puede ser atribuible a *Escherichia coli*.¹¹

Los agentes etiológicos pueden encontrarse aislados o como infección mixta (asociación de bacterias entre sí, con virus, con parásitos o con hongos). Rotavirus, *Escherichia coli* enterotoxígena, *Campylobacter jejuni*, *Shigella* y *Salmonella* producen 80% de los casos de diarrea infecciosa aguda. Parásitos: *Entamoeba histolytica*. Se ha identificado entre 1 y 27% de los casos de diarrea. Los cuadros diarreicos causados por hongos, principalmente *Candida albicans*, son muy raros y se ven en sujetos inmunocomprometidos o tratados con múltiples antibióticos.¹²

HUÉSPED

Las enfermedades infecciosas predominan en las edades extremas de la vida. La inmadurez inmunológica del neonato y del lactante menor es responsable de la mayor frecuencia con la que las infecciones, incluyendo las intestinales, se presentan en los primeros meses de la vida.¹²

El problema de la gastroenteritis es más acusado en los niños debido a que se da un mayor recambio intestinal de líquidos, los mecanismos de defensa en los pacientes desnutridos están reducidos, la población infantil tiene menos reservas calóricas y una mayor superficie corporal comparativa que la hace más propensa a las pérdidas insensibles, y es más frecuente la contaminación fecal-oral.¹⁵

Las infecciones por virus son más comunes en los primeros años y su incidencia disminuye con la edad, pero aumenta la de las infecciones bacterianas y parasitarias, probablemente con base en los hábitos y las costumbres del huésped.¹²

Cuando los niños son alimentados con el pecho, la frecuencia de las infecciones es más baja que la de los alimentados con biberón; esto se explica por los factores inmunológicos presentes en la leche materna.¹²

La falta de lactancia materna exclusiva aumenta la probabilidad de diarrea 4.62 veces. La ausencia total de lactancia materna durante los primeros seis meses aumenta la frecuencia de diarreas hasta 10 veces en los menores de 6 meses, y esta falla posterior a los 6 hasta los 23 meses aumenta el riesgo de padecer de diarrea hasta 2.18 veces más que los niños que reciben leche materna.¹⁰

Los niños desnutridos están más propensos a padecer problemas diarreicos, el cuadro es más intenso y recurre con mayor frecuencia. Existe relación directa entre la desnutrición y la morbimortalidad por diarrea aguda.

Otros factores importantes son: falta de aseo de las manos después de defecar y antes de preparar o ingerir los alimentos; ingestión de alimentos no desinfectados, principalmente verduras regadas con aguas negras; inadecuada conservación de los alimentos preparados; consumo de alimentos contaminados por las moscas o

por las manos. El huésped y reservorio principal es el hombre, pero también es importante el papel que juegan los agentes intermediarios, ya sea como vectores o como reservorio; hay que considerar los animales domésticos y los salvajes, los insectos y los mariscos. Así, los niveles culturales, económicos y sociales bajos, influyen en extremo, en la morbimortalidad del problema.¹²

Los factores de riesgo para diarrea persistente son la desnutrición, evacuaciones con moco y sangre, uso indiscriminado de antibióticos, frecuencia alta de evacuaciones mayores de 10 por día, persistencia de deshidratación mayor a 24 horas. Los factores que incrementen el riesgo de deshidratación son niños menores de 1 año, en especial a los menores de 6 meses, lactantes con bajo peso al nacimiento, niños con mayor de 5 evacuaciones en las últimas 24 horas, niños con más de 2 vómitos en las últimas 24 horas, niños a los que no se les han ofrecido o no han tolerado los líquidos suplementarios, lactantes que no han recibido lactancia materna durante la enfermedad, niños con signos de desnutrición.¹¹

FISIOPATOLOGÍA

Los agentes infectantes, para producir diarrea, entran al aparato gastrointestinal del niño a través de: alimentos, bebidas u objetos contaminados; contacto con portadores asintomáticos; contacto con enfermos; fecalismo; deyecciones de reservorios o contaminantes animales, para lo cual se necesita que estén en cantidad y calidad adecuadas para producir enfermedad.

Los gérmenes llegan al estómago, donde por lo general, no pueden desarrollarse por la acidez existente; pasan luego al duodeno y yeyuno, donde se multiplican con rapidez; ya en el intestino pueden producir la enfermedad por cuatro mecanismos principales: invasión de la mucosa intestinal, producción de enterotoxinas, elaboración de citotoxinas, adherencia.

Los fenómenos ulcerativos e inflamatorios provocados por los agentes infecciosos y el aumento del líquido en el lumen intestinal, producen distensión, hipermotilidad y tenesmo. Se pueden resumir en cuatro los procesos responsables de la diarrea:

interrupción de los mecanismos de transporte de la mucosa intestinal; trastornos de la permeabilidad intestinal; presencia en la luz intestinal de sustancias osmóticas activas no absorbidas; motilidad intestinal anormal.

El periodo de incubación puede ser de horas, como en las infecciones por virus, hasta días, como sucede en las bacterianas. Por lo general, es de uno a cuatro días.¹²

SÍNTOMAS Y SIGNOS

Los datos clínicos de la diarrea aguda son de dos tipos: los generales o sistémicos y los propios del aparato gastrointestinal. Los primeros consisten en fiebre, anorexia, astenia y pérdida de peso; además, de síntomas y signos que se presentan cuando hay complicaciones, como la deshidratación y las alteraciones de otros órganos, y sistemas como convulsiones, oliguria o anuria, etcétera. Los segundos se manifiestan por náuseas, vómitos, cólicos y aumento brusco en el número de las evacuaciones y en su contenido líquido; puede haber moco y sangre en las heces y acompañarse de pujo o tenesmo. Este cortejo de síntomas y signos tendrá ciertas características, dependiendo del germen causal.¹²

Durante un episodio de diarrea, se pierde agua y electrolitos (sodio, cloruro, potasio y bicarbonato) en las heces líquidas, los vómitos, el sudor, la orina y la respiración. Cuando estas pérdidas no se restituyen, se produce deshidratación.

El grado de deshidratación se mide en una escala de tres:

- Deshidratación incipiente: sin signos ni síntomas.
- Deshidratación moderada: sed; comportamiento inquieto o irritable; reducción de la elasticidad de la piel; ojos hundidos.
- Deshidratación grave: los síntomas se agravan; choque, con pérdida parcial del conocimiento, falta de diuresis, extremidades frías y húmedas, pulso rápido y débil, tensión arterial baja o no detectable, y palidez.

La deshidratación grave puede ocasionar la muerte si no se restituyen al organismo el agua y los electrolitos perdidos, ya sea mediante una solución de sales de rehidratación oral (SRO), o mediante infusión intravenosa.¹

De acuerdo a las guías internacionales más recientes para manejo de Gastroenteritis Aguda (European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, ESPGHAN; Center for Disease Control and Prevention, CDC) se distinguen tres categorías de severidad: deshidratación mínima o ausente (con <3% de pérdida de peso), deshidratación leve a moderada (3-9% de pérdida de peso) y deshidratación severa (>9% pérdida de peso).¹⁴

	Deshidratación mínima o ausente (<3% de pérdida de peso)	Deshidratación leve a moderada (3-9% de pérdida de peso)	Deshidratación severa (>9% de pérdida de peso)
Estado mental	Bien , alerta	Normal, fatigado o inquieto, irritable	Letárgico, nivel de conciencia disminuida
Sed	Bebe normalmente, podría rechazar líquidos	Sediento, avidez por los líquidos	Bebe con dificultad, incapaz de beber
Frecuencia cardiaca	Normal	Normal o aumentada	Taquicardia, bradicardia en los casos más severos
Calidad de pulso	Normal	Normal a disminuido	Débil, filiforme o no palpable
Patrón respiratorio	normal	Normal a rápido	Profundo
Ojos	normal	Levemente hundidos	Profundamente hundidos
Lagrimas	presentes	Disminuidas	Ausentes
Boca y lengua	húmedas	Secas	Agrietadas
Pliegue cutáneo	Recuperación instantánea	Recuperación en <2 segundos	Recuperación en > 2 segundos
Llene capilar	Normal	prolongado	Prolongado, mínimo
Extremidades	tibias	Frías	Frías, moteadas, cianóticas
Flujo urinario	Normal a disminuido	disminuido	mínimo

La presencia de sólo un signo de deshidratación severa es suficiente para ser asignado a esa categoría y dos o más signos de deshidratación leve a moderada son necesarios para ser clasificado en ese grupo.

Deben descartarse condiciones asociadas que puedan aumentar el riesgo de deshidratación o complicaciones, como son desnutrición, prematurez, inmunodeficiencia, insuficiencia cardiaca e insuficiencia renal.¹⁴

El diagnóstico de diarrea aguda se realiza por la historia clínica y datos clínicos: cambio en la consistencia de las evacuaciones, cambio en la frecuencia y número de evacuaciones, presencia de evacuaciones con moco y sangre, ocasionalmente puede estar asociada con náusea, vómito y cólico abdominal.

Se considera que la diarrea habitualmente se resuelve entre el quinto y séptimo día y ocasionalmente puede persistir hasta 14 días. El vómito puede durar de 1 a 2 días y en la mayoría cede a los 3 días. La gastroenteritis viral es de corta duración y está asociada a mayor riesgo de vómito y deshidratación y la gastroenteritis bacteriana se asocia más frecuentemente con dolor abdominal grave y a veces con diarrea sanguinolenta.¹¹

DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO

- a) Enfermedad viral. Identificación del virus por microscopía electrónica e inmunomicroscopía, o por cultivo.
- b) Enfermedad bacteriana. Identificación de las bacterias por coprocultivo, técnicas serológicas y bioquímicas.
- c) Enfermedades parasitarias. Entamoeba histolytica se identifica mediante examen directo de la materia fecal.¹²

TRATAMIENTO ETIOLÓGICO

- a) Enfermedad viral. No hay tratamiento específico.
- b) Enfermedad bacteriana. Los antibióticos sólo son útiles en algunas enfermedades diarreicas producidas por bacterias. Para Shigella y E. coli enteroinvasiva: trimetoprima con sulfametoxazol (TMP-SMX) 5 y 25 mg/kg/día repartido c/12 h v.o.,

por cinco días o ampicilina, 25 mg/ kg/día repartida c/6 h v.o., por cinco días. Para E. coli enterotoxigénica: TMP-SMX, por tres días. Para colitis pseudomembranosa por C. difficile: vancomicina, 20 mg/kg/día repartido cada 6 h por siete días o metronidazol, 20 mg/kg/día repartido cada 8 h por siete días v.o. Son de efecto benéfico dudoso, o desconocido: Para C. jejuni: eritromicina, 30 mg/kg/día repartida cada 8h v.o., por cinco a siete días. Para Y. enterocolitica y E. coli enterohemorrágica: TMP-SMX por tres a cinco días.

c) Enfermedad parasitaria. Para E. histolytica: Metronidazol, 30 mg/kg/d repartido c/8 h v.o., por 5 a 10 días, o dehidroemetina (casos graves), 1.5 mg/kg/d cada 24 h i.m., por cinco días. Para G. lamblia: Metronidazol, 15 mg/kg/día repartido cada 8 h v.o. por siete días o furazolidona, 6 mg/kg/día repartido cada 6 h por siete días. Para T. hominis y B. coli: Metronidazol a la misma dosis que para G. lamblia. d) Enfermedad por hongos.

d) Para C. albicans: Nistatina, 200 000 a 400 000 U/día repartida cada 8 h v.o., hasta dos a tres días después que han desaparecido los síntomas.¹²

TRATAMIENTO DIETÉTICO

El abordaje dietético en los niños que padecen diarrea es aún controvertido y las posturas van desde aquellas que promueven el mantenimiento de una alimentación normal durante la enfermedad, hasta los que recomiendan su reducción significativa en la etapa aguda, con sobrealimentación en la convalecencia.

Si hay vómito, conviene un periodo corto de ayuno, no mayor de 4 hrs., durante el cual se suministra en forma exclusiva la solución con sales de rehidratación oral; cuando un niño es amamantado, la alimentación debe continuarse; si recibe alimentación con leche industrializada y la diarrea no es severa, puede mantenerse, y en caso de que la diarrea se agrave, optar por diluir o suspender la fórmula, según sea el caso; cuando se comprueba intolerancia a la lactosa, se prescriben fórmulas libres de este carbohidrato, o bien se sustituirá la leche por fórmulas a 8 a 12% preparadas con harina de soya. Si hay intolerancia a lactosa y a las fórmulas con

harina de soya, pueden emplearse preparados más simples pero bien equilibrados, compuestos por glucosa, aceite de maíz y caseína, o dietas elementales producidas con aminoácidos.¹²

La Norma Oficial Mexicana, recomienda continuar la alimentación habitual y la lactancia materna en tetadas más cortas, pero más frecuentes; evitar la introducción en este lapso de nuevos alimentos; y estimular al paciente a comer todo lo que quiera. Exhorta para que se aumenten los líquidos (agua, té, agua preparada con frutas frescas, sopas, caldos, yogur y atoles de maíz o arroz) y ofrecer sales de rehidratación oral, Vida Suero Oral.¹⁶

La dieta absorbente o astringente, se refiere a la indicación de ciertos alimentos que poseen dextrinas o pectinas en su contenido como guayaba, manzana, pera, durazno, zanahoria, plátano, y cereales, entre otros.¹⁷

Alimentación complementaria o alimentación adecuada para la edad. A este grupo de niños se les debe indicar dieta absorbente o astringente, evitar soluciones hiperosmolares y la combinación del SRO, continuar con la alimentación complementaria o adecuada para la edad y a la semana siguiente del cuadro agudo y una vez superada la hiporexia secundaria, una o dos alimentaciones extras que garanticen la ganancia de peso que pudo haberse perdido durante el cuadro agudo.¹⁷

TRATAMIENTO SINTOMÁTICO

Con excepción de los probióticos, ninguno de los siguientes medicamentos descritos en este apartado son recomendables para el tratamiento de la diarrea aguda, sobre todo en niños menores de tres años, en quienes pueden resultar inclusive peligrosos.

Estos medicamentos pueden dividirse en cuatro grupos:

a) Modificadores del peristaltismo: entre los que se encuentran la atropina y sus derivados, el difenoxilato y la loperamida. Su mecanismo de acción es por

producción de contracciones segmentarias del intestino y son rápidos. Pueden también, inhibir la secreción intestinal de líquidos y electrolitos. Su uso puede resultar peligroso por los efectos colaterales que producen (sequedad de mucosas, fiebre, somnolencia y taquicardia) y por empeorar el curso clínico de la shigelosis y la colitis pseudomembranosa. Además, el difenoxilato se ha asociado con depresión respiratoria y coma.

b) Adsorbentes: el caolín, la pectina y la atapulgita activada son quizá los medicamentos empleados con más frecuencia; su administración busca la adsorción de toxinas y líquidos y con esto mejorar la diarrea; sin embargo, no se cuenta con evidencia que apoye su utilidad y sí pueden tener los efectos deletéreos de adsorción de nutrientes y medicamentos.

c) Modificadores de la secreción intestinal: el subsalicilato de bismuto ha mostrado efectividad para el manejo de la “diarrea del viajero”; sin embargo, presenta problemas en relación con la absorción de salicilato y de bismuto.

d) Probióticos, prebióticos y simbióticos: son recursos terapéuticos que ayudan para la prevención de la diarrea asociada a antibióticos y de la diarrea infantil; reducen la duración de la enfermedad en los niños, tanto la causada por rotavirus como por otros agentes, y disminuyen el periodo de eliminación fecal de los virus; asimismo, son de utilidad como terapéutica en la infección recurrente por *C. difficile*.¹²

Los probióticos son beneficiosos en el tratamiento de la diarrea aguda. Una revisión sistemática demuestra que el uso de probióticos reduce en un día la duración de la diarrea y disminuye el 59% el riesgo de que la diarrea persista más allá de 4 días.¹²

El tratamiento principal de las diarreas consiste en evitar o corregir la deshidratación, bien por vía oral, o, si la circunstancia lo amerita, por vía intravenosa.¹⁵

Niños con riesgo de deshidratación o con deshidratación leve deben de incrementar el volumen de líquidos habituales. Los líquidos apropiados incluyen leche materna, SRO, evitando las bebidas gasificadas.

Los padres o cuidadores deben tener particular cuidado en mantener el incremento del volumen de líquidos ingeridos si el niño continúa con diarrea y vómito.

Niños que tienen deshidratación leve a moderada secundaria a gastroenteritis aguda el déficit estimado es del 38% y la reposición de los líquidos con SRO es de 30-80ml/kg.

La OMS, los artículos revisados y otras guías utilizan las sales de rehidratación oral para la rehidratación durante un período de 3-4 h, dado en pequeñas cantidades.

Las sales de rehidratación oral pueden darse en proporción de aproximadamente 5ml/kg cada 15 minutos. Si es bien tolerado y no hay vómitos la cantidad de la proporción puede ser incrementada con disminución de la frecuencia.

En niños con deshidratación clínica, incluyendo deshidratación hipernatrémica, se recomienda: Uso de soluciones de baja osmolaridad (240-250 mOsm/l) para la rehidratación oral. Dar 50ml/kg para reponer el déficit de líquidos durante 4h, así como los líquidos de mantenimiento. Dar sales de rehidratación oral frecuentemente y en pequeñas cantidades. Considerar la sustitución con líquidos habituales (incluyendo alimentos lácteos o agua, pero no jugos de frutas o bebidas carbonatadas) si se rehúsa a tomar cantidades suficientes de sales de rehidratación oral y no tiene síntomas o signos de deshidratación. Considerar dar sales de rehidratación oral por sonda nasogástrica si están incapacitados para beber o si tienen vómito persistente. Monitorear la respuesta a la terapia de rehidratación oral con valoraciones clínicas regulares. Se recomienda en los niños con síntomas y signos de alarma revaloraciones frecuentes durante la rehidratación con el ajuste del déficit de líquidos dependiendo de la evaluación.¹¹

LÍQUIDOS ADECUADOS DE PREPARACIÓN EN EL HOGAR

Líquidos que contienen un alimento. Los ejemplos de los líquidos preparados con base en alimentos, incluyen cocimientos de uno o varios cereales (arroz, maíz, cebada) en grano o molidos, y cocinados en agua, o los que se preparan con papa o plátano, que además de contener almidón son muy buena fuente de potasio. Los líquidos basados en alimentos incluyen también las sopas caseras, agua de arroz o

aguas en las que se hayan cocinado otros cereales. Un niño con diarrea abundante, probablemente no se tome grandes volúmenes de sopa, pero si puede recibir agua y algo de sopa. Los jugos de frutas son una fuente importante de potasio, pero deben prepararse diluidos y en lo posible sin azúcar Otra posibilidad es dar agua y galletas saladas. Los niños con diarrea, sin deshidratación y con poco apetito, reciben más fácilmente pequeñas cantidades de agua y galletas, que suero oral. Deben preferirse comidas sencillas, que no tengan aditivos y colorantes.¹⁸

MICRONUTRIENTES

El zinc es un oligoelemento necesario para el mantenimiento de las células intestinales, el crecimiento óseo y la función inmunitaria.¹⁹

La deficiencia de zinc es muy frecuente en países en desarrollo. Esto se debe a una inadecuada ingesta de alimentos de origen animal y una cantidad muy alta de fitatos en la dieta, que inhiben la absorción de zinc. El zinc interfiere en la patogénesis de la diarrea a través de muchos mecanismos. Dificulta la invasión de la mucosa intestinal de varias maneras: Promueve la proliferación de los enterocitos y favorece la integridad de la mucosa; estimula la función inmune innata y adaptativa y; favorece la respuesta Th1 por los linfocitos T de ayuda, la que es necesaria para combatir infecciones por bacterias invasivas.²⁰

El zinc también es importante para el crecimiento y desarrollo normales de los niños, tengan o no diarrea. La carencia de zinc implica un mayor riesgo de infecciones gastrointestinales. Actualmente se recomienda aporte sistemático de suplementos de zinc, en dosis de 20 miligramos al día para niños mayores de seis meses o de 10 mg al día para los menores de seis meses, durante 10–14 días.²¹

La suplementación con zinc disminuye los episodios de diarrea aguda en 6 a 12 horas y los episodios de diarrea persistente en 7 a 15 horas. Además, disminuye la probabilidad de que una diarrea aguda dure más de 7 días, lo que es un factor de riesgo para desarrollar diarrea persistente. El zinc no solo disminuye la severidad

del episodio inicial, sino que previene futuros episodios en los 2-3 meses luego de la suplementación.²⁰

Aunque se han comprobado las ventajas de la administración de suplementos de zinc en el tratamiento de la diarrea, todavía existen diversos obstáculos que impiden su uso generalizado. Actualmente no se administran suplementos de zinc en la mayoría de los casos de diarrea porque la mayoría de los profesionales sanitarios de los países en desarrollo no reconocen aún sus beneficios comprobados.²¹

VITAMINA A

La vitamina A es un nutriente determinante en la nutrición infantil, mejora la defensa ante algunas enfermedades y en consecuencia previene la muerte, especialmente en los primeros años de vida, aparentemente ayuda a mejorar funciones neurológicas. En niños menores de 3 años es necesaria para la visión, la generación y conservación de tejido epitelial interno y externo, crecimiento corporal y el sistema inmunológico y reproductivo.²²

La deficiencia de vitamina A es una causa importante de mortalidad en niños menores de 5 años. Se estima que la prevalencia de deficiencia de vitamina A es de 11 a 40% en niños menores de 5 años de países en desarrollo. El uso de vitamina A disminuye la mortalidad asociada a diarrea en pacientes de 6 a 59 meses en aproximadamente 30%. En pacientes menores de 6 meses no parece tener impacto en la mortalidad, tanto general como asociada a diarrea.²⁰

La administración de vitamina A, como suplemento, a niños menores de 5 años de edad, disminuye la mortalidad por todas las causas, la incidencia de diarrea, sarampión, malaria, ceguera nocturna, prevalencia de manchas de Bitot y xeroftalmia, el número de niños hospitalizados, y administrada con micronutrientes y zinc mejora desenlaces relacionados con peso y talla.²²

VACUNACIÓN FRENTE A ROTAVIRUS

Cabe recordar que la principal causa de diarrea en la infancia es viral y que el microorganismo más frecuentemente involucrado es el Rotavirus.²³

Existen dos tipos de vacuna hasta el momento:

1. Una vacuna llamada monovalente que está hecha de virus vivos atenuados (debilitados) que contiene un serotipo del virus. Se presenta en un frasco que contiene la vacuna y una jeringa que contiene 1.5mL de un líquido llamado carbonato de calcio, el cual disminuye la acidez del estómago evitando que se inactive el virus de la vacuna.
2. La otra vacuna es la llamada pentavalente, se elabora con virus vivos que originalmente se aislaron en humanos y en bovinos; contiene 5 serotipos de virus vivos atenuados. Se presenta en un tubo de plástico con tapa de rosca que contiene una sola dosis de 2ml de la vacuna.

Esta vacuna protege contra nuevas infecciones por Rotavirus evitando que se desarrolle una enfermedad grave, con deshidratación y muerte. Ambas vacunas se administran por vía oral.

Actualmente en el esquema de vacunación se emplea la vacuna pentavalente, consiste en 3 dosis, la primera entre las semanas 6 y 12 de edad. La siguiente con un intervalo de al menos cuatro semanas entre cada una. La última se aplica antes de cumplir 8 meses de edad. No es necesario suspender el consumo de alimentos o líquidos al lactante, incluyendo leche materna, ya sea antes o después de la vacunación.

Para la vacuna monovalente, el esquema es a los 2 y 4 meses de edad, preferentemente. Si por algún motivo no se llegase a cumplir este periodo de aplicación, se puede administrar antes de los 8 meses de edad, con un intervalo de cuatro semanas entre cada dosis.²⁴

PRONÓSTICO

Está determinado por factores tales como la edad, el estado nutricional, la severidad del cuadro, la oportunidad del diagnóstico y del tratamiento y, sobre todo, por la existencia de complicaciones y el tipo de las mismas. La muerte sobreviene en general por deshidratación severa, acidosis metabólica grave, sepsis, choque séptico o hipovolémico, insuficiencia renal o trastornos neurológicos. La letalidad varía entre 10 y 20% de los casos que ameritan hospitalización.

De acuerdo a la historia natural de la enfermedad, se puede observar que una de las formas para buscar disminuir la incidencia de casos de enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años consiste en la implementación de medidas preventivas que se encuentran encaminadas a mejorar y/o cambiar los estilos de vida, la higiene personal, consumir agua potable, adecuado manejo de excretas y una alimentación adecuada, las cuales se encuentran englobadas en el primer nivel de Prevención, en Educación y promoción a la salud, y en la protección específica.

El control de las enfermedades diarreicas en los menores de cinco años, es una estrategia encaminada a la disminución de la mortalidad infantil por complicaciones de este padecimiento, en donde se practica uno de los preceptos básicos de la medicina familiar: atención longitudinal y continua del paciente y la familia. La promoción a la salud y la medicina preventiva buscan evitar que se incremente la incidencia de las enfermedades diarreicas en los menores de cinco años, y aunado a ello evitar la presencia de complicaciones como la deshidratación y la muerte del menor.¹²

PREVENCIÓN

Promoción de la salud: El saneamiento, asociado a los programas de educación para la salud y a la mayor oportunidad en la atención médica, es la solución de este problema. Estas medidas higiénicas y sanitarias las podemos resumir en los siguientes puntos:

1. De tipo personal o individual: lograr un aseo adecuado, mediante el lavado frecuente de las manos, sobre todo antes de alimentarse y después de cada defecación; esto tiene importancia fundamental para la madre que alimenta a sus hijos o para las personas que la ayudan a alimentarlo (preparadores de alimentos); así como, para el personal de salud responsable del cuidado y alimentación de los niños enfermos en los hospitales.
2. Evitar la defecación al aire libre, practicándola en letrinas adecuadas. Construir y conservar el drenaje y alcantarillado en las poblaciones.
3. Proteger y disponer de manera adecuada las basuras, lo que disminuye o evita la proliferación de vectores.
4. Vigilar las condiciones sanitarias del agua y de los alimentos, principalmente de la leche; si ésta no ha sido pasteurizada en forma adecuada y conservada en refrigeración, deberá hervirse antes de ingerirla.
5. Refrigerar y conservar la leche y los alimentos complementarios para evitar su contaminación y descomposición.
6. Estimular la creación y desarrollo de viviendas adecuadas.
7. Incrementar la educación general y la educación para la salud en el niño y en la familia.
8. Incrementar el suministro de agua potable intradomiciliaria, piedra angular en la lucha contra las infecciones intestinales.
9. Orientar de manera adecuada al niño y a su familia en lo que concierne a la nutrición y a la distribución racional del ingreso económico familiar.
10. Estimular y orientar la lactancia materna en los primeros meses de la vida.¹²

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN:

México ha sido pionero en la implementación de estrategias de alto impacto en la reducción de la mortalidad infantil, destacando la terapia de rehidratación oral, la

vacunación universal gratuita contra sarampión y rotavirus, el mejoramiento de las condiciones de vivienda mediante la estrategia “piso firme” y el suministro de micronutrientes y desparasitación de toda la población infantil durante las Semanas Nacionales de Salud. La mejor evidencia de los resultados obtenidos en ellas es la tendencia al descenso de la mortalidad en la primera infancia.²⁵

La Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diarrea Aguda en Niños Menores de Dos Meses a Cinco Años en el Primero y Segundo Nivel de Atención tiene como objetivos : Establecer los criterios de prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños y niñas menores de cinco años. Promover el uso racional de auxiliares clínicos y de laboratorio para diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños menores de cinco años. Fomentar el uso de la hidratación oral como parte primordial en la prevención de la deshidratación en la diarrea aguda en niños y niñas menores de cinco años. Disminuir la incidencia de complicaciones por diarrea aguda en niños y niñas menores de cinco años. Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.¹¹

El UNICEF y la OMS presentan una estrategia de prevención y tratamiento de la diarrea, que es la segunda causa de muerte en los niños, esta estrategia fue realizada el 14 de octubre de 2009 en Nueva York, Ginebra. Para evitar la muerte de millones de niños en el mundo en desarrollo hay que revitalizar las campañas mundiales contra la diarrea, segunda enfermedad más mortal en la infancia.

Se trazó un plan con siete medidas que incluyen un conjunto de tratamientos para reducir la mortalidad de los niños por diarrea y una estrategia preventiva que garantice resultados a largo plazo: reposición de líquidos para evitar la deshidratación; administración de zinc; vacunación contra los rotavirus y el sarampión; fomento de la lactancia materna temprana y exclusiva y de la administración de suplementos de vitamina A; fomento del lavado de las manos con jabón; mejora cualitativa y cuantitativa del suministro de agua, con inclusión del

tratamiento y almacenamiento seguro del agua doméstica; fomento del saneamiento a nivel comunitario.

Las campañas contra la diarrea infantil de los años setenta y ochenta tuvieron éxito gracias a la educación de los cuidadores y a la extensión del uso de las soluciones de rehidratación oral para evitar la deshidratación. A pesar de los resultados prometedores de esas campañas, en los últimos años la atención de la comunidad internacional se ha desviado hacia otras emergencias mundiales y en la actualidad hay una necesidad urgente de volver a centrarse en la prevención y el tratamiento de la diarrea.

La OMS y el UNICEF recomiendan el tratamiento de la diarrea con soluciones de rehidratación oral de baja osmolaridad y comprimidos de zinc, que reducen la gravedad y la duración de los episodios. Estos tratamientos simples y baratos salvan vidas.

El acceso al agua salubre y las buenas prácticas higiénicas son extremadamente eficaces para prevenir la diarrea infantil. El lavado de las manos con jabón reduce la incidencia de las enfermedades diarreicas en más de un 40%, convirtiéndose así en una de las intervenciones más costo eficaz para reducir las muertes infantiles por esta enfermedad desatendida.

No obstante, a pesar de los conocidos beneficios de la mejora del suministro de agua y del saneamiento, aproximadamente un 88% de los casos mundiales de enfermedad diarreica son atribuibles al agua insalubre, el saneamiento insuficiente y la mala higiene. Se ha calculado que en 2006 había 2,5 millones de personas que carecían de instalaciones sanitarias mejoradas y que aproximadamente una cuarta parte de la población de los países en desarrollo defecaba al aire libre.²⁶

La Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño, en su apartado 7, indica las acciones a realizar con la finalidad de disminuir la incidencia de casos de diarrea en los menores de cinco años, así como el manual del manejo de las EDA's nos indica como primer punto la prevención: Se han

evaluado varias acciones encaminadas a disminuir la morbilidad y la mortalidad por diarrea. El saneamiento ambiental y la educación de la población, en particular de las madres, han demostrado ser las medidas de prevención más importantes. Por lo tanto, las tareas específicas que el Programa de Atención a la Salud del Niño recomienda como las más efectivas para prevenir las enfermedades diarreicas, son las siguientes: Vigilancia de la cloración del agua y procedimientos de desinfección. Promoción de la lactancia materna. Mejorar las prácticas de ablactación. Promoción de la higiene en el hogar: Lavado de manos. Eliminación adecuada de excretas. Manejo adecuado de las heces en niños con diarrea. Vacunación contra el sarampión. Suplementación con vitamina "A" como suplemento, que juega un papel central en la resistencia inmunológica a la infección como suplemento, que juega un papel central en la resistencia inmunológica a la infección ¹⁶.

INTERVENCIÓN EDUCATIVA

La intervención educativa es la acción intencional para la realización de acciones que conducen al logro del desarrollo integral del educando. La intervención educativa tiene carácter teleológico: existe un sujeto agente (educando-educador) existe el lenguaje propositivo (se realiza una acción para lograr algo), se actúa en orden a lograr un acontecimiento futuro (la meta) y los acontecimientos se vinculan intencionalmente.

La intervención educativa se realiza mediante procesos de autoeducación y heteroeducación, ya sean estos formales, no formales o informales. La intervención educativa exige respetar la condición de agente en el educando. La acción (cambio de estado que un sujeto hace que acontezca) del educador debe dar lugar a una acción del educando (que no tiene que ser intencionalmente educativa) y no sólo a un acontecimiento (cambios de estado que acontecen a un sujeto en una ocasión), tal como corresponde al análisis de procesos formales, no formales e informales de intervención²⁷.

PROMOCION A LA SALUD

La promoción a la Salud es un proceso que se les proporciona a las personas, para que tengan los medios necesarios para poder ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud, mejorando así su salud.

Según la Organización Mundial de la Salud, la educación para la Salud puede definirse desde dos vertientes. Por un lado, consiste en proporcionar a la población los conocimientos, las habilidades y destrezas necesarias para la promoción y protección de la salud. Por otro lado, contribuye a capacitar a los individuos para que participen activamente en definir sus necesidades y elaborar propuestas para conseguir determinadas metas en salud.

Una de las finalidades de la promoción de la salud es facilitar a que las personas desarrollen capacidades que les permitan tomar decisiones conscientes y autónomas sobre su propia salud.

La educación es un proceso por el cual las personas amplían su conocimiento, valores y habilidades que les permitan poder desarrollar capacidades para adecuar sus comportamientos a la realidad, esto se produce a través de sus propias experiencias, conocimientos, reorganizándolos y modificándolos ante los nuevos conocimientos o experiencias que se dan en el proceso educativo. Para que la persona aprenda se considera esencial un aprendizaje significativo.

En el proceso enseñanza-aprendizaje, las personas deberán ser: conscientes de su situación, así poder conocer y expresarla; profundizar en ella, aumentando los conocimientos, analizando las causas y así poder reflexionar; actuar desarrollando recursos y habilidades, tomando decisiones, experimentar la realidad, evaluarla y reajustarla.

Es importante enseñar a las personas encuentren sus propias soluciones, promover, para llegar al cambio, lo primero que se debe hacer es conocer en qué

momento personal esta cada uno frente a un comportamiento, una actitud o una habilidad.

Prochaska y Diclemente plantean un modelo espiral del proceso de cambio en cinco etapas. Este modelo tiene en cuenta como es el comportamiento de la persona, si quiere cambiar o no, y si lo mantiene con el tiempo. Las etapas son:

1. Precontemplación: no hay ninguna intención de cambio en un futuro próximo. No es que no se vea la solución, es que no se ve el problema.
2. Contemplación: se tiene consciencia de que existe un problema y se piensa en superarlo pero aún no se ha decidido pasar a la acción.
3. Preparación: se combinan intención y toma de decisión, se empiezan a introducir pequeños cambios.
4. Acción: se modifica a sí mismo o misma modifica su comportamiento, su entorno con el fin de superar el problema.
5. Mantenimiento: persisten y se consolidan los resultados obtenidos en su acción.

EL ROL DEL EDUCADOR

El profesional desempeña un rol de facilitación, de ayuda y de apoyo. Los y las participantes son quienes aprenden, el educador o la educadora facilita y orienta. A destacar:

Funciones, asociadas al rol. Es fundamental la preparación de la sesión y la gestión de las actividades educativas, el tiempo, el espacio donde se desarrolla la actividad.

Actitudes, entre las que tenemos: aceptación, congruencia, valoración positiva y empatía. Y a nivel más concreto el clima que se crea en la sesión.

Habilidades: la comunicación constituye una herramienta básica del profesional en la práctica médica diaria pero es una habilidad especialmente importante en el

trabajo de educación para la salud. Son elementos importantes del proceso de comunicación: la transmisión de mensajes, la escucha y recepción de mensajes y la respuesta.²⁸

TECNICA EXPOSITIVA

La exposición consiste en la presentación de un tema, lógicamente estructurado, en donde el recurso principal es el lenguaje oral, aunque también puede serlo un texto escrito. La exposición provee de estructura y organización a material desordenado pero también permite extraer los puntos importantes de una amplia gama de información.

En la actualidad, con las facilidades que ofrecen las nuevas tecnologías de la información, el profesor puede estructurar y organizar un determinado material para hacerlo más accesible a sus alumnos bajo la modalidad de un texto escrito.²⁹

Es la representación oral y frontal que hace el profesor de los conocimientos hacia los alumnos. Características:

- Puede ser usada con un número variable de alumnos, es decir, la cantidad de alumnos no es decisiva.
- La voz del profesor también es considerada una herramienta, sobre todo al momento de destacar uno u otro contenido, por ejemplo: alzando la voz o siendo enfático en el ritmo de exposición.
- El uso de pizarra es un componente de esta técnica, sin embargo hay que cuidar que no se transforme en el traspaso de un libro, la pizarra debe ser usada para mostrar la tabla de contenidos, el plan de trabajo de la clase, esquemas o para representar cualquier elemento que no pueda ser expuesto de otra forma, en lo posible usar distintos colores y hacer trazos definidos que puedan ser vistos por el alumno más distante de la pizarra.

- No es recomendable usar la técnica expositiva durante todo el curso ya que no ejercita competencias que involucran al alumno como protagonista del aprendizaje.
- Se recomienda para hacer introducciones y cierres de contenidos cuyo tiempo puede abarcar una clase o parte de esta.
- Dificulta la participación de los alumnos.³⁰

Al preparar una exposición de un tema, es importante considerar los siguientes aspectos:

Delimitar el tema o la parte del mismo que será manejado mediante esta técnica, Preparar un bosquejo que contenga 3 ó 4 ideas principales.

Organizar las ideas principales de tal manera que reflejen una secuencia lógica. Es importante que las ideas se organicen en torno a un criterio que ha de guiar el avance en el desarrollo de las mismas en el momento de la exposición.

Elaborar algunos cuestionamientos que permitan al profesor, clarificarse a sí mismo la naturaleza del tema. Es importante que los alumnos entiendan claramente la perspectiva teórica desde la cual es abordado un tema, esto les permite dar sentido a la información que se está exponiendo. La falta de entendimiento, o la malinterpretación de la naturaleza del tema expuesto, provoca que los alumnos se “pierdan” en la exposición. Así pues, el planteamiento de algunos cuestionamientos sobre el tema, permite al profesor clarificarse a sí mismo lo que pretende exponer a los alumnos. Estas repuestas constituyen los puntos importantes de su exposición.

Identificar ejemplos que sirvan como apoyos verbales a la exposición. Los ejemplos han de ilustrar la información presentada y ayudar a los alumnos al logro de una mayor comprensión de la misma.

Determinar y preparar los apoyos visuales a utilizar. En el apartado Consideraciones en torno a la selección y manejo de apoyos visuales se plantean algunas consideraciones sobre su uso.²⁹

Exposición de un tema

La exposición de un tema requiere el cuidado de los siguientes aspectos: las fases a partir de las cuales se estructura la información presentada, el manejo que se hace de la forma de comunicarlo y la selección y manejo de apoyos visuales.

Fases a partir de las cuales se estructura la información presentada: la exposición de un tema debe siempre incorporar las siguientes fases: introducción, desarrollo del tema y cierre.

Introducción: comúnmente los profesores dedican poco tiempo a preparar a los alumnos para una actividad. Sin embargo, es importante considerar que una buena introducción propicia un ambiente adecuado para la exposición del tema: permite captar la atención de los alumnos, despierta su interés por el contenido del tema, los motiva a “estar” realmente en clase, atendiendo y participando, permite asegurar mejores resultados de aprendizaje. Se recomienda dedicar como máximo para la introducción un 10% del tiempo total de la exposición.

Todo esto es posible en la medida en que se active en los alumnos un conocimiento previo con el que deliberadamente se relacionará el contenido principal de la exposición.

Desarrollo del tema: el desarrollo del tema se refiere a la exposición gradual del contenido, lógicamente ordenado, como forma de lograr un aseguramiento de la continuidad. Para esta parte se recomienda utilizar no más del 65% del tiempo total de la exposición.

Una exposición será más eficaz cuando esté organizada jerárquicamente, es decir, cuando desarrolla una red conceptual cuyos elementos se ramifican progresivamente. El aprendizaje que deriva de una exposición no depende sólo del significado lógico del contenido, sino también de la coherencia e ilación con que está estructurada la información expuesta.

Es conveniente que esa estructura conceptual jerárquica de la exposición venga denotada no sólo por su organización secuencial, sino también por otras ayudas, señales o elementos complementarios que faciliten al alumno el seguimiento de la estructura argumental.

Cierre: el cierre es algo más que un rápido resumen de los contenidos manejados en la exposición. Aparte de unir los puntos más importantes y de actuar como eslabón entre el conocimiento presente y el pasado, el cierre proporciona al alumno el sentimiento de haber logrado algo. Esta parte es relativamente corta, se recomienda que su duración no exceda al 25% del tiempo total de la exposición.

Un cierre es adecuado cuando los propósitos y principios fundamentales de la clase, o parte de ellos, se consideran aprendidos de manera tal que al alumno le sea posible relacionar el nuevo conocimiento con el que ya poseía. Permite la consolidación de la estructura conceptual, mediante la relación explícita entre las ideas previas del alumno que han sido activadas y la organización conceptual de los materiales de aprendizaje presentados en la fase del desarrollo de la exposición.²⁹

ROLES Y RESPONSABILIDADES EN LA EXPOSICIÓN

Para que la exposición cumpla con sus propósitos didácticos, es importante que tanto el profesor como los alumnos tengan en cuenta las siguientes consideraciones:

Profesor:

Establecer con claridad los objetivos a cubrir al momento de la exposición. 3
Planificar la secuencia de los tópicos a revisar.

Manejar adecuadamente la habilidad de comunicación oral (tanto verbal como no verbal).

Promover en los alumnos una acción reflexiva, planteando cuestiones y situaciones problemáticas que les exija razonamientos relativos al tema en exposición.

Manejar preguntas directas a los alumnos dando tiempos adecuados de espera o promover breves discusiones en grupo.

Usar apoyos visuales que refuercen, mediante diferentes canales sensoriales, el tema de exposición.

Invitar a los alumnos a realizar periódicamente síntesis que permitan verificar la comprensión del tema revisado.

Invitar a los alumnos a que aporten experiencias y vivencias personales que enriquezcan y refuercen de modo ilustrativo la temática expuesta.

Alumno:

Participar en la elaboración de síntesis acerca del tema revisado.

Aportar sus respuestas pertinentes a las preguntas elaboradas por el profesor o por otros compañeros.

Plantear dudas y cuestionamientos y expresar puntos de vista en relación con la temática abordada. 3 Contemplar los aspectos planteados en las actividades del profesor, en aquellos casos en los que sea él (ella) quien realice la exposición de un tema²⁹.

ESTUDIOS DE INVESTIGACION REALIZADOS:

Villareal, et al³¹, realizaron en Colombia un estudio con el título: Intervención educativa para la prevención de enfermedades diarreicas en el barrio Mano de Dios, Sincelejo, Colombia: Una experiencia exitosa. En la que realizaron una Intervención educativa cuasi experimental de tipo antes y después, siguiendo el diseño de serie

temporal interrumpida con un grupo y la Teoría de las Creencias de la Salud de Hochbaum. Se encontró una baja presencia de creencias saludables en todas las dimensiones antes de la intervención y una alta proporción de variación de cambio después de la intervención, excepto en la percepción de beneficios que fue igual, tanto en el antes como en el después de la intervención. La mayor predicción de cambio fue la percepción de la gravedad de la enfermedad, con un coeficiente de variación del 100% y se concluyó que la efectividad de un programa educativo para la adherencia a una conducta esperada se logra con la sinergia de utilizar la educación y la comunicación en salud con las teorías del comportamiento que trascienda lo cognitivo hacia lo afectivo y lo volitivo.

Scull, et al³², realizaron en la Habana Cuba, en la Facultad de Ciencias Médicas de Mayabeque, un estudio con el título: Estrategia de intervención para la prevención de las enfermedades diarreicas agudas con la participación comunitaria, en la que realizaron una intervención comunitaria, en el municipio de San Nicolás, en el periodo comprendido de mayo del 2001 a mayo del 2012, con el propósito de implementar una intervención educativa con los líderes formales de los consejos populares del Municipio, para la prevención de las enfermedades diarreicas agudas. En la que concluyeron que predominó la población femenina con una participación del 55,32%, y los grupos de edades comprendidos entre 30 y 44 años con un 57,45%, dicha población contaban con una buena escolaridad promedio. Los conocimientos en cuanto a las medidas preventivas de las enfermedades diarreicas agudas fue bueno, en un 44,68% y después fue de 91,49%. En cuanto al conocimiento de las conductas asumidas encontramos prácticas como administración de antibacterianos, limitaciones a la dieta habitual y otros, siendo estos modificados de forma significativa al final de la intervención. Al final de la intervención un gran porcentaje de los participantes alcanzó un buen conocimiento acerca de las complicaciones de las enfermedades diarreicas agudas y se logró incrementar de forma significativa la participación de los líderes de la comunidad en cuanto a las medidas de control de las enfermedades diarreicas agudas.

Delgado, et al³³, realizaron en Colombia, un estudio con el título: Conocimientos maternos sobre signos de peligro en diarrea aguda en el marco de la estrategia AIEPI. En el que tuvieron como objetivo establecer los conocimientos maternos sobre signos de peligro en EDA en menores de 5 años y determinar prácticas de hidratación. Se hizo un estudio descriptivo por medio de una encuesta. Se aplicó un instrumento de investigaciones operativas de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia, a 204 cuidadores elegidos consecutivamente que asistieron por primera vez a la consulta de crecimiento y desarrollo de un hospital de nivel I en Popayán, Colombia. Se midieron variables: edad materna, sexo, edad del niño, área (rural-urbana), estrato socioeconómico, vínculo al Sistema Nacional de Seguridad Social en Colombia, escolaridad, número de hijos, convivencia con compañero, convivencia con abuela del menor. La variable conocimientos se determinó de una manera dicotómica: la madre conocía si sabía por lo menos dos signos de peligro en EDA. Se establecieron proporciones y medias para caracterizar la población. Tuvieron como resultados, que del total de las madres, 54% conocen como mínimo dos signos de peligro en EDA. En caso de EDA se emplean líquidos caseros 49%, SRO 49%, suero casero 23%. El convivir con la abuela del niño se asoció significativamente con los conocimientos maternos ($p < 0.05$). Concluyeron que la mitad de las madres no conocen signos de peligro y esto hace necesario intervenciones educativas en EDA y difundir la estrategia AIEPI. En estas intervenciones es necesario incluir a las abuelas y a las madres que no conviven con ellas.

Peralta, et al³⁴, realizaron en Cuba, un estudio con el título: Aplicación de un programa educativo sobre la enfermedad diarreica aguda. Policlínicas René Vallejo y Bayamo-Oeste, 2011. Se aplicó un programa educativo sustentado en los factores de riesgo de la enfermedad diarreica aguda con el objetivo de evaluar su eficacia para elevar el conocimiento de los familiares de niños y niñas menores de un año atendidos con esta enfermedad en las áreas de salud de las policlínicas René Vallejo y Bayamo Oeste del municipio Bayamo, en el período comprendido de enero a diciembre del 2011. Las variables fueron: la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes, lavado de las manos, el uso de sales de rehidratación oral al inicio de un

episodio diarreico, el consumo de agua hervida, el lavado de manos para manipular alimentos y después de defecar, la higiene personal y de utensilios antes de alimentar al niño, la administración de remedios caseros, la presencia de vectores en el hogar. El universo estuvo constituido por 346 familiares de niños y niñas menores de un año el que se hizo coincidir con la muestra. Una vez aplicado en programa educativo, mediante la prueba de ANOVA de Friedman se constató el incremento del conocimiento sobre los factores de riesgo en los familiares de los niños y niñas menores de un año beneficiarios de la investigación, al pasar el conocimiento de un rango promedio medio (1,14) a un rango promedio alto (1,86); demostrándose la eficacia del programa educativo para incrementar el conocimiento de los familiares de los niños y niñas menores de un año.

Contreras, et al³⁵, realizaron en Cuernavaca Morelos, en el Instituto Nacional de Salud Pública, un estudio con el título: Intervención educativa para la prevención de enfermedades diarreicas, en una localidad de Morelos. Con el objetivo de identificar factores determinantes para prevenir una enfermedad diarreica por mujeres responsables de menores de 5 años, en el cual se realizó un estudio cuasi experimental prospectivo, con una muestra por conveniencia de 30 mujeres responsables de menores de cinco años, de septiembre del 2007 a marzo del 2008. La intervención educativa se fundamentó en teorías cognitivas y constructivas, realizándose en cinco sesiones con técnicas didácticas dirigidas a prevención de diarreas. Se elaboró y aplicó un cuestionario con 16 variables sobre factores determinantes para prevenir diarreas aplicándose previo a la intervención y dos meses posteriores. Para la evaluación de resultados se construyó un índice de conocimientos. Sobre medidas higiénicas personales y de cuidado de alimentos. Los resultados fueron que el 80% del grupo participante eran madres y 86.7% tenía nivel educativo básico. El nivel del índice de conocimientos mostró un cambio significativo, inicialmente era de 19.2 puntos y aumentó a 30.7 puntos, datos estadísticamente significativos. Concluyendo que se identificaron factores determinantes preventivos. Estudios basados en intervenciones educativas, han reportado resultados eficaces en el incremento de nivel de conocimientos sobre

hábitos y medidas de cuidados de salud, por lo que estas investigaciones son útiles en promoción en salud.

Alejandro³⁶, en el Instituto Nacional de Salud Pública, un estudio con el título: Fortalecimiento de medidas de prevención de las Enfermedades Diarreicas a través de una Intervención Educativa, a responsables de menores de 5 años, en la localidad de Samahil, Yucatán 2012. Se realizó un estudio cuasi-experimental, con mujeres responsables de niños menores de cinco años, en la localidad de Samahil, Yucatán, durante el año 2012. Se tomó una muestra por conveniencia de 30 mujeres residentes de la localidad que tuvieran bajo su responsabilidad o cuidado a un menor de cinco años y aceptaron participar en las 5 sesiones educativas. Se realizó una evaluación de conocimientos y se aplicó una guía de observación de prácticas enfocadas a las medidas de prevención de las diarreas en las viviendas de las participantes antes y después de la aplicación del programa de intervención educativo denominado “Fortalecimiento de medidas de prevención de las enfermedades diarreicas” en los componentes de lavado de manos con agua y jabón, manejo adecuado de residuos sólidos y conservación de los alimentos, concluyendo que el mayor porcentaje de las participantes están en el grupo de edad de 25 a 29 años siendo estos adultos jóvenes, respecto al nivel de escolaridad, más de la mitad cuentan con secundaria y tienen un hijo menor de 5 años; el mayor porcentaje no ha sido capacitado en diarreas en el último año y por lo menos en una tercera parte se ha presentado un caso de diarrea en sus hijos menores de edad. Sólo un 66.6% aprobó con más de 80 puntos su examen de conocimiento de acuerdo a los resultados obtenidos en la post evaluación, un 33.3% se quedó en el rango de suficiente que va de 60 a 79 puntos en los cuales se incrementó sus conocimientos pero no fueron suficientes para considerarse como aprobados o capacitados en este estudio y se logró disminuir a cero el porcentaje de participantes considerados como deficientes en conocimientos.

Gutiérrez, et al³⁷, realizaron en México un estudio con el título: intervención educativa para el manejo efectivo de diarrea en el hogar, en el que evaluaron el impacto de una intervención educativa en el conocimiento de las madres sobre el

manejo de la diarrea y su aplicación en el hogar. Se capacitaron 150 madres de niños con diarrea, con evaluación de conocimientos antes y después de la intervención. La mediana de calificación sobre los conocimientos correctos del manejo efectivo de casos de diarrea fue de 5 puntos antes de la intervención educativa y alcanzó el máximo de 10 puntos después ($P < 0.001$). La sed fue el signo de deshidratación y de alarma menos identificado. El incremento en la frecuencia de la alimentación fue el componente menos aplicado. Se hizo evidente en este estudio la mejoría del conocimiento de las madres sobre el manejo de la diarrea en el hogar, después de una intervención educativa por el personal de salud.

JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años. La diarrea puede durar varios días y puede privar al organismo del agua y las sales necesarias para la supervivencia. La mayoría de las personas que fallecen por enfermedades diarreicas en realidad mueren por una grave deshidratación y pérdida de líquidos. Los niños malnutridos o inmunodeprimidos son los que presentan mayor riesgo de enfermedades diarreicas potencialmente mortales.

En América Latina y el Caribe 5,1% de las muertes en menores de 5 años son debidas a diarrea y deshidratación. En México, 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).

La población adscrita a la UMF No. 21 "Francisco del Paso y Troncoso" es del 1.05%, por lo tanto 138,049 personas reciben atención médica. Durante el año 2015, la población derechohabiente estuvo integrada de la siguiente manera: 1,055 menores de 1 año; 13,923 niños de 1 a 9 años; 13,659 de 10 a 19 años; 42,408 mujeres de 20 a 59 años; 31,166 hombres de 20 a 59 años y 35,688 de 60 años y más. La morbilidad en menores de un año a los 9 años de edad, siendo las principales causas de consulta de primera vez correspondió a infecciones de vías aéreas superiores e intestinales. En menores de 1 a 9 años de edad las Diarreas y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso ocuparon el segundo lugar en morbilidad en el 2015, con 59 casos en los niños menores de 1 año y en los niños de 1 a 9 años fue de 394 casos.

Los menores de 5 años son más vulnerables a padecer enfermedad diarreica aguda, en la cual se incrementan los episodios por deficiencias en el conocimiento en las prácticas de higiene y en las complicaciones que se pueden llegar a presentar.

Durante esta investigación se identificaron a los padres con niños menores de 5 años pertenecientes a la UMF 21, así como se conocieron los principales factores

de riesgo que existen. Específicamente se enfocó en hacer una intervención educativa, que fue dirigida a los padres con niños menores de 5 años, desarrollándose un programa educativo para prevención de la enfermedad diarreica aguda, se capacitaron para reconocer los síntomas y signos, enseñando medidas higiénico dietéticas, así como se sensibilizó a los padres sobre las complicaciones que conlleva dicha enfermedad, esperando con estas acciones reforzar y fortalecer los conocimientos. Se esperó que estas acciones fueran un beneficio para fortalecer la salud del niño, contribuyendo a un sano desarrollo y crecimiento. Este estudio fue factible, ya que se contó con los recursos humanos, físicos y materiales para realizar este tipo de intervención.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de muerte en niños menores de cinco años, es una causa principal de mortalidad y morbilidad en la niñez en el mundo, y por lo general son consecuencia de la exposición a alimentos o agua contaminados, por condiciones de higiene personal deficiente. Cada episodio de enfermedad diarreica va privar al niño de nutrientes necesarios para su crecimiento, por lo que es una importante causa de malnutrición, y los niños malnutridos son más propensos a enfermar por enfermedades diarreicas.

Una de las complicaciones más grave de las enfermedades diarreicas es la deshidratación, ya que durante un episodio de diarrea, se pierde agua y electrolitos en las heces líquidas, los vómitos, el sudor, la orina y la respiración. Cuando estas pérdidas no se restituyen, se produce deshidratación, que puede llegar a ocasionar la muerte si no se restituyen al organismo el agua y los electrolitos perdidos.

En nuestro medio en la Unidad de Medicina Familiar No 21, debido a que la enfermedad diarreica aguda es uno de los principales motivo de consulta, que afectan a muchos niños, sobre todo a los menores de 5 años, se ha visto que esto es causado por falta de conocimiento en las prácticas de higiene y en las complicaciones que se pueden llegar a presentar en los padres, por lo cual se debe hacer promoción de la salud, mediante programas de educación para la salud y tener una mayor oportunidad en la atención médica. Las intervenciones destinadas a prevenir las enfermedades diarreicas, en particular el acceso al agua potable, el acceso a buenos sistemas de saneamiento y el lavado de las manos con jabón permiten reducir el riesgo de enfermedad.

Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el impacto en el conocimiento de la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en padres de niños menores de 5 años posterior a una intervención educativa en la UMF 21?

OBJETIVOS

Objetivo General

Conocer el impacto en el conocimiento de la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en padres de niños menores de 5 años posterior a una intervención educativa en la UMF21

Objetivo Específicos

- Conocer las características sociodemográficas de los padres de niños menores de 5 años de la UMF 21 que participen en el estudio.
- Detectar el componente de prevención que mayor y menor cambio obtuvo después de la intervención.

HIPÓTESIS

Hipótesis nula: Los padres de niños menores de 5 años no aumentaran el conocimiento para prevenir cuadros de enfermedad diarreica aguda posterior a la Intervención Educativa.

Hipótesis Alterna: Los padres de niños menores de 5 años aumentaran el conocimiento para prevenir cuadros de enfermedad diarreica aguda posterior a la Intervención Educativa.

MATERIAL Y METODOS

DISEÑO DE ESTUDIO

TIPO DE ESTUDIO.

El presente estudio de investigación es de tipo Cuasiexperimental, y se realizó con padres de niños menores de 5 años que acudieron a la Unidad de Medicina Familiar No 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Ciudad de México.

DEFINICIÓN DEL UNIVERSO DE TRABAJO

Periodo y sitio de estudio

Se realizó en el periodo comprendido de Abril del 2016 a Noviembre del 2016 en la UMF 21

Universo de trabajo.

Pacientes derechohabientes que asistieron a la UMF 21 en los turnos matutino, vespertino y nocturno.

Población de estudio.

Padres que tuvieron hijos menores de 5 años de edad que fueron derechohabientes de la UMF 21

Unidad de observación.

Padres que tuvieron hijos menores de 5 años de edad que fueron derechohabientes de la UMF 21 mediante los expedientes clínicos.

Unidad de análisis.

Se analizaron a los padres que tuvieron hijos menores de 5 años de edad que fueron derechohabientes de la UMF 21.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Padres con niños menores de 5 años que fueron derechohabientes de la UMF 21
- Padres que firmaron hoja de consentimiento informado para participar en el estudio

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Padres que presentaron alguna Discapacidad que les dificulto participar en el estudio

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Población que habiendo sido incluida en el proyecto que por algún motivo abandonaron el seguimiento y no pudieron contestar la prueba final de evaluación de conocimiento.

ESTRATEGIA DE MUESTREO.

TAMAÑO DE MUESTRA: Se obtuvo mediante el cálculo de la fórmula para poblaciones infinitas con un total de 150 pacientes, aunque esta se realiza con fines de tipo académico, dado a que el tipo de muestra que se utilizara es del tipo no probabilístico y de conveniencia.

TIPO DE MUESTREO: No Probabilístico por conveniencia

Fórmula: Realizamos un cálculo de tamaño de muestra con la fórmula para una proporción en población infinita debido a que actualmente no se tiene un censo en

la UMF donde se especifique el número de la población de padres de niños menores de 5 años.

$$N = \frac{Z^2 pq}{E^2}$$

En donde:

N= Tamaño de la muestra que se requiere

Z= Distancia de la media del valor de significación propuesto. Se obtiene de tablas de distribución normal de probabilidades y habitualmente se utiliza un valor de 0.05, al que le corresponde un valor Z de 1.96

p= proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio.

q= 1-p (complementario, sujetos que no tienen la variable en estudio)

E= Precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar

$$N = \frac{(1.96)^2(0.11)(0.89)}{(0.05)^2}$$

$$N = \frac{(3.8416)(0.11)(0.89)}{(0.0025)}$$

$$N = \frac{0.3760}{0.0025}$$

$$N = 150.43 = 150$$

VARIABLES

Variable Independiente: Intervención Educativa

Variables Dependientes: Conocimiento del tutor sobre Enfermedad Diarreica Aguda posterior a la intervención educativa

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS:

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Indicador
EDAD DEL TUTOR	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Se obtendrá la edad de la población en base a la población que tenga niños menores de 5 años que sean derechohabientes de la UMF 21, por medio del expediente clínico	Cuantitativa Discontinua	_____ años absolutos
SEXO DEL TUTOR	Condición orgánica que distingue que distingue a las personas en hombres y mujeres.	Se obtendrá la edad de la población en base a la población que tenga niños menores de 5 años que sean derechohabientes de la UMF 21, por medio del expediente clínico	Cualitativo Nominal	1) Femenino 2) masculino
NIVEL SOCIOECONOMICO	Medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos,	Se obtendrá el nivel socioeconómico en base a la población que tenga niños menores de 5 años que sean derechohabientes de la UMF 21, mediante una escala de medición de estrato socioeconómico (Escala de Graffar) que se realizara a la población participativa	Cualitativa Ordinal	1) Estrato Alto 2) Estrato medio alto 3) Estrato medio bajo 4) Estrato obrero 5) Estrato marginal

	educación, y empleo			
NIVEL ACADEMICO DEL TUTOR	Es cada uno de los tramos en que se estructura el sistema educativo formal. Se corresponden con las necesidades individuales de las etapas del proceso psico-físico-evolutivo articulado con el desarrollo psico-físico social y cultural. Los niveles de educación son: Inicial, Educación General Básica, Medio Superior y Superior	Se obtendrá el nivel socioeconómico en base a la población que tenga niños menores de 5 años que sean derechohabientes de la UMF 21, mediante un cuestionario que se realizara a la población participativa	Cualitativa Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1) Sin escolaridad 2) Primaria 3) Secundaria 4) Medio superior 5) Licenciatura 6) Maestría, posgrado o Doctorado
ESTADO CIVIL DEL TUTOR	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.	Se obtendrá el estado civil en base a la población que tenga niños menores de 5 años que sean derechohabientes de la UMF 21, mediante un cuestionario que se realizara a la población participativa	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1) Soltero 2) Unión Libre 3) Casado 4) Divorciado 5) Viudo
OCUPACION DEL TUTOR	Es el empleo u oficio que desempeña una persona con fines de obtener recursos económicos o satisfacer necesidades	Se obtendrá el estado civil en base a la población que tenga niños menores de 5 años que sean derechohabientes de la UMF 21, mediante un cuestionario que se realizara a la población participativa	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1) Obrero 2) Empleado 3) Desempleado 4) Ama de casa 5) Trabaja por su cuenta 6) Jubilado

VARIABLES DEL ESTUDIO:

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Indicador
Conocimiento sobre el Concepto de Enfermedad Diarreica Aguda	Es la capacidad cognitiva sobre el concepto de Diarrea	Se obtendrá mediante un cuestionario que se realizara a los padres que tengan niños menores de 5 años que sean derechohabientes de la UMF 21	Cualitativa Nominal	1) SI 2) NO
Conocimiento sobre la etiología de la Enfermedad Diarreica Aguda	Es la capacidad cognitiva sobre sobre la etiología de la Enfermedad Diarreica Aguda	Se obtendrá mediante un cuestionario que se realizara a los padres que tengan niños menores de 5 años que sean derechohabientes de la UMF 21	Cualitativa Nominal	1) SI 2) NO
Conocimiento sobre los síntomas de la Enfermedad Diarreica Aguda	Es la capacidad cognitiva sobre sobre los síntomas de la Enfermedad Diarreica Aguda	Se obtendrá mediante un cuestionario que se realizara a los padres que tengan niños menores de 5 años que sean derechohabientes de la UMF 21	Cualitativa Nominal	1) SI 2) NO
Conocimiento sobre los signos de deshidratación	Es la capacidad cognitiva sobre sobre los signos de deshidratación	Se obtendrá mediante un cuestionario que se realizara a los padres que tengan niños menores de 5 años que sean derechohabientes de la UMF 21	Cualitativa Nominal	1) SI 2) NO
Conocimiento sobre el Tratamiento en el hogar	Es la capacidad cognitiva sobre sobre el Tratamiento en el hogar	Se obtendrá mediante un cuestionario que se realizara a los padres que tengan niños	Cualitativa Nominal	1) SI 2) NO

		menores de 5 años que sean derechohabientes de la UMF 21		
Conocimiento sobre Preparación de vida suero oral	Es la capacidad cognitiva sobre sobre Preparación de vida suero oral	Se obtendrá mediante un cuestionario que se realizara a los padres que tengan niños menores de 5 años que sean derechohabientes de la UMF 21	Cualitativa Nominal	
Conocimiento sobre Medidas de prevención	Es la capacidad cognitiva sobre sobre Medidas de prevención	Se obtendrá mediante un cuestionario que se realizara a los padres que tengan niños menores de 5 años que sean derechohabientes de la UMF 21	Cualitativa Nominal	1) SI 2) NO
Calificación pre intervención educativa	Número de respuestas correctas antes de la intervención educativa	Se obtendrá mediante el número de respuestas correctas obtenidas en el cuestionario antes de la intervención educativa	Cuantitativa discontinua	Respuestas correctas obtenidas No_____
Calificación post intervención educativa	Número de respuestas correctas después de la intervención educativa	Se obtendrá mediante el número de respuestas correctas obtenidas en el cuestionario después de la intervención educativa	Cuantitativa discontinua	Respuestas correctas obtenidas No_____

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

1. El presente estudio se realizó en la UMF No. 21 del IMSS, Delegación Sur de la Ciudad de México, durante Abril del 2016 a Noviembre del 2016. Con el objetivo de medir el impacto de una intervención educativa a padres de niños menores de 5 años para la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda.
2. Se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema a desarrollar con el fin de determinar la importancia de una intervención educativa a los padres de niños menores de 5 años para prevención de Enfermedad Diarreica Aguda.
3. Se construyó el marco teórico y el diseño del estudio.
4. Una vez registrado el protocolo al SIRELCIS y ser autorizado por el Comité de Investigación, se redactó el consentimiento informado que fue dirigido al Consejo de Ética de esta Unidad solicitando el permiso para la aplicación de un cuestionario sobre el conocimiento de los padres de niños menores de 5 años para prevenir la Enfermedad Diarreica Aguda, el cual fue avalado a juicio de tres expertos: Dr. José Eduardo Gutierrez García, Médico Cirujano Especialista en Medicina Familiar Ced. Esp. 7515685. Dr. Octaviano Javier Crespo Salazar. Médico Cirujano Especialista en Medicina Familiar Ced. Esp. 5687137. Dr. Jorge Arturo Rodríguez López. Médico Cirujano Especialista en Medicina Familiar Ced. Esp. 7674507. La aplicación del cuestionario a los derechohabientes fue para obtener datos que indiquen el nivel de conocimientos que tengan de los padres de niños menores de 5 años para prevenir la Enfermedad Diarreica Aguda y así se aplicó una intervención educativa para mejorar su conocimiento.
5. Se les invitó a participar a padres de niños menores de 5 años, los participantes recibieron una explicación clara y veraz sobre el motivo del estudio y su trascendencia, por lo cual se les proporcionó un consentimiento

informado por escrito para realizar la aplicación del instrumento (cuestionario) en un tiempo aproximadamente de 15 minutos.

6. Los participantes a los cuales se les aplicó dicho instrumento se seleccionaron por conveniencia en la consulta tanto en el turno matutino y vespertino; que cumplieron con los criterios de inclusión.
7. Se les proporcionó un cuestionario, para ver las deficiencias que existían y se les dio una exposición con técnica expositiva en la que se utilizó material de apoyo con folletos, sobre la prevención de Enfermedades Diarreicas, se les proporcionó folletos para que repasen y tengan a la mano los principales datos de alarma y medidas de prevención, posteriormente se les aplicó nuevamente el mismo cuestionario para ver las mejorías en el conocimiento.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

El análisis de resultados se realizó con pruebas de estadística descriptiva, de tendencia central (media, mediana) y de dispersión (Desviación Estándar) y estadística inferencial de tipo paramétrico con la prueba t student por la comparación de medias.

ASPECTOS ETICOS

Se considera este estudio de acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud vigente desde el 2007 en base al segundo título, en base al segundo título, artículo 17 como investigación con riesgo a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio, se cuidará el anonimato y la confidencialidad de todos los datos obtenidos en la investigación, y capítulo 1. Además de cumplir en lo estipulado por la ley general de salud en los artículos 20 que estipula sobre el consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción algún. El artículo 98 en la cual estipula la supervisión del comité de ética para la realización de la investigación y se cumplen con las bases del artículo 100, en materia de seguridad. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. (Comprobado el 05 de diciembre del 2008), apartado 25. (24) El investigador se apegará a la pauta 12 de la confidencialidad de la declaración de Helsinki al tomar medidas para proteger la confidencialidad de dichos datos, omitiendo información que pudiese revelar la identidad de las personas, limitando el acceso a los datos, o por otros medios. En la pauta 8 la investigación en que participan seres humanos se relaciona con el respeto por la dignidad de cada participante así como el respeto por las comunidades y la protección de los derechos y bienestar de los participantes. Se consideran también sus enmiendas año 2002 sobre no utilización de placebos, Y se consideran los lineamientos de la OMS en las guías de consideraciones éticas para poblaciones CIOMS.

RECURSOS HUMANOS Y FÍSICOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

RECURSOS HUMANOS.

Pacientes deseen y acepten participar en estudio

El propio investigador

Asesor metodológico.

RECURSOS FÍSICOS Y MATERIALES

Computadora, papelería de oficina.

Software Windows vista,

Cuestionarios y base de datos.

RECURSOS FINANCIEROS.

Financiado por el propio investigador

FACTIBILIDAD

Puesto que se contó con los recursos necesarios (humanos, materiales y financieros), datos disponibles, tiempo disponible, es viable la realización del estudio.

RESULTADOS

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

De acuerdo al estudio realizado, se obtuvo un total de 73 pacientes encuestados, reportando los siguientes resultados:

Edad de los niños

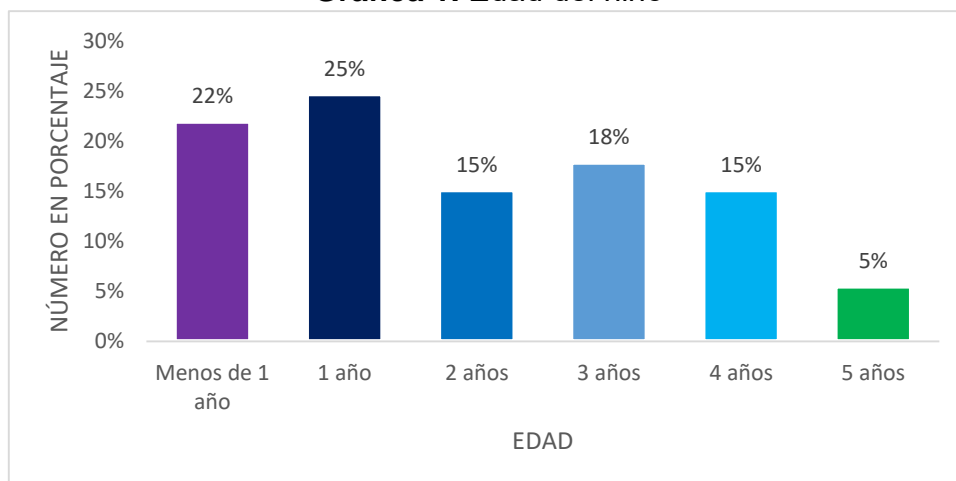
Los datos expuestos en la siguiente tabla corresponden a la edad de los hijos de los padres encuestados, siendo la edad que menos se presentó fue la de 5 años con un 5% y la que mayor se presentó fue la de 1 año con un 25%.

Tabla I. Edad del niño

EDAD	No	%
Menos de 1 año	16	22%
1 año	18	25%
2 años	11	15%
3 años	13	18%
4 años	11	15%
5 años	4	5%
TOTAL	73	100%

Fuente: Encuesta aplicada de "Impacto de una Intervención Educativa a padres de niños menores de 5 años en el conocimiento en la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en la UMF 21"

Gráfica 1. Edad del niño



Fuente: Encuesta aplicada de "Impacto de una Intervención Educativa a padres de niños menores de 5 años en el conocimiento en la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en la UMF 21"

Edad del Tutor

Los datos expuestos en la siguiente tabla corresponden a la edad de los padres encuestados, el grupo de edad que menos se presentó fue la de 16-20 años con un 3% y la que mayor se presentó fue la de 26-30 años con un 27%, con una media de 30.32876712, una mediana de 30 y una moda de 30.

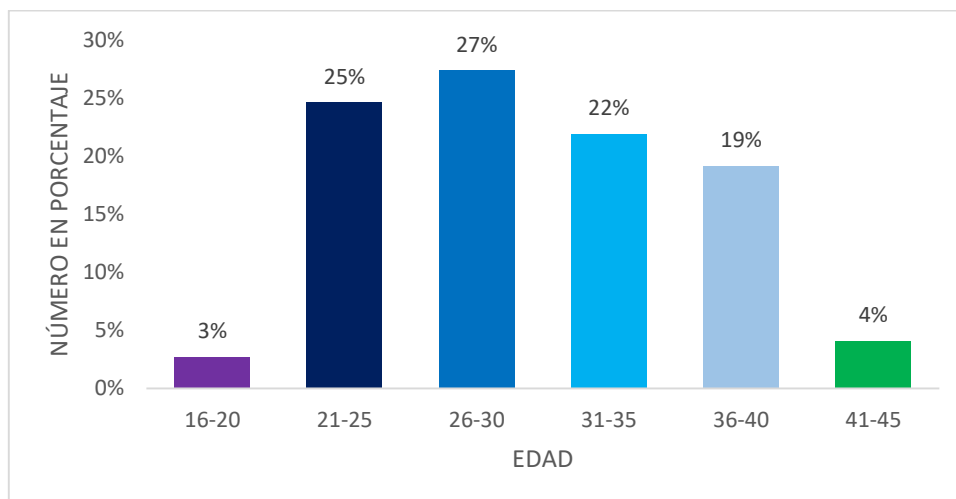
Tabla II. Edad del tutor

EDAD	No	%
16-20	2	3%
21-25	18	25%
26-30	20	27%
31-35	16	22%
36-40	14	19%
41-45	3	4%
TOTAL	73	100%

	MEDIA	MEDIANA	MODA
EDAD	30.32876712	30	30

Fuente: Encuesta aplicada de "Impacto de una Intervención Educativa a padres de niños menores de 5 años en el conocimiento en la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en la UMF 21"

Gráfica 2. Edad del tutor



Fuente: Encuesta aplicada de "Impacto de una Intervención Educativa a padres de niños menores de 5 años en el conocimiento en la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en la UMF 21"

Sexo del Tutor

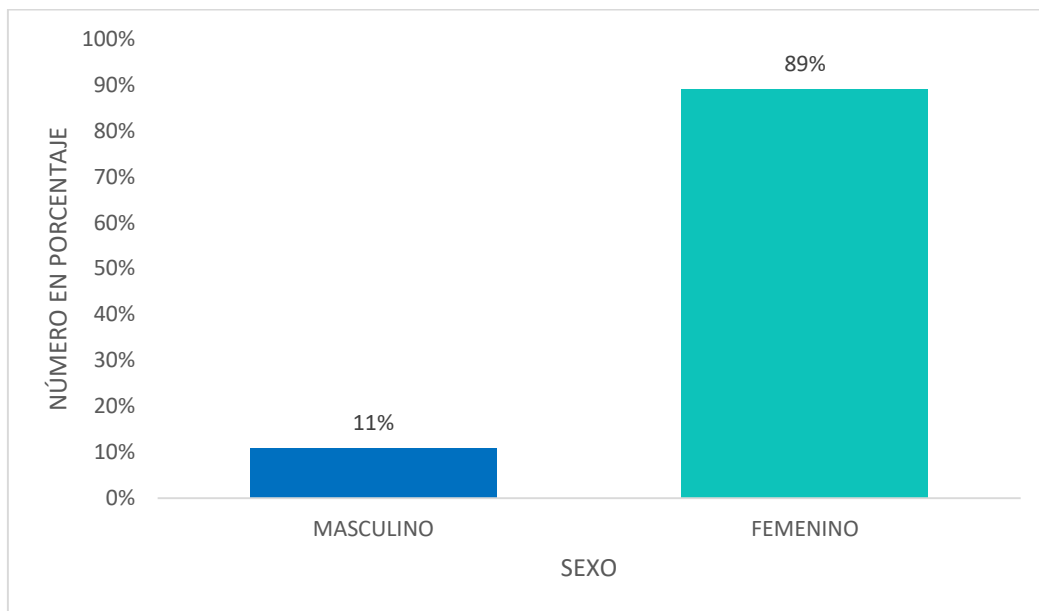
Los datos expuestos en la siguiente tabla corresponden al sexo de los tutores encuestados, 8 personas fueron hombres con un 11% y 65 fueron mujeres con un 89%.

Tabla III. Sexo del tutor

SEXO	No	%
MASCULINO	8	11%
FEMENINO	65	89%
TOTAL	73	100%

Fuente: Encuesta aplicada de "Impacto de una Intervención Educativa a padres de niños menores de 5 años en el conocimiento en la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en la UMF 21"

Gráfica 3. Sexo del tutor



Fuente: Encuesta aplicada de "Impacto de una Intervención Educativa a padres de niños menores de 5 años en el conocimiento en la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en la UMF 21"

Estado Civil Tutor

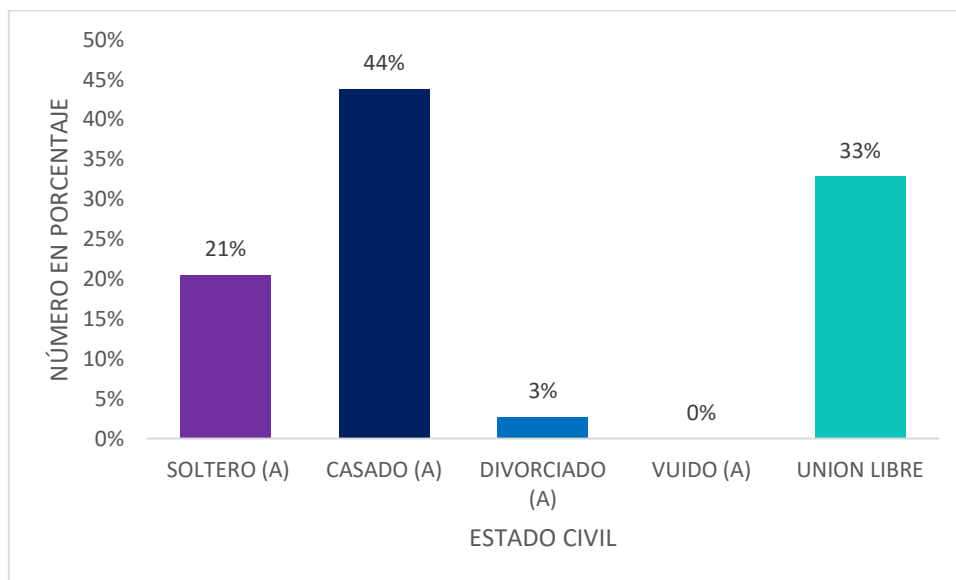
Los datos expuestos en la siguiente tabla corresponden al estado civil del tutor, el que no se presentó fue el de viudo, y el que más se presentó fue el de casado con un 44%.

Tabla IV. Estado civil del tutor

EDO CIVIL	No	%
SOLTERO (A)	15	21%
CASADO (A)	32	44%
DIVORCIADO (A)	2	3%
VUIDO (A)	0	0%
UNION LIBRE	24	33%
TOTAL	73	100%

Fuente: Encuesta aplicada de "Impacto de una Intervención Educativa a padres de niños menores de 5 años en el conocimiento en la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en la UMF 21"

Gráfica 4. Estado civil del tutor



Fuente: Encuesta aplicada de "Impacto de una Intervención Educativa a padres de niños menores de 5 años en el conocimiento en la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en la UMF 21"

Ocupación del Tutor

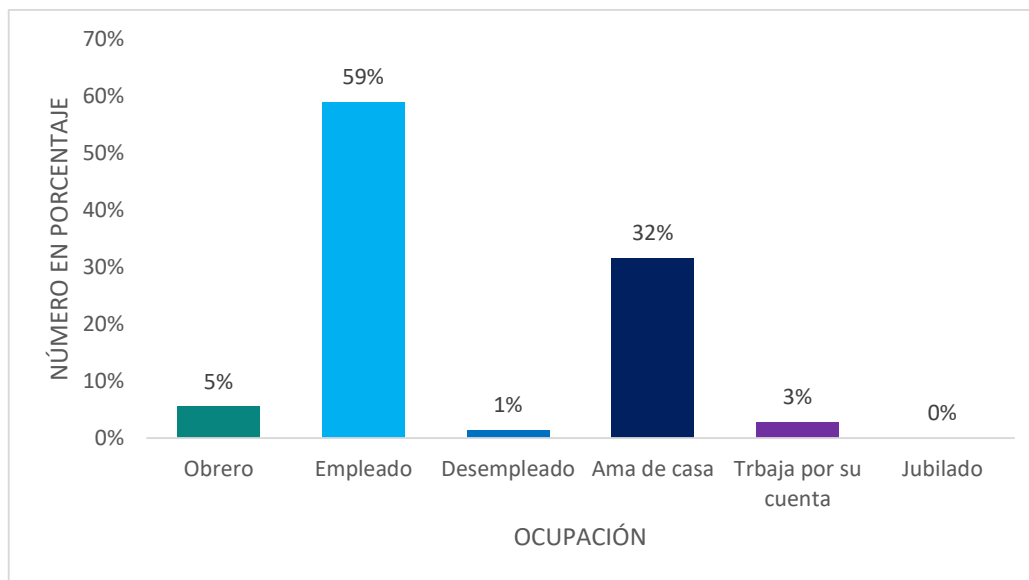
Los datos expuestos en la siguiente tabla corresponden a la ocupación del tutor, siendo la de jubilado la que no se presentó y la que más se presentó fue la de empleado con un 59%

Tabla IV. Ocupación del tutor

OCUPACION	No	%
Obrero	4	5%
Empleado	43	59%
Desempleado	1	1%
Ama de casa	23	32%
Trabaja por su cuenta	2	3%
Jubilado	0	0%
TOTAL	73	100%

Fuente: Encuesta aplicada de "Impacto de una Intervención Educativa a padres de niños menores de 5 años en el conocimiento en la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en la UMF 21"

Gráfica 4. Ocupación del tutor



Fuente: Encuesta aplicada de "Impacto de una Intervención Educativa a padres de niños menores de 5 años en el conocimiento en la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en la UMF 21"

Nivel de Escolaridad del Tutor

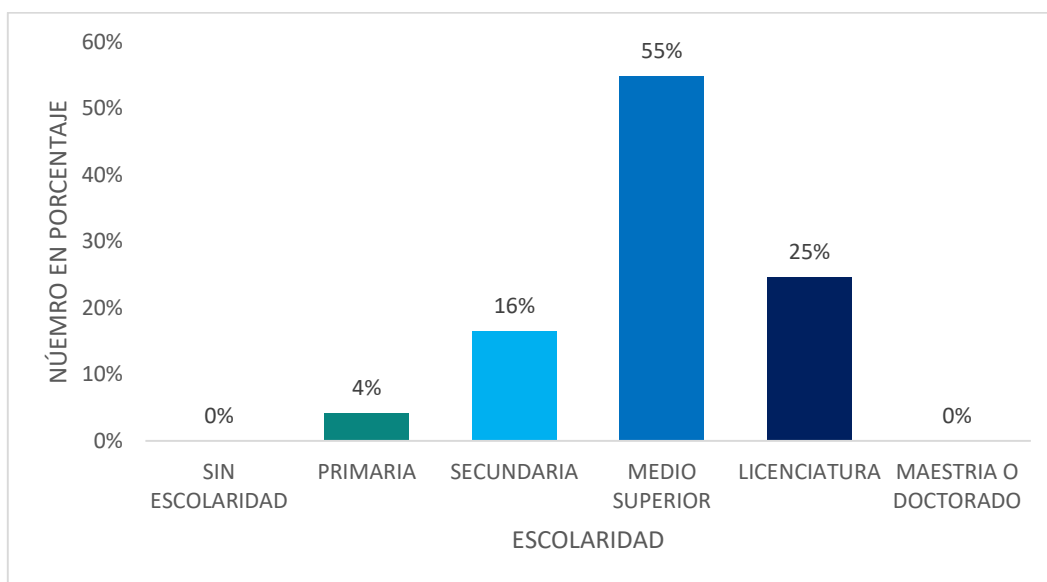
Los datos expuestos en la siguiente tabla corresponden al nivel de escolaridad del tutor, siendo el de sin escolaridad, maestría, posgrado y doctorado los que no se presentaron y la que más se presentó fue la de medio superior con un 55%

Tabla V. Escolaridad del tutor

ESCOLARIDAD	No	%
SIN ESCOLARIDAD	0	0%
PRIMARIA	3	4%
SECUNDARIA	12	16%
MEDIO SUPERIOR	40	55%
LICENCIATURA	18	25%
MAESTRIA, POSGRADO DOCTORADO	0	0%
TOTAL	73	100%

Fuente: Encuesta aplicada de "Impacto de una Intervención Educativa a padres de niños menores de 5 años en el conocimiento en la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en la UMF 21"

Gráfica 5. Escolaridad del tutor



Fuente: Encuesta aplicada de "Impacto de una Intervención Educativa a padres de niños menores de 5 años en el conocimiento en la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en la UMF 21"

Nivel Socioeconómico

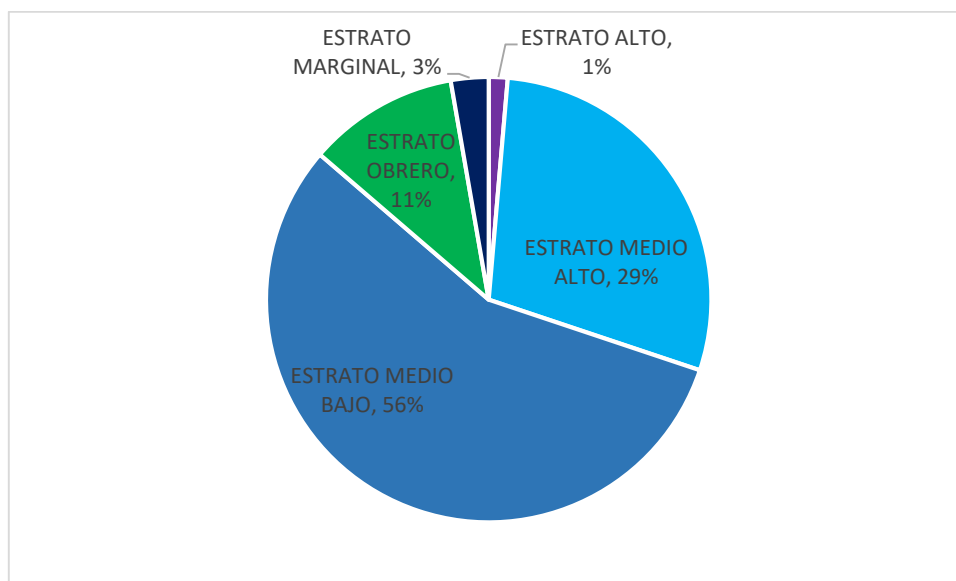
Los datos expuestos en la siguiente tabla corresponden al estado socioeconómico del tutor, siendo el estrato alto el que menos se presentó con 1% y el que más se presentó fue el de estrato medio bajo con un 56%.

Tabla VI. Nivel Socioeconómico

NIVEL SOCIOECONOMICO	No	%
ESTRATO ALTO	1	1%
ESTRATO MEDIO ALTO	21	29%
ESTRATO MEDIO BAJO	41	56%
ESTRATO OBRERO	8	11%
ESTRATO MARGINAL	2	3%
TOTAL	73	100%

Fuente: Encuesta aplicada de "Impacto de una Intervención Educativa a padres de niños menores de 5 años en el conocimiento en la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en la UMF 21"

Gráfica 6. Nivel socioeconómico



Fuente: Encuesta aplicada de "Impacto de una Intervención Educativa a padres de niños menores de 5 años en el conocimiento en la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en la UMF 21"

CONOCIMIENTO DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

Conocimiento sobre el Concepto de la Diarrea

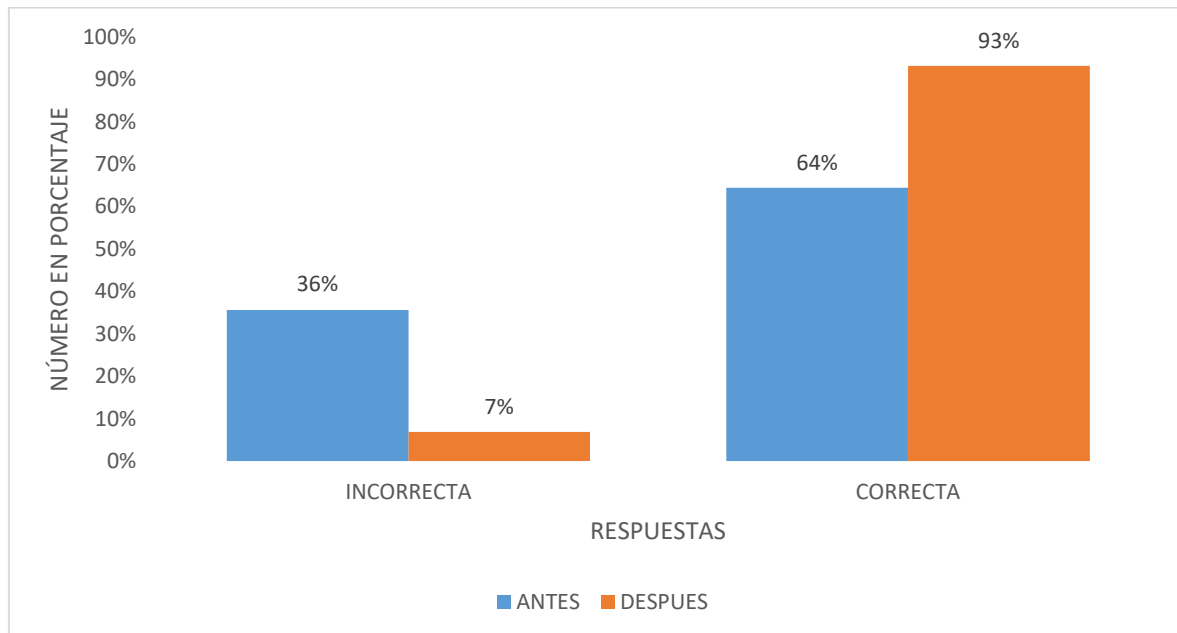
Los datos expuestos en la siguiente tabla corresponden al conocimiento antes y después de una intervención educativa sobre el concepto de diarrea. Antes de la intervención educativa 47 personas que equivale al 64% tiene conocimiento sobre el concepto y 26 personas que equivale al 36% desconocen el concepto, posteriormente a la intervención educativa aumentó el conocimiento en 21 personas con un total de 68 personas, que equivale al 93%.

Tabla VII. Concepto de Diarrea

	No CORRECTA	% CORRECTA	No INCORRECTA	% INCORRECTA	TOTAL No	Total %
ANTES	47	64%	26	36%	73	100%
DESPUES	68	93%	5	7%	73	100 %
DIFERENCIA	21		21			

Fuente: Encuesta aplicada de "Impacto de una Intervención Educativa a padres de niños menores de 5 años en el conocimiento en la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en la UMF 21"

Gráfica 7. Concepto de Diarrea



Fuente: Encuesta aplicada de "Impacto de una Intervención Educativa a padres de niños menores de 5 años en el conocimiento en la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en la UMF 21"

Conocimiento sobre la Etiología de la Diarrea

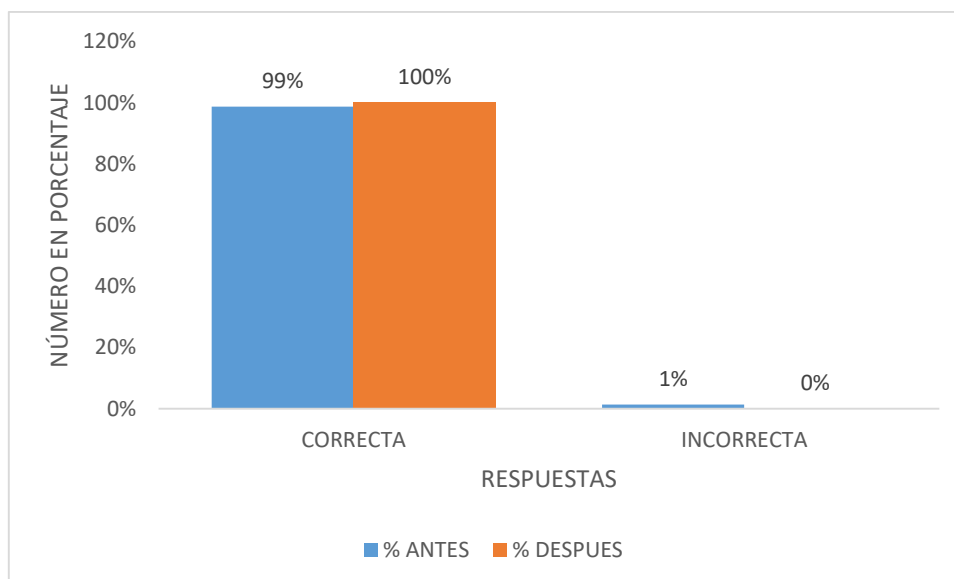
Los datos expuestos en la siguiente tabla corresponden al conocimiento antes y después de una intervención educativa sobre la etiología de la diarrea, antes de la intervención educativa 72 personas que equivale al 99% tiene conocimiento sobre la etiología y solo una persona que equivale al 1% la desconoce, posteriormente a la intervención educativa aumentó el conocimiento en 1 persona con un total de 73 personas que equivale al 100%.

Tabla VIII. Etiología de Diarrea

	No CORRECTA	% CORRECTA	No INCORRECTA	% INCORRECTA	TOTAL No	Total %
ANTES	72	99%	1	1%	73	100%
DESPUES	73	100%	0	0%	73	100
DIFERENCIA	1		1			

Fuente: Encuesta aplicada de "Impacto de una Intervención Educativa a padres de niños menores de 5 años en el conocimiento en la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en la UMF 21"

Gráfica 8. Etiología de Diarrea



Fuente: Encuesta aplicada de "Impacto de una Intervención Educativa a padres de niños menores de 5 años en el conocimiento en la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en la UMF 21"

Conocimiento sobre los Síntomas de la Diarrea

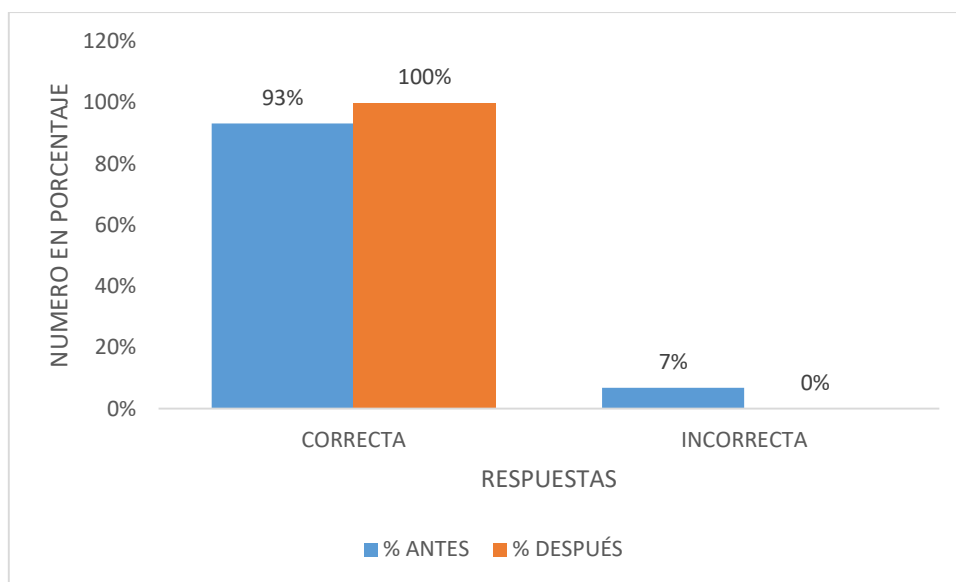
Los datos expuestos en la siguiente tabla corresponden al nivel de conocimiento antes y después de una intervención educativa sobre los síntomas de diarrea, antes de la intervención educativa 68 personas que equivale al 93% tiene conocimiento sobre los síntomas y 5 personas que equivale al 7% los desconocen, posteriormente a la intervención educativa aumentó el conocimiento en 5 personas con un total de 73 personas que equivale al 100%.

Tabla IX. Síntomas de Diarrea

	No CORRECTA	% CORRECTA	No INCORRECTA	% INCORRECTA	TOTAL No	Total %
ANTES	68	93%	5	7%	73	100%
DESPUES	73	100%	0	0%	73	100
DIFERENCIA	5		5			

Fuente: Encuesta aplicada de "Impacto de una Intervención Educativa a padres de niños menores de 5 años en el conocimiento en la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en la UMF 21"

Gráfica 9. Síntomas de Diarrea



Fuente: Encuesta aplicada de "Impacto de una Intervención Educativa a padres de niños menores de 5 años en el conocimiento en la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en la UMF 21"

Conocimiento sobre los Signos de Deshidratación

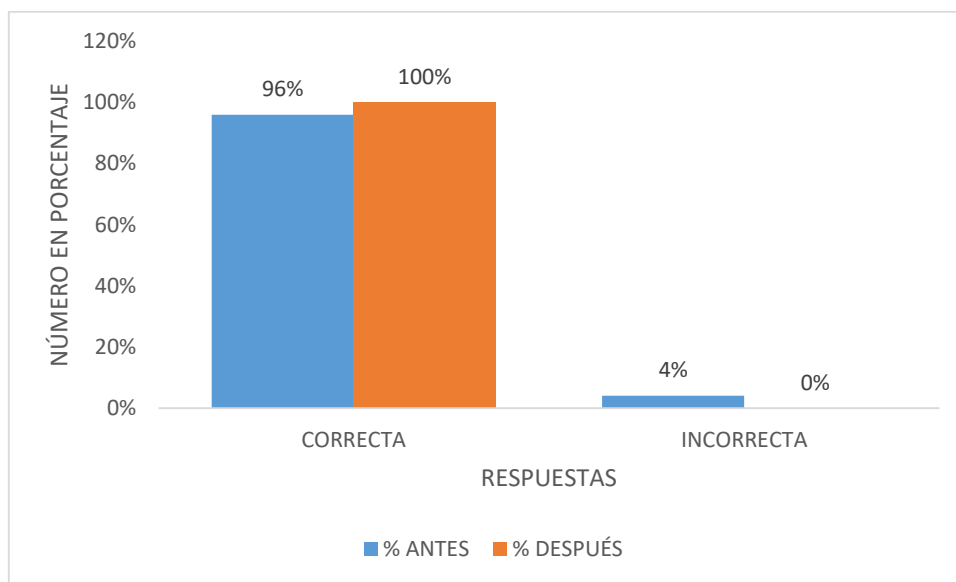
Los datos expuestos en la siguiente tabla corresponden al nivel de conocimiento antes y después de una intervención educativa sobre los signos de deshidratación, antes de la intervención educativa 70 personas que equivale al 96% tiene conocimiento sobre los signos y 3 personas que equivale al 4% los desconocen, posteriormente a la intervención educativa aumentó el conocimiento en 3 personas con un total de 73 personas que equivale al 100%.

Tabla X. Signos de Deshidratación

	No CORRECTA	% CORRECTA	No INCORRECTA	% INCORRECTA	TOTAL No	Total %
ANTES	70	96%	3	4%	73	100%
DESPUES	73	100%	0	0%	73	100
DIFERENCIA	3		3			

Fuente: Encuesta aplicada de "Impacto de una Intervención Educativa a padres de niños menores de 5 años en el conocimiento en la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en la UMF 21"

Gráfica 10. Signos de Deshidratación



Fuente: Encuesta aplicada de "Impacto de una Intervención Educativa a padres de niños menores de 5 años en el conocimiento en la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en la UMF 21"

Conocimiento sobre el tratamiento en el hogar

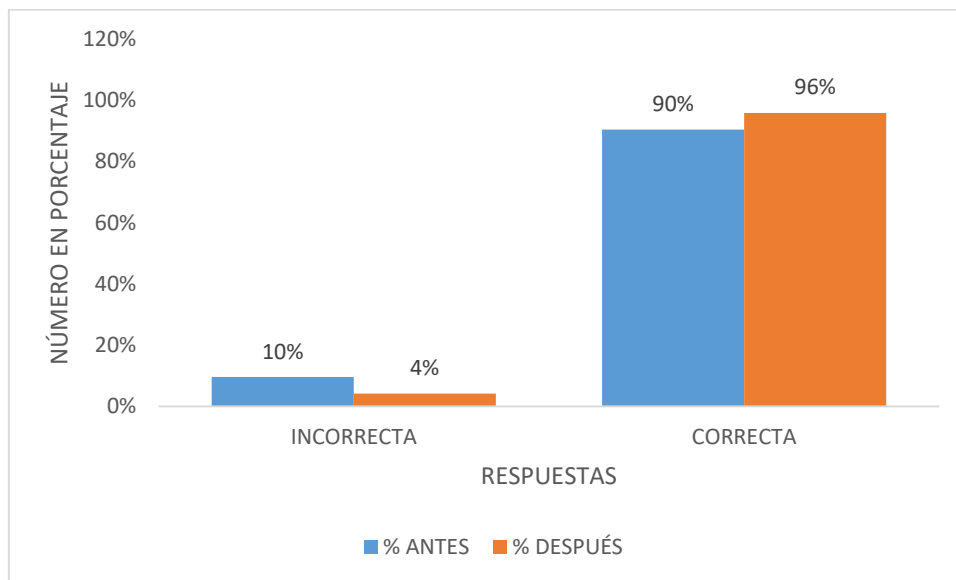
Los datos expuestos en la siguiente tabla corresponden al nivel de conocimiento antes y después de una intervención educativa sobre tratamiento de hidratación en el hogar, antes de la intervención educativa 66 personas que equivale al 90% tiene conocimiento sobre el tratamiento de hidratación y 7 personas que equivale al 10 % los desconocen, posteriormente a la intervención educativa aumentó el conocimiento en 4 personas con un total de 70 personas que equivale al 96%.

Tabla XI. Hidratación

	No CORRECTA	% CORRECTA	No INCORRECTA	% INCORRECTA	TOTAL No	Total %
ANTES	66	90%	7	10%	73	100%
DESPUES	70	96%	3	4%	73	100
DIFERENCIA	4		4			

Fuente: Encuesta aplicada de "Impacto de una Intervención Educativa a padres de niños menores de 5 años en el conocimiento en la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en la UMF 21"

Gráfica 11. Hidratación



Fuente: Encuesta aplicada de "Impacto de una Intervención Educativa a padres de niños menores de 5 años en el conocimiento en la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en la UMF 21"

Conocimiento sobre el tratamiento en el hogar

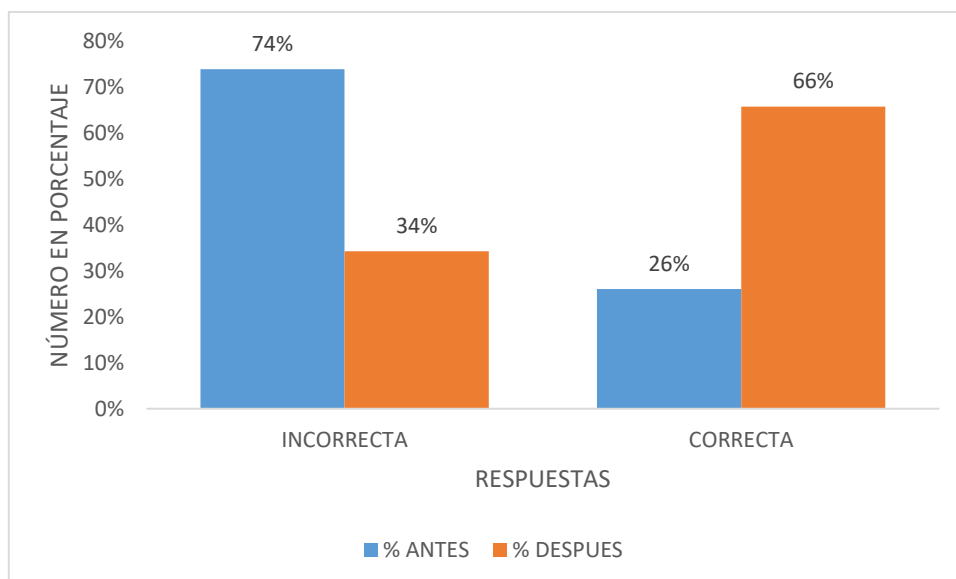
Los datos expuestos en la siguiente tabla corresponden al nivel de conocimiento antes y después de una intervención educativa sobre el uso del Vida Suero Oral, antes de la intervención educativa 19 personas que equivale al 26% tiene conocimiento sobre el uso del Vida Suero Oral y 54 personas que equivale al 74 % los desconocen, posteriormente a la intervención educativa aumentó el conocimiento en 29 personas con un total de 48 personas que equivale al 66 %.

Tabla XII. Uso del VSO

	No CORRECTA	% CORRECTA	No INCORRECTA	% INCORRECTA	TOTAL No	Total %
ANTES	19	26%	54	74%	73	100%
DESPUES	48	66%	25	34%	73	100%
DIFERENCIA	29		29			

Fuente: Encuesta aplicada de "Impacto de una Intervención Educativa a padres de niños menores de 5 años en el conocimiento en la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en la UMF 21"

Gráfica 12. Uso del VSO



Fuente: Encuesta aplicada de "Impacto de una Intervención Educativa a padres de niños menores de 5 años en el conocimiento en la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en la UMF 21"

Conocimiento sobre el tratamiento en el hogar

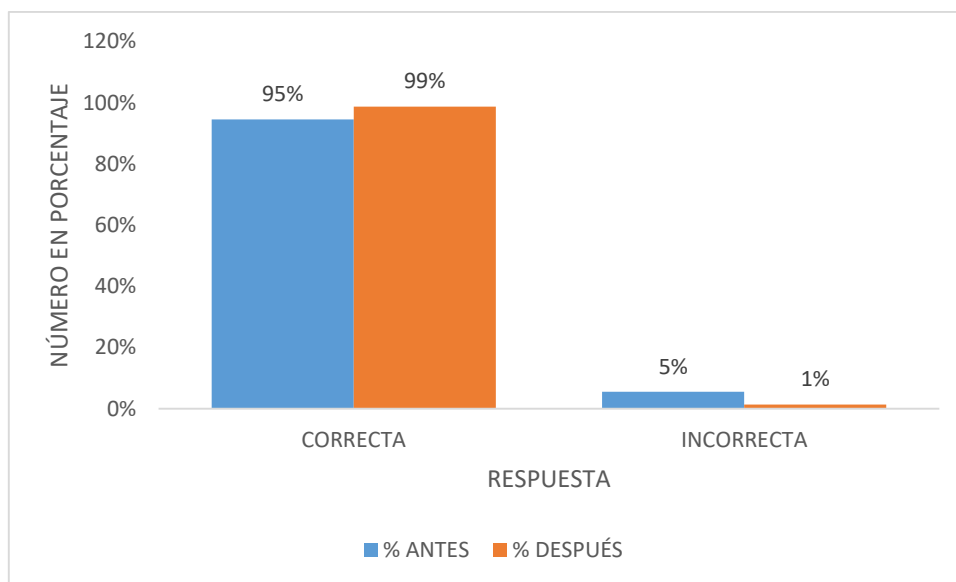
Los datos expuestos en la siguiente tabla corresponden al nivel de conocimiento antes y después de una intervención educativa sobre la preparación del Vida Suero Oral, antes de la intervención educativa 69 personas que equivale al 95% tiene conocimiento sobre la preparación del Vida Suero Oral y 4 personas que equivale al 5% los desconocen, posteriormente a la intervención educativa aumentó el conocimiento en 3 personas con un total de 72 personas que equivale al 99%.

Tabla XIII. Preparación del VSO

	No CORRECTA	% CORRECTA	No INCORRECTA	% INCORRECTA	TOTAL No	Total %
ANTES	69	95%	4	5%	73	100%
DESPUES	72	99%	1	1%	73	100
DIFERENCIA	3		3			

Fuente: Encuesta aplicada de "Impacto de una Intervención Educativa a padres de niños menores de 5 años en el conocimiento en la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en la UMF 21"

Gráfica 13. Preparación del VSO



Fuente: Encuesta aplicada de "Impacto de una Intervención Educativa a padres de niños menores de 5 años en el conocimiento en la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en la UMF 21"

Conocimiento sobre el tratamiento en el hogar

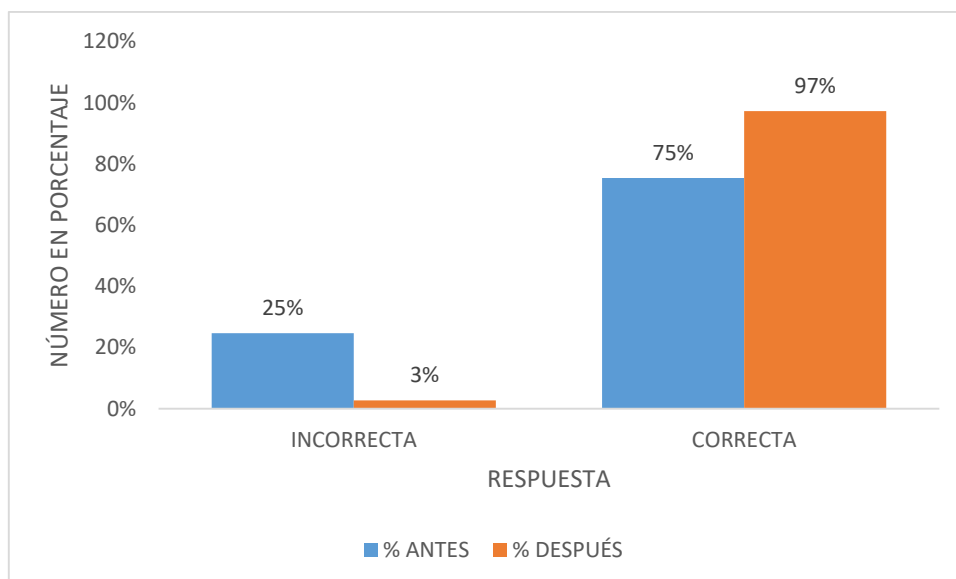
Los datos expuestos en la siguiente tabla corresponden al nivel de conocimiento antes y después de una intervención educativa sobre la administración del Vida Suero Oral, antes de la intervención educativa 55 personas que equivale al 75% tiene conocimiento sobre la administración del Vida Suero Oral y 18 personas que equivale al 25% lo desconocen, posteriormente a la intervención educativa aumentó el conocimiento en 16 personas con un total de 71 personas que equivale al 97%.

Tabla XIV. Administración del VSO

	No CORRECTA	% CORRECTA	No INCORRECTA	% INCORRECTA	TOTAL No	Total %
ANTES	55	75%	18	25%	73	100%
DESPUES	71	97%	2	3%	73	100
DIFERENCIA	16		16			

Fuente: Encuesta aplicada de "Impacto de una Intervención Educativa a padres de niños menores de 5 años en el conocimiento en la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en la UMF 21"

Gráfica 14. Administración del VSO



Fuente: Encuesta aplicada de "Impacto de una Intervención Educativa a padres de niños menores de 5 años en el conocimiento en la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en la UMF 21"

Conocimiento sobre el tratamiento en el hogar

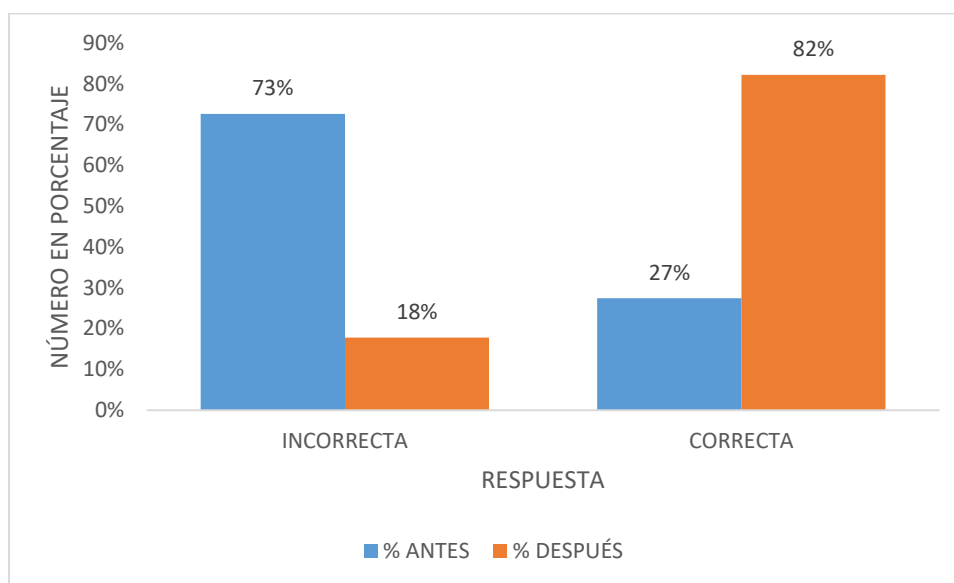
Los datos expuestos en la siguiente tabla corresponden al nivel de conocimiento antes y después de una intervención educativa sobre la administración la duración del Vida Suero Oral, antes de la intervención educativa 20 personas que equivale al 27% tiene conocimiento sobre la duración del Vida Suero Oral y 53 personas que equivale al 73% lo desconocen, posteriormente a la intervención educativa aumentó el conocimiento en 40 personas con un total de 60 personas que equivale al 82%.

Tabla XV. Duración del VSO

	No CORRECTA	% CORRECTA	No INCORRECTA	% INCORRECTA	TOTAL No	Total %
ANTES	20	27%	53	73%	73	100%
DESPUES	60	82%	13	18%	73	100
DIFERENCIA	40		40			

Fuente: Encuesta aplicada de "Impacto de una Intervención Educativa a padres de niños menores de 5 años en el conocimiento en la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en la UMF 21"

Gráfica 15. Duración del VSO



Fuente: Encuesta aplicada de "Impacto de una Intervención Educativa a padres de niños menores de 5 años en el conocimiento en la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en la UMF 21"

Conocimiento sobre Medidas de prevención

Los datos expuestos en la siguiente tabla corresponden al nivel de conocimiento antes y después de una intervención educativa sobre los momentos de lavado de manos, en la que se observa que el 100% de las personas encuestadas tiene el conocimiento, por lo cual se omite la gráfica.

Tabla XVI. Momentos de Lavado de manos

	No CORRECTA	% CORRECTA	No INCORRECTA	% INCORRECTA	TOTAL No	Total %
ANTES	73	100%	0	0%	73	100%
DESPUES	73	100%	0	0%	73	100
DIFERENCIA	0		0			

Fuente: Encuesta aplicada de "Impacto de una Intervención Educativa a padres de niños menores de 5 años en el conocimiento en la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en la UMF 21"

Conocimiento sobre Medidas de prevención

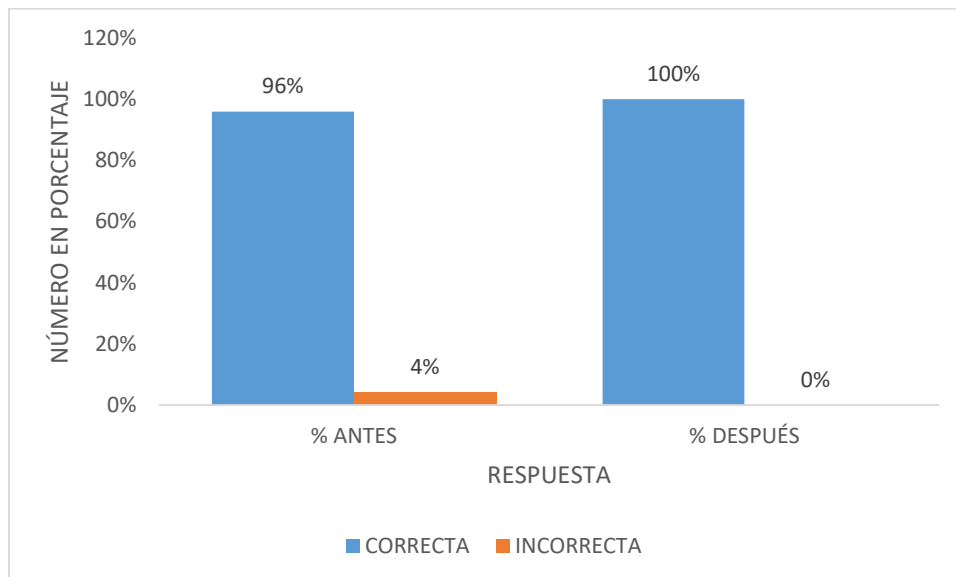
Los datos expuestos en la siguiente tabla corresponden al nivel de conocimiento antes y después de una intervención educativa sobre las medidas preventivas, antes de la intervención educativa 70 personas que equivale al 96% tiene conocimiento sobre las medidas preventivas y 3 personas que equivale al 4% lo desconocen, posteriormente a la intervención educativa aumentó el conocimiento en 3 personas con un total de 73 personas que equivale al 100%.

Tabla XVII. Medidas preventivas

	No CORRECTA	% CORRECTA	No INCORRECTA	% INCORRECTA	TOTAL No	Total %
ANTES	70	96%	3	4%	73	100%
DESPUES	73	100%	0	0%	73	100
DIFERENCIA	3		3			

Fuente: Encuesta aplicada de "Impacto de una Intervención Educativa a padres de niños menores de 5 años en el conocimiento en la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en la UMF 21"

Gráfica 16. Medidas preventivas



Fuente: Encuesta aplicada de "Impacto de una Intervención Educativa a padres de niños menores de 5 años en el conocimiento en la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en la UMF 21"

Conocimiento sobre Medidas de prevención

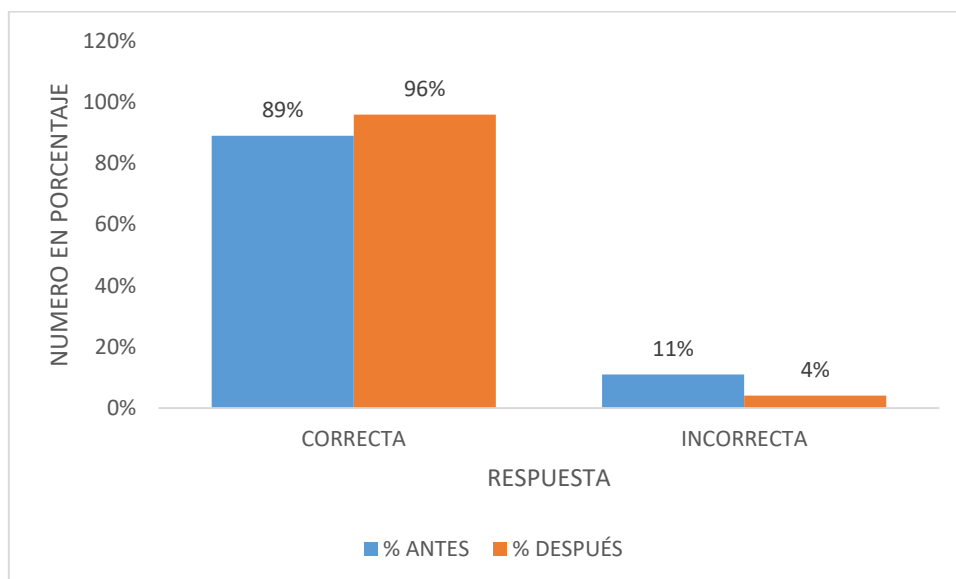
Los datos expuestos en la siguiente tabla corresponden al nivel de conocimiento antes y después de una intervención educativa sobre la desinfección de las frutas y verduras, antes de la intervención educativa 65 personas que equivale al 89% tiene conocimiento sobre la desinfección de frutas y verduras y 8 personas que equivale al 11% lo desconocen, posteriormente a la intervención educativa aumentó el conocimiento en 5 personas con un total de 70 personas que equivale al 96%.

Tabla XVIII. Desinfección de frutas y verduras

	No CORRECTA	% CORRECTA	No INCORRECTA	% INCORRECTA	TOTAL No	Total %
ANTES	65	89%	8	11%	73	100%
DESPUES	70	96%	3	4%	73	100
DIFERENCIA	5		5			

Fuente: Encuesta aplicada de "Impacto de una Intervención Educativa a padres de niños menores de 5 años en el conocimiento en la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en la UMF 21"

Gráfica 17. Desinfección de frutas y verduras



Fuente: Encuesta aplicada de "Impacto de una Intervención Educativa a padres de niños menores de 5 años en el conocimiento en la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en la UMF 21"

Conocimiento sobre Medidas de prevención

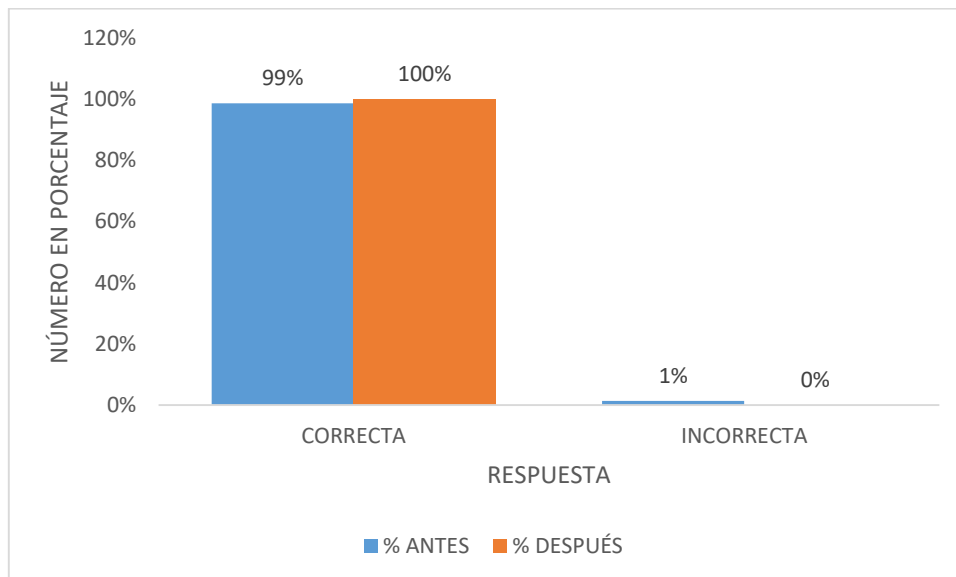
Los datos expuestos en la siguiente tabla corresponden al nivel de conocimiento antes y después de una intervención educativa sobre la protección de los alimentos, antes de la intervención educativa 72 personas que equivale al 99% tiene conocimiento sobre la protección de los alimentos y 1 persona que equivale al 1% lo desconocen, posteriormente a la intervención educativa aumentó el conocimiento en 1 persona con un total de 73 personas que equivale al 100%.

Tabla XIX. Protección de los Alimentos

	No CORRECTA	% CORRECTA	No INCORRECTA	% INCORRECTA	TOTAL No	Total %
ANTES	72	99%	1	1%	73	100%
DESPUES	73	100%	0	0%	73	100
DIFERENCIA	1		1			

Fuente: Encuesta aplicada de "Impacto de una Intervención Educativa a padres de niños menores de 5 años en el conocimiento en la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en la UMF 21"

Gráfica 18. Protección de los Alimentos



Fuente: Encuesta aplicada de "Impacto de una Intervención Educativa a padres de niños menores de 5 años en el conocimiento en la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en la UMF 21"

Conocimiento sobre Tratamiento

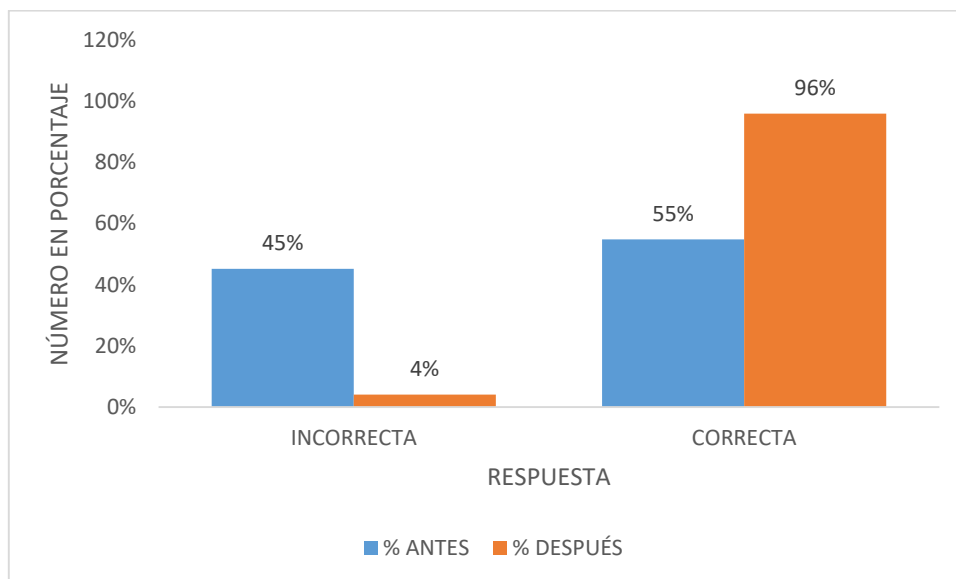
Los datos expuestos en la siguiente tabla corresponden al nivel de conocimiento antes y después de una intervención educativa sobre el uso de antibiótico, antes de la intervención educativa 40 personas que equivale al 55% tiene conocimiento sobre el uso de antibiótico y 33 personas que equivale al 45% lo desconocen, posteriormente a la intervención educativa aumentó el conocimiento en 30 personas con un total de 70 personas que equivale al 96%.

Tabla XX. Uso de Antibiótico

	No CORRECTA	% CORRECTA	No INCORRECTA	% INCORRECTA	TOTAL No	Total %
	40	55%	33	45%	73	100%
DESPUES	70	96%	3	4%	73	100
DIFERENCIA	30		30			

Fuente: Encuesta aplicada de "Impacto de una Intervención Educativa a padres de niños menores de 5 años en el conocimiento en la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en la UMF 21"

Gráfica 19. Uso de Antibiótico



Fuente: Encuesta aplicada de "Impacto de una Intervención Educativa a padres de niños menores de 5 años en el conocimiento en la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en la UMF 21"

TABLA XXI. Comparación de medias antes y después de intervención educativa utilizando t student

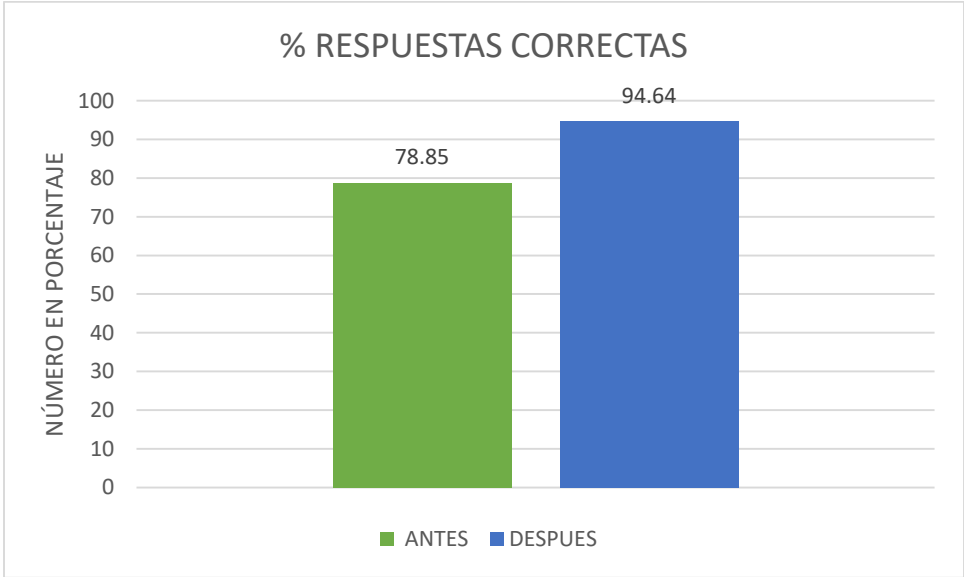
Se realizó la prueba de t student en la cual se obtuvo un promedio de respuestas correctas antes de la intervención educativa de 11.02 y un promedio posterior a la intervención educativa de 13.2, con una diferencia de medias de 2.18 y $p < 0.05$. Se rechaza la hipótesis nula y la aceptación de la hipótesis alterna, en donde los padres de niños menores de 5 años aumentaron el conocimiento para prevenir cuadros de enfermedad diarreica aguda posterior a la Intervención Educativa

PACIENTES	MEDIA ANTES	MEDIA DESPUÉS	DIFERENCIA DE MEDIAS	Valor de P
73	11.02	13.2	2.18	<0.05

Fuente: Encuesta aplicada de "Impacto de una Intervención Educativa a padres de niños menores de 5 años en el conocimiento en la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en la UMF 21"

Los datos expuestos en la siguiente gráfica corresponde al porcentaje del total de respuestas correctas del antes y después de la Intervención Educativa, en la cual se obtuvo un 78.85 % de respuestas correctas antes de la intervención y posterior a la intervención educativa aumentó el conocimiento en 94.64%.

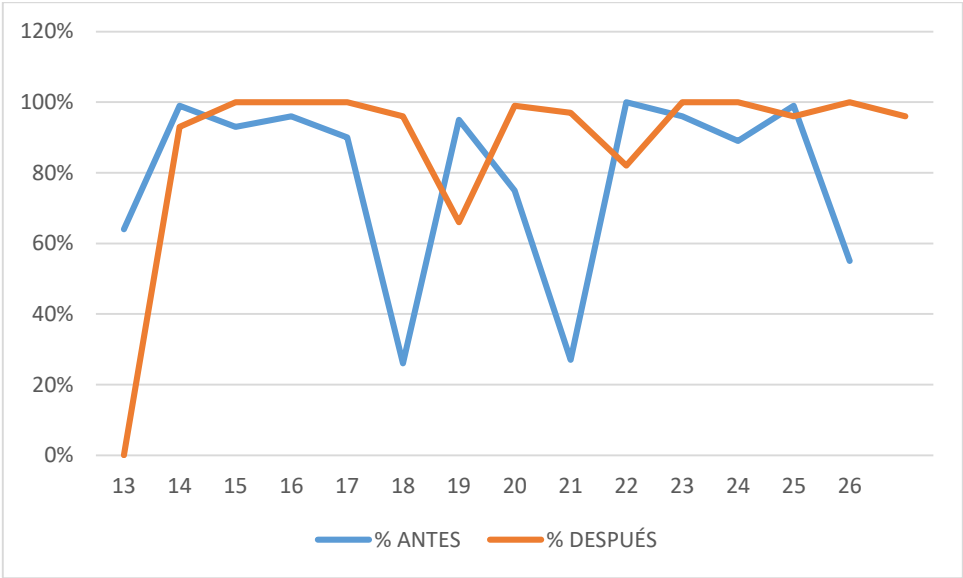
GRÁFICA 20. Porcentaje del total de respuestas correctas del antes y después de la Intervención Educativa



Fuente: Encuesta aplicada de "Impacto de una Intervención Educativa a padres de niños menores de 5 años en el conocimiento en la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en la UMF 21

Los datos expuestos en la siguiente gráfica corresponde al porcentaje respuestas correctas por pregunta del antes y después de la Intervención Educativa, en la cual en la pregunta 21 sobre la duración del Vida Suero Oral se obtuvo un mayor cambio de 27% antes de la intervención a un 82% después de la intervención, y el que menor mejoría presento fue el de la pregunta 18 del uso de vida suero oral con un 26% antes de la intervención y posterior a la intervención con un 66%.

GRÁFICA 21. Porcentaje de respuestas correctas por pregunta del antes y después de la Intervención Educativa



Fuente: Encuesta aplicada de "Impacto de una Intervención Educativa a padres de niños menores de 5 años en el conocimiento en la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en la UMF 21"

DISCUSIONES

El presente estudio con los otros estudios realizados se observó que tras una intervención educativa el conocimiento de los tutores mejoro, que el sexo que más predomino fue el femenino, y el nivel de educación que tiene la población predomina en secundaria y medio superior.

Villareal, et al³¹(2011), realizaron una Intervención educativa, donde se encontró una baja presencia de creencias saludables en todas las dimensiones antes de la intervención y una alta proporción de variación de cambio después de la intervención, al igual que en el presente estudio posterior a una intervención mejoro el conocimiento.

Scull, et al³² (2012), realizaron una Estrategia de intervención para la prevención de las enfermedades diarreicas agudas con la participación comunitaria, en la que concluyeron que predominó la población femenina, los grupos de edades comprendidos entre 30 y 44 años, dicha población contaban con una buena escolaridad promedio. Los conocimientos en cuanto a las medidas preventivas de las enfermedades diarreicas agudas fue bueno, en un 44,68% y después fue de 91,49%, al igual que en el presente estudio la población que predomino fue la femenina y contaban con una buena escolaridad promedio, a diferencia que el grupo de edades que más predominio fue de 26 a 30 años.

Delgado, et al³³ (2006), realizaron un estudio, con el objetivo de establecer los conocimientos maternos sobre signos de peligro en EDA en menores de 5 años y determinar prácticas de hidratación. Concluyeron que la mitad de las madres no conocen signos de peligro y esto hace necesario intervenciones educativas en EDA, a comparación del presente estudio en el que la mayoría de los padres tenían el conocimiento sobre los signos de deshidratación.

Peralta, et al³⁴ (2011), realizaron un programa educativo sobre la enfermedad diarreica aguda. Una vez aplicado el programa educativo, se constató el incremento del conocimiento sobre los factores de riesgo en los familiares de los niños y niñas

menores de un año, demostrándose la eficacia del programa educativo para incrementar el conocimiento de los familiares de los niños y niñas menores de un año, al igual que el presente estudio en el que después de una intervención educativa se mejoró el conocimiento sobre la enfermedad diarreica aguda.

Contreras, et al³⁵ (2010), realizaron una Intervención educativa para la prevención de enfermedades diarreicas. Los resultados fueron que el 80% del grupo participante eran madres y 86.7% tenía nivel educativo básico. El nivel del índice de conocimientos mostró un cambio significativo, inicialmente era de 19.2 puntos y aumentó a 30.7 puntos, datos estadísticamente significativos, al igual que el presente estudio en el que el género que más participo fue el femenino, la mayoría tenían un nivel de educación básica y el nivel de conocimientos aumento después de la intervención educativa.

Alejandro³⁶ (2013), realizó un fortalecimiento de medidas de prevención de las Enfermedades Diarreicas a través de una Intervención Educativa, a responsables de menores de 5 años, concluyendo que el mayor porcentaje de las participantes están en el grupo de edad de 25 a 29 años siendo estos adultos jóvenes, respecto al nivel de escolaridad, más de la mitad cuentan con secundaria, al igual que el presente estudio el grupo de edad que predomino fue de 26 a 30 años y a diferencia que el nivel de escolaridad que contaba la población era de medio superior.

Gutiérrez, et al³⁷ (2004), realizaron una Intervención educativa para el manejo efectivo de diarrea en el hogar, se hizo evidente en este estudio la mejoría del conocimiento de las madres sobre el manejo de la diarrea en el hogar, después de una intervención educativa por el personal de salud, al igual que el presente estudio en el que aumento el nivel de conocimientos después de una Intervención educativa.

CONCLUSIONES

En este presente estudio con una muestra de 73 personas, las cuales presentan las siguientes características sociodemográficas: la mayor cantidad de edad de los hijos de los padres encuestados fue de 1 año. El grupo de edad de los padres que más se presentó fue de 26 a 30 años con un 27%, con una media de 30.32876712, una mediana de 30 y una moda de 30. La mayor cantidad de pacientes encuestados fueron mujeres con un 89%. El estado civil que más se presentó fue el de casado con un 44%. La ocupación que más se presentó fue la de empleado con un 54%. El nivel de escolaridad que más se presentó fue el de media superior con un 55%. El estado socioeconómico que más se presentó fue el estrato medio bajo con un 56%.

Con respecto al nivel de conocimiento sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas, se encontró lo siguiente: antes de la intervención educativa el 64% de las personas tienen el conocimiento sobre el concepto de Diarreas, posteriormente a la intervención educativa el conocimiento aumentó a 93%. La etiología de la diarrea, antes de la intervención educativa el 99% de las personas tiene conocimiento, posteriormente a la intervención educativa el conocimiento aumentó al 100%. Los síntomas de diarrea, antes de la intervención educativa el 93% de las personas tienen conocimiento, posteriormente a la intervención educativa aumentó a 100%. Los signos de deshidratación, antes de la intervención educativa el 96% de las personas tienen conocimiento, posteriormente a la intervención educativa aumentó el conocimiento a 100%.

El tratamiento de hidratación en el hogar, antes de la intervención educativa el 90% tiene conocimiento, posteriormente a la intervención educativa aumentó a 96%. El uso del Vida Suero Oral, antes de la intervención educativa el 26% de las personas tiene conocimiento, posteriormente a la intervención educativa aumentó el conocimiento al 66%. La preparación del Vida Suero Oral, antes de la intervención educativa el 95% de las personas tienen conocimiento, posteriormente a la intervención educativa aumentó el conocimiento a 99%. Administración del Vida Suero Oral, antes de la intervención educativa el 75% de las personas tienen

conocimiento, posteriormente a la intervención educativa aumentó el conocimiento a 97%. Duración del Vida Suero Oral, antes de la intervención educativa el 27% de las personas tiene conocimiento, posteriormente a la intervención educativa aumentó el conocimiento al 82%.

Los momentos de lavado de manos, en la que se observa que el 100% de las personas encuestadas tiene el conocimiento. Las medidas preventivas, antes de la intervención educativa el 96% tienen conocimiento, posteriormente a la intervención educativa aumentó el conocimiento al 100%. Protección de los alimentos, antes de la intervención educativa el 99% de las personas tienen conocimiento, posteriormente a la intervención educativa aumentó el conocimiento e al 100%.

Uso de antibiótico, antes de la intervención educativa el 55% tienen conocimiento, posteriormente a la intervención educativa aumentó el conocimiento a 96%.

Antes y después de la intervención educativa el componente que mayor puntaje obtuvo fue el de momentos de lavado de manos y el que tuvo menor puntaje fue el uso del Vida Suero Oral. Los componentes con mayor ganancia de conocimiento posterior a la intervención educativa fueron el de concepto de diarrea, etiología de la diarrea, síntomas de la diarrea, signos de deshidratación, medidas preventivas, protección de alimentos. Con respecto al reactivo que presentó mayor cambio fue el de la duración del vida suero oral con una mejoría del 55% después de la intervención, y el que presento menor puntaje fue el de uso de vida suero oral.

Concluyéndose el rechazo de la hipótesis nula y la aceptación de la hipótesis alterna, en donde los padres de niños menores de 5 años aumentaron el conocimiento para prevenir cuadros de enfermedad diarreica aguda posterior a la Intervención Educativa, por lo cual el resultado obtenido es estadísticamente significativo.

SUGERENCIAS

Se encontró por medio de este estudio, que la población perteneciente a la UMF 21 que tienen hijos menores de 5 años, son personas en edad joven, en quienes se observó que carecen de conocimientos sobre las enfermedades diarreicas agudas, sobre su prevención, signos de alarma.

Se sugiere que dado a las condiciones que existen en nuestra Unidad de Medicina Familiar y los resultados observados en el presente estudio, se recomiendan:

1. Fortalecer las medidas dirigidas a acciones preventivas de la enfermedad diarreica aguda en los menores de 5 años, esto sobre todo en padres jóvenes, ya que por lo que se vio son los que tienen menos conocimiento acerca de las medidas de prevención y acción de la enfermedad diarreica aguda.
2. Se utilicen medios informativos como platicas, periódicos murales, folletos en donde se promueva los actos saludables de prevención y promoción para la salud en relación a las diarreas agudas, observarse que en el presente estudio el puntaje más bajo fue el uso de vida suero oral, se recomienda que se fortalezca o promuevan recomendaciones e indicaciones del Vida Suero Oral por parte de todo el personal de atención a la salud en una unidad de primer nivel de atención, promover en el personal de enfermería, personal de médicos familiares, asistentes de la unidad para difundir dicha información
3. Generar cambios de estilo de vida para mejorar la información que se tiene acerca de la prevención de enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años
4. Difundir los resultados del presente estudio para sensibilizar a todo el personal de la UMF 21 y las unidades de primer nivel de atención, que es donde tenemos el campo de acción principal los médicos familiares

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Enfermedades Diarreicas [En línea]. Organización Mundial de la Salud; 2013 [actualizado 14 abril 2016; consultado 14 abril 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/>.
2. Farthing M. Diarrea aguda en adultos y niños: una perspectiva mundial. Guía Práctica de la Organización Mundial de Gastroenterología. 2012; 1-26.
3. Cabrera GDA, Maldonado BMA, Rojas MT, Grajales MC. 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.
4. Bhan MK, Mahalanabis D, Pierce NF, Rollins N, Sack D. Tratamiento de la diarrea: Manual Clínico para los Servicios de Salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2008.
5. García LL, Burón RP, Rosa PY, Martínez PM. Factores de riesgo de las enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años. REVISTA DE CIENCIAS MÉDICAS. LA HABANA. 2014; 20(3): 346-356
6. Panorama epidemiológico de las EDA'S en menores de cinco años en el Estado de México. CEVECE. 2010.
7. Dirección General de Epidemiología, Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de la Enfermedad Diarreica Aguda mediante la Estrategia de Núcleos Trazadores, México, D.F., 2012; 16-17.
8. Diarreas [En línea]. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición; 2012 [actualizado 14 abril 2016; consultado 14 abril 2016]. Disponible en: http://ensanut.insp.mx/doctos/analíticos/EDA_EnfDiarAgu.pdf
9. Diagnóstico de Salud 2015, UMF No21 "Francisco del Paso y Troncoso"
10. Díaz MJ, Echezuria ML. Diarrea Aguda: Epidemiología, Concepto, Clasificación, Clínica, Diagnóstico, Vacuna contra Rotavirus. Guías de Manejo Clínico: Consenso de Diarrea. 2014; 77 (1): 29-40

11. Guía de Práctica Clínica, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diarrea Aguda en Niños de Dos Meses a Cinco Años en el Primero y Segundo Nivel de Atención. Evidencias y Recomendaciones Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: SSA-156-08
12. Martínez MR. Salud y enfermedad del niño y del adolescente. 7º ed. México: Manual Moderno; 2013. P. 674-685
13. Cuevas AR, Rodríguez MK, Muñiz VV, Castro CI. Enfermedad diarreica aguda en niños guatemaltecos menores de 5 años. MEDISAN, 2014; 18(11):1493-1501
14. Lucero Y. Etiología y manejo de la gastroenteritis aguda infecciosa en niños y adultos. REV. MED. CLIN. CONDES, 2014; 25(3) 463-472
15. Bustos GA. Diarreas bacterianas. Revista de Enfermedades Infecciosas en Pediatría. Colombia.2012: 149-153
16. Secretaria de Salud, Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño. [En línea].México [Consultado el 20 Abril 2016]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.html>
17. Suarez AB. Álvarez MC. Velasco BA. Actualización en el Manejo Nutricional de la Diarrea Infantil. Revista Gastrohnutp. Colombia. 2011 : 13(2): 94-97
18. Flores I. Contreras OJ. Guía de Práctica Clínica de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años. Diagnóstico y tratamiento. Pediatría. Colombia. 2015;42(1):29-46
19. Administración de suplementos de zinc para mejorar los resultados terapéuticos en niños. [En línea]. Organización Mundial de la Salud; 2011. [Consultado 14 abril 2016]. Disponible en: http://www.who.int/elena/titles/bbc/zinc_pneumonia_children/es/
20. Zea A, Ochoa T. Diarrea y micronutrientes. Rev Med Hered. 2013; 24:62-67.
21. Administración de suplementos de zinc en el tratamiento de la diarrea. [En línea]. Organización Mundial de la Salud; 2011. [Consultado 14 abril 2016]. Disponible en: http://www.who.int/elena/titles/bbc/zinc_diarrhoea/es/

22. Quitian H, Castaño N, Granados C, Gómez RC. Análisis de costo efectividad de la vitamina A en niños menores de 5 años en Colombia. Rev. salud pública. 2014;16 (3): 407-416
23. Suero TP, García FS. Diarrea en el niño. Servicio de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat, Barcelona. 2011; 30 (3): 74-78
24. Antirrotavirus. [En línea]. Secretaria de Salud. [actualizado 1 junio 2015; consultado 14 abril 2016]. Disponible en: <http://www.censia.salud.gob.mx/contenidos/vacunas/antirrotavirus.html>
25. Ferreira GE, Mongua RN, Díaz OJL, Delgado SG, Báez SR, Cruz HLP, et al. Diarreas agudas y prácticas de alimentación en niños menores de cinco años en México. Salud pública de México. 2013; 55 (2): 314-322
26. Estrategia para prevenir y tratar la diarrea. [En línea]. Organización Mundial de la Salud; 2009. [actualizado 14 abril 2016; consultado 14 abril 2016]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/childhood_deaths_diarrhoea_20091014/es/
27. Touriñán LJM. Intervención Educativa, Intervención Pedagógica y Educación: La Mirada Pedagógica. Revista Portuguesa de Pedagogía. 2011; 287-307.
28. Riquelme PM. Metodología de educación para la salud. Revista Pediátrica en Atención Primaria. 2012;(21): 77-82
29. La exposición como técnica didáctica. [En línea] Dirección de Investigación y Desarrollo Educativo Vicerrectoría Académica, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey. México [actualizado 18 Mayo 2016; consultado 18 Mayo 2016]. Disponible en: <http://www.sistema.itesm.mx/va/dide/inf-doc/estrategias/>
30. Ventajas y desventajas de algunas técnicas didácticas centradas en el aprendizaje. [En línea]. [Consultado 18 Mayo 2016]. Disponible en: http://www.unap.cl/prontus_unap/site/artic/20100609/asocfile/20100609095130/resumen_tecnicas_didacticas.pdf

31. Villareal G. Álvarez L. Intervención educativa para la prevención de enfermedades diarreicas en el barrio Mano de Dios, Sincelejo, Colombia: Una experiencia exitosa. Colombia Médica. 2011; 42 (3): 319-326.
32. Scull SG. Govín SJ. Iglesias CM. Estrategia de intervención para la prevención de las enfermedades diarreicas agudas con la participación comunitaria. Facultad de Ciencias Médicas de Mayabeque. Cuba 2012
33. Delgado FM. Sierra C. Calvache J. Ríos A. Conocimientos maternos sobre signos de peligro en diarrea aguda en el marco de la estrategia AIEPI. Colombia. 2006;37(4): 293-298
34. Peralta RY. Tejeda VA. Leyva HV. Aplicación de un programa educativo sobre la enfermedad diarreica aguda. Policlínicas René Vallejo y Bayamo-Oeste, 2011. Multimed. Cuba. 2013; 17(4):1-10
35. Contreras MA. Atrisco OR. Cruz GE. Hernández G. Intervención educativa para la prevención de enfermedades diarreicas, en una localidad de Morelos. el Instituto Nacional de Salud Pública. Morelos, México. 2010; 9(2): 11-24
36. Alejandro. F. Fortalecimiento de medidas de prevención de las Enfermedades Diarreicas a través de una Intervención Educativa, a responsables de menores de 5 años, en la localidad de Samahil, Yucatán 2012. Instituto Nacional de Salud Pública. Yucatán. Mexico.2013: 1-72
37. Gutiérrez CC. Villa CS. Intervención educativa para el manejo efectivo de diarrea en el hogar. Boletín médico del Hospital Infantil de México. 2004; 61(1): 19-28.
38. Normas de Vancouver: Guía breve. [En línea]. Biblioteca Universitaria. Universidad de Málaga; 2013 [consultado 14 abril 2016]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/histologia/normas-vancouver-buma-2013-guia-breve.pdf>
39. Guía para la elaboración de citas y referencias bibliográficas según el estilo Vancouver [En línea]. Piura, Perú: Universidad de Piura; 2011 [Consultado 14 abril 2016]. Disponible en: <http://www.biblioteca.udep.edu.pe/wp-content/uploads/2011/02/Guia-ElabCitas-y-Ref-Estilo-Vancouver.pdf>

ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

“IMPACTO EN EL CONOCIMIENTO DE LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD
DIARREICA AGUDA EN PADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS POSTERIOR A
UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN LA UMF 21”

*Dr. Juan Figueroa García, **Dr. Jorge Alejandro Alcalá Molina, *** Dra. Diana Isabel Villa Zevallos
de la Vega

Instrucciones:			NO LLENAR
1. Leer cuidadosamente cada una de las siguientes preguntas			
2. Llenar y seleccionar con una cruz o paloma la respuesta adecuada.			
1	FOLIO _____		_ _ _ _
2	Fecha (dd/mm/aa) ____/____/____		_ _ _ _
3	Nombre: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-weight: bold;"> Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s) </div>		
4	NSS: _____	5	Teléfono _____
6	Turno: 1. Matutino () 2. Vespertino ()		_
7	Número de Consultorio: ()		_
8	Edad: _____ años cumplidos	9	Sexo: 1.- Masculino () 2.- Femenino ()
10	ESTADO CIVIL 1. Soltero () 2. Casado () 3. Divorciado () 4. Viudo(a) () 5. Unión libre ()		_
11	OCUPACION 7) Obrero () 2. Empleado () 3. Desempleado () 4. Ama de casa () 5. Trabaja por su cuenta () 6. Jubilado ()		_
12	NIVEL ESCOLAR 7) Sin escolaridad () 2. Primaria () 3. Secundaria () 4. Medio superior () 5. Licenciatura () 6. Maestría o Doctorado ()		_
13	Un niño tiene diarrea cuando presenta evacuaciones disminuidas de consistencia, 3 o más veces en 24 horas 1= Si () 2= No ()		_
14	La diarrea puede ser causada por consumir alimentos o agua contaminados por las manos sucias o mal lavadas. 1= Si () 2= No ()		_
15	Un niño con diarrea puede tener los siguientes síntomas: Vómito, fiebre, malestar general, evacuaciones líquidas o acuosas, pueden ser con moco o sangre		_

	1= Si () 2= No ()	
16	<p>Los datos de deshidratación son debilidad, irritabilidad, piel fría o sudorosa, ausencia de lágrimas al llorar, boca y/o lengua secas y pegajosas, ojos hundidos o la zona blanda (fontanela) de la cabeza del bebé hundida, disminución de la cantidad de orina u orina de color oscuro.</p> <p>1= Si () 2= No ()</p>	_
17	<p>Para evitar la deshidratación debo dar cualquier tipo de bebidas, como por ejemplo jugos, refrescos y vida suero oral.</p> <p>1= Si () 2= No ()</p>	_
18	<p>El vida suero oral es para evitar la deshidratación.</p> <p>1= Si () 2= No ()</p>	_
19	<p>El vida suero oral se prepara, de la siguiente forma: lavarse las manos, hervir 1 litro de agua por 5 minutos a partir de que empiece a burbujear o usar agua purificada, dejar enfriar y vaciar un sobre de Vida Suero Oral</p> <p>1= Si () 2= No ()</p>	_
20	<p>El vida suero oral se sirve en una taza y se da con cuchara o con gotero</p> <p>1= Si () 2= No ()</p>	_
21	<p>El vida suero oral se desecha después de 8 horas</p> <p>1= Si () 2= No ()</p>	_
22	<p>Los momentos importantes para el lavado de manos para prevenir la diarrea, son: antes de cocinar y comer, después de ir al baño y después de cambiar los pañales</p> <p>1= Si () 2= No ()</p>	_
23	<p>La mejor forma de prevenir que mis hijos padezcan enfermedades diarreicas es dar lactancia materna, vigilar estado de nutrición, vacunación y lavar las manos frecuentemente, manejo adecuado de alimentos y agua.</p> <p>1= Si () 2= No ()</p>	_
24	<p>La forma correcta de lavar y desinfectar frutas y verduras es lavar con agua corriente, jabón y cepillo y desinfectar con agua con yodo o cloro</p> <p>1= Si () 2= No ()</p>	_

25	Para evitar que se contaminen los alimentos, estos deben estar bien tapados, lavar bien los utensilios a utilizar para cocina 1= Si () 2= No ()	_
26	En todas las diarreas se debe dar antibiótico 1= Si () 2= No ()	_
GRACIAS POR SU COLABORACION		

Total de respuestas correctas antes y después=

*Médico Cirujano, Especialista en Medicina Familiar, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud de la UMF / UMAA 161.

**Médico Cirujano, Especialista en Medicina Familiar, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 IMSS, "Francisco del paso y troncoso".

*** Residente de Tercer Año de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar N° 21 IMSS "Francisco del Paso y Troncoso".

Avalado a juicio de tres expertos: Dr. José Eduardo Gutierrez García, Médico Cirujano Especialista en Medicina Familiar Ced. Esp. 7515685. Dr. Octaviano Javier Crespo Salazar. Médico Cirujano Especialista en Medicina Familiar Ced. Esp. 5687137. Dr. Jorge Arturo Rodríguez López. Médico Cirujano Especialista en Medicina Familiar Ced. Esp. 7674507.

ESCALA DE GRAFFAR-MENDEZ CASTELLANOS

Variables	Pts	Items
1. Profesión del Jefe de Familia	1	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior)
	2	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)
2.- Nivel de instrucción de la madre	1	Enseñanza Universitaria o su equivalente
	2	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior
	4	Enseñanza primaria, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria)
	5	Analfabeta
3.-Principal fuente de ingreso de la familia	1	Fortuna heredada o adquirida
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
	3	Sueldo mensual
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo
	5	Donaciones de origen público o privado
4.- Condiciones de alojamiento	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo
	2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios
	3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
	4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

Interpretación del Puntaje obtenido en la Escala de Graffar:

Puntaje	Interpretación
04-06	Estrato alto
07-09	Estrato medio alto
10-12	Estrato medio bajo
13-16	Estrato obrero
17-20	Estrato marginal

CONSENTIMIENTO INFORMADO



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

(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	"IMPACTO EN EL CONOCIMIENTO DE LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN PADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS POSTERIOR A UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN LA UMF 21"
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	México, Ciudad de México 2016
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	El siguiente estudio se plantea realizar debido a que la enfermedad diarreica aguda es uno de los principales motivo de consulta, que afectan a muchos niños, sobre todo a los menores de 5 años, se ha visto que esto es causado por falta de conocimiento en las prácticas de higiene y en las complicaciones, por lo cual se debe hacer promoción de la salud, mediante programas de educación para la salud y tener una mayor oportunidad en la atención médica. Objetivo: Medir el impacto de una intervención educativa a padres de niños menores de 5 años para el conocimiento en la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en la UMF 21.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Los padres con niños menores de 5 años mejoraran el conocimiento para prevenir cuadros de enfermedad diarreica aguda posterior a la Intervención Educativa
Participación o retiro:	De manera voluntaria del paciente ingresara al estudio.
Privacidad y confidencialidad:	Según los lineamientos éticos establecidos.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:	DRA.DIANA ISABEL VILLA ZEVALLOS DE LA VEGA, Residente de Segundo Año de Medicina Familiar, Matrícula: 98388396, Lugar de Trabajo: Unidad de Medicina Familiar N° 21 "Francisco del Paso y Troncoso", Adscripción: Unidad de Medicina Familiar N° 21 "Francisco del Paso y Troncoso", Teléfono: 5515108378, Fax: sin Fax, Correo Electrónico: dianisavi@hotmail.com
Colaboradores:	DR.JUAN FIGUEROA GARCÍA, Médico Cirujano, Especialista en Medicina Familiar, Matrícula: 99386419, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud de la UMF / UMAA 161. Lugar de Trabajo: Unidad de Medicina Familiar/UMAA161, Adscripción: Unidad de Medicina Familiar/UMAA 161, Teléfono: Tel: 5515201780, Fax: sin Fax, Correo Electrónico: juan.figueroaga@imss.gob.mx

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

Testigo 1

Dra. Diana Isabel Villa Zevallos De la Vega, Residente de Segundo año de Medicina Familiar, Matrícula: 98388396, Dirección: Francisco del Paso y Troncoso 251, Col. Jardín Balbuena, Venustiano Carranza, Ciudad de México, 57686000 ext. 21407

Nombre, dirección, relación y firma

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

“IMPACTO EN EL CONOCIMIENTO DE LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN PADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS POSTERIOR A UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN LA UMF 21”

*Dr. Juan Figueroa García, **Dr. Jorge Alejandro Alcalá Molina, *** Dra. Diana Isabel Villa Zevallos de la Vega

Actividades	Marzo 2016	Abril 2016	Mayo 2016	Junio 2016	Julio 2016	Agosto 2016	Sep. 2016	Oct. 2016	Nov. 2016	Dic. 2016
Planteamiento del problema y marco teórico.	x Realizado	x Realizado	x Realizado							
Hipótesis y variable		x Realizado	x Realizado							
Objetivos		x Realizado	x Realizado							
Calculo de muestra			x Realizado							
Hoja de registro			x Realizado							
Presentación ante el comité			x Realizado							
Aplicación de cuestionario				x Realizado	x Realizado	x Realizado	x Realizado			
Análisis de resultados								x Realizado		
Elaboración de conclusiones								x Realizado	x Realizado	x Realizado
Presentación de tesis										x Realizado

Realizado 

*Médico Cirujano, Especialista en Medicina Familiar, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud de la UMF / UMAA 161.

**Médico Cirujano, Especialista en Medicina Familiar, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 IMSS, “Francisco del paso y troncoso”.

*** Residente de Tercer Año de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar N° 21 IMSS “Francisco del Paso y Troncoso”.

CARTA DESCRIPTIVA

“IMPACTO EN EL CONOCIMIENTO DE LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN PADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS POSTERIOR A UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN LA UMF 21”

*Dr. Juan Figueroa García, **Dr. Jorge Alejandro Alcalá Molina, *** Dra. Diana Isabel Villa Zevallos de la Vega

FECHA: JULIO 2016

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD EDUCATIVA:

Curso de Prevención de Enfermedad Diarreica en menores de cinco años.

OBJETIVO GENERAL:

Dar a conocer a los padres de menores de cinco años, las acciones encaminadas a prevenir la aparición de Enfermedad Diarreica en los menores.

FECHA Y HORARIO	TEMA ACADEMICO	CONTENIDO	RESPONSABLE
	PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DIARREICAS EN MENORES DE CINCO AÑOS	1. EDAS 2. Alimentación de Niños con EDAS 3. EDAS y Agua potable 4. Promoción de la higiene en el hogar 5. Eliminación correcta de excretas	

FECHA Y HORARIO	TEMA ACADEMICO	OBJETIVO	MODALIDAD EDUCATIVA	RESPONSABLE
	1. EDAS	1.1 Concepto 1.2 Síntomas y Signos 1.3 Síntomas y signos de Deshidratación 1.4 Prevención y Tratamiento 1.5 El papel de la madre o responsable del niño menor de cinco años en la prevención y tratamiento de las EDAS.	Folleto	
	2. Alimentación de Niños con EDAS	2.1 Lactancia materna y alimentación de niños menores de 1 año. 2.2 Alimentación de niños de 1 a 5 años de edad.	Folleto	
	3. EDAS y Agua potable	3.1 Importancia del consumo de agua potable en el manejo de EDAS.	Folleto	

		3.2 Características y cuidados de los depósitos para almacenamiento de agua en los hogares. 3.3 Técnicas para la potabilización del agua para consumo humano.		
	4. Promoción de la higiene en el hogar	4.1 Lavado de manos. 4.2 Manejo higiénico de los alimentos en casa. 4.3 Contaminación cruzada. 4.4 Lavado y desinfectado de frutas, verduras y utensilios de cocina.	Folleto	
	5. Eliminación correcta de excretas	5.1 Uso de sanitarios y letrinas y medidas de higiene. 5.2 Eliminación adecuada de excretas y pañales de niños con EDA	Folleto	

Evaluación inicial y final, con reactivos, enfocados al programa de prevención de las Enfermedades Diarreicas Agudas.

*Médico Cirujano, Especialista en Medicina Familiar, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud de la UMF / UMAA 161.

**Médico Cirujano, Especialista en Medicina Familiar, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 IMSS, "Francisco del paso y troncoso".

*** Residente de Tercer Año de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar N° 21 IMSS "Francisco del Paso y Troncoso".

FOLLETO

¿QUÉ CANTIDAD DE ALIMENTOS Y CON QUÉ FRECUENCIA SE DEBE DAR?

- Ofrezca comida al niño cada 3 o 4 horas (6 veces al día)
- Tomas pequeñas y frecuentes
- Una vez detenida la diarrea, siga dando los mismos alimentos y sirva una comida más de lo acostumbrado cada día durante al menos 2 semanas

ACUDIR AL MEDICO, EN CASO DE:

- Evacuaciones líquidas con mucha frecuencia (más de 8 en 24 horas)
- Vomita repetidamente (más de 4 en 24 horas)
- Tiene mucha sed
- No come ni bebe normalmente
- Tiene fiebre
- Hay sangre en las heces
- Sin mejoría al tercer día
- No ha orinado en 12 horas

MEDIDAS PREVENTIVAS



GRACIAS
POR SU
ATENCIÓN Y
PARTICIPACIÓN



INSTITUTO
MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL



Unidad de Medicina
Familiar 21

ENFERMEDAD
DIARREICA
AGUDA



¿ QUÉ ES?

Enfermedad que se caracteriza por aumento en el volumen de las evacuaciones y disminución de su consistencia, mayor o igual a 3 evacuaciones en un día

¿ QUIÉN LA CAUSA?

VIRUS, BACTERIAS, HONGOS.

Se transmiten a través de alimentos y bebidas contaminados con materia fecal o por contacto directo con las manos

¿ CUÁLES SON LOS SINTOMAS?



FIEBRE

NAUSEAS

VÓMITOS



FALTA DE APETITO



EVACUACIONES LIQUIDAS FRECUENTES



DOLOR ABDOMINAL

COMPLICACIÓN DESHIDRATACIÓN

	BEN HODRATADO	DESHIDRATADO (1 o más signos)	CHOQUE HIPOTENSIVO (2 o más signos)
OBSEVE			
Señal	Normal	Aumentada, saliva con viscosidad	No quiere beber
Estado general	Alerta	Inquieto, irritable	Inconsciente
Ojos	Normales	Hundidos	Hundidos
Boca y lengua	Úlora con lágrimas	Úlora con lágrimas	Úlora con lágrimas
Boca y lengua	Húmedas	Secas	Secas
Respiración	Normal	Rápida	Profunda
Respiración	Normal	Profunda	Debil o ausente
EXPLÓRE			
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)
Pulsos	Normal	Rápido	Debil o ausente
Urnado capilar	Menor a 2 segundos	1 a 3 segundos	Mayor a 3 segundos
Fontanela (lactante)	Normal	Húmeda	Húmeda
PLAN DE TRATAMIENTO	PLAN A	PLAN B	PLAN C
PLAN DE TRATAMIENTO	CASA	MEDICO	MEDICO (HOSPITAL)

VIDA SUERO ORAL

¿CUÁNTO LÍQUIDO ADMINISTRAR?

Después de cada evacuación dar:

- Niños menores de 1 años: 75 ml (media taza)
- Niños mayores de 1 año: 150 ml (1 taza)

Si el niño vomita, esperar unos 5 o 10 minutos y volver a darle el Vida Suero Oral otra vez, pero más lentamente (por ejemplo, una cucharada cada 2 o 3 minutos).



NO DAR:

- Bebidas gaseosas comerciales
- Jugos de fruta comerciales
- Té endulzado.
- Café



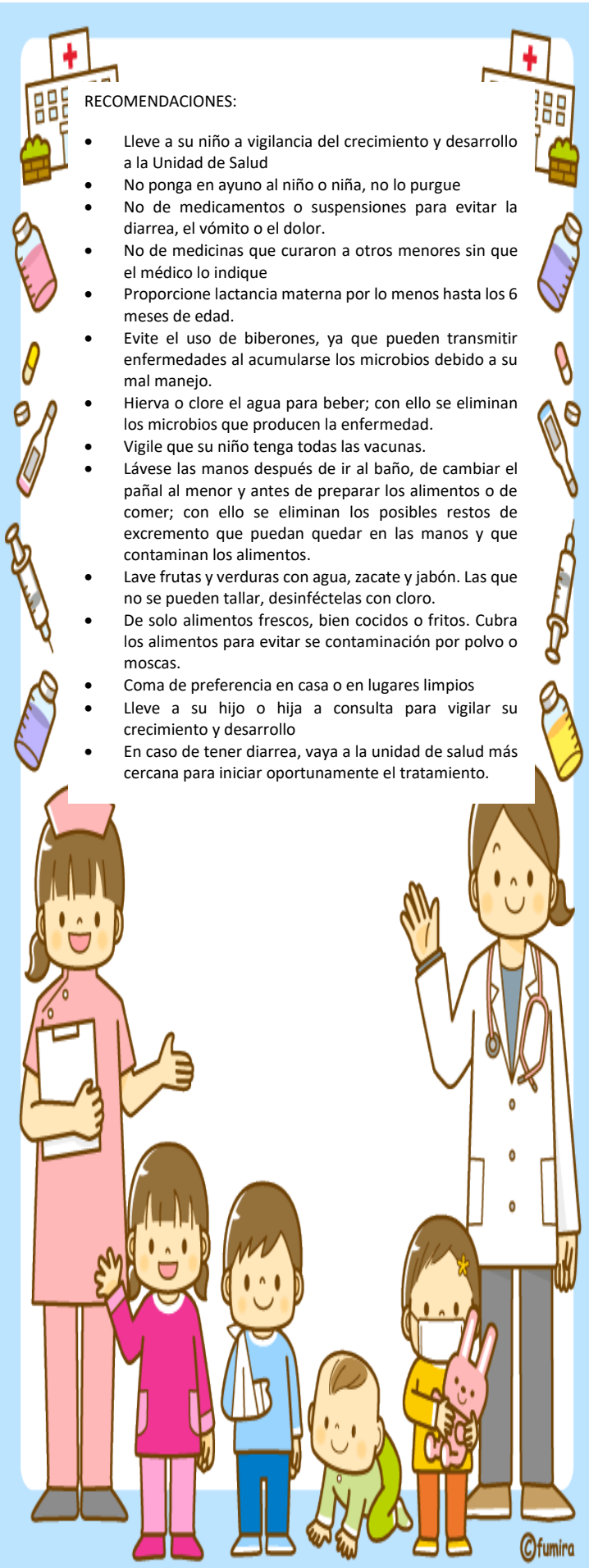
ALIMENTACIÓN

ALIMENTACIÓN:

- NO Interrumpir la alimentación habitual del lactante durante la diarrea
- NO Diluir los alimentos que el niño toma normalmente.


DIETA ASTRINGENTE:

- Arroz, plátano, papa, guayaba, manzana, pera, zanahoria.



RECOMENDACIONES:

- Lleve a su niño a vigilancia del crecimiento y desarrollo a la Unidad de Salud
- No ponga en ayuno al niño o niña, no lo purgue
- No de medicamentos o suspensiones para evitar la diarrea, el vómito o el dolor.
- No de medicinas que curaron a otros menores sin que el médico lo indique
- Proporcione lactancia materna por lo menos hasta los 6 meses de edad.
- Evite el uso de biberones, ya que pueden transmitir enfermedades al acumularse los microbios debido a su mal manejo.
- Hierva o clore el agua para beber; con ello se eliminan los microbios que producen la enfermedad.
- Vigile que su niño tenga todas las vacunas.
- Lávese las manos después de ir al baño, de cambiar el pañal al menor y antes de preparar los alimentos o de comer; con ello se eliminan los posibles restos de excremento que puedan quedar en las manos y que contaminan los alimentos.
- Lave frutas y verduras con agua, zacate y jabón. Las que no se pueden tallar, desinfectelas con cloro.
- De solo alimentos frescos, bien cocidos o fritos. Cubra los alimentos para evitar se contaminación por polvo o moscas.
- Coma de preferencia en casa o en lugares limpios
- Lleve a su hijo o hija a consulta para vigilar su crecimiento y desarrollo
- En caso de tener diarrea, vaya a la unidad de salud más cercana para iniciar oportunamente el tratamiento.



The illustration shows a nurse in a pink uniform on the left and a doctor in a white lab coat on the right. They are surrounded by five children: a girl in a pink dress, a boy in a blue shirt, a baby in a green onesie, a girl in a yellow shirt holding a pink rabbit, and another girl in a pink dress. The doctor is waving. The nurse is holding a clipboard. The background is light blue.

©fumira