



## **ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO**

**“DISEÑO DE ESTRATEGIA PARA PREVENIR ENFERMEDAD  
DIARREICA AGUDA EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS.  
BARRIO PROGRESO 2016.”**

**AUTOR: MD. DANIEL ANTONIO PADILLA MORÁN**

Trabajo de Titulación modalidad: Proyectos de Investigación y Desarrollo, presentado  
ante el Instituto de Posgrado y Educación Continua de la ESPOCH como requisito  
parcial para la obtención del grado de:

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Riobamba – Ecuador

Diciembre 2016

**ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO**  
**CERTIFICACIÓN**

EL TRIBUNAL DEL TRABAJO DE TITULACIÓN CERTIFICA QUE:

El **Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo**, titulado: “DISEÑO DE ESTRATEGIA PARA PREVENIR ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. BARRIO PROGRESO 2016”, de responsabilidad del Sr Daniel Antonio Padilla Morán, ha sido minuciosamente revisado y se autoriza su presentación.

Tribunal:

Ing. Wilson Zúñiga V. Msc.

PRESIDENTE:

\_\_\_\_\_

Dra. María de los Ángeles Roger Reyes

DIRECTOR DE TESIS:

\_\_\_\_\_

Dra. Daily Ortiz Vásquez

MIEMBRO DEL TRIBUNAL:

\_\_\_\_\_

Dra. Mariana Ciria Revilla

MIEMBRO DEL TRIBUNAL:

\_\_\_\_\_

Riobamba, Diciembre de 2016

## DERECHOS INTELECTUALES

Yo, Daniel Antonio Padilla Morán, declaro que soy responsable de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en el **Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo**, y que el patrimonio intelectual generado por la misma pertenece a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

---

Daniel Antonio Padilla Morán  
0703703876

## DECLARACION DE AUTENTICIDAD

Yo, Daniel Antonio Padilla Morán, declaro que el presente **Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo**, es de mi autoría y que los resultados del mismo son auténticos y originales. Los textos constantes en el documento que provienen de otras fuentes están debidamente citados y referenciados.

Como autor, asumo la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este proyecto de investigación de especialidad.

Riobamba, Diciembre de 2016

---

DANIEL ANTONIO PADILLA MORAN.

No de cédula: 0703703876

## **DEDICATORIA:**

A Dios que guía y protege mi vida.

Mi querida esposa Tania que con su paciencia y amor imprime la motivación para concluir este trabajo.

Mis amados hijos: Mathias y Anny que me han acompañado desde su existencia en esta larga carrera y que sin su inspiración no sería posible este logro, y

Mis padres y hermanos que con paciencia han aportado su apoyo incondicional en mi carrera.

Daniel

## **AGRADECIMIENTO:**

Quiero agradecer a todas las personas que me han apoyado en la realización de este trabajo de investigación; de manera especial al apoyo de la Dra. Amarylis Borrego que inició su asesoría y aunque ya no continuó en la conclusión de la investigación dejó los cimientos para este trabajo; a la Dra. María de los Ángeles Roger Reyes tutora que con su apoyo especial e incondicional han dado el empuje necesario para llevar a cabo esta investigación.

A la acertada ayuda de la Dra. Soini González Tutora de servicio en la unidad de salud que siempre estuvo dispuesta a colaborar para la realización de este trabajo.

A los maestros del postgrado que han inculcado e impartido todo el conocimiento para la realización de este tema y por último y no menos importantes a todas aquellas familias que durante estos tres años me han abierto sus puertas para ser el guardián de su salud.

Daniel

## CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
<b>RESUMEN</b> .....	x
<b>SUMARY</b> .....	xi
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>Problema de investigación</b> .....	2
<b>Justificación de la investigación</b> .....	3
<b>Objetivos de la investigación</b> .....	5
<b>Hipótesis</b> .....	5
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>1. MARCO TEÓRICO</b> .....	6
<b>1.1 Antecedentes del problema</b> .....	6
<b>1.2 Bases teóricas</b> .....	7
<b>1.2.1 Enfermedad diarreica aguda Definición</b> .....	7
<b>1.2.1.2 Etiología</b> .....	8
<b>1.2.1.3 Factores de riesgo y protectores</b> .....	10
<b>1.2.1.4 Diagnóstico</b> .....	11
<b>1.2.1.4.1 Estimación del grado de deshidratación</b> .....	11
<b>1.2.1.4.2 Tratamiento</b> .....	13
<b>1.2.2 Conocimientos</b> .....	16
<b>1.2.3 Intervención</b> .....	16
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>2. METODOLOGÍA</b> .....	18
<b>2.1 Tipo y diseño de la investigación</b> .....	18
<b>2.2 Área de estudio</b> .....	18
<b>2.3 Universo y muestra</b> .....	18
<b>2.4 Variables</b> .....	19
<b>2.5 Instrumento</b> .....	20
<b>2.6 Procedimientos</b> .....	22
<b>2.7 Aspectos éticos</b> .....	29

<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....</b>	<b>30</b>
<b>CAPÍTULO IV</b>	
<b>4. PROPUESTA.....</b>	<b>39</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>47</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>48</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	
<b>ANEXOS</b>	



## LISTA DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 1-3</b> Distribución de los cuidadores/as según grupo de edad y sexo. Barrio Progreso Archidona 2016.....	30
<b>Tabla 2-3</b> Distribución de los cuidadores/as según grupo de etnia y sexo. Barrio Progreso Archidona 2016.....	31
<b>Tabla 3-3</b> Distribución de los cuidadores/as según grupo de ocupación y sexo. Barrio Progreso Archidona 2016.....	32
<b>Tabla 4-3</b> Distribución de los cuidadores/as según grupo de instrucción y sexo. Barrio Progreso Archidona 2016.....	33
<b>Tabla 5-3</b> Distribución de los cuidadores/as según nivel de conocimientos y sexo. Barrio Progreso Archidona 2016.....	34
<b>Tabla 6-3</b> Distribución de los cuidadores/as según nivel de conocimientos por grupos de edad. Barrio Progreso Archidona 2016.....	35
<b>Tabla 7-3</b> Distribución de los cuidadores/as según nivel de conocimientos y ocupación. Barrio Progreso Archidona 2016 .....	36
<b>Tabla 8-3</b> Distribución de los cuidadores/as según nivel de conocimientos e instrucción. Barrio Progreso Archidona 2016.....	37
<b>Tabla 9-3</b> Distribución de los cuidadores/as según nivel de conocimientos y etnia Barrio Progreso Archidona 2016.....	38

## **RESUMEN**

La Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en niños representa un problema de salud pública a nivel mundial, siendo el responsable de 760.000 muertes cada año, Ecuador no escapa a esta realidad y solo en el Barrio Progreso del Cantón Archidona, Provincia de Napo, representa la principal causa de atención por patología infecciosa, por tanto esta investigación tuvo como objetivo diseñar una estrategia educativa para prevenir la Enfermedad Diarreica Aguda en niños menores de cinco años en el Barrio Progreso. Se recogió de Enero a Junio del 2016, previa identificación de variables sociodemográficas seleccionadas como sexo, edad, ocupación, nivel de instrucción, etnia y nivel de conocimientos sobre prevención de enfermedades diarreicas, a través de un estudio descriptivo. El universo estuvo constituido por 50 cuidadores de niños menores de cinco años, los datos se recogieron a través de una encuesta aplicada al universo, procesados por métodos estadísticos, en el análisis de los resultados se encontró que la población estudiada tenía conocimiento insuficiente de un 38% sobre Enfermedad Diarreica Aguda, predominando el sexo femenino con un 86%, de 20 a 29 años de edad con un 42%, etnia mestiza con un 64%, nivel secundario de instrucción con un 52%, de ocupación ama de casa y servidores públicos con un 32% respectivamente. Se concluyó con el diseño de una intervención educativa a partir de estos resultados con el objetivo de modificar los conocimientos encontrados. Se recomienda a futuro aplicar la estrategia educativa a la población investigada.

**PALABRAS CLAVES:** <TECNOLOGÍA Y CIENCIAS MÉDICAS>, <MEDICINA FAMILIAR>, <PREVENCIÓN>, <ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA>, <NIÑOS>, <CONOCIMIENTOS>, <ESTRATEGIA EDUCATIVA>, <CUIDADORES DE NIÑOS>.

## **ABSTRAC**

Acute Diarrheal Disease (ADD) in children represent a major public health problem on a global scale, being responsible for 760,000 deaths each year. Ecuador doesn't escape this reality; only in the Progreso neighborhood of the Archidona Canton, Napo Province, it represents the main cause of attention for pathological infection, therefore this research had as its objective to design an educational strategy to prevent Acute Diarrheal Disease in children under five years of age in the Progreso neighborhood. From January to July of 2016 a prior identification of socio-demographic variables were collected, such as sex, age, occupation, education level, ethnicity, and level of knowledge about prevention of diarrheic diseases through a descriptive study. The population was constituted by 50 child caretakers under the age of five. The data was gathered through a survey applied to the population, processed by statistical methods, the analysis of the results found that the population studied had an insufficient knowledge level of about 38% for Acute Diarrheal Diseases; 86% predominated by females, 42% between the ages of 20 and 29; 64% of mestizo ethnicity; 52% of secondary education level, and 32% each of occupation housewife and public servers respectively. A design for an educational intervention was concluded by the results, with the objective of modifying the current knowledge findings. It is recommended to apply this educational strategy to the researched population at a future time.

**KEYWORDS:** <TECHNOLOGY AND MEDICAL SCIENCES>, <FAMILY MEDICINE>, <PREVENTION>, <ACUTE DIARRHEAL DISEASE>, <CHILDREN>, <KNOWLEDGE>, <EDUCATIONS STRATEGY>, <CHILDCARE WORKERS>.

## INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) se define según la Asociación Española de Pediatría como un incremento en la cantidad de deposiciones y/o una reducción en su consistencia, de inicio rápido. Por lo general se le atribuye el término diarrea aguda a todo cuadro que tenga una duración de hasta 15 días; así otros autores hablan de diarrea infecciosa, la cual no hace más que referirse a su etiología, pudiendo ser de tipo viral, bacteriana y parasitaria.

Aunque la medicina moderna ha alcanzado importantes avances, la EDA constituye un problema de salud pública a nivel mundial, nacional y local; siendo así la Organización Mundial de la Salud (OMS) según datos reportados en Abril del 2013 indica que “en todo el mundo se producen unos 1 700 millones de casos de enfermedades diarreicas cada año; y estas matan a 760 000 niños menores de cinco años cada año representando la segunda causa de muerte en niños menores de cinco años” (OMS, 2015). En países en desarrollo como los de nuestra región los niños menores de tres años sufren en promedio tres episodios de diarrea al año y cada episodio priva al niño de nutrientes necesarios para su crecimiento, constituyendo entonces causal importante para desnutrición en esta población.

En el año 2015 las Naciones Unidas definieron nuevamente los objetivos del milenio y al no cumplirse la meta se reiteró dentro del objetivo cuarto se busca reducir en dos terceras partes las muertes en niños menores de cinco años por esta causa, ya que después de las muertes en neonatos por enfermedad perinatal y las provocadas las infecciones respiratorias bajas por neumonía, la EDA es la segunda causa de muerte en todo el mundo y a diferencia de la primera, su prevención y tratamiento son de mucho más fáciles de implementar, y por tanto desempeñan un papel primordial en la meta de reducir la mortalidad infantil. (Florez, 2015)

En Ecuador según datos aportados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el año 2011 la Enfermedad Diarreica Aguda representó el 1.56 % de las muertes en menores de 1 año, ocupando la décima segunda causa de muerte en este grupo de niños. De acuerdo a datos obtenidos en el Análisis de la Situación de Salud (ASIS) de Barrio El Progreso del Cantón Archidona la EDA representó el 19.89% del

total de morbilidades en el centro de salud ocupando el segundo lugar del número total de atenciones para el año 2013. En este barrio representó el principal motivo de consulta por morbilidad infecciosa en el segundo semestre del año 2014. En lo que respecta al primer semestre de este año la EDA representa la segunda causa de morbilidad en la unidad de salud con 1023 casos en dicho período. Además se conoce que la EDA representa en sí mismo un factor agravante en otras complicaciones en niños como son la desnutrición, el retraso en su desarrollo psicomotor; deshidratación que puede provocar la muerte en ellos. Por todo ello creo es necesario diseñar una estrategia educativa para mejorar el conocimiento de las familias con niños menores de cinco años de este barrio y así prevenir nuevos episodios a posterior.

### **Problema de investigación**

La Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) constituye un problema de salud pública a nivel mundial, nacional y local; siendo así la Organización Mundial de la Salud (OMS) según datos reportados en Abril del 2013 indica que “en todo el mundo se producen unos 1 700 millones de casos de enfermedades diarreicas cada año; y que matan a 760 000 niños menores de cinco años cada año representando la segunda causa de muerte en niños menores de cinco años” (OMS, 2015). Y otros reportes mencionan que cada año en el mundo mueren alrededor de 10 millones de niños menores de cinco años a causa de unas pocas enfermedades prevenibles y alrededor de 2 millones de estas muertes (20% aproximadamente) se deben directa o indirectamente a la EDA (Florez, 2015). En países en desarrollo como los de nuestra región los niños menores de tres años sufren, de promedio, tres episodios de diarrea al año y cada episodio priva al niño de nutrientes necesarios para su crecimiento constituyendo entonces causal importante para desnutrición en estos niños.

En el Ecuador según datos aportados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el año 2011 la Enfermedad Diarreica Aguda representó el 1.56 % de las muertes en menores de un año, ocupando la décima segunda causa de muerte en este grupo de niños. De acuerdo a datos obtenidos en el Análisis de la Situación de Salud (ASIS) la EDA representó el 19.89% del total de morbilidades en el Centro de Salud de Archidona ocupando el segundo lugar del número total de atenciones para el año 2014.

En observaciones realizadas en actividades extramurales como visitas domiciliarias, en intercambios con líderes formales e informales de la comunidad y actividades con los técnicos en Atención Primaria de Salud pudimos constatar que existen factores de riesgo prevenibles de Enfermedad Diarreica Aguda en niños menores de cinco años; además en el Análisis de la Situación de Salud del Barrio El Progreso se encontró que la EDA representa la principal patología infecciosa en esta población con un 55%. En la identificación y priorización de los problemas de salud los habitantes identificaron algunos factores de riesgo para la presentación de EDA entre ellos: la parasitosis y el consumo de agua insegura como un problema comunitario a ser resuelto, de esta forma según el Modelo de Atención Integral (MAIS) y Plan Nacional del Buen vivir 2013-2017 meta 3, reducir los casos de EDA en niños para evitar las muertes por dicha causa y también otras consecuencias como son la desnutrición en estos niños es prioritaria para el personal de la Atención Primaria en salud.

*¿Qué nivel de conocimientos para prevenir enfermedad diarreica aguda en niños menores de cinco años existe en sus cuidadores y las variables demográficas seleccionadas?*

*¿Qué elementos pueden ser incluidos en la estrategia educativa para prevenir la enfermedad diarreica aguda en niños menores de cinco años?*

### **Justificación de la investigación**

Según datos aportados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el año 2011 en Ecuador la Enfermedad Diarreica Aguda representó el 1.56 % de las muertes en menores de un año, ocupando la décima segunda causa de muerte en este grupo de niños. De acuerdo a datos obtenidos en el Análisis de la Situación de Salud (ASIS) la EDA representó el 19.89% del total de morbilidades del Centro de Salud de Archidona ocupando el segundo lugar del número total de atenciones para el año 2013 y el 55% de morbilidad infecciosa en habitantes de Barrio El Progreso. Además “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” (OMS 2015)

Por ello la EDA representa aún una importante tarea pendiente para la Atención Primaria en Salud, ya que como se conoce; la mayoría de las causas que llevan a este problema son prevenibles, además es de gran interés trabajar en este aspecto porque como se menciona en el Análisis Situacional de Salud del Barrio “El Progreso” la EDA representa la principal patología infecciosa en esta población con un 55% en el segundo semestre del 2014, además en la identificación y priorización de los problemas los habitantes también reconocieron la parasitosis y el consumo de agua insegura como un problema comunitario a ser resuelto. Por todo lo expuesto, previa identificación del nivel de conocimientos de los cuidadores/as de los niños, sobre alimentación adecuada, elaboración de suero oral, consumo de agua segura entre otros elementos, se diseñó una estrategia educativa dirigida a las familias con niños menores de cinco años sobre cómo prevenir la enfermedad diarreica aguda, beneficiando directamente a esta población prioritaria según el Modelo de Atención Integral (MAIS) y el Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017.

## **Objetivos**

### **General:**

Diseñar una estrategia educativa para prevenir Enfermedad Diarreica Aguda en niños menores de cinco años del Barrio El Progreso Archidona 2016.

### **Específicos:**

1. Caracterizar grupo de estudio según variables sociodemográficas seleccionadas.
2. Determinar nivel de conocimiento de cuidadores/as de niños menores de cinco años sobre prevención de Enfermedad Diarreica Aguda.
3. Diseñar estrategia educativa sobre prevención de enfermedades diarreicas agudas en niños menores de cinco años.

## **Hipótesis**

Existe un nivel de conocimientos insuficiente en cuidadores/as de niños menores de cinco años sobre prevención de enfermedad diarreica aguda y las variables sociodemográficas seleccionadas.

### **Hipótesis Nula (H<sub>0</sub>)**

No existe un nivel de conocimientos insuficiente en cuidadores/as de niños menores de cinco años sobre prevención de enfermedad diarreica aguda y las variables sociodemográficas seleccionadas.

### **Hipótesis Alternativa (H<sub>1</sub>)**

Existe un nivel de conocimientos insuficiente en cuidadores/as de niños menores de cinco años sobre prevención de enfermedad diarreica aguda y las variables sociodemográficas seleccionadas.



## CAPITULO I

### 1. MARCO TEORICO

#### 1.1 Antecedentes del problema

La Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) constituye un problema de salud pública a nivel mundial, nacional y local; siendo así la Organización Mundial de la Salud (OMS) según datos reportados en Abril del 2013 indica que “en todo el mundo se producen unos 1700 millones de casos de enfermedades diarreicas cada año; y que matan a 760000 niños menores de cinco años cada año representando la segunda causa de muerte en niños menores de cinco años” (Organización mundial de la Salud, 2015). En países en desarrollo como los de nuestra región estos niños menores de tres años sufren en promedio de tres a cinco episodios de diarrea al año y cada episodio priva al niño de nutrientes necesarios para su crecimiento; provocando un causal importante para desnutrición en esta población.

En Ecuador según datos aportados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el año 2011 la Enfermedad Diarreica Aguda representó el 1.56 % de las muertes en menores de 1 año, ocupando la décima segunda causa de muerte en este grupo de niños. De acuerdo a datos obtenidos en nuestro Análisis de la Situación de Salud (ASIS) la EDA representaron 19.89% del total de morbilidades en el Centro de Salud de Archidona ocupando el segundo lugar del número total de atenciones para el año 2013.

“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” OMS, (2015)

En observaciones realizadas en actividades extramurales como visitas domiciliarias, en intercambios con líderes formales e informales de la comunidad y actividades con los Técnicos en Atención Primaria de Salud pudimos constatar que existen factores de riesgo prevenibles de Enfermedad Diarreica Aguda en niños menores de cinco años;

además en el Análisis de la Situación de Salud del Barrio El Progreso se encontró que la EDA representa la principal patología infecciosa en esta población con un 55%. En la identificación y priorización de los problemas de salud los habitantes identificaron algunos factores de riesgo para la presentación de EDA entre ellos: la parasitosis y el consumo de agua insegura como un problema comunitario a ser resuelto, de esta forma según el Modelo de Atención Integral (MAIS) y Plan Nacional del Buen vivir 2013-2017 meta 3, reducir los casos de EDA en niños para evitar las muertes por dicha causa y también otras consecuencias como son la desnutrición en estos niños es prioritaria para el personal de la Atención Primaria en salud.

## **1.2 Bases teóricas**

### **1.2.1 *Enfermedad Diarreica Aguda***

#### *1.2.1.1 Definición*

Según la Asociación Española de Pediatría es un incremento en la cantidad de deposiciones y/o una reducción en su consistencia, de inicio rápido. Como regla general nosotros atribuiremos como enfermedad diarreica aguda a todo episodio con una duración de hasta 15 días; además cuando hacemos una consideración de esta patología también hallaremos en la bibliografía el término de diarrea infecciosa la cual no hace más que referirse a su etiología; siendo las más comunes las etiologías: viral, bacteriana y/o parasitaria.

Generalmente se considera la enfermedad por diarrea cuando se presenta más de dos deposiciones, de consistencia menor a la acostumbrada o de consistencia líquida con la evidencia de sangre en un período de 24 horas. Sin embargo se ha cuestionado esa definición ya que puede parecer poco precisa debido a la gran variabilidad que existe en la frecuencia, el volumen, y consistencia de las deposiciones en los niños; así como depender del juicio del cuidador/ra y por ende se considera subjetivo. Debemos tener presente varios parámetros como la edad del niño, debido a que la frecuencia de las deposiciones es mucho mayor en niños lactantes, y el ritmo intestinal puede variar con el tipo de alimentación en edades posteriores (Asociación Española de Pediatría, 2010).

El problema de estas definiciones es que no existe un consenso o punto de referencia sobre el volumen de deposición según la edad debido a la variabilidad individual de cada paciente. Su posible gravedad puede deberse a la deshidratación (diarreas hidroelectrolíticas), la sepsis o, raras veces, a lesiones intestinales de consideración. (Pariente, 2011) e incluso al estado inmunológico de los niños.

Así mismo hay varias clasificaciones de Enfermedad Diarreica Aguda, sin embargo por su valor práctico mencionamos la adoptada por la OMS donde describe tres tipos clínicos de enfermedades diarreicas:

- la diarrea persistente, que dura 14 días o más. (Es en esta donde existe mayor controversia actualmente ya que el límite en la duración puede definir o no las conductas posteriores a seguir)
- la diarrea acuosa aguda, que dura varias horas o días, y comprende por ejemplo: el cólera; y
- la diarrea con sangre aguda, también llamada diarrea disentérica o disentería.

#### *1.2.1.2. Etiología:*

Dentro de las principales causas de diarrea en niños se encuentran las infecciones, de las cuales son las de origen viral de acuerdo al grupo de edad en general las que más comúnmente enferman a los infantes; y de estos es el rotavirus el principal agente etiológico productor de diarrea en la infancia (aunque su prevalencia cada vez se ha reducido más debido a la implementación por parte de los sistemas de salud de la vacunación para dicho agente) se asocian a una forma de enfermedad calamitosa y más grave y provocan infecciones a la mayor parte de los niños durante los primeros cuatro años de edad, aunque se presenta especialmente entre los seis meses y los dos años de edad. Los detectados más frecuentemente en los niños que precisan ingreso hospitalario y provenientes de países de clima templado, predominan mayormente en los meses de más frío, y cursa concomitantemente con síntomas respiratorios. Según algunas series son además, el agente principal productor de diarrea intrahospitalaria las unidades de ingreso pediátricas. El adenovirus entérico, y sus subtipos como el calicivirus y astrovirus producen un cuadro clínico mucho más benigno.

Las enfermedades diarreicas de etiología bacteriana son la segunda causa en este grupo de edad, aunque difieren de acuerdo al perfil epidemiológico del país o la zona del mundo que describe las mismas; sin embargo se acepta que los agentes más comunes son: Salmonella spp, Campilobacter spp, Shigella spp y en una mínima cantidad se ha encontrado Aeromoina y especies de Yersinia. En la mayoría de reportes epidemiológicos pediátricos estos microorganismos son detectados con más frecuencia en niños con gastroenteritis infecciosa tratados de forma ambulatoria. La dificultad de los estudios en heces de las distintas variedades de E. Coli dificulta el diagnóstico específico; aunque sus características clínicas hacen presumir que esta es una causa importante de EDA en niños. (Ver Imagen No 1.)

**Imagen 1.** Etiología diarrea aguda.

- Infecciones
  - Entéricas
  - Extraintestinales
- Alergia alimentaria
  - Proteínas de la leche de vaca
  - Proteínas de soja
- Transtornos absorción/digestión
  - Déficit de lactasa
  - Déficit de sacarasa-isomaltasa
- Cuadros quirúrgicos
  - Apendicitis aguda
    - Invaginación
- Ingesta de fármacos
  - Laxante
  - Antibióticos
- Intoxicación metales pesados
  - Cobre, Zinc

Tomado Asociación Española de Pediatría

Aunque mencionamos que la mayoría de los episodios diarreicos son por causa infecciosa, existen otras causas como las secundarias a fármacos o antibióticos (que tienen un curso benigno y que ceden con la suspensión de la toma de los mismos). Otra causa lo constituyen las diarreas tóxicas generalmente asociado a la ingesta accidental o

intencional de algunos tóxicos o setas; y finalmente las enfermedades intestinales inflamatorias que en el curso de su evolución pueden cursar con diarrea.

#### *1.2.1.3. Factores de riesgo y protectores:*

Según Boletín epidemiológico 2012 del Perú se menciona que hay varios factores que se pueden considerar de riesgo, como otros factores protectores para desarrollar una diarrea, dependientes por una parte de las condiciones del paciente y por otra a las condiciones sanitarias y sociales.

#### **Factores de riesgo**

- Factores socioeconómicos
- Condiciones de hacinamiento, falta de acceso al agua potable, falta de posibilidades para refrigerar alimentos, y un mal sistema de eliminación de excretas.
- Nivel de instrucción insuficiente: analfabetismo.
- Desempleo
- Difícil acceso a los servicios de salud.
- Dificultad para aplicar los cuidados necesarios al paciente.
- Acceso inadecuado a información.

#### **Factores del huésped**

- Inmunodepresión.
- Falta de lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida o ablactación precoz.
- Malnutrición por defecto.
- Uso continuo de biberones
- Niños menores de doce meses

## **Factores protectores**

- Lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de edad.
- Ablactación adecuada a partir de los seis meses.
- Medidas higiénicas adecuadas como: lavado de las manos, consumo de agua potable o segura, adecuado manejo de desechos, entre otras. (Boletín epidemiológico Perú, 2012)

### *1.2.1.4 Diagnóstico:*

La enfermedad por diarrea aguda es un proceso auto limitado en el que es necesaria solo una valoración del paciente adecuada mediante una historia clínica cuidadosa y una exploración física detallada para presumir su etiología y establecer las indicaciones y conductas terapéuticas pertinentes y el propósito fundamental es determinar el grado de deshidratación (taquicardia, hipotensión, pérdida de peso y oliguria), ya que la gravedad y complicaciones de la EDA está supeditada a esta por lo que si no se diagnostica a tiempo puede retardar el tratamiento como las intervenciones necesarias para evitar su instauración. Existe otro riesgo asociado a estos cuadros y lo constituyen la sepsis, que se caracteriza por fiebre que supera los 39°C o hipotermia, taquicardia, escalofríos e hipotensión y que si no es corregida a tiempo puede provocar un Shock séptico y llevar a la muerte del infante. Además puede incidir en la gravedad del paciente, ciertos factores como: edades extremas, valvulopatías, inmunodeficiencia.

#### *1.2.1.4.1 Estimación del Grado de deshidratación:*

Ya hemos mencionado que la importancia del niño con diarrea aguda radica principalmente en la cuantificación por así decirlo del grado de deshidratación que estos presentan, por tanto veremos a continuación la clasificación clínica que utilizamos en este tipo de pacientes:

- Deshidratación grado 1 o leve (sin deshidratación): pérdida de menos del 4% del peso corporal.

- Deshidratación grado 2 o moderada: pérdida del 4-10% del peso corporal.
- Deshidratación grado 3 o grave: pérdida de más del 10% del peso corporal.

Generalmente no se dispone de un peso inicial o previo, por lo que se realiza una estimación mediante escalas clínicas que incluyen un conjunto de signos y síntomas, que aunque no están validadas completamente para el manejo de pacientes a nivel individual; si se utilizan mundialmente como marco de referencia para una mejor evaluación clínica. (Ver imagen No 2)

**Imagen 2.** Estimación clínica del grado de deshidratación.

	Deshidratación leve	Deshidratación moderada	Deshidratación grave
<i>Pérdida de peso (%)</i>			
Lactante	< 5%	5-10%	> 10%
Niño mayor	< 3%	3-9%	> 9%
<i>Mucosas</i>	+/-	+	+
<i>Disminución de la turgencia cutánea</i>	-	+/-	+
<i>Depresión de la fontanela anterior</i>	-	+	+ / ++
<i>Hundimiento del globo ocular</i>	-	+	+
<i>Respiración</i>	Normal	Profunda, posiblemente rápida	Profunda y rápida
<i>Hipotensión</i>	-	+	+
<i>Pulso radial</i>	Frecuencia y fuerza normal	Rápido y débil	Rápido, débil, a veces impalpable
<i>Perfusión</i>	Normal	Fría	Acrocianosis
<i>Flujo de orina</i>	Escaso	Oliguria	Oliguria/anuria

Tomado de Asociación Española de Pediatría.

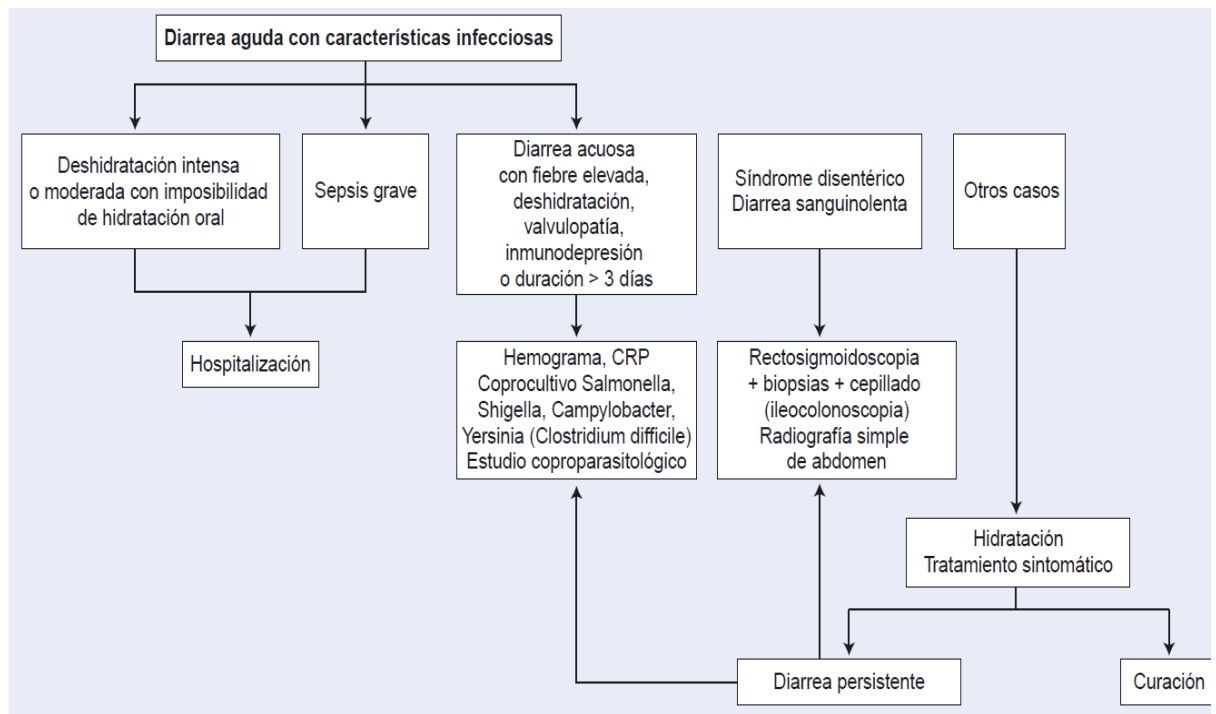
En lo concerniente a estudios complementarios cabe mencionar que los niños con deshidratación grado 1 o leve no necesita estudios de laboratorio y tanto su diagnóstico como el seguimiento de su tratamiento pueden realizarse con una valoración clínica exclusivamente. La cuantificación de electrolitos se realizará en todos los casos de deshidratación moderada y grave, en todos aquellos casos cuya clínica y examen físico no coincidan o se contradigan con un episodio habitual de diarrea; además en todos los casos en que exista la necesidad de utilizar terapia de reposición intravenosa. Se aconseja la necesidad de cuantificar electrolitos, glucosa e incluso bicarbonato, constituyendo este último el principal respecto al estado de hidratación por las

potenciales complicaciones hidroelectrolíticas que presentan estos niños y el tratamiento a utilizar.

La realización de un estudio coprológico tiene sus indicaciones definidas y busca principalmente definir la etiología de la enfermedad diarreica aguda; el coprocultivo no se indica de rutina en estos niños a menos que existan condiciones clínicas de gravedad, inmunodepresión, y una mala evolución al tratamiento.

Se puede además establecer esquemas sobre la distinción entre episodios diarreicos agudos comunitarios con características infecciosas, diarreas secundarias al consumo de antibióticos y diarreas que surgen en situaciones puntuales (Pariente, 2011) que se expresaran en el gráfico a continuación; así como la recomendación respectiva en cada caso.

**Imagen 3. Arbol de decisiones y actitud diagnóstica en diarrea aguda.**



Tomado de: Diarrea aguda del síntoma al diagnóstico. Pariente A 2011



#### *1.2.1.5. Tratamiento:*

No existe un tratamiento específico en este tipo de pacientes al ser como ya lo hemos mencionado una patología de múltiples etiologías, sin embargo al saber que la principal causa de complicaciones y muertes se dan por la deshidratación que conlleva un mal manejo se indicará una vez cuantificado el grado de deshidratación, la terapia de rehidratación que le corresponde y la vía de administración.

Metas a cumplir:

- Prevenir la deshidratación si ésta no se ha evidenciado en forma clínica
- Corregir la deshidratación cuando ella está presente
- Mantener la provisión de líquidos durante el curso de la diarrea
- Mantener la alimentación durante la diarrea y la convalecencia
- Erradicar el agente causal sólo cuando esto es deseable, factible, útil y no constituye un riesgo para el paciente
- Evitar la iatrogenia

A continuación mostramos la serie de Sales de Rehidratación Oral existentes no sin antes recalcar que la propuesta por la OMS en el año 2002 es la que tiene plena vigencia aún.

**Imagen No 4.** Recomendaciones de Sales de Rehidratación y soluciones disponibles.

	Na (mEq/l)	K (mEq/l)	Cl (mEq/l)	Base (mEq/l)	Glucosa (mmol/l)	Osmolaridad (mOsm/l)
OMS* (1975)	90	20	80	30	110	310
OMS* (2002)	75	20	65	10 <sup>a</sup>	75	245
ESPGHAN#	60	20	60	10 <sup>a</sup>	74-111	200-250
Sueroral <sup>®</sup>	90	20	80	30	110	310
Sueroral Hiposódico <sup>®</sup>	50	20	40	30	111 <sup>b</sup>	251
Isotonar <sup>®</sup>	60	25	50	28 <sup>a</sup>	80 <sup>c</sup>	250
Miltina Electrolit <sup>®f</sup>	60	20	50	10 <sup>a</sup>	90 <sup>a</sup>	230
OralSuero <sup>®f</sup>	60	20	38	14 <sup>a</sup>	80	212
Citor sal <sup>®</sup>	50	20	30	35 <sup>a</sup>	278 <sup>a</sup>	420 <sup>a</sup>
Cito-oral <sup>®</sup>	60	20	50	10 <sup>a</sup>	90	230
Bioralsuero <sup>®tj</sup>	60	20	38	14 <sup>a</sup>	80	212
Bioralsuero Baby <sup>®j</sup>	60	20	38	14 <sup>a</sup>	80	212
Cito-oral junior Zn <sup>®tj</sup>	60	22	50	33 <sup>a</sup>	90 <sup>a</sup>	261
Recuperation Suero Oral <sup>®tj</sup>	60	20	38	14 <sup>a</sup>	80	212

\*OMS: Organización Mundial de la Salud. #ESPGHAN: Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica.

<sup>a</sup>Base = citrato. <sup>b</sup>Lleva también 55-57 mmol/l de sacarosa. <sup>c</sup>Maltodextrina y polímeros de arroz y zanahoria.

<sup>d</sup>Glucosa y dextrinomaltoza. <sup>e</sup>9 mEq/l de bicarbonato + 9 mEq/l de citrato. <sup>f</sup>Preparado comercial ya en forma líquida. <sup>g</sup>Lleva añadido de 100 millones de u.f.c. de *Lactobacillus reuteri*. <sup>h</sup>Valor estimado según datos de ficha técnica. <sup>i</sup>Lleva añadido sulfato de zinc (Zn 10 mg/L). <sup>j</sup>Lleva añadido polisacáridos (B-D-glucanos).

Tomado Asociación Española de Pediatría y OMS.

La reposición de líquidos en estos niños siempre debe hacerse por vía oral, con ciertas excepciones como: choque hipovolémico, deshidratación grave, alteración en el nivel de conciencia, íleo paralítico, pérdidas fecales abundantes mantenidas (> 10ml/kg/h), y cuadros potencialmente quirúrgicos. Ya que se ha demostrado la mejor respuesta y menor morbilidad en comparación con la terapia de rehidratación endovenosa.

El ritmo de reposición esta tomado de acuerdo a la Guía de la Asociación Española de Pediatría la cual menciona:

- Ante ausencia de signos de deshidratación: reponer 10 ml/kg por deposición líquida y 2 ml/kg por vómito para de esta manera lograr reponer las pérdidas mantenidas, añadido a la dieta habitual del paciente.
- Si existe deshidratación leve o grado 1: 30-50 ml/kg (déficit) durante 3 a 4 horas + pérdidas mantenidas (10ml/kg por deposición líquida).
- Si existe deshidratación moderada o grado 2: 75-100 ml/kg durante 3 a 4 h + pérdidas (reposición déficit + pérdidas mantenidas)
- La rehidratación se realiza durante 3 a 4 horas y de acuerdo al caso se precisa una nueva valoración clínica transcurrida ese tiempo.

Respecto a la técnica, se aconseja la administración del líquido de forma fraccionada en pequeñas cantidades cada 2-3 minutos, para una mejor tolerancia. Se contempla también la rehidratación enteral por sonda nasogástrica, tan efectiva como la oral”. (Aedep, 2010)

Por último mencionar que dentro del tratamiento farmacológico de la EDA no se recomienda el uso rutinario de antibióticos (se indican solo en caso de diarreas sanguinolentas, con presencia de moco, y fiebre de  $>39^{\circ}\text{C}$ ) ni otros fármacos como los inhibidores de la movilidad intestinal (loperamida), modificadores de la secreción intestinal (sales de bismuto) y sustancias absorbentes (colesteramina). Sin embargo aunque los estudios clínicos actuales no son concluyentes ni la OMS los recomienda de forma rutinaria, los reguladores de flora bacteriana y los inhibidores específicos de encefalinasas (racecadrotilo) muestran resultados alentadores en la reducción de complicaciones y de recurrencias; confirmadas en algunas otras series por varios autores de guías clínicas. Y aunque según una revisión sistemática sobre el uso de este fármaco demostró una reducción sistemática en el volumen de las deposiciones a las 48 horas “sería interesante estudiar la eficacia en atención primaria valorando el número y volumen de las deposiciones y la duración y número de ingresos”. (Emparanza, 2008)

El micronutriente estrella en esta patología ha sido el zinc y su utilidad ha sido confirmada en los procesos de diarrea. Estudios han demostrado que la suplementación del oligoelemento (zinc) disminuye significativamente la gravedad y la frecuencia de la diarrea, en niños de países en vías de desarrollo y una reducción de los episodios posteriores a la diarrea. Es así que como estrategia estamos viendo en nuestro medio que las casas farmacéuticas han incluido en sus formulaciones de rehidratación oral el zinc para facilitar la adherencia al tratamiento en estos niños.

### **1.2.2 Conocimientos**

Se define el conocimiento como el conjunto de datos e información que una persona almacena mediante la confluencia de la experiencia y el aprendizaje adquirido a través de procesos educativos.

### **1.2.3 Intervención**

Según Gracia autor de un artículo de revisión sobre intervenciones probadas para reducir la EDA en menores de cinco años menciona que “Los análisis de la efectividad, factibilidad y costo de cada intervención propuesta han demostrado que algunas de ellas son particularmente efectivas y asequibles, mientras que otras son inefectivas, muy poco prácticas o requieren de más evaluación como se muestra en la tabla adjunta. No hemos encontrado en nuestro país estudios que diseñen una estrategia educativa para la prevención de diarrea aguda en niños. Las revisiones concluyen en que los esfuerzos para prevenir la diarrea y aquellos para reducir las muertes sin llegar al manejo adecuado del caso, se debieran enfocar en algunas intervenciones de eficacia probada.” (Gracia, 2015)

Además es importante mencionar que la intervención y la participación activa de la madre durante todo el proceso de la enfermedad del niño es vital, por lo que a continuación mencionaremos aquellas intervenciones probadas en el manejo de estos niños.

Intervenciones probadas de acuerdo a Medicina Basada en la evidencia para reducir los casos de EDA en niños menores de 5 años.

A. Algunas intervenciones de eficacia y rentabilidad probada para la prevención de la diarrea en niños

Promoción de la lactancia materna exclusiva

Mejorar las prácticas de ablactación

Mejorar las fuentes de agua y saneamiento

Uso adecuado del agua para consumo e higiene

Lavado de manos

Limpieza y uso adecuado de letrinas

Deposición segura de las excretas de los niños pequeños

Inmunización contra el sarampión

B, Algunas intervenciones inefectivas, muy poco prácticas o que requieren de más evaluación para la prevención de la diarrea en niños

Suplementación con vitamina A

Suplementación con Zinc

Prevención del bajo peso al nacer

Inmunización contra Rotavirus

Uso de probióticos

Modificada de Gracia Nieto. Intervenciones de eficacia probadas en diarrea aguda.

Tomando en cuenta estas evidencias médicas y algunas guías de buena práctica clínica desarrollaremos a continuación nuestra intervención para evitar la presentación de nuevos casos de EDA en menores de 5 años.

## CAPITULO II

### 2. METODOLOGÍA

#### 2.1 Diseño de investigación:

Se realizó una investigación observacional tipo descriptiva de corte transversal.

#### 2.2 Área de estudio:

Barrio El Progreso, Cantón Archidona – Napo –Ecuador.

#### 2.3 Universo y muestra:

El universo de estudio lo conformaron 50 cuidadores/as de niños menores de cinco años de edad del Barrio El Progreso. No: 50

#### **Criterios de inclusión:**

Cuidadores con niños menores de cinco años procedentes de Barrio El Progreso, que fueron atendidos por causa de Enfermedad Diarreica Aguda en el Centro de Salud (CS) Archidona y cuyos cuidadores acepten participar en el estudio.

#### **Criterios de exclusión:**

Cuidadores con niños menores de cinco años que fueron atendidos en el CS Archidona pero vivían en otro barrio del Cantón Archidona.

Cuidadores con niños menores de cinco años que fueron diagnosticados de Enfermedad Diarreica Aguda pero con comorbilidades.

## **2.4 Variables:**

### **Variable Independiente:**

Variables sociodemográficas seleccionadas: edad, sexo, etnia, ocupación, nivel de instrucción

### **Variable Dependiente:**

Nivel de conocimiento sobre Enfermedad Diarreica Aguda en niños

### **Fuente de Recolección de datos:**

#### *Fuentes Directas.*

Cuestionario aplicado mediante encuesta a los/as cuidadores de los niños menores de cinco años.

Análisis de la Situación Integral de Salud del Barrio El Progreso Archidona.

Fichas Familiares del Barrio El Progreso

Registros de atención RDACCA en el periodo comprendido de la investigación del Centro de Salud Archidona.

#### *Fuentes Indirectas o Secundarias.*

Revisiones bibliográficas de estudios previos sobre la temática de estudio.

Datos del Instituto de Estadísticas y Censos Ecuador 2011.

Para recoger la información de esta investigación se confeccionó una encuesta por el autor de la misma, después de realizar una revisión minuciosa de la bibliografía referente al tema estudiado (Ver anexo No 3) la misma se aplicó a 50 cuidadores con niños menores de cinco años del Barrio El Progreso para conocer algunas variables sociodemográficas de los participantes y determinar el nivel de conocimiento sobre prevención de Enfermedad Diarreica Aguda.

Antes de aplicar la encuesta el investigador explicó las características del estudio a los cuidadores que conformaron el universo y luego, previa, recogida del consentimiento informado sobre su participación se aplicó la misma (Anexo No 4), esta fue respondida en un tiempo de 30 minutos en presencia del autor, se aclararon las dudas en relación con el cuestionario. Todo esto permitió la realización del estudio diagnóstico teniendo en cuenta las variables utilizadas.

## **2.5 Instrumento. Validación del instrumento:**

La validación del instrumento se realizó tomando en consideración los criterios de Moriyama, los cuales fueron aplicados al instrumento confeccionado, por parte de especialistas conformado por un grupo de cinco médicos dedicados a la Medicina Familiar con más de diez años de experiencia en investigación y en el tema tratado. Los criterios para la validación fueron:

1. **Comprensible:** Se refiere a si se comprenden los aspectos (ítems) que se evalúan, en relación con el fenómeno que se quiere medir.
2. **Sensible a variaciones** en el fenómeno: Si se considera que puede discriminar a individuos con diferentes grados de vulnerabilidad.
3. **Razonables:** Si el instrumento (ítem) tiene suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables. Es decir, si existe una justificación para la presencia de dicho ítem en el instrumento.
4. **Componentes claramente definidos:** Si el ítem tiene una definición clara.
5. **Factibles:** Si deriva de datos factibles de obtener. Si el dato correspondiente al ítem evaluado se puede recoger.

Para evaluar cada ítem con los cinco criterios de Moriyama se dieron los siguientes valores:

Mucho: 3, Suficiente: 2, Poco: 1 y Nada: 0.



Cada experto evaluó el ítem asignándole un valor para cada uno de los criterios antes expuestos, resultando según la escala ordinal siguiente: Satisfactorio > 60; No satisfactorio: < 60. Posteriormente, se identificaron aquellos ítems que en alguno de los aspectos evaluados obtuvieron calificación por menos del 60% de los expertos. Esos ítems fueron analizados, corregidos y sometidos nuevamente a la opinión de los expertos hasta ser evaluados por el 60 % o más.

Además se realizó una prueba piloto en la que se aplicó la encuesta a veinte personas que no fueron incluidas en el estudio con el objetivo de conocer su inteligibilidad y comprensión, también se tomó una prueba de test y re test con un 95% de confiabilidad. (Anexo No 5).

### **Descripción del instrumento:**

El cuestionario constó de 22 preguntas, cuya calificación se realizó de acuerdo al nivel de conocimiento (excelente, aceptable e insuficiente). Las variables sociodemográficas a tener en cuenta en el cuestionario fueron: edad, sexo, etnia, instrucción, ocupación y para determinar el nivel de conocimientos sobre prevención de Enfermedad Diarreica Aguda: conocimiento sobre lactancia materna; preparación de sales de rehidratación oral; importancia de consumir agua segura.

Para determinar el nivel de conocimientos sobre prevención de enfermedad diarreica aguda de los cuidadores/as de menores de cinco años se utilizaron 10 preguntas que median conocimientos, todas de opción múltiple con posibilidad de una sola respuesta correcta. A las mismas se les asignó un punto por cada pregunta contestada correctamente y cero para la incorrecta; se realizó una suma simple y se consideró como nivel de conocimiento excelente a un puntaje de siete o más; aceptable a seis e insuficiente a cinco o menos. Además el cuestionario contenía siete preguntas que medían las prácticas que tenían frente a cada episodio que presentaban los niños/as a su cuidado.

Después de determinar se diseñó una estrategia educativa sobre estos aspectos. Se explicó las características del estudio a los cuidadores que conforman el universo de estudio y se aplicó la encuesta, en un tiempo de 30 minutos en presencia del

investigador, se les aclaró las dudas en relación con el cuestionario. Todo esto permitió la realización del estudio diagnóstico teniendo en cuenta las variables utilizadas.

## 2.6 Procesamiento de datos:

Los datos se procesaron a través del paquete Excel y una vez creada la base de datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS 22.0. Las variables se describieron con números y porcentajes, los resultados se expusieron en tablas las cuales fueron analizadas y discutidas.

### Operacionalización de variables:

VARIABLE	TIPO	ESCALA	DESCRIPCION	INDICADOR
Edad	Cuantitativa discontinua	< 20 años 21-30 años 31-40 años 41- 50 años 51 – 60 años >60 años	Evolución de la persona en años cumplidos	% de cuidador/ra según edad
Sexo	Cualitativa nominal	Femenino Masculino	Expresión biológica del sexo determinada por su genotipo	% de cuidadores según sexo
Etnia	Cualitativa nominal	Blanco Indígena Mestiza Otros	Auto identificación étnica dada por sus costumbres y cultura	% de cuidador/ra según etnia
Ocupación	Cualitativa nominal	Ama de casa Empleado público Empleado privado	Medio de sustento económico o actividad diaria realizada	% de cuidador/ra según ocupación

		Desempleado Otro		
Instrucción	Cualitativa nominal	Ninguna Primaria Secundaria Técnico Superior	Nivel de educación formal alcanzado	% de cuidador/ra según instrucción
Conocimiento de lactancia materna	Cualitativa nominal	SI  NO	Conocimiento sobre importancia de la lactancia materna	% de cuidador/ra según conocimiento de lactancia materna
Conocimiento sobre edad de ablactación	Cualitativa nominal	a) Hasta los 2 meses. b) Hasta los 6 meses. c) Hasta 1 año. d) Hasta 2 años. e) Ninguna de las anteriores	Se considera la respuesta correcta el literal b)	% de cuidador/ra según conocimiento correcto sobre edad de ablactación
Conocimiento sobre inicio de alimentación complementaria	Cualitativa nominal	a) Hasta los 2 meses. b) Hasta los 6 meses. c) Hasta 1 año. d) Hasta 2 años. e) Ninguna de las anteriores	Se considera la respuesta correcta el literal b)	% de cuidador/ra según conocimiento de inicio de alimentación complementaria
Conocimiento sobre tratamiento inicial a	Cualitativa nominal	a) Ninguno b) Suero Oral (preparado) c) Suero de	Se considera respuestas correctas los literales b) y c)	% de conocimiento de los cuidadores

administrar en caso de diarrea		agua, azúcar y sal (suero casero)		sobre tratamiento inicial en caso de diarrea.
		d) Solución a base de cereales o coladas		
		e) Medicamentos		
Conocimiento sobre preparación correcta de suero oral casero	Cualitativa nominal	a) Agua hervida, sal, azúcar, bicarbonato	Se considera respuesta correcta el literal a)	% de conocimiento adecuado para preparar suero oral
		b) Agua de llave, sal, azúcar, limón		
		c) No lo sé		
Practica sobre dónde buscar ayuda en caso de diarrea	Cualitativa nominal	a)Vecina	Se considera respuestas correctas b) y d)	% de cuidadores según lugar dónde busca ayuda en caso de diarrea
		b)Médico		
		c)Farmacia		
		d)Promotor de salud e)Pariente		
		f) Comadrona		
Practica sobre dónde acude en caso de diarrea	Cualitativa nominal	a) Centro de salud	Lugar dónde se atiende a niños en caso de diarrea aguda	% de cuidadores de acuerdo a lugar de atención en caso de diarrea
		b) Hospital		
		c) Médico		
Practica sobre por qué no busca ayuda en caso de diarrea	Cualitativa nominal	a) El establecimiento queda muy lejano	Razones por la que no buscan ayuda en caso de presentar enfermedad diarreica sus	% de cuidadores según razón por la que no acuden a centro de salud
		b) No confío en el personal		

---

		c) Personal da malos tratos d) No hay medicinas e) No lo considero necesario los síntomas no eran graves f) Ya sabe que darle en estos casos g) Otro	niños/as	
Practica sobre cantidad de líquido a administrar en caso de diarrea	Cualitativa nominal	a) Más de lo acostumbrado b) Igual de lo acostumbrado c) Menos de lo acostumbrado	Se considera respuesta correcta literal a)	% de cuidadores de acuerdo a cantidad de líquido a administrar
Practica sobre origen del agua para consumo en el hogar	Cualitativa nominal	a) Red pública b) Pozo c) Río d) Agua Lluvia e) Camión tanque g) Otro	Origen de la procedencia del agua para consumo diario por la familia	% de procedencia del agua para consumo diario
Practica sobre qué hace con el agua antes de su consumo	Cualitativa nominal	a) La hierve b) La echa cloro C) Tal como viene de la fuente	Utilidad y tratamiento que se le da al agua antes de consumirla	% de cuidadores según practicas de consumo previo ingesta

---

		d) La filtran e) Otro		
Practica de tiempo de ebullición del agua antes de su consumo	Cualitativa nominal	a) Menos de 5 minutos b) 6 a 8 minutos c) Más de 10 minutos	Practica de hervir agua antes de su consumo	% de cuidadores según tiempo de ebullición del agua previo consumo
Practica sobre lavado de manos	Cualitativa nominal	a) Antes de comer b) Después de ir al baño c) Para preparar los alimentos d) Para atender a los niños e) Después de cambiar los pañales del niño f) En ninguna de las anteriores g) Todos los anteriores	Prácticas de lavado de manos para prevenir diarrea aguda	% de cuidadores según conocimiento sobre lavado de las manos
Conocimiento sobre sintomatología de la Enfermedad diarreica aguda	Cualitativa nominal	a) Vómito b) Deposiciones con sangre c) Ojos hundidos d) No tiene apetito e) todos los anteriores	Se considera respuesta correcta el literal e)	% de cuidadores según conocimiento de síntomas de diarrea
Conocimiento	Cualitativa	a) Signo del	Se considera	% de

sobre signos de deshidratación de la Enfermedad diarreica aguda	nominal	pliegue positivo b) Fiebre c) Boca o lengua seca d) Ojos hundidos e) Bebe con mucha sed o avidez f) Todos g) Ninguna	respuesta correcta literal f)	cuidadores con conocimiento de signos de deshidratación
Conocimiento sobre complicación de la enfermedad diarreica	Cualitativa nominal	SI  NO	Identificación correcta sobre complicación de la enfermedad diarreica	% de cuidadores que conocen la complicación (muerte) por enfermedad diarreica
Conocimiento sobre el uso del cloro para desinfectar el agua	Cualitativa nominal	SI  NO	Conocimiento sobre utilidad del cloro para desinfectar el agua para consumo	% de cuidadores según conocimiento de utilidad del cloro para desinfectar agua.

## 2.7 Aspectos éticos.

La intervención sobre enfermedad diarreica aguda está dirigida a las familias de niños menores de cinco años, y cumplirá estrictamente con los principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia, justicia, autonomía y respeto por las personas, los

participantes de la investigación lo harán previo consentimiento informado (Anexo No 4) el cual se solicitará por escrito y tendrán la posibilidad de abandonar el estudio en el momento que lo desearán. No se reportó ningún abandono.



## CAPITULO III.

### 3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Las Enfermedades diarreicas aguda en niños menores de cinco años es un reto pendiente por la mayoría de países en desarrollo, no logrando aun el control del elevado número de complicaciones que por esta entidad se derivan.

En estudio realizado en la comunidad se obtuvo como resultado expresado en la tabla No 1, que existió predominio de cuidadores del sexo femenino con el 86% (N=43) sobre el masculino con el 14% (No7), en los grupos de edad el mayor por ciento lo presentó el grupo entre 20 y 29 años con el 42% (No 21), seguido por los de 30 a 39 con el 30% (No 25) En todos los grupos existió predominio del sexo femenino.

**Tabla.1.** Distribución de los cuidadores/as según grupo de edad y sexo. Barrio Progreso Archidona 2016.

Grupo edad (años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
20-29	4	8,00	17	34,00	21	42,00
30-39	1	2,00	14	28,00	25	30,00
40-49	0	0,00	9	18,00	9	18,00
50-59	1	2,00	2	4,00	3	6,00
> 60	1	2,00	1	2,00	2	4,00
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>14,00</b>	<b>43</b>	<b>86,00</b>	<b>50</b>	<b>100,00</b>

*Fuente:* Encuesta

El autor de la investigación opina que estos resultados son debidos a que la mayoría de los cuidadores de los infantes menores de cinco (5) años de edad, son las madres o padres, que a esta de edad de los hijos se encuentran en edades comprendidas entre veinte a treinta y nueve (20-39) años, y dentro de ellos quien más se dedica de forma permanente al cuidado de los menores es la madre explicando el predominio del sexo femenino. En la literatura revisada se encuentran resultados similares a los de la presente investigación, así en un estudio realizado en Lima, Perú se obtuvo un rango de edad de 24 años entre las participantes, con un mínimo de 25 y un máximo de 49 años, teniendo como edad media los 36 años, siendo la edad más frecuente los 40 años, lo que

representa un 18.5%. (Flores, 2015); así también en una investigación realizada en República Dominicana (Vásquez et al, 2014) el grupo de edad que prevaleció fue el comprendido entre 21-25, seguido del grupo 26 a 30 años con el 31.7%. En un estudio publicado en Bolivia (Burgoa, 2008) se encontró como edad promedio de las madres 28 años; guardando similitud con los datos expuestos en este trabajo.

En el estudio se pudo observar, como lo expresa la tabla No 2 que la distribución de cuidadores de acuerdo a su auto identificación étnica que el mayor porcentaje fueron los/as mestizos/as con el 64% (No 32), seguido de los indígenas con el 34% (No 17) y el otro grupo étnico identificado es la etnia negra con el 2% (No 1); todos estos del total de la población sin embargo es de resaltar que la distribución por sexo se mantiene con predominio de los mestizos con el 8% en hombres y 56% en mujeres, seguido del 6% en hombres indígenas y el 28% en mujeres indígenas.

**Tabla No 2.** Distribución de los cuidadores/as según etnia y sexo. Barrio Progreso Archidona 2016.

Etnia	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
Indígena	3	6,00	14	28,00	17	34,00
Mestizo	4	8,00	28	56,00	32	64,00
Negro	0	0,00	1	2,00	1	2,00
<b>Total</b>	7	14,00	43	86,00	50	100,00

*Fuente:* Encuesta

Con los datos obtenidos en esta investigación podemos entender que el mayor porcentaje de población mestiza descrita corresponde con los datos del Análisis de la Situación de Salud de este barrio, debido a la ubicación central del mismo en el Cantón Archidona donde existe un predominio de etnia mestiza sobre la indígena que sin embargo representa un importante número en el total de habitantes del cantón. (Padilla, 2014). No se encontró estudios similares que asocien o determinen el nivel de conocimiento con la etnia.

En la tabla No 3 se pudo identificar que del 86% de población femenina la ocupación que predominó fue el de ama de casa con el 32% seguido de los empleados públicos con el 28% y en el sexo masculino del 14% estudiado las ocupaciones que en mayor porcentaje se encontró fue Empleado Público y Otros con el 4% respectivamente; además aquí cabe acotar que igualmente el 4% presentó desempleo.

**Tabla 3.** Distribución de los cuidadores/as según ocupación y sexo. Barrio Progreso Archidona 2016.

Ocupación	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
Ama de casa	0	0,00	16	32,00	16	32,00
Empleado Público	2	4,00	14	28,00	16	32,00
Empleado Privado	1	2,00	8	16,00	9	18,00
Desempleado	2	4,00	0	0,00	2	4,00
Otros	2	4,00	5	10,00	7	14,00
<b>Total</b>	7	14,00	43	86,00	50	100,00

*Fuente:* Encuesta

En lo concerniente a la ocupación por sexo hubo una divergencia con los datos presentados por reportes oficiales del gobierno donde la ocupación en el sector público representa un porcentaje menor (INEC, 2013) al reportado en esta investigación; así como también al encontrado en el ASIS de este barrio (Padilla, 2014); sin embargo en correspondencia a la ocupación de las mujeres con amas de casa si guarda relación y un discreto porcentaje menor se reportó en esta investigación con los desempleados. Con respecto a la ocupación, en Lima se demuestra que el grupo más grande fue encontrado en las madres que cuentan con un trabajo del tipo dependiente con 53.7%, seguidas por las que trabajan de forma independiente con 31.5% y finalmente, las que son Amas de casa, con un 14.8%. (Flores, 2015), no coincidiendo con lo encontrado en la investigación presentada. Y además en una intervención educativa para prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en la ciudad de Riobamba se encontró que las ocupaciones que más se encontraron fue Amas de casa con el 30% (Cabezas, 2011)

En la Tabla. 4 se observó que la instrucción que con mayor porcentaje se presentó en el sexo masculino fue el nivel técnico con el 6% seguido del nivel secundaria y superior con el 4%; y en el sexo femenino la instrucción que con mayor porcentaje se presentó fue el nivel secundario con el 48%, seguido del nivel superior con el 16%; sin embargo también vemos que un 4% de la población estudiado no tiene una instrucción y se solo se presentó este hecho en el sexo femenino.

**Tabla 4.** Distribución de los cuidadores/as según instrucción y sexo. Barrio Progreso Archidona 2016.

Instrucción	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
Analfabeto	0	0,00	2	4,00	2	4,00
Primaria	0	0,00	4	8,00	4	8,00
Secundaria	2	4,00	24	48,00	26	52,00
Técnico	3	6,00	5	10,00	8	16,00
Superior	2	4,00	8	16,00	10	20,00
<b>Total</b>	7	14,00	43	86,00	50	100,00

*Fuente:* Encuesta

Con los datos reportados rápidamente podemos concluir que los niveles de instrucción presentados son buenos para la población en la que se desarrolló el estudio sin guardar relación con los datos cantonales (Plan de Ordenamiento territorial del GAD Archidona, 2011) pero también es digno de mención que todos los casos de analfabetismo encontrados se presentaron en mujeres; reflejando así la aún existente inequidad social en nuestro medio, en estudio realizado en Nido Children'sHouse, Perú, predominó el grado de instrucción Superior Universitario, con un 81.5% del total, seguido por el Técnico con 16.6% y el resto de secundaria completa o menos, 1.9%, estos resultados no coincidieron con los de la investigación actual. (Flores, 2015). Sin embargo según Vasquez, 2014 encontró que la instrucción predominante fue la primaria 43.9%, seguida de la universitaria con el 12.2% acercándose más a los resultados expresados en esta investigación. Según autor (Burgoa, 2008) encontró que la instrucción que prevaleció fue la primaria con un 79.8 % difiriendo con esta investigación.

A continuación en la tabla No 5 la distribución del nivel de conocimiento por sexo se observó que en el sexo femenino el mayor porcentaje reprobó con un 32% versus un 6%

del sexo masculino; seguido del 28% con un excelente nivel de conocimiento en mujeres vs el 4% en hombres.

**Tabla 5.** Distribución de los cuidadores/as según nivel de conocimiento por sexo. Barrio Progreso Archidona 2016.

Conocimientos	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
Insuficiente	3	6,00	16	32,00	19	38,00
Aceptable	2	4,00	13	26,00	15	30,00
Excelente	2	4,00	14	28,00	16	32,00
<b>Total</b>	7	14,00	43	86,00	50	100,00

*Fuente:* Encuesta

El autor del trabajo investigativo desea aclarar aquí que todos los porcentajes son mayores en mujeres debido a que las mismas corresponden al 86% del total de la población estudiada. En la provincia de Ica, Perú se encontró que el conocimiento general de las madres sobre la diarrea es regular en una mayor proporción (42,7%), seguido de un conocimiento calificado como bueno (34,1%) y calificado como malo, con un 23,2%, (Alarco,2013) estos resultados no son similares a los encontrados en el estudio. En República Dominicana (Vásquez, 2014) sobre nivel de conocimiento en técnicas de rehidratación oral se encontró que el 61% de las madres suministran una cantidad suficiente de líquidos luego de empezar los episodios diarreicos.

En la Tabla No 6 podemos darnos cuenta que el nivel de conocimiento insuficiente se presentó en mayor porcentaje en el grupo de edad correspondiente 20 a 29 años con el 16% e igual porcentaje en el grupo de edad correspondiente entre 30 a 39 años. El nivel de conocimiento excelente se presentó en mayor porcentaje en los grupos de 20 a 29 años y 40 a 49 años con un 10% respectivamente.

**Tabla 6.** Distribución de los cuidadores/as según nivel de conocimiento por grupos de edad. Barrio Progreso Archidona 2016.

Grupo edad (años)	Conocimientos						TOTAL	
	Insuficiente		Aceptable		Excelente			
	No	%	No	%	No	%	No	%
20-29	8	16,00	8	16,00	5	10,00	21	42,00
30-39	8	16,00	3	6,00	4	8,00	15	30,00
40-49	1	2,00	3	6,00	5	10,00	9	18,00
50-59	0	0,00	1	2,00	2	4,00	3	6,00
> 60	2	4,00	0	0,00	0	0,00	2	4,00
<b>Total</b>	19	38,00	15	30,00	16	32,00	50	100,00

Fuente: Encuesta

En estudios realizados en Colombia con 204 cuidadores, en Perú, realizado en 169 madres, y en Venezuela con 111 madres, no se encontró evidencia que la edad de la madre tenga una relación directa a favor o en contra de los conocimientos que tengan sobre diarrea, en Perú se encontró que las madres de 20 a 29 años el 20% (1/5) tiene nivel de conocimiento malo y el 80% (4/5) regular.(Flores, 2015).El investigador considera que los resultados del presente estudio están dados porque el mayor número de participantes se encuentran en estos grupos de edades.

En la tabla No 7 vemos el nivel de conocimiento encontrado de acuerdo a la ocupación donde la que menor nivel de conocimiento en prevención de Enfermedad Diarreica Aguda posee es el de las ama de casa con el 16%, seguido del Empleado Público con el 10% y como excelente con el 12% los de Empleo Público seguido por los de Empleado Privado con el 10%

**Tabla 7.** Distribución de los cuidadores/as según nivel de conocimiento y ocupación. Barrio Progreso Archidona 2016.

OCUPACIÓN	Conocimiento						TOTAL	
	Insuficiente		Aceptable		Excelente		No	%
	No	%	No	%	No	%		
Ama de casa	8	16,00	4	8,00	4	8,00	16	32,00
Empleado público	5	10,00	5	10,00	6	12,00	16	32,00
Empleado Privado	2	4,00	2	4,00	5	10,00	9	18,00
Desempleado	0	0,00	2	4,00	0	0,00	2	4,00
Otros	4	8,00	2	4,00	1	2,00	7	14,00
Total	19	38,00	15	30,00	16	32,00	50	100,00

Fuente: Encuesta

En este aspecto el autor del trabajo especifica que en ninguna de las bibliografías consultadas para este estudio se pudo encontrar una relación causal entre la ocupación y el nivel de conocimiento en determinada patología a no ser que sea trabajador de la salud. En Perú se demostró que el grupo de madres que son Trabajadoras Dependientes, tienen en su mayoría un nivel de conocimiento regular, con un 96.6% (28/29) y que el grupo que son Trabajadoras Independientes, son las únicas que presentan un nivel de conocimiento malo, con 11.8% (2/17). (Flores, 2015). A pesar de ello, no se encuentra una relación estadísticamente significativa en esta relación. Coincidiendo con lo planteado por el autor.

En la tabla No 8 podemos darnos cuenta que el nivel de conocimiento insuficiente se presentó en mayor porcentaje en los de nivel secundaria con el 20% seguido del nivel aceptable en esa misma instrucción con el 18%; sin embargo cabe puntualizar que las dos personas encontradas con analfabetismo presentaron un nivel de conocimiento insuficiente es decir el 100%; no representado estadísticamente importante en la tabla debido a que estos dos casos solo representan el 4% del total de la población estudiada.

**Tabla 8.** Distribución de los cuidadores/as según nivel de conocimiento e instrucción. Barrio Progreso Archidona 2016.

INSTRUCCIÓN	Conocimiento						TOTAL	
	Insuficiente		Aceptable		Excelente		No	%
	No	%	No	%	No	%		
Analfabeto	2	4,00	0	0,00	0	0,00	2	4,00
Primaria	2	4,00	1	2,00	1	2,00	4	8,00
Secundaria	10	20,00	9	18,00	7	14,00	26	52,00
Técnico	4	8,00	2	4,00	2	4,00	8	16,00
Superior	1	2,00	3	6,00	6	12,00	10	20,00
<b>Total</b>	19	38,00	15	30,00	16	32,00	50	100,00

Fuente: Encuesta

En este aspecto el autor recalca que el nivel de instrucción debería estar relacionado con el nivel de conocimiento de una persona, sin embargo excluyendo a las personas con analfabetismo este aspecto no representa realmente un valor determinante en el conocimiento para prevenir enfermedades diarreicas en niños. En Lima, cuando se evaluó el nivel de conocimiento con respecto al grado de instrucción, se encontró que la única madre con Nivel Secundario o menos, tuvo un nivel de conocimiento malo. Del grupo con grado de Instrucción Técnico, el 11.1% (1/9) tuvo nivel de conocimiento malo y el 88.9% (8/9) regular. Del grupo con grado de Instrucción Superior Universitario, el 95.5% (42/44) tuvieron un nivel de conocimiento regular y 4.5% (2/44), bueno, (Flores, 2015). Estos resultados difieren de lo encontrado en este estudio.

En la tabla No. 9 que a continuación se describe podemos observar que la etnia con un nivel de conocimiento más bajo es la mestiza con un 24% y en igual porcentaje presentó esta etnia un nivel excelente; seguido de la etnia indígena que presentó un nivel de 14% de conocimiento insuficiente seguido de igual porcentaje como aceptable.



**Tabla 9.** Distribución de los cuidadores/as según nivel de conocimiento y etnia. Barrio Progreso Archidona 2016.

ETNIA	Conocimiento						TOTAL	
	Insuficiente		Aceptable		Excelente		No	%
	No	%	No	%	No	%		
Indígena	7	14,00	7	14,00	3	6,00	17	34,00
Mestizo	12	24,00	8	16,00	12	24,00	32	64,00
Otros	0	0,00	0	0,00	1	2,00	1	2,00
<b>Total</b>	19	38,00	15	30,00	16	32,00	50	100,00

Fuente: Encuesta

El autor considera que es importante mencionar aquí que el nivel de conocimiento para prevenir ciertas enfermedades como la enfermedad diarreica si está relacionada a la etnia según varios estudios, debido a que muchos de estos conocimientos están relacionados a aspectos culturales de cada grupo étnico como por ejemplo la indígena. En Colombia, se encontró que la etnia indígena poseía menos conocimientos que el resto de los participantes. (Alarco, 2013), y en este estudio pudimos constatar que las etnias indígenas y negra tuvieron la menor cantidad de conocimientos en comparación con la mestiza (que porcentualmente tiene menor conocimiento, por la cantidad mayoritaria de cuidadores de esa etnia)

## **CAPITULO IV.**

### **4. PROPUESTA**

#### **4.1. DISEÑO DE PROYECTO DE INTERVENCIÓN**

“Estrategia educativa para prevenir enfermedad diarreica aguda en niños menores de cinco años. barrio Progreso. Archidona.”

##### **4.1. 1 ANTECEDENTES:**

La Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) constituye un problema de salud pública a nivel mundial, nacional y local; siendo así la Organización Mundial de la Salud (OMS) según datos reportados en Abril del 2013 indica que “en todo el mundo se producen unos 1 700 millones de casos de enfermedades diarreicas cada año; y que matan a 760 000 niños menores de cinco años cada año representando la segunda causa de muerte en niños menores de cinco años” (OMS, 2015). Y otros reportes mencionan que cada año “en el mundo mueren alrededor de 10 millones de niños menores de cinco años debido en gran parte a unas cuantas enfermedades perfectamente prevenibles y alrededor de 2 millones de estas muertes (aproximadamente 20%) se deben directa o indirectamente a la enfermedad por diarrea” (Florez, 2015). En países en desarrollo como los de nuestra región los niños menores de tres años sufren, de promedio, tres episodios de diarrea al año y cada episodio priva al niño de nutrientes necesarios para su crecimiento constituyendo entonces causal importante para desnutrición en estos niños.

En el Ecuador según datos aportados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el año 2011 la Enfermedad Diarreica Aguda representó el 1.56 % de las muertes en menores de 1 año, ocupando la décima segunda causa de muerte en este grupo de niños. De acuerdo a datos obtenidos en nuestro Análisis de la Situación de Salud (ASIS) la EDA representó el 19.89% del total de morbilidades en el Centro de Salud de Archidona ocupando el segundo lugar del número total de atenciones para el año 2014.

Archidona es un cantón de la provincia de El Napo de la Amazonía Ecuatoriana con un clima cálido húmedo debido a su ubicación tropical, donde las condiciones higiénico dietéticas imperantes aún están lejos de las deseables para una zona urbana, y es aquí en donde se ubica el barrio Progreso, donde se realizó esta investigación; por lo que en observaciones realizadas durante actividades extramurales como visitas domiciliarias, en intercambios con líderes formales e informales de la comunidad y actividades con los técnicos en Atención Primaria de Salud pudimos constatar que existen factores de riesgo prevenibles de Enfermedad Diarreica Aguda en niños menores de 5 años; además en el Análisis de la Situación de Salud del Barrio El Progreso se encontró que la EDA representa la principal patología infecciosa en esta población con un 55%. En la identificación y priorización de los problemas de salud los habitantes identificaron algunos factores de riesgo para la presentación de EDA entre ellos: la parasitosis y el consumo de agua insegura como un problema comunitario a ser resuelto, de esta forma según el Modelo de Atención Integral (MAIS) y Plan Nacional del Buen vivir 2013-2017 meta 3, reducir los casos de EDA en niños para evitar las muertes por dicha causa y también otras consecuencias como son la desnutrición en estos niños es prioritaria para el personal de la Atención Primaria en salud.

#### **4.1.2 Fundamentos:**

La estrategia de intervención educativa se basa en una perspectiva social, psicológica y filosófica. Desde el punto de vista filosófico se considera esta una práctica social como punto de partida, se concibe al hombre como un ser de eminentemente social, y que se desenvuelve según sus relaciones dialécticas que establece con el entorno que le rodea como parte del sistema hombre-sociedad- naturaleza. Desde un punto de vista sociológico en cambio se concibe al ser humano como históricamente condicionado, producto del desarrollo mismo de la cultura que el mismo ha creado, conduce a desestimar la relación que existe entre la educación, sociedad y la cultura: la sociedad como final depositaria de toda la experiencia histórico-cultural y la educación como medio y producto de la transformación de la sociedad. Y finalmente desde una perspectiva psicológica el enfoque cultural del desarrollo humano, asume que el fin de la educación es la transformación del hombre y la cultura en su interrelación dialéctica: por tanto el ser humano se educa a partir de la cultura creada y a la vez es parte del

desarrollo de la misma, y que necesariamente responde a las necesidades y exigencia de la misma sociedad.

Estrategia se define desde el punto de vista la epistemológico – pedagógico a este tipo de intervención en el paradigma socio crítico; donde un diseño guarda un fiel respeto al papel del personal de salud como al individuo en el medio en que se desenvuelven ambos, se preconice un protagonismo integral y dialéctico donde no se entiende la intervención en salud sin un rol activo de los actores sociales, manteniendo la autocrítica en los procesos de conocimiento lo que demanda un juicio de racionalidad sustantiva que incorpore los valores, juicios, y los intereses de la sociedad, su objetivo principal siempre buscará la transformación de la estructura de las relaciones sociales dando solución a los problemas generados por ellas y siempre teniendo en cuenta la capacidades activas y reflexivas de los integrantes propios de la comunidad, el conocimiento y la comprensión de la realidad como práctica y asociándola con la teoría, integrando el conocimiento, la acción y valores; la orientación del conocimiento hacia la emancipación y liberación del individuo, y la propuesta de integración de todos los participantes, incluido el investigador, en procesos de autorreflexión crítica y toma de decisiones consensuadas.

Se espera que la prevención de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de cinco años es de vital importancia para evitar las penosas y tristes complicaciones que se desprenden de este problema de salud potencialmente prevenible, por lo que aplicar esta estrategia redundará en la mejoría de nuestros pacientes.

#### **4.1.3. Diagnóstico educativo:**

Nivel de conocimiento insuficiente sobre enfermedad diarreica aguda en cuidadores/as de niños menores de cinco años.

### **4.2. OBJETIVOS:**

#### **4.2.1 Objetivo General:**

Modificar conocimientos sobre prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en cuidadores

de niños menores de cinco años.

#### **4.2.2. Objetivos Específicos:**

1. Brindar a los/as cuidadores/as de los niños practicas relacionadas con el crecimiento del niño/a.
2. Capacitar sobre medidas de higiene y manipulación de alimentos
3. Educar sobre beneficios de lactancia materna y ablactación
4. Reconocer señales de alarma y conductas adecuadas a seguir en caso de enfermedad diarreica en niños

### **4.3 DISEÑO/DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN**

#### **4.3.1.- Diseño y programación**

Los temas a impartir están tomadas de las recomendaciones basadas en evidencia según normas Grade en plena vigencia en la actualidad; para lo que requeriremos la presencia de los cuidadores en un lugar para la impartición de las actividades educativas.

Estaría estructurada en 4 sesiones, con la siguiente distribución:

1ª Sesión:

- Lactancia y ablactación (ver anexo)

2ª Sesión:

- Cuidado adecuado de niños/as

3ª Sesión:

- Medidas de higiene y manipulación de alimentos

4ª Sesión:

- Identificar señales de alarma y forma de actuación

#### **4.3.2.- Desarrollo:**

La intervención se desarrollará en el transcurso del año 2017, con la impartición de una clase por semana, en dos grupos de 25 personas cada uno.

Cada sesión se llevaría a cabo en dos momentos:

1. La parte explicativa ejemplo (mediante presentaciones a través del programa Power Point o Prezi donde se intercalarán conceptos teóricos e ilustraciones gráficas y audiovisuales).
2. La parte práctica, ejemplo (se realizarán para desarrollar las habilidades de las actividades basadas en la exposición. Estas actividades podrán ser grupales o individuales).

#### **4.3.3.- Duración:**

Duración de las sesiones: Se planifica una duración de 40 minutos, de los cuales 20 serán para la parte expositiva. Le seguirá un descanso de 5 minutos, luego 15 minutos de actividades prácticas).

### **4.4. METODOLOGÍA**

#### **4.4.1.- Principios inspiradores**

- Centrada en los valores y derechos humanos.
- Igualdad de oportunidades
- Dimensión Social.

#### **4.4.2.- Principios metodológicos**

- Participación activa, evaluación y reflexión.
- Libertad en la exposición de ideas propias y respeto a las ajenas.
- Cooperación con las/los demás.

#### **4.4.3.- Estrategias metodológicas**

- Conocimiento, sensibilización e interiorización.
- Grupos de discusión y reflexión.
- Puesta en común de ideas.
- Aprendizaje significativo basado en experiencias.

#### **4.4.4.- Herramientas**

- Presentaciones en soporte informático.
- Proyección de imágenes.
- Pizarra.
- Elaboración de cuestionarios.

#### **4.4.5. Recursos disponibles.**

Local cubierta en el Centro educativo “Teodoro Otero” ubicada en el barrio Progreso del cantón Archidona, proyector, películas y videos sobre el tema a tratar, folletos, papelográficos, pizarra.

### **4.5. ACTIVIDADES**

Ver anexo 6

### **4.6. RECURSOS**

#### **4.6.1.- Recursos humanos**

Se precisará de un profesional experto en el tema.

#### **4.6.2.- Recursos materiales**

- Pantalla digital o proyector.
- Ordenador (éste puede ser portátil)
- Software con presentaciones en power - point.

### **4.7. EVALUACIÓN**

#### **4.7.1.- Evaluación de la intervención educativa**

Dadas las características de la intervención, participantes y su duración, el tipo de evaluación que se impone es la continua, donde se tendrá en cuenta la participación e implicación de las y los participantes en las exposiciones. Además, en la última sesión se dará el mismo formulario que se aplicó antes de realizar la intervención y que midió los conocimientos sobre el tema tratado con el objetivo de identificar la modificación de estos; y esperando la mejora en los mismos.



## **CONCLUSIONES:**

Con los datos obtenidos en la presente investigación se concluye que la población estudiada presenta un insuficiente nivel de conocimiento sobre prevención de enfermedad diarreica aguda en niños menores de cinco años; de las cuales la mayoría de cuidadores/as fueron de edades comprendidas entre 20 a 29 años, del sexo femenino, de instrucción secundaria, de etnia mestiza, ocupación ama de casa y servidoras públicas. Por lo que aplicar una estrategia educativa que tome en cuenta los aspectos aquí descritos y basados en la evidencia disponible logrará en un futuro que los episodios diarreicos se reduzcan; con la consiguiente mejoría en los aspectos relacionados a este problema de salud tan importante en esta población.

## **RECOMENDACIONES**

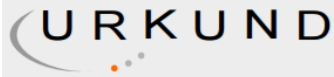
Aplicar la Estrategia educativa diseñada en este trabajo permitirá mejorar los conocimientos de los cuidadores/as de niños menores de cinco años ya que está basada en temas demostrados y basados en evidencia científica (GRADE) lo que permitirá de esta manera reducir nuevos y futuros episodios, al menos los relacionados con los aspectos a tratar.

## V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarco, J., Aguirre, E., & Alvarez, E. (2013). Conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención en un asentamiento humano en la provincia de Ica, Perú. *Revista Clínica Medicina Familiar*, 2-5.
- Anales de Pediatría. (2014). Guía de Práctica clínica ibero-latinoamericana sobre el manejo de la gastroenteritis aguda en menores de cinco años. *Anales de Pediatría Barcelona*, 24-58.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2011). *Anuario de defunciones y nacimientos. Ecuador*. Quito: Inec.
- Asociación Española de Pediatría. (23 de 03 de 2015). Obtenido de [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/diarrea\\_ag.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/diarrea_ag.pdf)
- Baldi, F., Blanco, M., & Nardone, G. (2009). *Enfermedades diarreicas agudas. Clasificación clínica y comprensión de sus mecanismos fisiopatogénicos*. Obtenido de <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=61686>
- Boletín epidemiológico Perú. (23 de 03 de 2015). Obtenido de [http://www.essalud.gob.pe/noticias/boletinepidem\\_2012\\_2.pdf](http://www.essalud.gob.pe/noticias/boletinepidem_2012_2.pdf)
- Burgoa, C., & Salas, A. (2008). Conocimientos y actitudes frente a signos de alarma en infecciones respiratorias y diarreicas en niños menores de 5 años. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*, 72-76.
- Cabezas, M. (2010). *Intervención educativa sobre prevención de enfermedades diarreicas agudas desde el enfoque aiepi comunitario para madres con niños menores de cinco años del centro de educación inicial Lic Alfonso Chávez Jara*. . Riobamba: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.
- Canini, R., Cirillo, P., Terrin, P., Cesarano, L., & al, e. (2007). Probiotics for treatment of acute diarrhoea in children: randomised clinical trial of five different preparations. *BMJ*, 335-340.
- Cenetec México. (23 de 03 de 2015). Obtenido de [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/156\\_GPC\\_ENFERMEDAD\\_DIARREICA\\_AGUDA\\_EN\\_NINOS/RER\\_Diarrea\\_Aguda.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/156_GPC_ENFERMEDAD_DIARREICA_AGUDA_EN_NINOS/RER_Diarrea_Aguda.pdf)
- De Gracia, A. (2015). Intervenciones de eficacia probadas en la prevención de enfermedad diarreica aguda. *Revista médico científica*, 1-2.

- Emparanza, J., Ozcoidi, I., & Martínez, M. (2008). Revisión sistemática sobre la eficacia de racecadotril en el tratamiento de la diarrea aguda. *Anales de Pediatría Barcelona*, 432.
- Fascineto, J. (30 de 03 de 2015). *Instituto Nacional de salud México*. Obtenido de [www.inspvirtual.mx/CentroDocumentacion/.../SPT--DownloadFile.php?I.30/03/2015](http://www.inspvirtual.mx/CentroDocumentacion/.../SPT--DownloadFile.php?I.30/03/2015)
- Flores, C. (2015). Conocimientos sobre enfermedad diarreica aguda en madres de niños menores de 5 años Nido Childrens House. 2-4.
- Florez , I., Contreras , J., & Sierra, J. (2015). Guía de práctica clínica de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de cinco años. Diagnóstico y tratamiento. *Revista de Pediatría de los Estados Unidos. Elsevier*, 29-46.
- García, E., Hernández, A., Herrero, A., & al, e. (2014). Protocolo diagnóstico y terapéutico de la diarrea inflamatoria aguda. *Medicine*, 3327.
- Gutiérrez, C., Villa, S., Mota, F., & al, e. (08 de 06 de 2016). *Boletín médico del Hospital infantil de México* . Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462004000100003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462004000100003&lng=es&tlng=es).
- Organización Mundial de la Salud*. (30 de 03 de 2015). Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/> 30/03/2015.
- Pacheco, L. (2009). Rehidratación y manejo de niños menores de cinco años. En P. L. Barranquilla: Universidad Simon Bolívar.
- Padilla Morán, D. (2014). *Análisis situacional de salud Barrio El Progreso*. Archidona.
- Pariente, A. (2011). Diarrhéeaiguë: du symptômeaudiagnostic. *Elsevier Masson Paris*, 380.
- Plan de Ordenamiento territorial del Gobierno autónomo descentralizado de Archidona. (2012). Archidona.
- Vásquez , L., Herrera, D., & Segura, M. (2014). Conocimientos sobre hidratación oral por las madres de pacientes de 1 a 5 años de vida con enfermedad diarreica aguda. *Horiz Med*, 6-8.

## ANEXO No 1: Informe Urkund (antiplagio)



### Urkund Analysis Result

**Analysed Document:** TESIS DANIEL ANTONIO PADILLA MORAN..docx (D23586950)  
**Submitted:** 2016-11-22 16:55:00  
**Submitted By:** soinichiqui15@gmail.com  
**Significance:** 6 %

Sources included in the report:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/>  
<http://www.msal.gob.ar/index.php/home/habilitaciones/133-enfermedades-diarreicas>  
[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-12492009000100004](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492009000100004)  
<https://www.aepap.org/sites/default/files/aiepi.pdf>  
<http://microbiologiahospitalvargas.blogspot.com/feeds/posts/default>  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532008000200004](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532008000200004)  
<http://slideplayer.es/slide/1641149/>  
[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC\\_Prof\\_Sal\\_EDA.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Prof_Sal_EDA.pdf)  
<http://analesdepediatria.elsevier.es/es/pdf/S1695403308749841/S300/>  
[https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/diarrea\\_ag.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/diarrea_ag.pdf)  
[http://www.essalud.gob.pe/noticias/boletinepidem\\_2012\\_2.pdf](http://www.essalud.gob.pe/noticias/boletinepidem_2012_2.pdf)  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462004000100003&lng=es&tling=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462004000100003&lng=es&tling=es)

Instances where selected sources appear:



8) ¿Desde qué edad considera usted que se debe INICIAR alimentos junto con leche materna a un niño/a?

- a) Desde los 2 meses.
- b) Desde los 6 meses.
- c) Desde 1 año.
- d) Desde los 2 años.
- e) Ninguna de las anteriores

9) ¿Cuando uno de sus niños/as tiene o tuvo diarrea qué tratamiento le dio?

- a) Ninguno
- b) Suero Oral (preparado)
- c) Suero de agua, azúcar y sal (suero casero)
- d) Solución a base de cereales o coladas
- e) Medicamentos

10) ¿Cómo se prepara el suero oral casero?

- a) Agua hervida, sal, azúcar, bicarbonato
- b) Agua de llave, sal, azúcar, limón
- c) No lo sé

11) ¿Dónde buscó consejo o tratamiento médico para esa diarrea?

CONSEJO		TRATAMIENTO	
Vecina	<input type="checkbox"/>	Centro de Salud	<input type="checkbox"/>
Farmacia	<input type="checkbox"/>	Hospital	<input type="checkbox"/>
Promotor	<input type="checkbox"/>	Médico	<input type="checkbox"/>
Parientes	<input type="checkbox"/>		
Comadrona	<input type="checkbox"/>		

12) ¿En caso de no buscar tratamiento por qué no lo hizo?

- a) El establecimiento queda muy lejano
- b) No confío en el personal
- c) Personal da malos tratos
- d) No hay medicinas
- e) No lo considero necesario los síntomas no eran graves
- f) Ya sabe que darle en estos casos
- g) Otro

**13)** ¿Cuándo su niño/a estuvo o está enfermo de diarrea le dio igual o menor o mayor cantidad de Líquidos?

- a) Más de lo acostumbrado
- b) Igual de lo acostumbrado
- c) Menos de lo acostumbrado

**14)** ¿Cuál es la fuente principal de abastecimiento de agua que utiliza en su hogar?

- a) Red pública
- b) Pozo
- c) Río
- d) Agua Lluvia
- e) Camión tanque
- g) Otro

**15)** ¿Qué hace con el agua antes de beber?

- a) La hierve
- b) La echa cloro
- C) Tal como viene de la fuente
- d) La filtran
- e) Otro

**16)** ¿Qué tiempo hace hervir el agua antes de consumirla?

- a) Menos de 5 minutos



- b) 6 a 8 minutos
- c) Más de 10 minutos

**17)** ¿En qué momentos se lava las manos?

- a) Antes de comer
- b) Después de ir al baño
- c) Para preparar los alimentos
- d) Para atender a los niños
- e) Después de cambiar los pañales del niño
- f) En ninguna de las anteriores
- g) Todos los anteriores

**18)** ¿Que síntomas presenta un niño con enfermedad diarreica aguda?

- a) Vómito
- b) Deposiciones con sangre
- c) Ojos hundidos
- d) No tiene apetito
- e) todos los anteriores

**19)** ¿Que signos de deshidratación presenta un niño con diarrea?

- a) Signo del pliegue positivo
- b) Fiebre
- c) Boca o lengua seca
- d) Ojos hundidos
- e) Bebe con mucha sed o avidez
- f) Todos
- g) Ninguna

**20)** ¿Si su niña/o tiene diarrea y no es atendida puede causarle la muerte?

SI ( )

NO ( )

**21)** ¿Cree usted que lavarse las manos con agua es una medida preventiva para evitar las diarreas?

SI ( )

NO ( )

22) ¿Sabe utilizar el cloro como medida para desinfectar y consumir el agua no tratada?

SI ( )

NO ( )

**GRACIAS!!!**

**ANEXO 4. Consentimiento Informado:**

**ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO  
INSTITUTO DE POSGRADO Y EDUCACION CONTINUA  
ENCUESTA PARA CUIDADORES/AS DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS**

Reciba un cordial y atento saludo de quienes formamos el equipo de trabajo del Barrio El Progreso, la presente encuesta tiene como objetivo identificar las prácticas y el nivel de sus conocimientos sobre prevención de Enfermedad Diarreica Aguda en niños menores de cinco años que nos permitirá establecer soluciones prácticas para evitar nuevos episodios y cómo actuar.

Para lo que les pedimos su cooperación al llenar esta encuesta que formará parte de la investigación, en la cual usted puede participar y en ningún momento quedara afectado su estatus en el barrio.

Lo que requerimos es su consentimiento autorizado para incluirla/o en esta investigación y como responsables de la misma nos comprometemos a reservar su identidad. Los resultados obtenidos serán oportunamente socializados guardando estrictamente los principios bioéticos; además si usted desea abandonar en cualquier momento la investigación podrá hacerlo.

Firma del cuidador/ra \_\_\_\_\_

**ANEXO No 5. CRITERIOS DE MORIYAMA PARA VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN.**

**ANEXO No 6: Estrategia Educativa a realizar en la intervención.**

**CLASE No 1.**

**TEMA:** Lactancia materna y alimentación sana      **FECHA:** \_\_\_\_\_

**DURACIÓN:** 40 minutos      **RESPONSABLE:** \_\_\_\_\_

**OBJETIVO:** Brindar a los/as cuidadores/as de los niños prácticas relacionadas con el crecimiento del niño/a.

---

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>TÉCNICA</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
<b>Ambientación:</b> Bienvenida Rompehielo Explicación breve del objetivo	Lo que digo lo repito y hago  Exposición	<b>Humanos:</b> Médico postgradista	Recorderis de cómo alimentar sanamente a un niño
<b>Desarrollo:</b> Lactancia materna Alimentación por grupos de edad Micronutrientes		<b>Materiales:</b> Pizarra Marcador Borrador Revistas	Y Preguntas dirigidas a las/os asistentes

---

**CLASE No 2.**

**TEMA:** Cuidado adecuado de niños/as

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**DURACIÓN:** 40 minutos

**RESPONSABLE:** \_\_\_\_\_

**OBJETIVO:** Fortalecer los cuidados adecuados a tomar en cuenta con los/as niños/as.

---

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>TÈCNICA</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
<b>Ambientación:</b> Bienvenida Rompehielo Explicación breve del objetivo	Lluvia de ideas  Presentación de imágenes de higiene de vivienda y de los alimentos	<b>Humanos:</b> Médico Postgradista TAPS  <b>Materiales:</b> Computador Infocus	Se colocaran aleatoriamente debajo de las sillas preguntas sobre el tema impartido
<b>Desarrollo:</b> Alimentación y preparación de los alimentos Tratamientos caseros y signos de alarma Buen trato permanente al niño/a	Exposición		

---

**CLASE No 3.**

**TEMA:** Medidas de higiene y manipulación de alimentos **FECHA:** \_\_\_\_\_

**DURACIÓN:** 40 minutos **RESPONSABLE:** \_\_\_\_\_

**OBJETIVO:** Adquirir las destrezas necesarias para las normas de higiene y la manipulación de alimentos.

---

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>TECNICA</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
<b>Ambientación:</b> Bienvenida	Lluvia de ideas	<b>Humanos:</b> Médico	Se colocaran aleatoriamente
Rompehielo	Presentación de	Postgradista	debajo de las
Explicación	imágenes de	TAPS	sillas preguntas
breve del	higiene de		sobre el tema
objetivo	vivienda y de	<b>Materiales:</b>	impartido
<b>Desarrollo:</b>	los alimentos	Computador	
Normas básicas		Infocus	
de higiene.	Exposición		
Manipulación y			
preparación de			
los alimentos			
Buen trato			
permanente al			
niño/a			

---

**CLASE No 4.**

**TEMA:** Signos de alarma y actuación

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**DURACIÓN:** 40 minutos

**RESPONSABLE:** \_\_\_\_\_

**OBJETIVO:** Reconocer los signos y síntomas de alarma y adquirir normas mínimas de actuación en caso de nuevos episodios diarreicos en niños.

---

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>TECNICA</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
<b>Ambientación:</b> Bienvenida	Lluvia de ideas	<b>Humanos:</b> Médico	Se realizará una nueva
Rompehielo	Presentación de	Postgradista	evaluación de su
Explicación	imágenes de	TAPS	nivel de
breve del	higiene de		conocimiento
objetivo	vivienda y de	<b>Materiales:</b>	después de las
<b>Desarrollo:</b>	los alimentos	Computador	charlas
Signos y		Infocus	
síntomas de	Exposición		
deshidratación			
Manejo de los			
episodios			
diarreicos			
ambulatorios y			
hospitalarios			
Buen trato			
permanente al			
niño/a			

---



**ANEXO No 7 Prueba de fiabilidad (Alfa de Cron Bach)**

**Resumen de procesamiento de casos**

		N	%
Casos	Válido	20	100,0
	Excluido <sup>a</sup>	0	,0
	Total	20	100,0

**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	Nº de elementos
,765	,789	15

**Estadísticas de elemento**

	Media	Desviación estándar	No
CONOCESOBRELECTANCIA	,4000	,50262	20
CONDUCTANIÑOCONDIARREA	,7500	,44426	20
CONOCESOBREABLACTACION	,8500	,36635	20
CONDUCTATRATAMIENTOFRENTE DIARREA	,2725	,07860	20
CONOCEPREPARACIONESRO	,6000	,50262	20
CONDUCTACONSEJOOTTO	2,6000	,99472	20
CONDUCTADELIQUIDOSADMINISTRADOS	,8250	,33541	20
CONDUCTABEBEAGUA	,4250	,18317	20
CONOCETIEMPODEHERVIRAGUA	1,3000	,97872	20
CONDUCTALAVADODEMANOS	1,3600	,76116	20
CONOCESINTOMASDEEDA	,6000	,38389	20
CONOCESIGNOSDESHIDRATACION	,5000	,40782	20
CONOCELAVADOMANOSPREVETIVO	,9000	,30779	20
CONOCECAUSAMUERTE	,8500	,36635	20
CONOCEUSODECLORO	,5000	,51299	20

