



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Tesis Monográfica para optar al título de Medicina y Cirugía.

Conocimientos, Actitudes y Prácticas de los tutores de niños menores de dos años, sobre el manejo domiciliario de la Enfermedad Diarreica Aguda, Barrio Américas Dos, Managua, julio a diciembre 2016.

Integrantes:

- Br. Yennifer de los Ángeles Baltodano Pérez.
- Br. María Alejandra Díaz Mayorga.

Tutor Clínico:

- Dr. Erasmo Jesús Aguilar Arriola.
Máster en Salud Ocupacional.

Tutor Metodológico:

- Dr. Erasmo Jesús Aguilar Arriola.
Máster en Salud Ocupacional.

Managua, junio de 2019.

Dedicatoria

A Dios y La Virgen María, por habernos permitido llegar a esta fase de nuestra vida, por brindarnos salud y las fuerzas necesarias para lograr nuestra meta.

A nuestros amados padres Ernesto José Díaz, Jamileth Mayorga Granera y María de Jesús Pérez Téllez quienes han permanecido a nuestro lado durante este largo camino, por habernos inculcado valores como perseverancia y el deseo de superación para alcanzar nuestras metas propuestas y principalmente por su amor incondicional hacia nosotras.

A nuestros maestros, quienes marcaron cada etapa de nuestra carrera universitaria todos estos años, principalmente a nuestro tutor Dr. Erasmo Jesús Aguilar Arriola por su apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales y la elaboración de esta tesis.

Y a todos los tutores y padres de niños expuestos, porque sin su participación nuestro trabajo no se hubiese podido llevar a cabo.

Agradecimiento

Damos gracias primeramente a nuestro Señor Jesús porque sin Él nada de lo que hemos logrado hubiese sido posible, así mismo queremos agradecer a nuestros amados padres, a nuestro tutor monográfico Dr. Erasmo Jesús Aguilar Arriola docente de Salud Ocupacional, al personal del Centro de Salud Roger Osorio, a todos los tutores y padres de niños expuestos a Enfermedad Diarreica Aguda que habitan en el barrio Américas 2, siendo todos ellos quienes a lo largo de este trabajo nos brindaron los medios y condiciones necesarias que facilitaron la culminación de este trabajo investigativo que será un factor importante para enriquecer más nuestros conocimientos en nuestra carrera como médicos.

Resumen

Introducción: La Enfermedad Diarreica Aguda, según OMS, se define como la presencia de deposiciones de heces líquidas, con frecuencia de tres o más veces en un día. A nivel mundial, representa un problema de salud pública, que afecta mayoritariamente a países en desarrollo, generando una alta tasa de morbimortalidad y considerándose la segunda causa de muerte de niños menores de dos años.

Objetivo: el presente estudio tuvo como objetivo Determinar los Conocimientos, Actitudes y Prácticas de los tutores de niños menores de dos años, sobre el manejo domiciliario de la Enfermedad Diarreica Aguda, Barrio Américas Dos, Managua, julio a diciembre 2016.

Diseño Metodológico: se hizo por medio de un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo y retrospectivo en tiempo, ya que se realizó posterior a cuadros de diarrea en niños menores de dos años atendidos en el Centro de Salud Roger Osorio, por medio de la ejecución de una encuesta a los tutores, se evaluó los conocimientos, actitudes o prácticas que ellos tenían ante cada situación.

Resultados: entre los más relevantes se encontró: el 94.50% de los tutores conocen la definición de Enfermedad Diarreica Aguda y el 100% reconoce la etiología de la misma. El 95.15% saben las complicaciones de la diarrea e indican el 96.75% que se le debe administrar a los niños Suero Oral posterior a cada defecación. Del total de tutores el 97.20% admiten que acuden a un centro de salud inmediatamente cuando se presentan signos de deshidratación.

Se concluye que los tutores obtuvieron un conocimiento bueno, dominan las principales definiciones, reflejan una actitud favorable y por consiguiente una calidad de la práctica regular, lo que ayuda a disminuir la mortalidad infantil ante un manejo domiciliario de Enfermedad Diarreica Aguda adecuado.

Palabras claves: Enfermedad Diarreica Aguda, Suero Oral, Deshidratación.

Índice

Capítulo 1: Generalidades.....	1
I. Introducción	2
II. Antecedentes.....	4
III. Justificación.....	9
IV. Planteamiento del problema	11
V. Objetivos.....	13
VI. Marco teórico	14
✓ Definiciones	14
✓ Anatomía y fisiopatología del tracto intestinal	16
✓ Epidemiología	20
✓ Factores de riesgos	22
✓ Etiología	23
✓ Clasificación de la Enfermedad Diarreica.....	24
✓ Manifestaciones clínicas de la Enfermedad Diarreica Aguda.....	32
✓ Diagnóstico de la Enfermedad Diarreica Aguda.....	33
✓ Complicación de la Enfermedad Diarreica Aguda.....	34
✓ Mitos y realidades de la Enfermedad Diarreica Aguda.....	35
✓ Manejo de la Enfermedad Diarreica Aguda.....	37
Capítulo 2: Diseño Metodológico.....	41
VII. Diseño Metodológico.....	41
✓ Tipo de estudio.....	42
✓ Período de ejecución.....	42
✓ Área de ejecución.....	42
✓ Universo.....	43
✓ Muestra.....	43
✓ Tipo de muestreo.....	46
✓ Criterios de selección	46

Conocimientos, Actitudes y Prácticas de los tutores de niños menores de dos años, sobre el manejo domiciliario de la Enfermedad Diarreica Aguda, Barrio Américas Dos, Managua, julio a diciembre 2016.

✓ Fuente de recolección de la información	47
✓ Instrumento de recolección de la información	47
✓ Técnica de recolección de la información	48
✓ Procedimiento de recolección de la información	50
✓ Procedimiento de análisis de información	52
✓ Definición de variables por objetivo.....	53
✓ Plan de tabulación.....	53
✓ Operacionalización de las variables.....	54
✓ Aspectos éticos.....	65
Capítulo 3: Desarrollo	66
VII. Resultados.....	67
VIII. Análisis de los resultados.....	73
IX. Conclusiones.....	84
X. Recomendaciones.....	85
Capítulo 4: Referencias Bibliográficas	87
XI. Referencias bibliográficas.....	88
Capítulo 5: Anexos.....	92
XII. Anexos.....	93
Anexos n°1: Clasificación de deshidratación.....	93
Anexos n°2: Consentimiento informado	95
Anexos n°3: Ficha de recolección de la información	96
Anexos n°4: Tablas y gráficos.....	102

Capítulo 1: Generalidades.

I. Introducción

La Enfermedad Diarreica Aguda, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como la presencia de deposiciones de heces líquidas, con una frecuencia de tres o más veces, en relación con las deposiciones que normalmente tiene la persona en un día y se clasifica según el tiempo de persistencia en aguda o crónica. Actualmente a nivel mundial, representa un problema de salud pública, que afecta mayoritariamente a países en desarrollo, generando una alta tasa de morbimortalidad, siendo los más afectados los niños menores de dos años. (Organización Mundial de la Salud, 2013)

Sabiendo que el buen desarrollo en la niñez se basa en un adecuado estado de salud y que la Enfermedad Diarreica Aguda, es común en las primeras etapas de la vida, es necesario que los tutores de los menores tengan conocimiento acerca de su manejo al ser una patología prevalente dentro de la sociedad en este grupo etareo, con el fin de prevenir sus complicaciones y reducir la mortalidad, pues la mayoría de menores complicados resultan debido a la falta de conocimientos, de actitudes y malas prácticas, sobre el manejo y la prevención de dicha enfermedad.

Por tanto, al considerar la Enfermedad Diarreica Aguda una realidad evidente en nuestro medio y evidenciar que su prevención está estrechamente relacionada con el manejo domiciliario, se considera importante realizar este estudio, con el propósito de determinar el estado de salud de los niños menores de dos años e impulsar un adecuado manejo domiciliario por parte de los tutores que evite posibles complicaciones en la niñez afectada.

El presente trabajo se encuentra estructurado por cinco capítulos, donde el primer capítulo se titula generalidades y abarca introducción, considerando la Enfermedad Diarreica Aguda un problema de prevalencia mundial se han desarrollado trabajos de investigación donde se pone en evidencia los conocimientos, actitudes y prácticas de los tutores, citando estudios realizados como referencia para nuestro trabajo monográfico tanto nacionales como internacionales.

La justificación menciona que la Enfermedad Diarreica Aguda es un problema de salud pública e importante causa de morbimortalidad infantil, por lo cual se plantea una pregunta problema, así mismo incluye objetivo general y específicos y el marco teórico que lo constituyen una serie de definiciones, datos epidemiológicos, clasificaciones y caracterizaciones de la patología a estudio.

Por otra parte, el capítulo dos corresponde a diseño metodológico donde se seleccionaron el universo y la muestra, constituidos por la población de los sectores: Villa José Benito Escobar, B15 y Carlos Núñez, del Barrio Américas 2, así mismo aquí se describe el tipo de estudio a realizar, la descripción del área, tipo de muestreo, criterios tanto de inclusión como de exclusión, los instrumentos, procedimiento de recolección de la información y el análisis de la misma.

Dando continuidad con el capítulo tres el cual hace está conformado por los resultados donde se describen cifras de mayor impacto en la población a estudio, el análisis de los resultados que permitió realizar comparación en relación a estudios realizados previamente y las conclusiones. Así mismo el cuarto capítulo hace referencia a la bibliografía y el quinto capítulo a anexos respectivamente donde en este último se añade el mapa del área en estudio, tablas informativas referentes al manejo de la patología en estudio e imágenes ilustrativas del trabajo realizado.

II. Antecedentes

Las Enfermedades Diarreicas Agudas son un problema de gran importancia a través de la historia, pues se caracteriza por ser una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad en los niños y niñas siendo el grupo más afectado entre los 6 y 23 meses de edad debido a causas asociadas a virus, parásitos y menos frecuentemente a bacterias, en vista de esto se ha hecho necesario realizar estudios para determinar incidencia, prevalencia y manejo domiciliario, por ello a continuación citamos los siguientes estudios:

Mukhtar A., Mohamed I., Pathiyil R., realizaron una encuesta de “Conocimiento de las madres acerca de la diarrea infantil y su manejo en una comunidad marginada de Morang, Nepal, en 2010”. Los resultados mostraron que las madres tenían algunos conocimientos básicos sobre la prevención de la diarrea, y de fluidos y/o alimentos que pueden o no pueden darse. El conocimiento de los signos de deshidratación era pobre. Ninguna de las madres era capaz de hablar de todos los pasos para la preparación correcta de Sales de Rehidratación Oral (SRO), el 8,5% de las madres declaró que el propósito es prevenir que el niño se deshidrate. (Mukhtar A., 2010)

El estudio de Custodio D., sobre el “Nivel de Conocimientos y Conducta Materna sobre el manejo de la diarrea en el hogar en niños menores de 5 años que son atendidos en el servicio de URO en el Instituto Nacional de Salud del Niño en el año 2010, Lima”, se encuestaron 329 madres, se obtuvo que un 35% conocían sobre el significado de diarrea, 65% desconoce. Sobre el manejo de la diarrea, el 31.3% tenía conocimiento, mientras un 68.7% desconocía el manejo. Se concluyó que la mayoría de madres, tuvo un conocimiento bajo y manejo sobre la diarrea. (Custodio D., 2010)

Yasmin M., Mubbashir Z. Zara M realizaron un estudio sobre “Conocimientos, Actitudes y Prácticas de las madres acerca de la diarrea en niños menores de 5 años, Journal of the Dow University of Health Sciences en el 2011”, se tomaron en cuenta a 200 madres. Se concluyó que hay un conocimiento materno incorrecto en relación a actitudes y prácticas sobre diarrea y su prevención en la población estudiada, a pesar de que un 80% de las madres sabían cómo preparar SRO (Yasmin M., 2011)

Ana Paula R. y colegas, realizaron un estudio con 8 madres de niños en Hospital Universitario de Santa Cruz, Rio Grande del Norte, Brasil, en septiembre 2012, cuyo título fue “Los conocimientos de madres acerca de la diarrea”. Del análisis, surgieron las categorías: comprensión de la diarrea y prevención/tratamiento de la diarrea. En cuanto a la comprensión de la diarrea, las madres conceptuaron y/o entendieron a partir de los síntomas, errores/hábitos de alimentación y/o creencias culturales. En cuanto a la prevención y tratamiento de la enfermedad, señalaron higiene y limpieza del hogar como medida de precaución, y la importancia de medidas domiciliarias y atención hospitalaria. (Rodriguez P., 2014)

Ogunrinde OG., Raji T., Owolabi OA., Anigo KM., elaboraron un estudio de “Conocimientos, actitudes y prácticas de Manejo en el hogar de la diarrea infantil entre los cuidadores de niños menores de 5 años con enfermedad diarreica en el noroeste de Nigeria, en 2012”. Resultando que menos del 1% de los cuidadores estuvo informado sobre el tratamiento domiciliario de la diarrea. Los antibióticos y agentes antidiarreicos eran de uso común en el 36%. El uso de SRO era abismalmente bajo en el 8,6%. Sólo el 32% de los cuidadores estaban al tanto del uso del zinc en el manejo de las diarreas. La adherencia a la suplementación de zinc de 10 días fue utilizada en el 75,5%. (Ogunrinde OG., 2012)

En el estudio realizado por Lina V., Demian H., Mabel S. titulado “Conocimientos sobre hidratación oral por las madres de pacientes de 1 a 5 años de vida con enfermedad diarreica aguda, en República Dominicana, junio 2013”, se obtuvo que 51.2% usó normalmente Sales de Rehidratación Oral durante la Enfermedad Diarreica Aguda, un 48.7% refirió que usaba agua; el 39% usa otro tipo de bebidas hidratantes comerciales, un 75.6% desconocía la preparación de las Sales de Rehidratación Oral y 61% conoce su tiempo de viabilidad. (Lina V., 2013)

Famara S., Hsin-Jung H., Jane C-J en un estudio de “Conocimientos, actitudes y prácticas del uso de sales de rehidratación oral en la gestión de los niños menores de 5 años con diarrea en Gambia, 2013”, evaluaron 400 madres con niños que tienen diarrea y están bajo la edad de 5 años. Se concluyó que las madres tienen puntajes altos conocimientos en el manejo de la diarrea; Sin embargo, el uso de la solución de rehidratación oral (4%) es bajo en niños con diarrea menor de 5 años en Gambia. (Famara S., 2013)

El estudio de Alarco J. y Cols, titulado: “Conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención”; realizado en Perú en el 2012, participaron 82 madres de niños menores de 5 años. En los resultados sobre los conocimientos y prevención de la diarrea, el 76% tenía un concepto sobre diarrea, el 53% situó a los parásitos como la causa principal, el 39% considera al dolor abdominal como un signo de la deshidratación y un 35,4% a la sed aumentada. En la alimentación, el 36,6% de las madres afirman que no se debe restringir los alimentos, pero un 30,4% señala que se debe suspender la leche materna. El 53% usa el suero de rehidratación oral (SRO) como tratamiento, aunque un 23% admitió usaría antibióticos, el 67% acudiría al centro médico y un 24% a un curandero. (Alarco-Urquizo JJ, Aguirre-Cuadros E, Alvarez-Andrade, 2012)

Amir A., Ahmad T, Negin M, GholamAbbas M, elaboraron un estudio sobre “El conocimiento de las madres en tratamiento de la diarrea en menores de cinco años en Kasha, 2013”; en este estudio participaron 430 madres. 28.8% tenían un buen conocimiento en el diagnóstico de diarrea y su tratamiento, mientras que el 46,5% tenían medio y el 24,7% sufrió bajo el conocimiento. El conocimiento materno tuvo relación significativa con la edad de la madre, la educación del padre, número de hijos, la ocupación de la madre y la fuente de los conocimientos. Se concluye que las madres estudiadas en esta investigación tenían un conocimiento inadecuado sobre el diagnóstico y tratamiento de la diarrea. (Amir A., 2013)

A nivel nacional sólo se encontraron 2 estudios sobre conocimientos, actitudes y prácticas del manejo de la Enfermedad Diarreica Aguda. El primer estudio realizado en el municipio de Villa el Carmen, Managua destaca un bajo conocimiento 41% sobre signos de alarma de deshidratación de la Enfermedad Diarreica Aguda. El segundo estudio realizado en León, 2011, señala que más de la mitad de la muestra 57% utilizaron las Sales de Rehidratación Oral (SRO) en el manejo domiciliario, sin embargo, el uso de una dieta rica en proteína era sólo en el 41%.

En el año 2008, Leiva, Ninoska realizó un estudio en el municipio de Villa el Carmen, departamento de Managua sobre “Conocimientos y prácticas de las madres de niños menores de un año en el manejo de la diarrea”, la muestra fue de 41 madres de niños que presentaban episodio de diarrea, el resultado fue del 100% solo el 41% de las madres conocen al menos 1 signo de alarma, 51% conocen que la causa es la mala higiene de los alimentos, 56% refieren que el suero oral es tratamiento, un 2% dice que son los antibióticos, sobre la alimentación el 56% sugieren dar alimentación normal y el 32% utilizan la lactancia materna, quienes buscan atención médica 84% van a centros de salud, 12% curanderos y 5% hospitales. (Leiva, 2008)

Sylvia B., Luis E., Daniel R., Samuel V. y David J, realizaron un estudio sobre “Manejo en los hogares de la diarrea infantil en León, Nicaragua, 2011” a través de una muestra de 233 padres/cuidadores de niños menores de cinco años de edad, quienes desarrollaron diarrea. 57% de los niños recibieron las Sales de Rehidratación Oral (SRO) en el hogar antes de visitar cualquier establecimiento de salud, el 41% de los niños se le ofreció con menor frecuencia alimentos ricos en proteínas durante los episodios de diarrea, el 20% de los niños recibió algún o mínimo cuidado durante los episodios de diarrea y la administración de suplementos de zinc se recomendó sólo al 39% de las visitas médicas. (Sylvia B., Luis E., Daniel R., Samuel V. y David J., 2011)

III. Justificación

La Enfermedad Diarreica Aguda, constituye un problema de Salud Pública, en la mayor parte de los países en desarrollo, donde representa una importante causa de morbimortalidad en menores de dos años, lo que genera grandes costos por las altas demandas de atención ambulatoria y hospitalización.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha planteado que, en los países subdesarrollados, los niños menores de 5 años presentan como promedio, unos 2 a 3 episodios de Enfermedad Diarreica Aguda por año, lo que significa que existen entre 750 a 1,000 millones de episodios, con un aproximado de 4 a 5 millones de defunciones infantiles, constituyendo de esta manera la causa infecciosa de muerte más frecuente en menores de 5 años en América Latina.

El Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud, señalan que las familias desempeñan un papel fundamental en la prevención y manejo ambulatorio de esta patología, ya que uno de los principales problemas relacionados con la severidad, es la falta de conocimientos de los tutores, sobre los signos de peligro y alarma o cuando acudir a un centro de Salud. (OMS, Enfermedades diarreicas, 2013)

La deshidratación y la desnutrición constituyen una de las principales complicaciones de la Enfermedad Diarreica Aguda, ya que durante cada episodio, se pierden agua y electrolitos asociado con la reducción de ingesta de alimentos, por lo que la forma grave de esta, puede ocasionar la muerte si no se restituye con Sales de Rehidratación Oral (SRO), o mediante infusión intravenosa en caso de no tolerar adecuadamente la vía oral y mientras más precoz se inicia, mayor beneficio hay, ya que las muertes por Enfermedad Diarreica Aguda abarcan entre el 50-70% por deshidratación y el 13% por desnutrición. (Wisbaum, 2011)

El grupo etario más vulnerable, son los menores de dos años, ya que se complican más rápido y las necesidades nutricionales son mayores por su crecimiento y desarrollo. Durante los dos primeros años de vida, la lactancia materna exclusiva es muy importante, ya que otorga inmunidad natural contra las infecciones, sin embargo, en nuestro medio, muchas madres no dan lactancia materna exclusiva por el trabajo, falta de tiempo o por estética y como consecuencia los niños tienen mayor riesgo de contraer Enfermedad Diarreica por el uso de biberones y la desnutrición afecta potencialmente su desarrollo y crecimiento, ya que después de la ventana de tiempo crítica desde el nacimiento hasta los dos años es difícil revertir estas consecuencias. (Vicente, 2013)

El primer lugar donde se detecta la Enfermedad Diarreica Aguda es el hogar, se realiza el primer manejo y de acuerdo a éste, la patología resuelve o se complica. El presente estudio, ayudará a determinar el conocimiento, las actitudes y prácticas de los tutores, lo que permitirá obtener mejor manejo de esta patología beneficiando al niño y a los tutores al adoptar prácticas correctas. Así mismo ayudará al sector salud a dar mejores orientaciones sobre el manejo domiciliar de la Enfermedad Diarreica Aguda y con la disminución de los episodios, se generarán menores gastos en cuanto a la terapéutica y se observará una comunidad infantil más sana, vigorosa y con mejor sistema inmune.

Al haber pocos estudios que aborden esta temática ayudará a tener más bases del manejo domiciliar de la Enfermedad Diarreica Aguda, además enriquecerá estudios realizados sobre el manejo. La Facultad de Ciencias Médicas-UNAN Managua con el presente trabajo será fuente de referencia y mejorara estudios. El principal beneficiado será el infante el cual tendrá tutores con mejores conocimientos y buenas medidas, realizando un buen manejo, evitando complicaciones que pueden atentar con la vida de los niños.

IV. Planteamiento del problema

Las Enfermedades Diarreicas Agudas en Nicaragua, constituyen la segunda causa de muerte en menores de 5 años. De los 1.5 millones de niños que fallecieron por Enfermedad Diarreica Aguda en el 2004, el 80% eran menores de dos años. (Artola & Cantarero, 2011). En el año 2005, hubo un brote epidémico entre Enero y Marzo, en la semana epidemiológica 13, se notificaron 64,088 casos de Enfermedad Diarreica Aguda y 56 defunciones durante este brote, el grupo más afectado fue el de los menores de 1 año, con una tasa de 826.5 por 10000 habitantes. Los niños menores de 2 años, representan un grupo crítico de contraer Enfermedades Diarreicas Agudas y sufrir complicaciones que pueden llevar a la muerte. (Lindo & Guerrero, 2006)

En el año 2014, hasta la semana epidemiológica 22, se presentaron 214 casos de Enfermedad Diarreica Aguda por cada 10,000 habitantes. En el 2015 en la última semana epidemiológica, se reportaron 2,706 casos contra 4,601 que se registraron en este mismo período que el del año 2014, lo que representa un 41 % de disminución. A pesar del descenso de los casos de diarreas, la frecuencia sigue siendo significativa, lo que repercute en el deterioro de los sistemas de salud. (Reyes, 2016)

Debido a la magnitud de este problema, a continuación, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los Conocimientos, Actitudes y Prácticas de los tutores de niños menores de dos años, sobre el manejo domiciliario de la Enfermedad Diarreica Aguda, Barrio Américas Dos, Managua, julio a diciembre 2016?

Esta pregunta de investigación se pretende responder con las preguntas directrices siguientes:

- **¿Cuáles son las características sociodemográficas de los tutores de niños menores de dos años?**
- **¿Cuál es el conocimiento de los tutores, sobre el manejo domiciliario de la Enfermedad Diarreica Aguda?**
- **¿Cuáles son las actitudes adoptadas por los tutores, ante un cuadro de Enfermedad Diarreica Aguda?**
- **¿Cuáles son las prácticas realizadas de los tutores muestreados?**

V. Objetivos

V.I Objetivo General:

- Determinar los Conocimientos, Actitudes y Prácticas de los tutores de niños menores de dos años, sobre el manejo domiciliario de la Enfermedad Diarreica Aguda, Barrio Américas Dos, Managua, julio a diciembre 2016.

V.II Objetivos Específicos:

- Mencionar las características sociodemográficas de los tutores de niños menores de dos años.
- Describir el conocimiento de los tutores, sobre el manejo domiciliario de la Enfermedad Diarreica Aguda.
- Identificar las actitudes adoptadas por los tutores, ante un cuadro de Enfermedad Diarreica Aguda.
- Señalar las prácticas realizadas de los tutores muestreados.

VI. Marco teórico

VI. I Definiciones.

Actitud: se define como la capacidad propia de los seres humanos con la que enfrentan el mundo y las circunstancias que se les podrían presentar en la vida real y demuestra la capacidad del hombre de superar o afrontar cierta situación. (ConceptoDefinicion.de, 2016)

Automedicación: acción que una persona realiza por iniciativa propia al ingerir medicamentos sin presencia de una prescripción médica. (Sfez, 2016)

Conocimiento: capacidad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas. Otra forma de definirlo es el conjunto de representaciones abstractas que se almacenan mediante la experiencia, la adquisición de prácticas o a través de la observación. (Sfez, 2016)

Diarrea: la Asociación Española de Pediatría la define como aumento en el número de deposiciones con en su consistencia y de instauración rápida. (Riechmann, 2008)

Diarrea Aguda: es una de las afectaciones más frecuente y según su tiempo de duración se caracterizan por permanecer menos de 14 días. (Scheidler, 2014)

Diarrea Crónica: se define como la variación significativa de las características de las deposiciones, respecto al hábito de sus deposiciones diarias, tanto en lo que se refiere a un aumento del volumen o de la frecuencia de las heces, como a una disminución de su consistencia. (Fernández & Esteve, 2003)

Disentería: trastorno gastrointestinal de origen infeccioso que puede ocurrir tanto en niños como adultos, caracterizada por evacuaciones líquidas o pastosas con sangre y moco asociadas a fiebre, dolor abdominal cólico, distensión del abdomen, flatulencias, malestar general, pérdida de peso y deshidratación. (Ferrer J. , 2007)

Desnutrición: hace referencia a un estado patológico ocasionado por la falta de ingestión o absorción de nutrientes. (Porto & Gardey, 2014)

Deshidratación: cuadro clínico resultante de la pérdida por el organismo tanto de agua como de sodio. (Santos, Uriarte, & Rocha, 2006)

Enfermedad Diarreica Aguda: para la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) definen la como tres o más evacuaciones intestinales líquidas o semilíquidas en 24 horas o de al menos una con presencia de elementos anormales sea moco, sangre o pus, durante un máximo de dos semanas. (OPS, 1987)

Enfermedad Diarreica Persistente: Se entiende como enfermedad diarreica persistente, aquel episodio diarreico de más de 14 días de duración, de comienzo agudo y presunta etiología infecciosa, que afecta el estado nutricional y pone al paciente en riesgo sustancial de muerte. Desde el punto de vista operacional es un episodio diarreico que dura 14 días o más. (Sagaro, 2007)

Factor: se define como la circunstancia que contribuye a que se realice algo. (Diccionario Enciclopédico , 2009)

Riesgo: se define como la combinación de la probabilidad de que se produzca un evento y sus consecuencias negativas. (Ezpeleta, 1993)

Factor de Riesgo: es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. (OMS, 2016)

Riesgo independiente: Un factor de riesgo es cualquier condición (una característica del comportamiento, del estilo de vida, la exposición a alguna sustancia, o alguna característica sociodemográfica) que se encuentra asociada a la ocurrencia de un evento o enfermedad determinada. Independiente significa que la asociación entre este factor y la enfermedad o el problema en cuestión no puede ser explicada por la influencia de otros factores. (Vílchez)

Práctica: Ejercicio que, bajo la dirección de una persona, se realiza aplicando los conocimientos teóricos o empíricos para adquirir destreza o habilidad en una actividad, trabajo o profesión. (Ferrer J. , 2007)

Pseudodiarrea: consiste en la eliminación frecuente de heces pequeñas y que puede acompañarse de tenesmo rectal. Es característica del colon irritable y de la proctitis. (Pérez & Restrepo, 2010)

Riesgo social: posibilidad de que una persona sufra un daño que tiene su origen en una causa social, es decir, depende de las condiciones del entorno que rodea al individuo. (Porto & Gardey, 2014)

Sales de Rehidratación: según la UNICEF lo define como una combinación especial de sales que, cuando se mezclan apropiadamente con agua, ayudan a rehidratar el cuerpo cuando se han perdido grandes cantidades de fluidos debido a la diarrea. (UNICEF, 2016)

VI.II Anatomía y Fisiología del Tracto Gastrointestinal.

El tracto intestinal está situado en la cavidad abdominal próximo al hígado y páncreas, los cuales, a su vez descargan sus productos secretorios tales como la bilis y el jugo pancreático, respectivamente en la porción superior del duodeno, a través del conducto común biliar y pancreático. (Manual de Tratamiento de la Diarrea, 1987)

Desde el punto de vista físico, el intestino delgado del ser humano consiste del duodeno, el yeyuno y el íleon. Tiene una longitud promedio de 7 metros, pero puede variar entre 5 y 8 metros. El intestino grueso se compone del ciego y apéndice, el colon ascendente, transverso y descendente, el sigmoides, el recto y el canal anal. Su longitud es de alrededor de 1,5 metros, cada uno de los segmentos tiene estructura y funcionamiento diferentes. (OPS, Manual de Tratamiento de la Diarrea, 1987)

El intestino está formado por cuatro capas: la mucosa en la superficie luminal, la submucosa, la muscularis y la serosa 1 (ver figura 1 en Anexos), sin embargo en esta parte del trabajo se describen únicamente las características de la mucosa y su relación con la absorción y secreción intestinal. (OPS, Manual de Tratamiento de la Diarrea, 1987)

VI.II.I Mucosa Intestinal.

Su estructura está adaptada para proporcionar un área superficial extremadamente grande a fin de aumentar el proceso de absorción, el área superficial luminal de la mucosa (área interna) del intestino delgado se aumenta 600 veces por la presencia de los pliegues circulares o pliegues de Kerkring, vellosidades y microvellosidades intestinales, que involucran a la mucosa y a la submucosa. (OPS, Manual de Tratamiento de la Diarrea, 1987)

Las vellosidades intestinales son proyecciones de la mucosa en forma de dedos u hojas (ver figura 2 en Anexos), en el centro de cada vellosidad existe un vaso linfático que se comunica con los vasos linfáticos de la mucosa y que se agranda para formar un seno pequeño cubierto por células endoteliales. (OPS, Manual de Tratamiento de la Diarrea, 1987)

Entre el epitelio y el seno central existe una red de vasos sanguíneos, en la base de las vellosidades están las criptas de Lieberkühn o "glándulas intestinales", cada vellosidad intestinal está recubierta por una capa de células epiteliales columnares conocidas como enterocitos, estos descansan sobre la membrana basal vecina a la lámina propia, que es el espacio de tejido conectivo situado debajo de las células epiteliales que contiene los capilares y vasos linfáticos. (OPS, Manual de Tratamiento de la Diarrea, 1987)

El extremo libre de cada enterocito, cercano a la zona luminal, tiene un borde cuticular especializado llamado borde en cepillo, que está compuesto de finas microvellosidades de 1 micra de longitud y 0,1 micra de ancho. (OPS, Manual de Tratamiento de la Diarrea, 1987)

Las microvellosidades producen una capa superficial de glicoproteínas, conocida como el glicocálix, el cual contiene los transportadores intestinales y las enzimas digestivas tales como glicoamilasa, maltasa, sucrasa, isomaltasa, lactasa, trealasa, enteroquinasa y oligopeptidasas, que son responsables por la hidrólisis de sus respectivos substratos. (OPS, Manual de Tratamiento de la Diarrea, 1987)

La función principal de las criptas es el producir continuamente células epiteliales que recubren las vellosidades, los enterocitos que cubren las extremidades y la sección media de las vellosidades son células epiteliales columnares y tienen función de absorción, mientras que los enterocitos de las criptas de las vellosidades son células epiteliales cuboideas con función secretoria. (OPS, Manual de Tratamiento de la Diarrea, 1987)

Las células inmaduras no diferenciadas se forman en el fondo de las criptas y se movilizan hacia la extremidad de las vellosidades, madurando durante el curso de su emigración hasta alcanzar la capacidad de producir enzimas digestivas especializadas y transportar los nutrientes, es decir que una misma célula en su proceso migratorio y de maduración sirve secuencialmente a los dos procesos, secretor en la cripta y absorbedor en la vellosidad. (OPS, Manual de Tratamiento de la Diarrea, 1987)

Las células viejas son expulsadas eventualmente de las extremidades de las vellosidades, después de una vida de aproximadamente tres días, es decir, que existe un proceso continuo de renovación del epitelio intestinal, siendo posible encontrar en las criptas células en proceso de mitosis y en las extremidades de las vellosidades, células que se están desprendiendo y siendo eliminadas a la luz intestinal. (OPS, Manual de Tratamiento de la Diarrea, 1987)

Si el epitelio intestinal es renovado en tres días y cada día se descargan a la luz intestinal alrededor de 250 g de células epiteliales, este hecho pues explica por qué las diarreas agudas se curan o mejoran en un plazo de 3 a 5 días y por qué es posible usar la vía oral para la rehidratación y alimentar a los niños con diarrea, ya que el epitelio alterado por una infección intestinal se renueva en un período muy corto. (OPS, Manual de Tratamiento de la Diarrea, 1987)

Además, la presencia de nutrientes en la luz intestinal estimula la migración de las células de la cripta al extremo de la vellosidad, de tal manera, que la restricción en la dieta de un niño con diarrea puede disminuir el proceso de renovación de la mucosa intestinal y la producción de las enzimas del borde en cepillo. (OPS, Manual de Tratamiento de la Diarrea, 1987)

Por otra parte, la mucosa del ciego y del colon es similar a la del intestino delgado, ya que las criptas están presentes, pero no hay vellosidades y se encuentran células en proceso de mitosis en el fondo de las criptas para reemplazar continuamente a las células epiteliales que se eliminan. (OPS, Manual de Tratamiento de la Diarrea, 1987)

VI.II.II Estructura Funcional de la Mucosa Intestinal

Los enterocitos tienen una membrana apical hacia el lumen intestinal y una membrana basolateral hacia el espacio intercelular enterocitario, se unen entre sí por los desmosomas y los espacios intercelulares estrechos, el lado de la serosa está cerrado por la membrana basolateral y el lado mucoso por los espacios intercelulares estrechos. (OPS, Manual de Tratamiento de la Diarrea, 1987)

El agua y las sustancias disueltas se absorben desde el lumen intestinal al líquido intersticial, para pasar a la sangre, en la membrana apical de los enterocitos que está hacia el lumen intestinal dando lugar a la recepción, entrada y transferencia de solventes y solutos (iónicos y no iónicos) para el ambiente intracelular, por difusión, transporte activo o transporte. (OPS, Manual de Tratamiento de la Diarrea, 1987)

En la membrana basolateral se encuentran las enzimas del sistema Na-K-ATPasa (Sodio-Potasio Adenosintrifosfatasa) que comandan "la bomba de sodio", deben destacarse también, los espacios intercelulares enterocitarios, que están limitados por el estrechamiento formado por los microfilamentos que "amarran las uniones firmes intercelulares", esto constituye la ruta paracelular (RP), que es la vía principal para el tráfico de agua y solutos. (OPS, Manual de Tratamiento de la Diarrea, 1987)

Aunque la mucosa es una membrana completa formada por las capas luminal, epitelio basal y capilares sanguíneos, se la considera comúnmente como una membrana con poros pequeños llenos de líquido, a través de los cuales pasan agua, iones y solutos. El tamaño de los poros llenos de agua determina las características de absorción de la mucosa, el "tamaño efectivo de los poros" es mayor en el duodeno y el yeyuno donde la absorción es más rápida que en el estómago donde la absorción es mínima y se estima que el tamaño de los poros del íleon es alrededor de la mitad de los del duodeno y yeyuno. (OPS, Manual de Tratamiento de la Diarrea, 1987)

VI.III Epidemiología

La Enfermedad Diarreica Aguda, es una de las enfermedades más comunes en niños y se considera la segunda causa de morbilidad y mortalidad a escala mundial, teniendo mayor predominio en países en vías de desarrollo ya que anualmente mueren 760,000 niños menores de cinco años y surgen 1,700 millones de casos de enfermedades diarreicas cada año (OMS, Enfermedades diarreicas, 2013).

Es importante destacar que más del 50% de las muertes infantiles corresponden al período neonatal y una de las principales enfermedades prevalentes para los menores de cinco años es la Enfermedad Diarreica Aguda como principal patología, así mismo cabe destacar que las zonas rurales son las que presentan las tasas más altas de mortalidad infantil con 43 muertos por mil nacidos vivos registrados. (PAHO, 2016)

Así mismo, datos de la Revista Bolivariana de Pediatría refiere que aproximadamente un 80-90% de las muertes por diarrea ocurren en menores de dos años y su principal causa de muerte asociada es la deshidratación debido a la pérdida de líquidos y electrolitos a través de las heces. (OMS & OPS, Epidemiología y Etiología de la Diarrea, 1995). Estudios revelan que la principal causa de Enfermedad Diarreica Aguda son las infecciones entéricas y en nuestro país la principal etiología en la edad infantil es la vírica debido a la presencia de Rotavirus.

En relación a la edad la mayoría de los episodios diarreicos ocurre durante los dos primeros años de vida y la incidencia es mayor en niños de 6 a 11 meses de edad, momento del destete, reflejando efectos combinados de la disminución de anticuerpos adquiridos de la madre, la falta de inmunidad activa en los menores de un año, la introducción de alimentos contaminados con enteropatógenos y el contacto directo con heces de animales o humanas cuando el bebé empieza a gatear. (OMS & OPS, Epidemiología y Etiología de la Diarrea, 1995).

Una investigación realizada en el año 2001 en Uruguay por médicos en los Departamentos de Pediatría y de Patología Clínica, del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU) donde informan que durante todo el año que se mantuvieron sus estudios lograron evaluar a 115 niños menores de 5 años de edad, de los cuales los más afectados eran de sexo masculino representado por 93 pacientes donde todos ellos eran menores de 2 años de edad y las 22 pacientes restantes de los afectados por Enfermedad Diarreica Aguda eran del sexo femenino. (Ramirez, Pastorini, Russi, & Ferrari, 2001)

Respecto a los agentes infecciosos que causan Enfermedad Diarreica Aguda cabe destacar que generalmente estos se diseminan por vía fecal oral, es decir, por el contacto entre ano-mano y boca del afectado. Los rotavirus constituyen el principal agente etiológico productor de Enfermedad Diarreica en la infancia, se asocian a una forma de enfermedad más grave e infectan prácticamente a todos los niños en los 4 primeros años de vida, dándose la enfermedad especialmente entre los 6 y 24 meses de edad.

Por otro parte los adenovirus entéricos, calicivirus y astrovirus producen un cuadro clínico más leve y en relación a la etiología bacteriana, los agentes predominantes son Salmonella spp y Campylobacter spp, seguidos de Shigella spp, Aeromona spp y Yersinia spp., ya que en la mayoría de estudios epidemiológicos infantiles estos agentes son detectados más frecuentemente en pacientes con Enfermedad Diarreica que han sido tratados de forma ambulatoria. (OMS & OPS, Epidemiología y Etiología de la Diarrea, 1995)

VI.IV Factores de riesgo

Según el Manual de Procedimientos Estandarizados para la vigilancia Epidemiológica de la Enfermedad Diarreica Aguda refiere que los factores asociados a un mayor riesgo de enfermar e incluso de morir por Enfermedad Diarreica Aguda son la higiene personal deficiente, limpieza en preparación y consumo de alimentos inadecuada, contaminación fecal del agua y de alimentos, la desnutrición, ausencia o prácticas inapropiadas de lactancia materna, bajo peso al nacer, esquema de vacunación incompleto, falta de capacitación de la madre para la higiene familiar y deficiencia de vitamina A. (Miranda, 2012)

Los factores de riesgo pueden ser de orden social o dependientes del huésped, los sociales se deben a un complejo de hechos económicos y sociales interrelacionados entre sí, como la higiene personal y doméstica; el abastecimiento de agua; el estatus social; las prácticas defecatorias, el nivel educacional, el almacenamiento y preparación de los alimentos.

Entre los factores propios del huésped se destacan la edad, la desnutrición, la deficiencia de inmunidad celular, la introducción precoz de la leche de vaca asociada con la disminución de los factores protectores de la leche materna, contaminación de la leche de vaca, hipersensibilidad a las proteínas de la leche de vaca, las infecciones previas (episodios recientes de diarrea aguda), el aislamiento de enteropatógenos, y medicamentos usados en la fase aguda.

Estos factores pueden actuar aisladamente o mezclarse entre ellos. La herencia de episodios secuenciales de diarrea se entiende como secundaria a la desnutrición, una vez establecida ésta, predispone a episodios más severos y prolongados de diarrea y a nuevas infecciones por el defecto en la inmunidad mediada por células que presentan estos pacientes y se establece así el círculo vicioso de diarrea-desnutrición-infección-diarrea. (Sagaro, 2007)

La diarrea acarrea una marcada carencia de energía, proteínas y de micronutrientes, con lo cual el estado nutricional del niño se ve cada vez más afectado por lo que la suplementación con zinc, tiene un efecto sustancial e inmediato en la recuperación de niños.

Así mismo, un estado deficitario de vitamina A tiene un efecto negativo en la duración y severidad de los episodios diarreicos, pues la deficiencia de esta vitamina, conduce a una restauración inadecuada de la mucosa intestinal lesionada. Se reconocen los beneficios de la lactancia materna en la protección del organismo contra la enfermedad diarreica y en su evolución, por lo que se considera que la lactancia materna actúa como un factor protector contra la diarrea al minimizar la exposición a patógenos contaminantes tanto del agua como de los alimentos. (Sagaro, 2007)

VI.V Etiología

Según la Organización Mundial de la Salud: “la diarrea suele ser un síntoma de una infección del tracto digestivo, que puede estar ocasionada por diversos organismos bacterianos, víricos y parásitos”. Sobre la transmisión informa que: “la infección se transmite por alimentos o agua de consumo contaminados, o bien de una persona a otra como resultado de una higiene deficiente” (Organización Mundial de la Salud, 2013)

Las infecciones virales, bacterianas y parasitarias son contagiosas y los padres y/o cuidadores pueden ayudar a prevenir la propagación de la infección. Los niños se consideran contagiosos durante el tiempo que tienen diarrea, sin embargo, dependiendo del microorganismo, algunos pueden propagar la diarrea, incluso si no tienen síntomas y otros continuarán extendiéndose patógenos durante semanas, meses o años después de que sus síntomas desaparezcan.

Los microorganismos que causan diarrea se transmiten de la mano a la boca por lo que el lavado de manos y separar la manipulación de alimentos y heces (por ejemplo, no cambiar pañales en la cocina) son muy importantes para la prevención de la infección en la familia y de otros contactos.

VI.VI.I Clasificación según agente causal

a. Infección viral:

Es la causa más importante de diarrea en los niños y principalmente en meses de invierno con climas templados, los síntomas incluye diarrea acuosa, vómitos, fiebre 38.0°C, dolor de cabeza, calambres abdominales, falta de apetito y dolores musculares, comienza 12 horas a 4 días después de la exposición y resuelve dentro de tres a siete días, no existe un tratamiento específico para las causas virales de la diarrea solo medidas de soporte (solución de rehidratación oral, dieta limitada, y demás). (Asociación Española de Pediatría, 2014)

Entre los principales virus se destacan:

- Rotavirus: Es el principal agente causante de diarrea en niños, ocasiona deshidratación diarreica en el 19 y 40% y es el causante de 10-50% de hospitalizaciones por diarrea. (Andrade, Castillo, & Chavez, 2013).

La diarrea por Rotavirus suele darse en niños entre los seis meses y los dos años de vida, siendo muy infrecuente en recién nacidos, posiblemente por la inmunidad transmitida a través de la lactancia materna. Después de los dos años de vida la severidad y los episodios de gastroenteritis por esta causa disminuyen por la inmunidad que van adquiriendo los niños con las infecciones repetidas. (García, 2017)

- Norwalk: asociado a enfermedad gastrointestinal que ocurre esporádicamente o en brotes, se contagia a través de la exposición a personas infectadas o agua y alimentos contaminados pues el virus se elimina en la materia fecal y el vómito. (Department of Health, 2004)

- Adenovirus 40 y 41: causa diarrea especialmente en niños menores de dos. En la mayoría de los casos la infección desaparece en unos pocos días, pero a veces lleva más tiempo. El principal riesgo es la deshidratación. (PDG Salud)

Los adenovirus son responsables del 5-20% de las gastroenteritis en niños pequeños y representan el segundo agente viral más común causante de diarrea después de los rotavirus. La infección por adenovirus se observa en varios países sin considerarse endémica de alguna zona en particular, infectando de igual forma a niñas y niños en cualquier época de año ya que no se han presentado patrones de estacionalidad para la infección. Los adenovirus a diferencia de los otros se caracterizan por presentar náuseas, vómito, diarrea, dolor abdominal y fiebre. (Herminda García Lozano, 2016)

b. Infección bacteriana:

Las infecciones bacterianas son las causas más comunes en lugares donde hay agua no potable y el mal manejo de las aguas residuales, este tipo de infección es difícil de distinguir, puede presentarse con fiebre persistente superior a 40 ° C, con deposiciones con sangre o moco, la mayoría de los niños con infección bacteriana no requieren antibióticos y mejorarán con medidas de tiempo y de apoyo, sin embargo, puede ser necesario el tratamiento en ciertas situaciones como disentería, cólera o invasión bacteriana. (Espinoza, 2015)

Entre los principales agentes causales se destacan:

- *Escherichia coli* enterotoxigénica (ECET): causa el 25% de los casos de diarrea aguda en niños de países en desarrollo.
- *Escherichia coli* enteropatogena (ECEP): causa diarrea acuosa con deshidratación, en menores de 2 años causa diarrea persistente y desnutrición.
- *Escherichia coli* enteroinvasiva (ECEI): origina diarrea acuosa, puede dar un cuadro disentérico indistinguible del causado por shigella.
- *Shigella*: responsable del 60% de los episodios de disentería.
- *Campylobacter* Yeyuni: causa 3-15% de las diarreas en la edad pediátrica, afecta principalmente a los menores de 1 año.
- *Yersinia* enterocolítica: Infecta a niños en escuela o guarderías, su cuadro clínico puede confundirse con fiebre tifoidea o apendicitis.
- *Vibrio Cholerae*: en áreas no endémicas causa EDA por igual en niños y en adultos, es el principal causante de cólera.
- *Salmonella*: no es causa común de diarrea en países en desarrollo, causa el 1-2% de los casos de diarrea. (Andrade, Castillo, & Chavez, 2013)

c. Infecciones parasitarias:

Son más comunes en lugares donde hay agua no potable y el mal manejo de las aguas residuales, la infección con un parásito es común en los países desarrollados, pero se puede observar en los niños que han ingerido recientemente agua contaminada o que han viajado o vivido en los países en desarrollo y pueden durar de semanas a meses. (Espinoza, 2015)

Entre los patógenos más frecuentes se destacan:

- Entamoeba histolytica: causa el 2% de las diarreas, afecta principalmente a niños menores de 5 años.
- Giardia lamblia: está extendida por todo el mundo se asocia a epidemias de diarreas en donde el agua está contaminada con materia fecal.
- Cryptosporidium: produce cuadros leves de diarrea en niños menores de un año, en pacientes inmunodeprimidos causa cuadros severos y persistentes. (Andrade, Castillo, & Chavez, 2013)

VI.VI.II Enfermedad Diarreica Aguda de Causa Alimenticia:

Provoca síntomas entre 30 minutos y 6 horas tras la ingesta, siendo generalmente los alimentos los relacionados con su origen y dentro de los que más afectan se destacan la mayonesa, pastas y dulces de crema, carne picada, sobre todo si no se conservan en el frigorífico. Por todo esto, es muy importante conocer si hay alguien más en la familia o el círculo de relaciones del paciente que tenga los mismos síntomas, así como saber si han comido algo que pueda ser responsable de los síntomas. (Centro Medico quirurgico de enfermedades digestivas, 2013)

VI.VI.III Enfermedad Diarreica Aguda asociada a medicamentos:

Un número de antibióticos puede causar diarrea en niños y adultos. La diarrea suele ser leve y normalmente no causa deshidratación o pérdida de peso. En la mayoría de los casos, los antibióticos no deben ser detenidos y la dieta del niño no necesita ser cambiado. La diarrea generalmente se resuelve uno o dos días después de los antibióticos están acabados. (R, 1999)

VI.VI.IV Clasificación de la Enfermedad Diarreica Aguda según mecanismo fisiopatológico:

En general, la diarrea implica la existencia de una alteración en el transporte de agua en el intestino. Normalmente, el intestino delgado y el colon absorben el 99% del líquido procedente no solo de la ingesta, sino de las secreciones endógenas salivares, gástricas, hepatobiliares y pancreáticas, todo ello supone unos 10 litros de fluido al día.

La reducción de la absorción de agua en tan solo un 1% de este volumen total, puede ser causa de diarrea. Clásicamente se ha utilizado una clasificación de las causas de diarrea crónica basada en el mecanismo fisiopatológico que la ocasiona y que incluye estas categorías: inflamatoria, osmótica, secretora y por alteración de la motilidad.

a. Inflamatoria

Asociado a heces líquidas o semilíquidas, escasas en volumen, con moco, sangre y pus, a menudo hay urgencia por la defecación, tenesmo y dolor en hipogastrio, no es infrecuente que presente fiebre y el examen de las heces puede mostrar leucocitos abundantes. (Fernando Fernández Bañares).

El patógeno se adhiere al enterocito, alcanza el espacio intracelular, crea apoptosis de las uniones intercelulares, y se replica dentro de la célula o en el espacio intersticial, creando una respuesta inflamatoria local o sistémica y lesión mucosa variable. Este mecanismo ocurre en la diarrea por Shigella, Campilobacter, E. histolytica y Clostridium. (Mora, Madera, & Pérez, 2009)

b. Osmótica

Otra causa principal de diarrea es la ingesta de sustancias no absorbibles y osmóticamente activas que retienen fluido dentro de la luz intestinal, reduciendo con ello la absorción de agua. Este tipo de diarrea se denomina diarrea osmótica. Los ejemplos más característicos son la ingestión de carbohidratos no absorbidos (por ej.: lactosa, fructosa, sorbitol), y la ingestión de laxantes a base de magnesio, fosfato o sulfato. La característica esencial de la diarrea osmótica es que desaparece con el ayuno o al evitar la ingesta de la sustancia que la provoca. Esta circunstancia se ha utilizado en clínica para diferenciar la diarrea osmótica de la secretora, que típicamente continua después del ayuno, aunque puede disminuir algo de volumen debido a la disminución de secreciones endógenas. (Fernando Fernández Bañares)

c. Secretora

El transporte de agua intestinal está regulado por mecanismos muy precisos. Éstos comprenden un sistema complejo de comunicación de mensajeros extracelulares e intracelulares que contribuyen a mantener el equilibrio hídrico en un amplio abanico de condiciones fisiológicas. Normalmente, en el intestino se produce tanto absorción como secreción de agua, aunque la primera es cuantitativamente superior. La diarrea puede surgir tanto por una disminución de la absorción, como por un aumento de la secreción.

Este tipo de diarrea debida a la alteración del transporte epitelial de electrolitos y agua se conoce como diarrea secretora, aunque normalmente es debida a una disminución de la absorción y no a un aumento neto de la secreción. Diversas enfermedades afectan el transporte hidroelectrolítico a través de una alteración de los sistemas reguladores, inducida por el efecto de mediadores de la inflamación, citoquinas, hormonas y toxinas. (Fernando Fernández Bañares)

d. Por alteración de la motilidad

En las diarreas por alteración de la motilidad existiría un aumento de la motilidad como factor inicial lo que llevaría a una movilidad intestinal acelerada estos trastornos del intestino se llaman funcionales. Cuando la motilidad del intestino delgado esta acelerada se reduce el tiempo de contacto entre el contenido del lumen y las células epiteliales, lo que genera mayor oferta de fluidos al colon. Entre sus causas la principal es por el síndrome de intestino irritable pero también hipertiroidismo, síndromes post vagotomía, gastrectomía o colecistectomía y neuropatía diabética. (Mora, Madera, & Pérez, 2009)

VI.VI.V Clasificación de la Enfermedad Diarreica Aguda según duración:

- a. Diarrea aguda: menor de 14 días
- b. Diarrea persistente: 14 días y más
- c. Diarrea crónica: más de 30 días

La diarrea persistente inicia como un episodio agudo de diarrea líquida o disentería, pero se extiende por 14 días o más, con frecuencia, se observa una marcada pérdida de peso y, en la mayoría de los casos, no se puede identificar un agente etiológico. El daño de la vellosidad puede ser considerable, la mucosa intestinal puede estar aplanada y la absorción de nutrientes es mala con intolerancia a disacáridos o a proteínas.

La diarrea crónica tiene una duración de más de 30 días, no posee causa infecciosa, aunque puede iniciarse por una infección, y es recurrente, observada en casos de sensibilidad al gluten, fibrosis quística o desórdenes metabólicos hereditarios. (Mora, Madera, & Pérez, 2009)

VI.VI.VI Clasificación de la Enfermedad Diarreica Aguda según síndrome clínico.

Desde el punto de vista clínico, los cuadros de enfermedad diarreica aguda se dividen en dos grandes síndromes:

Síndrome diarreico coleriforme (diarrea líquida aguda): Diarrea que empieza de manera aguda y tiene una duración de menos de 14 días (la mayoría se resuelve en menos de 7). Se manifiesta por 3 o más evacuaciones, líquidas o semilíquidas, sin sangre visible, que puede acompañarse de vómito, fiebre, disminución del apetito e irritabilidad.

Síndrome diarreico disenteriforme: Se caracteriza por la presencia de sangre visible en las heces; sus efectos incluyen: anorexia, pérdida de peso, daño de la mucosa intestinal causado por agentes invasoras.

VI.VII Manifestaciones Clínicas de la Enfermedad Diarreica

Alteración en la consistencia de las deposiciones: generalmente se caracterizan por ser líquidas, espumosas y con presencia de grasa en infección por giardiasis o con sangre macroscópica si hay disentería.

Náusea y vómito: en la mayoría de los casos puede presentarse el vómito como signo predominante.

Fiebre: puede ser en grados variables o muy severos en casos de disentería.

Dolor abdominal: generalmente puede ser leve y difuso, de localización epigástrica, con flatulencia, distensión abdominal y tenesmo.

Deshidratación: generalmente puede ser de diversos grados hasta provocar choques hipovolémicos.

VI.VII.I Manifestaciones Clínicas de la Enfermedad Diarreica Aguda

La Enfermedad Diarreica Aguda es un proceso autolimitado en el que es necesaria una valoración del paciente mediante una adecuada historia clínica y una adecuada exploración física en la cual podemos encontrar los siguientes datos clínicos para su diagnóstico: (MINSA, 2006)

a. Signos y síntomas específicos de compromiso del aparato digestivo:

- ✓ Diarrea.
- ✓ Dolor abdominal difuso, tipo cólico.
- ✓ Náuseas, vómito.

b. Signos y síntomas generales e inespecíficos:

- ✓ Fiebre.
- ✓ Decaimiento.
- ✓ Anorexia.
- ✓ Convulsiones.

c. Signos y síntomas de deshidratación:

- ✓ Ojos hundidos.
- ✓ Llanto sin lágrimas.
- ✓ Fontanela deprimida.
- ✓ Aumento de la sed.
- ✓ Mucosa oral seca o con escasa saliva.
- ✓ Disminución franca de la diuresis.
- ✓ Tendencia al sueño y decaimiento.

VI.VII.II Manifestaciones Clínicas de la Enfermedad Diarreica Crónica

- ✓ Dolor abdominal

- ✓ Pérdida de peso
- ✓ Tenesmo
- ✓ Distensión abdominal
- ✓ Flatulencia
- ✓ Tenesmo
- ✓ Borborigmos
- ✓ Prurito
- ✓ Escozor anal
- ✓ Fiebre

VI.VIII Diagnóstico

El diagnóstico es un proceso autolimitado en el que, en la mayoría de los casos, sólo es necesaria una valoración del paciente mediante una adecuada historia clínica y una cuidadosa exploración física para establecer las indicaciones pertinentes. La gravedad de la diarrea está en relación con el grado de deshidratación, por lo que es fundamental una valoración lo más exacta posible de ésta, para evitar tanto un retraso en el tratamiento como intervenciones innecesarias. (Riechmann, 2008)

Por otra parte, en exploración física se refiere la identificación de los siguientes datos clínicos: letargia o inconsciencia, ojos hundidos, retorno muy lento del pliegue cutáneo con un tiempo mayor a dos segundos o más, el niño no puede beber o bebe con mucha dificultad (MINSA, 2004)

VI.IX Complicación

La diarrea aguda y sus complicaciones en el niño están favorecidas principalmente por la inmadurez de las funciones digestivas que producen mala absorción de los alimentos, sistemas enzimáticos del metabolismo hepático, función renal y sistema inmunológico poco desarrollados que dan paso a las infecciones gastrointestinales y las elevadas necesidades nutricionales especialmente a edades tempranas (Ferrer A. G.-R., 2007)

La deshidratación aguda es la expresión clínica de un balance negativo de agua y solutos en el organismo que se puede producir por altas pérdidas a través de las heces, disminución de ingresos o por ambas situaciones, siendo esta la amenaza más grave de las enfermedades diarreicas debido al aumento de las pérdidas hidroelectrolíticas (agua, bicarbonato, sodio y potasio).

La distribución de líquido en el cuerpo está determinada por la edad, en el recién nacido, el líquido corporal total es de 70 a 75%, pero va disminuyendo conforme avanza la edad, a su vez está distribuido en los espacios intracelular y extracelular; este último conformado por el espacio intersticial y el espacio intravascular, por lo que la pérdida de líquidos produce diferentes déficits en los diferentes compartimentos. En la deshidratación aguda, la pérdida de líquidos en su mayoría es a expensas del espacio extracelular mientras que, en la deshidratación prolongada, la pérdida de líquidos es aproximadamente la misma en ambos espacios. (Roman)

En niños con diarrea aguda, las siguientes condiciones se han identificado como factores de mayor riesgo para la deshidratación: edad (lactantes), estado nutricional, suspender la lactancia materna, no administrar sales de rehidratación oral, la intensidad de la diarrea y la etiología (rotavirus, cólera). (Alvarez- Calatayud)

La deshidratación se clasifica en función de la pérdida de agua (o disminución del peso), si la pérdida de agua o disminución del peso es menor del 5% hablamos de una deshidratación leve, si está entre el 5-10% moderada, y si es mayor del 10% grave. Con pérdidas superiores al 15% puede desencadenarse una situación de shock hipovolémico.

VI.X Mitos y Realidades de la Enfermedad Diarreica Aguda

Mito: Se considera diarrea cuando una deposición es líquida.

Realidad: Según la OMS deben ser 3 o más deposiciones o con una frecuencia mayor de lo normal de heces líquidas.

Mito: La aparición de los dientes provoca diarrea.

Realidad: Esto ocurre debido a que el pequeño busca la manera de disminuir la molestia en sus encías y lleva a su boca todo lo que encuentra a su alrededor y muchos objetos o manos están contaminados de esta forma las bacterias llegan a su sistema digestivo produciendo la diarrea.

Mito: La diarrea no es contagiosa.

Realidad: La diarrea es principalmente infecciosa por lo que los malos hábitos higiénicos sanitarios promoverán su contagio.

Mito: El refresco de Coca-Cola ayuda a detener la diarrea.

Realidad: Las bebidas carbonatadas son sustancias hiperosmolares que por sus altas concentración de azúcares no ayuda a frenar la diarrea ni repone las pérdidas electrolíticas.

Mito: El uso de bebidas isotónicas ayuda a detener la diarrea.

Realidad: Las bebidas isotónicas están diseñadas para abastecer las necesidades existentes en el deporte. Tienen alto contenido en azúcar y un bajo contenido en sodio y potasio porque no son necesarios.

Mito: Dejando de comer se elimina la diarrea.

Realidad: Si bien ciertos alimentos pueden agravar el cuadro diarreico, el interrumpir la alimentación puede promover a la deshidratación del niño además de que la recuperación es más rápida sobre todo agregando alimentos como tostadas, manzana, zanahoria, plátano verde cocido, agua de arroz, yogurt simple, pero si evitarse comidas azucaradas o grasosas.

Mito: Contra la deshidratación solo se debe tomar agua.

Realidad: La deshidratación se produce por la pérdida de agua y electrolitos, por lo que la ingesta de solo agua no aporta los electrolitos que también se están perdiendo.

Mito: Para la diarrea y el vómito lo mejor es tomar una limonada casera.

Realidad: La limonada alcalina casera es una solución basada en la mezcla de bicarbonato, limón, azúcar y sal. Las cantidades de cada uno de los ingredientes son aproximadas puesto que pueden producirse errores en su preparación y por tanto su composición es muy variable.

Mito: Tras la ingesta de alimentos se debe de dejar las sales de rehidratación oral.

Realidad: Se debe administrar soluciones de rehidratación oral mientras persista la diarrea, para compensar las pérdidas.

Mito: Cuando el niño tiene diarrea hay que diluir la leche.

Realidad: Es mejor no diluir la leche y no es necesario cambiar a fórmulas especiales sin lactosa, esto puede contribuir a que un niño pierda más peso durante el cuadro diarreico.

Mito: Las diarreas hay que tratarlas con antibióticos.

Realidad: La mayoría de las diarreas son de causa viral y autolimitadas por lo que el uso de antibióticos no se recomienda ya que puede alterar la flora intestinal normal.

Mito: Es mejor que la diarrea este afuera que adentro.

Realidad: Algunas personas creen que la diarrea es la manera que tiene el organismo de eliminar las bacterias que provocan la diarrea, sin embargo, la diarrea puede deberse a menudo a otras causas no infecciosas (no bacteriana/vírica).

VI.XI Manejo de la Enfermedad Diarreica Aguda

El manejo domiciliario de diarrea está indicado en aquellos pacientes con diarrea sin signos de deshidratación, el cual consiste en explicarle al padre de familia o tutor las 4 reglas de oro del Plan A: darle más líquidos, continuar alimentación, dar suplemento de zinc y cuando regresar a la unidad de salud. (MINSA; OPS; OMS; UNICEF; AIS, 2008)

Regla N.1 Darle más líquidos: Oriente a la madre a darle más líquidos a su niño (a)

-Explicar la importancia de utilizar las Sales de Rehidratación Oral de baja osmolaridad, ayudan a reducir: la duración de la diarrea, el vómito y la necesidad de utilizar líquidos IV.

-Puede también darle los líquidos caseros recomendados como: agua de arroz, agua de coco, refrescos naturales con muy poca azúcar o yogurt bebibles.

-Si el bebé recibe lactancia materna exclusivamente, de Sales de Rehidratación Oral en forma adicional a la leche materna con una cucharita. Si recibe lactancia materna, continúe dándola, pero con mayor frecuencia y por mayor tiempo en cada toma.

- Si el niño(a) no recibe lactancia materna, dar Sales de Rehidratación Oral y los líquidos recomendados anteriormente.

- Si el niño(a) estuvo recibiendo Plan B, en la unidad de salud, recuérdale que es importante que en su casa le siga administrando las SRO.

-Si tiene menos de 2 años: darle 1/2 a 1 taza (50 a 100mL) después de cada evacuación. Si es mayor de 2 años: 1 a 2 taza (100 a 200mL) después de cada evacuación.

-El niño debe tomar más o menos la cantidad que elimine en la diarrea.

-Darle las Sales de Rehidratación Oral o los líquidos caseros adicionales hasta que la diarrea cese o termine. Esto puede durar varios días.

-Enseñarle a la madre como preparar y administrar las Sales de Rehidratación Oral.

-Darle a la madre 2 paquetes de SRO para usarlas en la casa y recomendarle que le dé al niño(a) en una taza o utilice cucharaditas.

-Si el niño(a) vomita, esperar 15min, y continuar, pero más lentamente.

-Orientar a la madre sobre qué líquidos NO debe dar: refrescos enlatados, Gaseosas, Té con azúcar, Sopas, Jugos de frutas con azúcar, Café, Kola Shaler y Algunas infusiones y te medicinales locales.

Regla N.2 Continúe alimentándolo: Oriente a la madre a continuar alimentando a su niño(a).

-Si es menor de 6 meses, y el niño recibe lactancia materna, continúe dándole, pero más seguido y por más tiempo en cada toma.

-Si el niño(a) no es amamantado normalmente considere la factibilidad de la relactación (recomenzar el amamantamiento después de haberlo interrumpido)

-Prepare las comidas cocinándolas bien, amasándolas o moliéndolas. Esto hará que la digestión sea más fácil.

-Para niños mayores de 6 meses,

-Ofrezca siempre el pecho materno. Dar comidas con mayor valor nutritivo de acuerdo a la edad del niño, estas comidas deben ser mezclas de cereales y granos disponibles en la localidad (arroz, maíz, frijoles, o mezclas de cereales y carne de res, pollo o pescado). Añada aceite a estas comidas para hacerlas más energéticas.

-Los productos lácteos y los huevos son adecuados (yogurt natural o leche agria).

-Los jugos naturales de frutas sin azúcar, los plátanos maduros o bananos, son útiles por su contenido de potasio.

-Anime al niño a comer todo lo que desee. Ofrézcale la comida en pequeñas porciones y más frecuentemente. Por ejemplo, cada 3 a 4 horas (seis veces por día).

-Después de que la diarrea haya cesado, dé al niño una comida extra diario por 2 semanas, para recuperar el peso perdido.

Oriente a la madre que tipo de comidas NO debe darle:

-Frijoles sin machacar o majados, frutas con cáscara. Son más difíciles de digerir

-Sopas muy diluidas o ralas, ya que llenan al niño sin proveer ningún nutriente.

-Comidas con demasiada azúcar o sal pueden empeorar la diarrea, enlatadas, frías o preparadas de varios días puede aumentar el riesgo de mayor infección.

Regla N.3 Darle suplemento de zinc Oriente a la madre como debe de administrar el zinc y por cuantos días.

-Explicarle a la madre que es importante darle las tabletas de zinc, porque:

a) Disminuye la duración y la severidad de la diarrea.

b) Refuerza el sistema inmunológico del niño(a).

c) Ayudará a prevenir futuros episodios de diarrea en los 2 a 3 meses siguientes

d) Mejora el apetito y el crecimiento.

La dosis recomendada es:

Si tiene menos de 6 meses es: 10mg. una vez al día por 14 días.

Si es mayor de 6 meses: 20 mg. por día durante 14 días.

-Enséñele cómo administrarlo y realice una demostración con la primera tableta.

-Niños pequeños: Disuelva la tableta en (5 mL) de leche materna, SRO, o agua limpia en una cucharita.

-Niños mayores: Las tabletas pueden ser masticadas o disueltas en un volumen pequeño de agua limpia, en una cucharita.

-Explíquelo a la madre que es importante dar a su niño la dosis completa de 14 días, aunque la diarrea haya terminado.

-Recordarle las ventajas de darle el tratamiento completo por 14 días, haciendo énfasis en la importancia de dar la dosis completa del zinc y no guardarla para otro caso posterior en otro niño, pues en la unidad de salud se le darán las tabletas cuando las necesite para su niño.

Regla N. 4 Cuando regresar a la Unidad de Salud Oriente a la madre a cuando regresar a la unidad de salud más cercana.

Si el niño(a) presenta cualquiera de los siguientes signos:

1. Anormalmente somnoliento
2. Dejo de comer o Beber
3. Ha empeorado (por ejemplo, ha aumentado la frecuencia o la cantidad de las deposiciones, presencia de vómito)
4. Tiene fiebre
5. Sangre en las heces

-Si el niño(a) no muestra ninguno de estos signos, pero continúa sin mejorar, recomiende a la madre que debe regrese a la unidad para el seguimiento.

-También explíquelo que si se presenta de nuevo otro episodio de diarrea debe administrar este mismo tratamiento, tan pronto como sea posible.

Capítulo 2: Diseño Metodológico.

VII. Diseño metodológico

•Tipo de estudio:

Se realizó un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo y retrospectivo en tiempo, fue cuantitativo ya que es un proceso donde se recolectaron, analizaron y vincularon con el fin de responder a un planteamiento, así mismo fue descriptivo porque buscó especificar las propiedades importantes de personas, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis, en este caso fueron los episodios de Enfermedad Diarreica Aguda y fue retrospectivo porque es posterior a los cuadros clínicos de Enfermedad Diarreica Aguda y los datos se obtuvieron de archivos o de lo que los tutores refirieron. (Ruiz, Borboa, & Rodríguez, 2013)

•Período de ejecución del estudio:

El presente estudio se realizó en el período de julio a diciembre del año 2016, ya que se consideró que fue el momento en el cual hubo mayor cantidad de pacientes expuestos a Enfermedad Diarreica Aguda.

•Área de ejecución del estudio:

El Distrito VI de Managua se encuentra ubicado en la zona noreste y se caracteriza por ser el más grande y poblado de la capital, pues lo constituyen 167 barrios lo que lo convierte en una zona de alta contaminación ambiental debido a su desarrollo habitacional desordenado en su extremo oriental y el segundo más densamente poblado, por las características habitacionales que presenta, concentrando el mayor número de colonias populares, urbanizaciones progresivas y asentamientos espontáneos del municipio, es por esto que se tomará el Barrio Américas como área de estudio. (Anónimo, 2016)

Se eligió el Barrio Américas Dos del cual se sometió a estudio los 3 sectores más afectados con cuadros clínicos de Enfermedad Diarreica Aguda de la zona, así mismo porque estos se encuentran en áreas aledañas a causes y son los sitios con mayor registro a nivel del Centro de Salud Roger Osorio, estos son Villa José Benito Escobar que cuenta con 490 pobladores menores de dos años, B15 con un total de 124 pobladores menores de dos años y Carlos Núñez también con 124 pobladores menores de dos años.

•Universo:

Consta de 738 infantes menores de dos años de los cuales 490 corresponden al sector de Villa José Benito Escobar, 124 niños al sector B 15 y 124 al sector Carlos Núñez respectivamente, que habitan el Barrio Américas Dos y han sido afectados por cuadros clínicos de Enfermedad Diarreica Aguda.

•Muestra:

En vista de que el universo es poco alcanzable y no puede ser abordado en su totalidad durante el período de estudio, se procedió a calcular una muestra que sea representativa, para lo cual se utilizó el programa Epidemiológico Open Epi Versión 3.01, este programa consiste en un software gratuito de código abierto disponible para su uso en bioestadística, salud pública y medicina, proporcionando una serie de herramientas epidemiológicas y estadísticas para datos resumidos tales como muestra, con la versatilidad de usarlo en diversos idiomas sin conexión a Internet. (Dean, 2013)

Se calculó para un estudio de tipo no pareado, para proporción y de esa manera, en la ventana se introdujeron datos para el tamaño de la población, se trabajó con 738 que representará el universo, de los cuales 490 corresponden al sector de Villa José Benito Escobar, 124 al sector B 15 y 124 corresponden al sector Carlos Núñez, siendo la frecuencia anticipada básicamente del 80%, de acuerdo a la literatura revisada, que establece que esa es la proporción de la Enfermedad Diarreica Aguda en menores de dos años, para un límite de error estimado del 5%, siendo el resultado de la muestra final para un intervalo de confianza de 95% un total de 185 niños menores de dos años con Enfermedad Diarreica Aguda.

Tamaño muestral para % de frecuencia en una población (muestras aleatorias)		
Tamaño de la población	738	Si es grande, déjela en un millón
Frecuencia (p) anticipada %	80	Escriba entre 0 y 99.99. Si no lo conoce, utilice 50%
Límites de confianza como +/- porcentaje de 100	5	Precisión absoluta %
Efecto de diseño (para estudios con muestras complejas—EDFF)	1.0	1.0 para muestras aleatorias

Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)(<i>N</i>):	738
frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (<i>p</i>):	80%+/-5
Límites de confianza como % de 100(absoluto +/-%)(<i>d</i>):	5%
Efecto de diseño (para encuestas en grupo- <i>EDFF</i>):	1

Tamaño muestral (*n*) para Varios Niveles de Confianza

Intervalo Confianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	185
80%	93
90%	141
97%	215
99%	270
99.9%	358
99.99%	420

Ecuación

Tamaño de la muestra $n = [EDFF * N * p(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p * (1-p)]$

Resultados de OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abierto [SSPropor](#)

Imprimir desde el navegador con ctrl-P

o seleccione el texto a copiar y pegar en otro programa

Estos 185 niños menores de dos años con Enfermedad Diarreica Aguda, fueron distribuidos de la siguiente manera, realizando una regla de tres, basadas en el universo donde el 66% representa el sector Villa José Benito Escobar dando como resultado 122 niños afectados que formaron parte de la muestra, luego el sector B15 representó el 17% donde 32 niños constituyeron la otra parte de la muestra y el 17% restante perteneció al sector Carlos Núñez con 31 niños.

Tipo de Muestreo:

Se realizó un tipo de muestreo no probabilístico, por conveniencia. Un tipo de muestreo no probabilístico, se define como la técnica donde las unidades muestrales no se seleccionan al azar, sino que son elegidas por el investigador basado en un criterio específico y es por conveniencia porque pretende seleccionar unidades de análisis que cumplen los requisitos de la población objeto de estudio y que sin embargo, no son seleccionadas al azar. (Gonzalez, 2016)

•Criterios de Inclusión:

Para la selección de la muestra, se utilizaron una serie de criterios, que deben cumplir los niños menores de dos años de edad para disminuir los sesgos y dentro de estos criterios a considerar para la inclusión en la muestra son los siguientes:

- Tutores de niños menores de 2 años, con Enfermedad Diarreica Aguda.
- Tutores de niños menores de 2 años, que vivan en los sectores donde se realizará el estudio.
- Tutores de niños menores de 2 años con Enfermedad Diarreica Aguda, que hayan asistido al Centro de Salud Roger Osorio en el período de julio a Diciembre 2016.

• Criterios de Exclusión:

Así mismo hay condiciones que también se toman en cuenta para hacer referencia a la exclusión de niños con el mismo diagnóstico y que ellos no formen parte de la muestra, entre estos se mencionan:

- Tutores que no hayan aceptado ser encuestados.
- Tutores cuya información sea poco confiable.

- Tutores que a pesar de aceptar participar en el estudio desean abandonarlo en cualquier momento.
- Tutores de niños que están habitando de forma temporal el sector durante el periodo de estudio.
- Tutores que no acudieron con su niño al centro de salud Roger Osorio y si presentó Enfermedad Diarreica Aguda.

•Fuente de recolección de la información:

○ **Fuente primaria:**

Se obtuvo directamente por la aplicación de un instrumento a los tutores o padres de los menores de dos años, con el fin de recolectar la información más completa y detallada. Se define como fuente primaria, aquella que el investigador recoge directamente a través de un contacto inmediato con su objeto de análisis. (Gallardo & Moreno, 1999)

•Instrumentos de recolección de la Información:

Para la recolección de la información del presente estudio se aplicó un instrumento, que consistió en una ficha que se realizó al tutor para obtener directamente de él la información.

○ **Ficha de recolección de la información:**

Se aplicó en un segundo tiempo la realización de una ficha de recolección de información dirigida a los tutores o padres de niños menores de dos años con Enfermedad Diarreica Aguda, titulada ficha de recolección de información para el tutor, constituida por cuatro acápite: características sociodemográficas donde se obtuvo datos generales del tutor, conformada por 8 preguntas de desarrollo, los conocimientos que valoran 21 preposiciones de definiciones y manejo de la Enfermedad Diarreica Aguda, las actitudes abordan 13 preposiciones del manejo de la Enfermedad Diarreica Aguda y prácticas se valoraron mediante 10 oraciones sobre el manejo domiciliario por parte de los tutores de niños menores de 2 años con Enfermedad Diarreica aguda.

● **Técnica de recolección de la información:**

Las técnicas de recolección de la información son formas de estudio que se emplean en métodos investigativos para la obtención de datos que serán fuente de información, en el presente estudio se utilizaron las siguientes técnicas:

○ **Encuesta:**

Se encuestó a los tutores de niños menores de dos años con Enfermedad Diarreica Aguda y fue llenada por los investigadores a través de la ficha de recolección de la información. Esta se encuentra definida como la técnica destinada a obtener información primaria, a partir de un número representativo de individuos de una población, para proyectar sus resultados sobre la población total. (Gallardo & Moreno, 1999)

La puntuación de la ficha de recolección al encuestado, fue de acuerdo a acápite, el acápite de conocimiento se redactaron 21 frases positivas y negativas, cuyas respuestas estarán categorizadas en Sí, No y No sabe, poniéndoles un puntaje a cada preposición correcta de 1 punto y las preposiciones incorrectas o categorizadas como No sabe tendrán el valor de 0 punto, la sumatoria de los aspectos tomados en cuenta en conocimientos, se valoraron en 3 categorías: buena si la puntuación es mayor a 12 puntos, regular si es de 7 a 12 y mala si es menor a 7 puntos.

Para valorar las actitudes se utilizó la Escala de Likert, la cual es una de las herramientas más utilizadas cuando se desean evaluar opiniones y actitudes de una persona, a diferencia de las preguntas dicotómicas con respuesta sí/no, la Escala de Likert nos permite medir actitudes y conocer el grado de conformidad del encuestado con cualquier afirmación que le proponemos. (Vazquez, 2017). Se establecerán un total 13 preposiciones positivas y negativas, asignándoles valores según el grado de acuerdo: Acuerdo, Indeciso y En desacuerdo, los valores asignados son de 1, 2 y 3 puntos, dependiendo de la oración si es correcta o incorrecta se le asignó el valor, al totalizar los puntajes se categorizó en favorable si la puntuación es mayor de 20 y desfavorable si es menor de 19.

Para valorar las prácticas se realizaron un total de 10 preposiciones relacionadas con la conducta del entrevistado ante el manejo domiciliario de Enfermedad Diarreica Aguda. Se plasmaron prácticas correctas e incorrectas asignándoles valores de 1 punto y 0 puntos, respectivamente. Una respuesta intermedia recibe un valor de 0.5 puntos. La escala califica como buena repuestas a las puntuaciones finales mayores a 7 puntos, regular de 3 a 7 puntos y mala si es menor de 3 puntos.

• **Procedimiento de recolección de la información:**

En áreas clínicas como estudiantes de medicina correspondió rotar por diversas áreas, una de ellas es la Unidad de Rehidratación en la cual asisten menores por Enfermedad Diarreica. Al reconocer el sin número de casos que se registran por esta patología y ver que muchas veces se complican por el mal manejo en el hogar, donde se desconoce el tratamiento y optan por tratamientos naturales los cuales originan casos de íleo mecánico, se decidió realizar este estudio para mejorar el manejo domiciliario de la Enfermedad Diarreica Aguda y así disminuir la mortalidad infantil. Se recolectó información donde se determinó que esta patología es un problema de salud pública y está íntimamente relacionado al mal manejo domiciliario, por lo cual elaboramos el tema de investigación.

Se buscó al tutor para guiar este proceso investigativo, el cual dio el visto bueno, luego siguiendo las fases indicadas por la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, emitiendo la primera fase que corresponde a la propuesta de tema que incluía la carta de solicitud de inscripción, introducción, justificación, planteamiento del problema, objetivos y cartas de autorización del tutor. Se inscribió la propuesta de tema en vice-decanatura, se dio un espacio de 15 días para dar respuesta, la cual fue positiva, por lo tanto, se procedió junto con el tutor a la elaboración del protocolo de investigación el cual estuvo conformado por: carátula, introducción, antecedentes, justificación planteamiento del problema, objetivos, marco teórico, diseño metodológico, bibliografía y anexos.

Se investigó más a fondo, se pulieron las observaciones dadas en la propuesta de tema, se elaboró el instrumento de recolección de los datos en base a nuestros objetivos específicos con las variables que se valorarían en el presente estudio y posteriormente a eso se generó la idea y plan de trabajo para la recolección de la muestra. Se inscribe el protocolo de investigación cuyos elementos más importantes son la ficha de recolección de la información, presupuesto y cronograma de trabajo, se dio un tiempo de aproximadamente 2 semanas, una vez aprobado el documento se procedió a realizar ajustes observados junto con el tutor a los comentarios dados en vice-decanatura.

Posteriormente se procedió a mejorar el documento e ir en la primera fase al Centro de Salud, se solicitó la revisión de los expedientes clínicos, se obtuvo los datos estadísticos de los sectores más afectados por Enfermedad Diarreica Aguda, se revisó en horarios de 10 am a 3 pm, los días lunes y miércoles del mes de febrero 2017. A partir de esto se recopilaron los datos de la población e información de los expedientes clínicos, se realizó cálculos estadísticos y matemáticos, donde resultó un total de 738 niños menores de dos años que representan el universo, posteriormente se calculó la muestra resultando 185 niños menores de dos años que equivale al 100%, luego se realizó una regla de tres con los sectores a estudio para tratar de garantizar la homogeneidad de la muestra y así disminuir los sesgos.

Ya teniendo las direcciones de los pacientes, se procedió a ejecutar la ficha de recolección de la información, a finales de febrero, marzo, abril y el mes de mayo, los días sábados de 10 am a 3 pm, se empezó por el sector Villa José Benito Escobar, luego que se concluyó con las 122 muestras de ese distrito, se continuó con el sector B 15 y posteriormente con el sector Carlos Núñez, la última muestra se tomó el día 25 de mayo del 2017.

- **Análisis de la Información:**

Se revisaron todos los datos y se realizó depuración y limpieza de los mismos, se eliminaron los que no sean de mucha utilidad, posteriormente se elaboró la base de datos en base a los objetivos, en el programa Microsoft Office Excel 2007, en una computadora marca Acer, en dicho programa estadístico se valoraron de manera individual en la base de datos las diversas categorías de las variables, primeramente las características sociodemográficas, posteriormente las variables relativas al conocimiento, luego las variables en relación a las actitudes y finalmente las variables relacionadas con las prácticas, a partir de esto se ingresaron los datos de las 185 fichas de recolección.

Una vez estructurada la base de datos, se procedió a elaborar tablas de dos por dos, las variables menos importantes serán presentadas en tablas simples, en frecuencia y porcentaje y las variables más importantes se presentaron en cruce de variables, de igual forma en tablas de dos por dos de frecuencias y porcentajes, finalmente destacando la información que provea los datos más importantes en graficas de barras.

Posteriormente a haber elaborado las tablas, los gráficos simples y cruces de variables respectivos, se procedió a realizar el análisis de los mismos, contrastándose con la información recogida en los antecedentes y también en el marco teórico para poder validar que tan similar viene siendo el comportamiento sobre este tema respecto a otros países a nivel internacional y otras zonas a nivel nacional.

•**Definición de variable por objetivo**

N°	Objetivo Especifico	Variable
1	Mencionar las características sociodemográficas de los tutores de niños menores de dos años.	Característica sociodemográfica
2	Describir el conocimiento de los tutores, sobre el manejo domiciliar de la Enfermedad Diarreica Aguda.	Conocimiento
3	Identificar las actitudes adoptadas por los tutores, ante un cuadro de Enfermedad Diarreica Aguda	Actitudes
4	Señalar las prácticas realizadas de los tutores frente a un cuadro de Enfermedad Diarreica Aguda	Practicas

•**Plan de tabulación y análisis**

N°	Cruce Variable	Importancia
1	Características sociodemográficas/ Conocimiento.	Permitirá identificar el nivel de conocimiento de los tutores acuerdo a la edad, sexo, procedencia y ocupación.
2	Características sociodemográficas /Tipo de actitud.	Destacará el tipo de actitud de los tutores encuestados según la edad, sexo, procedencia y escolaridad.
3	Características sociodemográficas /Calidad de prácticas.	Identificara la calidad de prácticas que realizan los tutores de acuerdo a la edad, sexo, procedencia, religión y escolaridad.
4	Conocimientos/Tipo de actitud	Relacionara el nivel de conocimiento según el tipo de actitud de los tutores a estudio.
5	Conocimientos/ Calidad de practicas	Permitirá identificar la calidad de la práctica según nivel de conocimientos.
6	Actitud/Calidad de practicas	Identificara la calidad de las prácticas de acuerdo el tipo de actitud

- Operacionalización de las variables

Objetivo 1: Mencionar las características socio demográficas de los tutores de niños menores de 2 años.

Nº	Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Valor	Escala
1	Características sociodemográficas	Son el conjunto de características biológicas, socioeconómico culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles.	Edad	Años cumplidos	≤ 20 años 21-30 años 31-40 años 41 – 50 años ≥ 51 años	Continua
			Sexo	Fenotipo	Masculino Femenino	Nominal
			Escolaridad	Nivel académico alcanzado	Analfabeto Letrado Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Técnico Universidad incompleta Profesional	Ordinal

N°	Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Valor	Escala
1	Características sociodemográficas	Son el conjunto de características biológicas, socioeconómico culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles.	Estado civil	Estado conyugal	Soltero Casado Unión libre Viudo Divorciado	Nominal
			Ocupación	Tipo de ocupación	Ama de Casa Estudiante Empleado Cuenta propia Profesional	Nominal
			Religión	Creencia	Católico Evangélico Testigo de Jehová Bautista Mormón Ninguna	Nominal
			Procedencia	Lugar de origen	Villa José Benito Escobar B15 Carlos Núñez	Nominal

Objetivo 2: Describir los conocimientos sobre el manejo domiciliar de Enfermedad Diarreica Aguda.

N°	Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Valor	Escala
2	Conocimientos	Nivel mínimo de conocimientos que tiene el tutor sobre manejo domiciliar de diarrea.	<p>-La diarrea es cuando hay deposiciones líquidas de más de 3 veces al día.</p> <p>-En la diarrea hay aumento en la cantidad y frecuencia, con disminución de la consistencia de las heces.</p> <p>-Los virus, bacterias y parásitos causan de diarrea.</p> <p>-La diarrea puede estar causada por intolerancia a alimentos.</p> <p>-La principal complicación de la diarrea es: deshidratación y hasta puede llevar a la muerte.</p>	Respuestas del encuestado	Si No No sabe	Nominal

N°	Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Valor	Escala
2	Conocimientos	Nivel mínimo de conocimientos que tiene el tutor sobre manejo domiciliario de diarrea.	<ul style="list-style-type: none"> - Son signos de deshidratación: Ojos hundidos, boca seca, llanto sin lagrima, no puede beber y decaimiento. -Cuando un niño tiene diarrea se le debe suspender la lactancia materna. -La alimentación en casos de diarrea debe ser hipograsa a base de verduras y yogurt. -Es recomendable dar sopa Maggie o sopas caseras. -Las comidas grasosas y los laxantes se deben de dar en caso de diarrea. -Un niño con diarrea debe comer poco pero más frecuencia. 	Respuestas del encuestado	Si No No sabe	Nominal

Conocimientos, Actitudes y Prácticas de los tutores de niños menores de dos años, sobre el manejo domiciliar de la Enfermedad Diarreica Aguda, Barrio Américas Dos, Managua, julio a diciembre 2016.

N°	Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Valor	Escala
2	Conocimientos	Nivel mínimo de conocimientos que tiene el tutor sobre manejo domiciliar de diarrea.	<ul style="list-style-type: none"> - El Suero oral permite hidratar y recuperar electrolitos perdidos durante la diarrea, se administra después de cada evacuación. -El Gatorade, Kola Shaler, y Powerade son bebidas adecuadas de administrar en diarrea. -El tratamiento de la diarrea es Sulfato de zinc. -Se utilizan antibióticos para tratar la diarrea. -El uso de antiparasitarios es ideal para tratar la diarrea. -Para tratar la diarrea uso Peptobismol, Enteroguanil. Alka D, tapón, leche magnesia 	Respuestas del encuestado	Si No No sabe	Nominal

N°	Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Valor	Escala
----	----------	----------	-----------	-----------	-------	--------

2	Conocimientos	Nivel mínimo de conocimientos que tiene el tutor sobre manejo domiciliar de diarrea.	<p>-Purgar al niño con aceite fino es una buena opción en el tratamiento de diarrea</p> <p>-Cuando se presentan signos de deshidratación se debe acudir de forma inmediata al centro de salud.</p> <p>-Cuando las heces tienen sangre y moco o la diarrea se prolonga a pesar del tratamiento en el hogar, se debe acudir al centro de salud.</p> <p>-Acudimos al centro de salud cuando el niño empeora a pesar de brindarle tratamiento.</p>	Respuestas del encuestado	Si No No sabe	Nominal
---	---------------	--	--	---------------------------	---------------------	---------

Objetivo 3: Identificar las actitudes de los tutores de los niños con Enfermedad Diarrea Aguda.

N°	Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Valor	Escala
----	----------	----------	-----------	-----------	-------	--------

3	Actitud	Es una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o situación que predispone a reaccionar preferentemente de una manera determinada, que pueden ser positivas o negativas.	<p>-Si mi hijo tuviera diarrea le daría suero oral en casa.</p> <p>- Si mi hijo tuviera diarrea le daría remedios naturales (Té de manzanilla, ajo, cascara de naranja).</p> <p>- Si mi hijo tuviera diarrea me quedaría en casa.</p> <p>- Si mi hijo tuviera diarrea le continuaría la lactancia materna</p> <p>- Si mi hijo tuviera diarrea no iría a una unidad de salud porque solo me dan acetaminofén o no me atienden de forma rápida.</p>	Grado de acuerdo	<p>A (de acuerdo)</p> <p>I (indeciso)</p> <p>D (en desacuerdo)</p>	Nominal
---	---------	---	---	------------------	--	---------

N°	Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Valor	Escala
3	Actitud	Es una organización	- Si mi hijo tuviera diarrea le prepararía plátano	Grado de acuerdo	A	Nominal

		<p>relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o situación que predispone a reaccionar preferentemente de una manera determinada, que pueden ser positivas o negativas.</p>	<p>verde cocido y colados de verduras con pollo.</p> <p>- Si mi hijo tuviera diarrea lo llevaría inmediatamente al centro de salud.</p> <p>- Si mi hijo tuviera diarrea no necesito llevarlo a una unidad de salud lo desparasito en casa.</p> <p>- Si mi hijo presenta más sueño de lo normal, tiene la boca seca y con ojos hundidos acudiría al centro de salud.</p> <p>- Si mi hijo presenta diarrea busco remedios en internet.</p> <p>- Si mi hijo tuviera diarrea le daría agua de arroz.</p>		<p>(de acuerdo)</p> <p>I (indeciso)</p> <p>D (en desacuerdo)</p>	
--	--	--	--	--	--	--

Conocimientos, Actitudes y Prácticas de los tutores de niños menores de dos años, sobre el manejo domiciliario de la Enfermedad Diarreica Aguda, Barrio Américas Dos, Managua, julio a diciembre 2016.

N°	Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Valor	Escala
3	Actitud	Es una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o situación que predispone a reaccionar preferentemente de una manera determinada, que pueden ser positivas o negativas.	- Si mi hijo tuviera diarrea le daría leche de vaca. - Si mi hijo tuviera diarrea no le doy nada, dejo que se le quite sola.	Grado de acuerdo	A (de acuerdo) I (indeciso) D (en desacuerdo)	Nominal

Objetivo 4: Señalar las prácticas realizadas en cuanto al manejo domiciliario de Enfermedad Diarreica Aguda por tutores de niños de dos meses a cinco años.

N°	Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Valor	Escala
4	Práctica	Conducta o respuesta establecida para una situación determinada	<ul style="list-style-type: none"> -Lavo mis manos antes de preparar los alimentos. - Cuando mi hijo tiene diarrea le doy Sales de Rehidratación oral por cada defecación. - Cuando mi hijo tiene diarrea le doy Leche Magnesia, Peptosbismol, Alka AD o Enteroguanil. - Cuando mi hijo tiene diarrea le doy agua de arroz y jugos naturales. - Cuando mi hijo tiene diarrea le doy Gatorade, Kola Shaler, Powerade. - Cuando mi hijo tiene diarrea le doy antibióticos y/o antiparasitarios. - Si el hijo de mi vecina tiene diarrea le aconsejaría que lo purgue con aceite fino y que lo bañe con alcohol. 	Frecuencia	Siempre A veces Nunca	Nominal

Conocimientos, Actitudes y Prácticas de los tutores de niños menores de dos años, sobre el manejo domiciliario de la Enfermedad Diarreica Aguda, Barrio Américas Dos, Managua, julio a diciembre 2016.

N°	Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Valor	Escala
4	Práctica	Conducta o respuesta establecida para una situación determinada	<ul style="list-style-type: none"> - Cuando mi hijo tiene diarrea no le doy de comer y/o le suspendo la lactancia materna. - Para la diarrea y el vómito lo mejor es tomar una limonada casera. - Cuando mi hijo tiene diarrea no le doy alimentos grasosos o lácteos. 	Frecuencia	Siempre A veces Nunca	Nominal

- **Aspectos éticos:**

En el presente estudio se recolectó información la cual será brindó por los tutores o padres de niños menores de 2 años con Enfermedad Diarreica Aguda, con previa autorización a través del llenado de un consentimiento informado por escrito, donde se explicó que los datos serán tratados en forma anónima y de uso exclusivo para la realización de este estudio sin divulgación alguna.

Los principios éticos que se garantizaron en este estudio son: no maleficencia ya que no se realizó ningún procedimiento que pueda hacerles daño a las personas en estudio, promover justicia ya que la muestra se seleccionó sin ningún tipo de discriminación, tratando a las participantes del estudio con igual consideración y respeto, otro principio es la autonomía donde solo se incluyeron los tutores que aceptaron voluntariamente participar y se respetó la decisión de querer permanecer dentro del mismo y confidencialidad ya que las personas tienen derecho a la privacidad y al anonimato durante su participación.

Finalmente, en cuanto a la revisión de expedientes se realizó de manera interna en el Centro de Salud evitando manipulación o duplicación de la información.

Capítulo 3: Desarrollo.

VIII. Resultados

El presente estudio el cual tiene como objetivo determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de los tutores de niños menores de dos años, sobre el manejo domiciliario de la Enfermedad Diarreica Aguda en el Barrio Américas Dos, se pudo observar que dentro de los resultados obtenidos destacan los siguientes:

En cuanto a la procedencia de los tutores se observó que la mayoría provenían del sector Villa José Benito Escobar con 66.35%, seguido de la procedencia por B15 con 16.90% y Carlos Núñez con 16.75%. **(Ver Anexo N° 5, Tabla N° 1)**. Respecto al sexo de los tutores, la gran mayoría correspondió al femenino con 91.90% y en contra posición se encuentra el sexo masculino con 8.10%. **(Ver Anexo N° 5, Tabla N° 2)**.

Respecto a la edad de los hubo un predominio del grupo etario de 31-40 años con un 47.02%, seguido está el grupo entre 21-30 años con un 30.80%, en tercer lugar, el grupo de 41-50 años con 15.16% y en cuarto y quinto lugar el de 51 años con 3.78% y los menores de 20 años con un 3.24% respectivamente. **(Ver Anexo N° 5, tabla N° 3)**

Según el nivel de escolaridad en los tutores se obtuvo que un 40.57% corresponden a secundaria incompleta, en segundo lugar con 23.87% se encuentra los tutores con secundaria completa, en tercer lugar primaria incompleta representado por el 10.26%, en cuarto lugar el 9.72% que alcanzaron un nivel profesional, en quinto lugar están los que tienen primaria completa con 8.64%, con un 6.48% el grupo que corresponde a universidad incompleta y un mínimo porcentaje de 0.54% son técnicos. **(Ver Anexo N° 5, tabla N° 4)**

En cuanto a la ocupación de los tutores encuestados en primer lugar con 55.71% están las amas de casa, en segundo lugar, con 11.89% están los tutores comerciantes, en tercer lugar, con 10.26% se encuentra el grupo correspondiente a tutores profesionales, en cuarto lugar, están los tutores con negocio propio con 8.64%, y el 2.16% son estudiantes y una mínima parte son jubilados con 0.54%. **(Ver Anexo N° 5, tabla N° 5)**

En cuanto al estado civil de los tutores en primer lugar con 41.61% están los que sostienen unión libre, en segundo lugar, el 35.16% corresponden a los casados, en tercer lugar, tutores solteros con 21.61% y 1.08% son viudos y con 0.54% están los divorciados. **(Ver Anexo N° 5, tabla N° 6)**

Respecto a la religión que profesan los tutores con un 60.60% son católicos, en segundo lugar, con 20.74% son evangélicos, un 11.88% que no profesan ninguna religión, el 3.24% corresponden a testigos de Jehová, el 2.00% son bautistas y el 1.54% mormón. **(Ver Anexo N° 5, tabla N° 7)**

De acuerdo a la procedencia, los conocimientos son buenos en un 85.40% de los encuestados, 55.00% corresponden al sector Villa José Benito Escobar, un 16.21% representa al sector Carlos Núñez y el 14.20% al sector B15. Los conocimientos resultaron regulares en un 14.60%, el sector Villa José Benito Escobar represento el 11.35%, el 2.70% al sector B15 y un 0.54% al sector Carlos Núñez. No se encontraron malos conocimientos. **(Ver Anexo N° 5, tabla N° 8)**

En relación con el estado civil, se observó que sus conocimientos son buenos en un 85.42%, de este un 36.75% pertenece al grupo de unión libre, los casados representan el 32.46%, el 15.13% corresponde a los solteros, viudos y divorciados corresponden al 0.54% respectivamente, por otra parte el 14.58% de los tutores obtuvieron conocimiento regular, donde los solteros representaron el 6.48%, el 4.86% son de unión libre, los casados con un 2.70% y un 0.54% correspondientes al grupo de viudos. **(Ver Anexo N° 5, tabla N° 9)**

Conforme a la edad de los tutores encuestados el resultado obtenido de los conocimientos son buenos en un 85.40%, siendo el primer lugar ocupado entre las edades de 31-40 años con 43.24%, en segundo lugar está el 25.40% representado por las edades entre 21-30 años, el tercer lugar con 12.46% con edades de 41-50 años, el grupo de mayor de 50 años obtuvieron el cuarto lugar con 2.70% y el quinto con 1.62% por el grupo de menor de 20 años. Los conocimientos resultaron regulares en 14.59%, de esto el 5.40% lo representan tutores de los 21-30 años, el 3.78% están los tutores entre las edades de 31-40 años, entre los 41-50 años tienen un 2.70%, los menores de 20 años alcanzaron el 1.62% y mayores de 51 años el 1.08%. **(Ver Anexo N° 5, Tabla N° 10)**

En cuanto a los conocimientos según el sexo de los tutores estos resultaron buenos en un 85.45%, siendo el femenino el predominante con 77.35% y el sexo masculino con 8.10%. Los conocimientos son regulares en el 14.55%, donde femenino represento la totalidad. No se obtuvieron malos conocimientos. **(Ver Anexo N° 5, Tabla N° 11)**. De acuerdo a la ocupación, los conocimientos de los tutores son buenos en un 85.42%, donde las amas de casa representan el 45.99%, en segundo lugar, están los comerciantes con 10.81%, el porcentaje más bajo lo obtuvieron los jubilados en el 0.54%. Los conocimientos regulares resultaron en 14.58%, de este el 9.72% correspondía a amas de casa, seguido de negocio propio en 3.24%. **(Ver Anexo N° 5, Tabla N° 12)**

En cuanto a las actitudes de los tutores, se observó que en el manejo domiciliario de Enfermedad Diarreica Aguda según la edad un 100% de las actitudes resultaron favorables, en segundo lugar, está el grupo entre las edades de 31-40 años con el 47.02%, en tercer lugar, se encontró el grupo de 21-30 años con 30.80% y en un menor porcentaje los menores de 20 años con el 3.24%. **(Ver Anexo N° 5, Tabla N° 13)**

De acuerdo a las actitudes según el sexo de los tutores, se obtuvo resultados categorizados como favorables en el 100%, de estos el 91.90% lo representaba el sexo femenino y el 8.10% restante corresponde al sexo masculino. **(Ver anexo N° 5, tabla N° 14)**

En cuanto a la actitud según la procedencia de los tutores, el resultado fue favorable en un 100%, donde el sector de Villa José Benito Escobar representa el 66.35%, el sector B15 con el 16.90% y el 16.75% corresponde al sector Carlos Núñez. **(Ver anexo N° 5, tabla N° 15)**

En relación a la actitud según el nivel de escolaridad de los tutores, los resultados fueron favorables en el 100%, donde tutores con secundaria incompleta representó el 40.57%, en segundo lugar, están los tutores con secundaria completa con el 23.87% y en menor porcentaje técnico en 0.54% **(Ver anexo N° 5, tabla N° 16)**

Según las prácticas evaluadas en los tutores, los resultados fueron prácticas buenas en el 53.49%, donde el 26.48% lo representa las edades de 31-40 años, seguido se encuentra el 15.15% entre las edades de 21-30 años, en tercer lugar, el 9.72% está entre las edades de 41-50 años y los mayores de 51 años obtuvieron el 2.16%. Así mismo las prácticas son regulares en el 46.47%, de este el 20.54% corresponde a las edades entre 31-40 años, el 15.67% son de las edades 15.67%, en menor porcentaje esta los mayores de 51 años con un 1.62%, por lo que no se encontraron practicas malas. **(Ver anexo N° 5, tabla N° 17)**

De acuerdo a las prácticas evaluadas según el sexo, los resultados obtenidos son buenas prácticas en un 53.50%, donde el sexo femenino representó el 49.18% y el 4.32% el sexo masculino, así mismo las prácticas resultaron regulares en el 46.50%, donde el sexo femenino obtuvo el 42.72% y el sexo masculino el 3.78%. **(Ver anexo N° 5, tabla N° 18)**

En cuanto a las prácticas según procedencia, los resultados obtenidos fueron buenas prácticas en un 53.53%, donde el sector de Villa José Benito Escobar representó el 28.69%, seguido del sector Carlos Núñez con el 16.20% y el sector B15 con el 8.64%, así mismo la calidad de la práctica fue regular en el 46.47%, el 37.29% correspondió a Villa José Benito Escobar, el 8.64% a B15 y el 0.54% a Carlos Núñez. **(Ver anexo N° 5, tabla N° 19)**

En relación a los resultados obtenidos entre prácticas según la religión, la calidad de las prácticas fue buena en el 53.43%, donde los tutores católicos representaron el 32.42%, seguido están los evangélicos con el 10.37% y el 8.10% los que no practican religión. La calidad fue regular en el 46.57%, de este los católicos correspondían al 28.18%, los evangélicos con el 10.37% y en menor porcentaje la religión mormona con el 0.54%. **(Ver anexo N° 5, tabla N° 20)**

En cuanto a la evaluación según el nivel de escolaridad, las prácticas de los tutores resultaron buenas en el 53.53%, donde los tutores con secundaria incompleta representó el 21.09%, en segundo lugar se encuentran los tutores con secundaria completa con 11.38%, posteriormente en tercer lugar los tutores con universidad incompleta con 5.40% y los de primaria incompleta en 4.32%, por otra parte la calidad de las prácticas fue regular con 46.47%, donde el 19.48% correspondía a secundaria incompleta, el 12.49% a secundaria completa y el 5.94% a primaria incompleta. **(Ver anexo N° 5, tabla N° 21)**

En relación a la valoración de los conocimientos según actitudes de los tutores de niños menores de dos años, se observó que los tutores que obtuvieron un conocimiento bueno tienen actitud favorable en el 85.40%, los que resultaron con conocimiento regulares tienen actitud favorable en el 14.60%. **(Ver anexo N° 5, tabla N° 22)**

En cuanto al conocimiento según las prácticas de los tutores se observó buen conocimiento en el 51.35% y un 34.05% que representa a los que tienen conocimiento regular. La calidad de las prácticas resultó regular en el 12.43% de los tutores con conocimiento bueno y de 2.16% con conocimiento regular. **(Ver anexo N° 5, tabla N° 23)**

Acerca de las actitudes según las prácticas de los tutores, donde resultó ser favorable en 53.51% representado por los tutores con prácticas buenas y de 46.49% en aquellos con prácticas regulares. **(Ver anexo N° 5, tabla N° 24)**

De acuerdo a los conocimientos estudiados, el 94.50% de los tutores conocen el significado de la Enfermedad Diarreica Aguda y el 100% reconocen la etiología. Se destaca que el 95.15% de los tutores saben las complicaciones de la diarrea: muerte y deshidratación, añadiendo que el 88.67% de los tutores manejan cuales son los signos de deshidratación: ojos hundidos, boca seca, llanto sin lágrima, no puede beber y decaimiento.

A cerca de la lactancia materna, el 70.27% de los tutores indican no suspender la lactancia materna. El 78.37% de los tutores a estudio reflejan que la alimentación ante un episodio de diarrea, debe ser hipograsa, a base de verduras y yogurt, sin embargo, el 43.70% mencionan dar sopa maggi o sopas caseras y el 24.30% señalan dar comidas grasosas y laxantes.

Indagando sobre el suero oral el 96.75% de los tutores reconoce que el suero oral sirve para hidratar y se administra posterior a cada evacuación. A cerca de las bebidas energéticas el 36.21% dicen utilizarlas en los casos de diarrea. Sólo el 45.40% de los tutores conocen que el sulfato de zinc se utiliza en el manejo de la Enfermedad Diarreica Aguda. Del total de tutores el 53.51% utilizan antiparasitario o antibiótico para tratar la diarrea y el 42.70% administran Peptobismol, Enteroguanil, Alka D, tapón o leche magnesias.

Cuando se presentan signos de deshidratación el 97.20% de los tutores acuden inmediatamente al centro de salud y el 100% mencionan que si diarrea se prolonga a pesar del tratamiento o el niño empeora, acuden al centro de salud. Sólo el 13.52% indican quedarse en casa a esperar que la diarrea se quite sola.

De acuerdo al uso de medicina natural, el 53.13% de los tutores les ofrecen a sus hijos remedios caseros como: té de manzanilla, ajo y cascara de naranja. El 56.75% de los tutores les dan a sus hijos agua de arroz y el 16.30% les dan a tomar leche de vaca.

El 94.75% de los tutores destacan que lavan sus manos antes de preparar los alimentos. Ante el uso de aceite fino y el baño con alcohol, el 16.23% indican aún utilizar esta práctica ancestral.

XI. Análisis

De los resultados obtenidos de la investigación sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas de los tutores de niños menores de dos años, en cuanto al análisis se pudo encontrar lo siguiente:

En cuanto a la procedencia de los tutores muestreados se observó que la gran mayoría provenían del sector Villa José Benito Escobar, dado que este es el sector más grande de las Américas Dos, en seguida en iguales proporciones están los sectores B15 y Carlos Núñez, estos sectores en esta zona reúnen las mismas características y densidad poblacional. Los tres sectores son de ubicación céntrica y tienen fácil acceso a la Unidad de Salud.

Respecto al sexo de los tutores, se observó que la mayoría de los tutores muestreados correspondían casi en su totalidad al sexo femenino, esto se debe a que las mujeres son las que se encargan del cuidado del hogar, algo muy característico de la cultura propia del país. Esto difiere con el estudio realizado por Lina V. y colaboradores, República Dominicana, 2013, la mitad de los tutores muestreados eran femeninas. En otros estudios realizados por Mukhtar A., Mohamed I. & Pathiyil R., Nepal, 2010 y Leiva, Nicaragua, 2008, el total de tutores estudiados eran femeninas. (Lina V., 2013, Mukhtar A, 2010 y Leiva, 2008)

En relación a la edad de los tutores hubo un predominio casi de la mitad de las edades 31-40 años, seguido de las edades entre 21-30 años. Esto se compara con el estudio de Andrade y colaboradores, Ecuador, 2013, donde la población predominante se situó entre los 20 y 35 años. En el estudio publicado por Alarco-Urquiza JJ, Perú, 2013, la edad promedio predominante fue de 29 años, teniendo como edad mínima 15 años y máxima 49 años. Comparando con los estudios los tutores son relativamente jóvenes y se encuentran en la edad fértil. (Andrade, Castillo, & Chavez, 2013 y Alarco-Urquiza JJ, 2013).

De acuerdo a la escolaridad, casi la mitad de los tutores tienen escolaridad secundaria incompleta comparando con el estudio realizado, por Alarco-Urquiza JJ, Perú, 2013, en el que se también se encontró este hallazgo, esto difiere del estudio realizado por Mukhtar A. y colaboradores, Nepal, 2010 donde la mayoría de tutores no tienen ningún nivel educativo. (Mukhtar A., 2010 y Alarco-Urquiza JJ, 2013). Esto indica una escolaridad media de los tutores a estudios, en nuestro país, observamos que la mayoría de los pobladores abandonan la educación en secundaria debido a problemas económicos lo que obliga buscar un empleo, además existe alto porcentaje de embarazo en adolescencia lo que muchas veces dificulta continuar estudios.

En relación con la ocupación, se encontró que la mitad de los tutores tienen como ocupación ser amas de casa, cabe resaltar que casi la mayoría de los tutores son femeninas, en el estudio de Alarco-Urquiza JJ, Perú, 2013, se encontró que más de la mitad de los tutores son amas de casa, este hallazgo también se destacó en el estudio realizado por Andrade y colaboradores, Ecuador, 2013, en el que resaltan que casi la mayoría de las tutores son amas de casa y no tienen ingreso económico propio. (Alarco-Urquiza JJ, 2013 y Andrade, Castillo, & Chavez, 2013). Esto refleja que por ocupación los tutores se encargan del cuidado del hogar y por esto son ellas las primeras en manejar la diarrea en el hogar y detectar signos de peligros.

En cuanto al estado civil de los tutores, casi la mitad tienen unión libre, casi los mismos resultados se encontraron en el estudio realizado por Alarco-Urquiza JJ, Perú, 2013, sin embargo, difieren del estudio realizado por Andrade y colaboradores, Ecuador, 2013, donde se encontró que casi la mitad de los tutores son casados. (Alarco-Urquiza JJ, 2013 y Andrade, Castillo, & Chavez, 2013). El estar en unión libre o casado significa un apoyo en el cuidado de los niños y en la toma de decisiones, en comparación con padres solteros lo cual puede ser desventaja para manejar una enfermedad y poder adquirir el tratamiento.

Acerca de la religión de los tutores, más de la mitad son católicos, esto concuerda con la tradición nicaragüense donde la mayoría de los hogares profesan la fe católica y esto se trasmite de una generación a otra, de los estudios utilizados como antecedentes ninguno destacó la religión en las características de los sujetos a estudio.

Respecto a los conocimientos indagados, mediante el instrumento se destaca que la mayoría de los tutores conocen la definición de diarrea, esto se relaciona con el estudio realizado por Andrade y colaboradores, 2013, donde más de la mitad de los tutores conocen el significado de diarrea, tal resultado se iguala al estudio hecho por Alarco-Urquizo JJ, Peru, 2013. (Andrade y colegas, 2013 y Alarco-Urquizo JJ, 2013). Esto es de vital importancia porque al saber el significado de diarrea, se logra un manejo precoz, oportuno y adecuado de la misma y se logran evitar signos de deshidratación. Además, tener buen conocimiento de la diarrea puede implicar que los tutores realicen un buen manejo desde un inicio, lo que significa que también no van a cometer errores sobre que administrarles a sus hijos.

Cabe resaltar que el sector a estudio, es un sector pobre y, sin embargo, tienen buen concepto de esta patología, lo que puede implicar que las campañas de educación por parte del centro de salud y redes sociales han tenido un buen efecto.

Destacando la etiología de la diarrea, la mayoría de los tutores reconocen el origen de la diarrea, en este estudio los tutores mencionan entre las causas: virus, parásitos y bacterias en una sola preposición, sin embargo, en el estudio de Alarco-Urquizo JJ, Perú, 2013, la población a estudio destacó que la mitad de los casos de diarrea son provocados por parásitos. En el estudio hecho por Andrade, Castillo, & Chavez, Ecuador, 2013, la mayoría de los tutores estudiados indica que aparte de los parásitos, la higiene y los alimentos en mal estados también son causas de diarrea. Se resalta que la población tiene conocimiento de las principales causas de diarrea. (Alarco-Urquizo JJ, 2013 y Andrade, Castillo, & Chavez, 2013).

A pesar que ambos estudios coinciden parcialmente en la etiología de la Enfermedad Diarreica Aguda, en esos lugares la población solo se esquematiza a una sola de las posibles causas. Lo que puede traer errores de tratamiento al enfocarse en una causa, sin embargo, nuestra población a estudio reconoce las múltiples causas de la diarrea, lo que se considera bueno por que va de la mano con el manejo. Es muy importante que la población conozca que la diarrea es causada por múltiples agentes etiológicos por que entre más conocimiento tengan mejores van seran sus intervenciones, a pesar que Nicaragua es un país subdesarrollado se encontraron mejores conocimientos en comparación con Perú y Ecuador.

De acuerdo a las complicaciones de la diarrea, la mayoría de los tutores resaltan la muerte y la deshidratación. Esto es muy importante ya que ayuda a detectar a tiempo las complicaciones y así evitar la mortalidad infantil. Con respecto a este tópico los estudios investigados no mencionan estas complicaciones. Se puede hacer la observación que es importante conocer las principales complicaciones dado que si el padre conoce que la muerte y la deshidratación son principales eventos desenlaces va a hacer todas las intervenciones posibles a favor de evitar estas complicaciones.

Con forme a los signos de deshidritación, la mayoría de los tutores conocen estos aspectos, destacando como signos de deshidratación: ojos hundidos, boca seca, llanto sin lágrima, no puede beber y decaimiento. Estos resultados se comparan con el estudio realizado por Lina y colaboradores, República Dominicana, 2013, donde casi en su totalidad los tutores conocen los signos de deshidratación. En el estudio elaborado por Andrade y colaboradores, Ecuador, 2013, destacan como signos de peligros más predominante la boca seca y que el niño se pone inquieto. En cambio Alarco-Urquizo JJ, Peru, 2013, indica como signos de peligros el dolor abdominal y la sed aumentada. (Lina V, 2013; Andrade, Castillo, & Chavez, 2013 y Alarco-Urquizo JJ, 2013)

Se analiza que los signos de deshidratación reconocidos predominantes son diferentes, sin embargo es importante que los tutores reconozcan todos los signos de deshidratación, para que puedan detectar a tiempo esta complicación e iniciar un manejo domiciliario mientras se acude a una unidad de salud. Cabe resaltar que en Nicaragua se contemplan más signos de deshidratación en comparación con Ecuador y Perú, lo cual es importante que al reconocer más signos de deshidratación es más fácil evitar las complicaciones y el tutor podrá buscar una intervención más oportuna.

En relación a la alimentación, se mencionó la lactancia materna, la mayoría de los tutores estudiados destacó que no debían suspender la lactancia materna, pero casi un cuarto indicó que se tenía que suspender. Esto difiere del estudio nacional realizado por Leiva, Ninoska, Nicaragua, 2008, donde sólo la tercera parte de los tutores continúa la lactancia materna. Alarco-Urquizo JJ, Perú, 2013 menciona que en Perú todavía existe esa creencia, que la lactancia materna se debe suspender, ya que cerca de la tercera parte de los tutores suspende la lactancia a los niños. (Leiva, 2008 y Alarco-Urquizo JJ, 2013). El uso de la lactancia materna es muy primordial por los beneficios de inmunidad y nutrición, esta debe de ser exclusiva en los primeros 6 meses y complementaria a los 2 años.

Es importante mencionar que hubo similitud con el estudio nicaraguense, a pesar de que son de zonas distintas, podemos ver que la concepción es básicamente la misma, que la lactancia materna no está contraindicada en los episodios de diarrea. Como bien sabemos, la lactancia materna provee inmunoglobulinas, factores de crecimiento y todos los nutrientes que el lactante necesita, esto ayuda a tener una evolución satisfactoria en los casos de diarrea. En Nicaragua aún se mantiene la práctica de la lactancia materna, sin embargo en Perú aún existe la creencia de suspender la lactancia materna, lo que influye negativamente en el manejo domiciliario y orienta a una mala práctica.

Abarcando más en la alimentación, la mayoría de los tutores indican que debe ser hipograsa, a base de verduras y yogurt, cerca de la mitad indican darle sopa maggi o sopas caseras, en menor cantidad señalaron darles laxantes y comidas grasosas. Sylvia B. y colegas, Nicaragua, 2011, indicaron una dieta blanda y casi la mitad de los tutores ofreció con menor frecuencia alimentos ricos en proteínas. (Sylvia B., Luis E., Daniel R., Samuel V. y David J., 2011). La alimentación adecuada es importante en los episodios de diarrea, se deben evitar los alimentos grasos, ya que es el nutriente más difícil de digerir y no es oportuno darle mayor trabajo a un intestino que está cursando con episodio de diarrea.

Las frutas y los vegetales son parte importante de la dieta por su contenido de carbohidratos, fibra dietética, vitaminas y minerales, destacando que los alimentos ricos en fibra dietética favorecen la digestión. La dieta debe ser blanda y baja en grasas, la administración de las comidas tiene que ser frecuente y poco copiosa para que se tolere mejor y contribuya a una ingesta nutricional adecuada. Es recomendable utilizar yogurt natural, ya que ayuda a acortar la duración y severidad de la diarrea, por su contenido de probióticos, los cuales protegen frente a gérmenes que producen diarrea, el yogurt combate la destrucción de bacterias reintroduciendo bacterias nuevas. Sin embargo, se debe evitar yogurt que contengan alto nivel de azúcares o con endulzantes artificiales ya que dañan la mucosa intestinal.

Durante el episodio de diarrea se debe tener cuidado con la leche y sus derivados ya que la mucosa del intestino puede estar lesionada y producir una disminución transitoria de la actividad de la lactasa, lo que podría prolongar la diarrea y acompañarse de otros síntomas clínicos como dolor abdominal. Se debe evitar los alimentos procesados, como sopa Maggie y productos enlatados hacen que la diarrea se prolongue en duración porque son de difícil digestión y no aportan nutrientes necesarios. Cabe señalar, que durante la diarrea es importante administrar agua de arroz, ya que ésta hace que la mucosa del intestino absorba el almidón y otros nutrientes que ayudan a reducir las evacuaciones, a parte que es indispensable en la dieta porque brinda energía y es un rehidratante natural.

El uso del suero oral es de vital importancia en los episodios de diarrea, al indagar este aspecto casi la totalidad de los tutores reconocen que el suero oral ayuda a hidratar y que se administra posterior a cada evacuación. Esto se compara con el estudio realizado por Andrade y colaboradores 2013, encontraron que más de la mitad de los tutores saben preparar el suero oral y lo administran en los casos de diarrea. Sin embargo, en el estudio realizado en Nepal por Mukhtar A. y colaboradores 2010, mencionan que ninguna madre podía preparar el suero oral y el uso era muy bajo, esto se iguala con el estudio realizado en Nigeria por Ogunrinde OG. y colaboradores 2012, donde el uso de suero oral fue abismalmente bajo. (Andrade, Castillo, & Chavez, 2013; Mukhtar A., 2010 y Ogunrinde OG., 2012)

Uno de los pilares mencionado en AIEPI es darle más líquidos al paciente, el más importante es el suero oral, a nivel nacional los resultados sobre el uso del suero oral resultaron diferentes, en este estudio se encontró que la mayoría de los tutores utilizan el suero oral, en el estudio realizado en Villa del Carmen por Leiva, 2008, encontraron que la mitad de los tutores utilizaron el suero oral, esto se compara con el estudio de Sylvia B. y colegas, 2011, en León, determina que solo la mitad de los tutores usaron suero oral en el hogar. (Leiva, 2008 y (Sylvia B., Luis E., Daniel R., Samuel V. y David J., 2011).

El sulfato de zinc es uno de los pilares fundamentales en el manejo de la diarrea, considerando su uso por 14 días, en este estudio casi la mitad de los tutores en estudio indicaron su uso en los episodios de diarrea. A nivel internacional, en el estudio de Ogunrinde OG, y colegas, Nigeria, 2012, indicaron casi la mitad de los tutores utilizaban el sulfato de zinc y su adherencia al tratamiento fue por 10 días. A nivel nacional, los resultados de este estudio se comparan al encontrado en León, por Sylvia B. y colegas, 2011, donde menos de la mitad de los tutores utilizaban el sulfato de zinc. (Ogunrinde OG., 2012 y Sylvia B., Luis E., Daniel R., Samuel V. y David J., 2011).

Más de la mitad de los tutores en estudio utilizan antiparasitario o antibiótico para tratar la diarrea, lo cual no es considerado correcto la automedicación y sólo en caso justificado se utiliza este tratamiento. En el estudio realizado por Alarco J. y Cols, Perú, 2012, encontraron que la cuarta parte de los tutores estudiados utilizaban antibióticos. A nivel nacional Leiva, 2008 indican que la minoría de los tutores utilizaban antibióticos. (Alarco-Urquizo JJ, 2012 y Leiva, 2008). A medida que crece la industria farmacéutica, crece también la publicidad lo que genera mayor compra, por consiguiente, la automedicación de antibióticos y antiparasitarios, añadiendo que en nuestro país existen ventas de medicamentos sin prescripción médica.

La automedicación todavía es evidente, en este estudio se encontró que casi la mitad de los tutores administraban Peptobismol, Enteroguanil, Alka D, tapón o leche magnesia, lo cual no está indicado y puede ser perjudicial por sus efectos secundarios en niños, como heces oscuras, estreñimiento y dolor abdominal severo. El uso de aceite fino es una medida que tiene que estar abolida por el riesgo de íleo, sin embargo, se encontró que la cuarta parte de los tutores administraban esto a los niños con diarrea.

El manejo de la diarrea no solo es domiciliar, sino también los padres tienen que acudir al centro de salud para valorar al paciente e indicar el plan de tratamiento, por lo cual, se preguntó acerca de este aspecto y casi en la totalidad los tutores indicaban que acudían al centro de salud si el tratamiento en casa no mejoraba o si observaban signos de deshidratación. Este resultado concuerda con el estudio elaborado por Alarco J. y Cols, Perú, 2012, más de la mitad de los tutores acudían a un centro médico. Esto coincide con un estudio realizado en Nicaragua por Leiva, 2008, encontraron que casi la totalidad de tutores acudían a consulta médica (Alarco-Urquizo JJ, 2012 y Leiva, 2008). Esta medida es muy importante para prevenir complicaciones e indicar un manejo adecuado.

De acuerdo a las actitudes, la totalidad de los tutores les darían suero oral a los niños con diarrea en casa, esta actitud correcta es diferente a la que tomaron en León en el estudio de Sylvia B y colegas, donde mencionan que sólo la mitad de los tutores proporcionaron suero oral a los niños con diarrea, como medida preventiva para evitar la deshidratación. (Sylvia B., Luis E., Daniel R., Samuel V. y David J., 2011)

La medicina natural ha tomado un puesto de importancia, sin embargo, no todo remedio casero está avalado como correcto si no se sabe la manera de preparación y el uso adecuado, en este caso la mitad de los tutores indican que, sí les darían remedios caseros a sus hijos, entre estos: té de manzanilla, ajo, cáscara de naranja. Comparando con el estudio elaborado por Sylvia B y colegas, 2011, en un bajo porcentaje de los tutores estudiados les daban a sus hijos remedios caseros como: té de ajo, limonada, jugo de marañón y jugo de guayaba. Sin embargo, la mayoría optaban por no dar remedios caseros. (Sylvia B., Luis E., Daniel R., Samuel V. y David J., 2011)

Si los niños tuvieran diarrea la mayoría de los tutores estudiados no se quedarían en casa, sino que acudirían a un centro de salud, esto indica una actitud correcta en al menos la mayoría de los tutores. Esto coincide con el estudio realizado por Alarco J. y Cols, 2012, la actitud que tomaron la mayoría de los padres estudiados es acudir a un centro médico y en un bajo porcentaje iría donde un curandero. (Alarco-Urquizo JJ, 2012) Esta actitud correcta de buscar atención medica ayuda a evitar complicaciones y detectar a tiempo signos de deshidratación.

Ante la actitud de dejar que diarrea se le quite sola al niño y no darle nada, casi la totalidad de los tutores estuvieron en desacuerdo, lo que indica que antes de acudir a un centro de salud, los tutores al menos les dan un medicamento en el hogar. En el estudio realizado por Sylvia B y colegas, 2011, indican que más de la mitad de los tutores les daban suero oral en casa a los niños con diarrea antes de acudir a un centro de salud. (Sylvia B., Luis E., Daniel R., Samuel V. y David J., 2011)

Entre las prácticas se menciona el lavado de manos, en este estudio indican la mayoría de los tutores que lavan sus manos antes de preparar los alimentos. El lavado de manos es una práctica de vital importancia, ya que reduce enfermedades diarreicas, es una medida fácil de realizar y de bajo costo. En el estudio realizado por Leiva 2008, la mitad de los tutores indican que la causa de las diarreas son la mala higiene de los alimentos por lo que optan por el lavado de manos y de los alimentos. (Leiva, 2008)

El uso de Leche Magnesia, Peptosbismol, Alka AD o Enteroguanil no está indicado en los casos de diarrea, la mayoría de los tutores indican que nunca les darían estos medicamentos a sus hijos. Según manejo de AIEPI, el tratamiento indicado es suero oral y sulfato de zinc, por lo tanto, los medicamentos anteriormente mencionado no están indicados y se debe evitar su uso.

Las enfermedades diarreicas provocan como complicación deshidratación, por lo que algunas personas piensan que utilizar bebidas energéticas como Gatorade, Kola Shaler y Powerade ayudan a hidratar, sin embargo, esto no es correcto, ya que se conoce que el consumo de estas bebidas prolonga la duración de los casos de diarrea, porque a pesar que estas bebidas contienen electrolitos no ayudan a hidratar, ya que aumentan la osmolaridad de las células por lo consiguiente arrastran agua y empeoran la diarrea. Se preguntó sobre esta práctica y más de la mitad de los tutores estudiados indican que nunca le darían esas bebidas energéticas, pero un bajo porcentaje si les darían.

Aunque la mayoría de los tutores tienen buena práctica hay que trabajar en aquellos que todavía permiten el consumo de bebidas energéticas en las diarreas, para evitar complicaciones como la deshidratación. En prácticas ancestrales se les daba aceite fino a los niños para purgarlos o los bañaban con alcohol para tratar la diarrea, actualmente se conoce que esto no es correcto, ya que el uso de aceite fino provoca íleo, ante esta práctica la mayoría de los tutores indican que nunca les darían aceite fino ni los bañaban con alcohol.

XII. Conclusión

Del presente estudio las conclusiones correspondientes al mismo son las siguientes:

- En cuanto a la procedencia la mayoría de los tutores provenían del sector Villa José Benito Escobar por ser el más cercano a la unidad de salud, con gran predominio de los tutores del sexo femenino ya que la mayoría son mujeres amas de casa, con el grupo etario predominante de 31-40 años, asociado a una escolaridad de secundaria incompleta la gran mayoría ya que los embarazos surgía en edades tempranas y en relación al estado civil que sostienen es unión libre.
- En cuanto a los conocimientos, la mayoría de los tutores conocían el concepto de Enfermedad Diarreica Aguda, en su totalidad sabían que la etiología es por virus, bacterias o parásitos. Así mismo sobre las complicaciones, gran parte de los tutores indican que los principales signos de peligro son la deshidratación y que conlleva a la muerte. Destacando la lactancia materna, más de la mitad indican no suspenderla en los episodios de diarrea y casi todos reconocen la función del Suero Oral y lo administran posterior a cada evacuación, sin embargo pocos conocen que el sulfato de zinc se usa en el tratamiento de la diarrea.
- Con forme a las actitudes, todos los tutores darían Suero Oral a sus hijos, más de la mitad están en desacuerdo de quedarse en casa ante un episodio de diarrea y casi todos están de acuerdo de llevar al niño a la unidad de salud tras reconocer signos de deshidratación como más sueño de lo normal, boca seca y ojos hundidos.
- En cuanto a las prácticas casi la totalidad siempre lava sus manos antes de preparar los alimentos, así mismo refieren dar Suero Oral a su hijo posterior a cada defecación. La mitad nunca les darían a sus hijos bebidas energéticas y no le administrarían antibióticos o antiparasitario, y no purgarían a los niños con aceite fino o bañarlos con alcohol.

XIII. Recomendaciones

Responsable de Emergencia Pediátrica:

- A las autoridades del centro de salud, mantenimiento en la educación a las madres sobre el manejo domiciliario de la Enfermedad Diarreica Aguda.
- Al personal de enfermería, educación sobre Enfermedad Diarreica Aguda a todo tutor que acuda a la unidad a realizar VPCD a sus hijos, además demostrar la forma de preparación correcta del Suero Oral.
- Realización de talleres demostrativos sobre el manejo de la diarrea y la higiene de los alimentos.

Personal de puesto médico

- Elaboración de charlas y consejería en las consultas y visitas casa a casa sobre diarrea y sus complicaciones con palabras claves y sencillas para que, de esta forma los tutores amplíen sus conocimientos.
- Al personal servicio social, información a la población sobre el manejo adecuado de la enfermedad diarreica, mediante todos los medios de educación posible: videos, pancartas, murales y volantes.

Líderes comunitarios

- Realización de charlas en la comunidad acerca de la Enfermedad Diarreica y sus complicaciones, así mismo documentación sobre signos de deshidratación.
- Referencia comunitaria a la unidad de salud, a todo niño con Enfermedad Diarreica.
- Gestión con el sector salud para la ubicación de casos en zonas con mayor reincidencia por Enfermedad Diarreica Aguda.

A los tutores

- Asistencia inmediatamente a la unidad de salud si su hijo presenta Enfermedad Diarreica y no automedicar para evitar complicaciones.
- Información señalando que sólo deben administrar Suero Oral y sulfato de zinc y el beneficio de brindarle al niño de forma inmediata ya que en conocimientos pocos saben la función e importancia del zinc.

Capítulo 4: Referencias Bibliográficas

- Alarco-Urquiza JJ, A.-C. E.-A. (2012). *Repositorio academico*. Obtenido de Conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención en Ica, Peru:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2013000100005&script=sci_arttext
- Alvarez- Calatayud, G. (s.f.). Recuperado el 05 de Marzo de 2016, de
<https://juanmasevilla001.files.wordpress.com/2010/12/deshidratacion.pdf>
- Amir A., A. T. (2013). *Repositorio Academico*. Obtenido de El conocimiento de las madres en tratamiento de la diarrea en menores de cinco años en kasha:
<http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/>
- Ana Paula do R., S. P. (2014). *Repositorio academico*. Obtenido de Conocimiento de madres de niños hospitalizados en hospital universitario acerca de diarrea:
www.repositorioacademico.usmp.edu.pe
- Andrade, D., Castillo, N., & Chavez, V. (2013). *Conocimientos y practicas maternas para prevenir la deshidratacion en los niños con diarrea*. Cuenca.
- Anonimo. (2004). *Department of Health*. Obtenido de Diarrea por norwalk:
https://www.health.ny.gov/es/diseases/communicable/norwalk/fact_sheet.htm
- Anónimo. (2008). *Investigación de Pediatría*. Obtenido de
<http://www.prnswire.co.uk/cgi/news/release?id=94062-16k->
- Anonimo. (2013). *Centro Medico quirurgico de enfermedades digestivas*. Obtenido de
http://www.cmed.es/actualidad/diarrea-causas-sintomas-y-prevencion_133.html
- Anónimo. (2016). *Carateristicas Distritales*. Recuperado el 2016, de
<http://www.manfut.org/managua/barrios/Distrito6.html>
- Anonimo. (s.f.). *PDG Salud*. Obtenido de Diarrea por adenovirus:
<http://pdg.estalos.com/gastroenteritis-adenovirus>
- Artola, M., & Cantarero, M. (2011). *Causas, Complicaciones y necesidades en pacientes con diarrea*. Monografía, Matagalpa.
- Asociacion Española de Pediatría. (Marzo de 2014). *Clínica Ibero-Latinoamericana Sobre El Manejo De La Gastroenteritis Aguda En Menores De 5 Años*. Obtenido de Guía De Práctica Clínica Ibero-Latinoamericana Sobre El Manejo De La Gastroenteritis Aguda En Menores De 5 Años.
- ConceptoDefinicion.de*. (Noviembre de 2016). Obtenido de <http://conceptodefinicion.de/actitud/>
- Custodio D., C. H. (2010). *Repositorio Academico*. Obtenido de Nivel de Conocimientos y Conducta Materna sobre el manejo de la diarrea en el hogar en niños de 5 años que son atendidos en el servicio de URO en el Instituto Nacional de Salud del Niño en el 2010, Lima:
<http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/>

Conocimientos, Actitudes y Prácticas de los tutores de niños menores de dos años, sobre el manejo domiciliar de la Enfermedad Diarreica Aguda, Barrio Américas Dos, Managua, julio a diciembre 2016.

- Dean, A. (6 de 04 de 2013). *OpenEpi*. Recuperado el 2016, de http://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm
- Diccionario Enciclopédico* . (2009). Obtenido de <http://es.thefreedictionary.com/factor>
- Espinoza, R. (2015). *Nivel de conocimientos de las madres sobre la prevencion de diarreas* . Lima.
- Ezpeleta, A. M. (1993). *Centro Internacional para la Investigación del Fenómeno de El Niño*. Obtenido de Aproximación para el cálculo de riesgo: http://www.ciifen.org/index.php?option=com_content&view=category&id=84&layout=blog&Itemid=111&lang=es
- Famara S., H.-J. H.-J. (2013). *Repositorio academico*. Obtenido de El uso de sales de rehidratación oral en la gestion de los niños menores de 5 años con diarrea en Gambia: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/>
- Fernández, F., & Esteve, M. (2003). *Sintomas Gastrointestinales Frecuentes*.
- Fernando Fernández Bañares, M. E. (s.f.). *Elsevier Instituciones* . Recuperado el 06 de Marzo de 2016, de http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/07_Diarrea_cronica.pdf
- Ferrer, A. G.-R. (2007). *Diarrea Aguda y Cronica en el Niño*. Obtenido de http://www.abcdietas.com/articulos/dietoterapia/diarrea_aguda_cronica_infantil.html
- Ferrer, J. (2007). *Definicion ABC*. Obtenido de <http://www.definicionabc.com/salud/disenteria.php>
- Gallardo, Y., & Moreno, A. (1999). *Aprender a Investigar*. Recuperado el 2016, de <http://www.unilibrebaq.edu.co/unilibrebaq/images/CEUL/mod3recoleccioninform.pdf>
- García, A. M. (2017). *Fundacion Española del Aparato Digestivo*. Obtenido de <http://www.saludigestivo.es/enfermedades-digestivas-y-sintomas/diarrea-por-rotavirus/>
- Gónima, C. (9 de Agosto de 2012). *Comunicación e Investigación*. Obtenido de <https://comunicacioneinvest3.wordpress.com/2012/08/09/revision-documental/>
- Gonzalez, M. (2016). *Tipos de Muestreos*. Obtenido de http://www.academia.edu/6997845/MUESTREO_NO_PROBABILISTICO
- Herminda García Lozano, T. U. (2016). *Departamento de Microbiología y Parasitología*. Obtenido de <http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/virologia/inf-tracto-gastro.html>
- Jhonnell A., E. A. (s.f.). *Repositorio academico*. Obtenido de Conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevencion en Ica, Peru: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/>
- Leiva, N. (2008). *Conocimientos y practicas de las madres de niños menores de 1 año en el manejo de la diarrea en el muunicipio de villa el Carmen, Managua*. Managua.
- Lina V., D. H. (2013). *Repositorio academico*. Obtenido de Conocimientos sobre hidratación oral por las madres de pacientes de 1 a 5 años: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/>

Conocimientos, Actitudes y Prácticas de los tutores de niños menores de dos años, sobre el manejo domiciliar de la Enfermedad Diarreica Aguda, Barrio Américas Dos, Managua, julio a diciembre 2016.

- Lindo, Y., & Guerrero, G. (2006). *Estudio descriptivo del brote de diarrea en niños menores de 5 años en leon y chinandega de enero a marzo de 2005*. Leon.
- MINSAs; OPS; OMS; UNICEF; AIS. (2008). *Cuadros de Procedimientos para la Atención Integral a la Niñez*. Managua.
- Miranda, F. (Septiembre de 2012). *Dirección General de Epidemiología*. Obtenido de Manual de Procedimientos Estandarizados para la vigilancia de la Enfermedad Diarreica Aguda: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/18_2012_Manual_NuTraVe_vFinal_6nov12.pdf
- Mora, J. J., Madera, M., & Pérez, Y. (2009). *Scielo*. Obtenido de Generalidades en Diarrea Aguda: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492009000400007
- Mukhtar A., M. I. (2010). *Repositorio academico*. Obtenido de Una encuesta de conocimiento de las madres acerca de la diarrea infantil y su manejo en una comunidad marginada de Morang Nepal en 2010: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/>
- Ogunrinde OG., R. T. (2012). *Repositorio Academico*. Obtenido de Conocimientos, actitudes y prácticas de manejo en el hogar de la diarrea infantil entre los cuidadores de niños menores de 5 años con enfermedad diarreica en el noroeste de Nigeria, 2012: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/>
- OMS. (2013). Obtenido de Enfermedades diarreicas: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/>
- OMS. (2016). Obtenido de http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
- OMS, & OPS. (1995). Epidemiología y Etiología de la Diarrea. *Revista Social Bolivariana de Pediatría*, 27.
- OPS. (1987). *Manual de Tratamiento de la Diarrea*. Washington.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). OMS. Obtenido de Las enfermedades diarreicas: www.who.int/es/
- PAHO. (2016). *Perfil del País: Nicaragua*. Obtenido de http://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=29&Itemid=235
- Pérez, I., & Restrepo, J. (5 de Mayo de 2010). *Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica y Dietética*. Obtenido de <http://sancyd.es/comedores/discapacitados/alimentacion.diarrea.php>
- Porto, J., & Gardey, A. (2014). *Definición.de*. Obtenido de <http://definicion.de/riesgo-social/>
- R, R. (1999). *Fisiopatología De La Diarrea Aguda*. Obtenido de Fisiopatología De La Diarrea Aguda.
- Ramirez, Y., Pastorini, J., Russi, J. C., & Ferrari, A. M. (Junio de 2001). *Scielo Uruguay*. Obtenido de Archivos de Pediatría de Uruguay: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12492001000200004&script=sci_arttext

Conocimientos, Actitudes y Prácticas de los tutores de niños menores de dos años, sobre el manejo domiciliario de la Enfermedad Diarreica Aguda, Barrio Américas Dos, Managua, julio a diciembre 2016.

- Reyes, M. (04 de Enero de 2016). *Ministerio de Salud*. Recuperado el 13 de Abril de 2016, de MINSA: <http://www.minsa.gob.ni/index.php/component/content/article/105-noticias-2016/2339-minsa-reitera-recomendaciones-a-la-poblacion-para-prevenir-las-enfermedades>
- Riechamann, R. E. (s.f.). Obtenido de https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/diarrea_ag
- Riechmann, E. R. (Abril de 2008). *Protocolo diagnóstico terapéutico de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica*. Recuperado el 22 de Noviembre de 2016, de https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/diarrea_ag.pdf
- Roman, E. (s.f.). *Asociacion americana de pediatria*. Obtenido de https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/diarrea_ag.pdf
- Ruiz, M., Borboa, M., & Rodríguez, J. (2013). *Revista Académica de Investigación*, 11.
- Sagaro, E. (2007). *Colombia Medica*. Recuperado el 6 de Marzo de 2016, de <http://www.bioline.org.br/pdf?rc07024>
- Salud, O. M. (2013). Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/>
- Santos, M., Uriarte, A., & Rocha, J. (2006). *Revista de las Ciencias de la Salud de Cienfuegos*. 111.
- Scheidler, M. (2014). *EXAKTA Laboratories*. Recuperado el Noviembre de 2016, de <http://exakta.goplek.com/contenido/461/Diarrea--Aguda-y-Cr%C3%B3nica.html>
- Sfez, F. (Noviembre de 2016). *Doctissimo*. Obtenido de <http://www.doctissimo.com/es/salud/diccionario-medico/automedicacion>
- Sylvia B., L. E. (s.f.). *Repositorio academico*. Obtenido de Manejo en los hogares de la diarrea infantil en Leon, Nicaragua: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/>
- Sylvia B., Luis E., Daniel R., Samuel V. y David J. (2011). *Repositorio academico*. Obtenido de Manejo en los hogares de la diarrea infantil en Leon, Nicaragua: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/>
- UNICEF. (2016). Obtenido de <https://www.unicef.org/spanish/ffl/07/5.htm>
- Vicente, G. L. (2013). *Prevalencia de diarrea aguda infantil en menores de 5 años del centro de salud "Las Americas"*.
- Vílchez, W. C. (s.f.). *Medicina basada en evidencias Glosario en Español*. Obtenido de <http://www.enlacesmedicos.com/glosario.htm>
- Wisbaum, W. (2011). *UNICEF España*. Madrid: Punto y coma. Obtenido de UNICEF.
- Yasmin M., M. Z. (2011). *Repositorio academico*. Obtenido de Actitudes y prácticas de las madres acerca del conocimiento de la diarrea en niños menores de 5 años: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/>

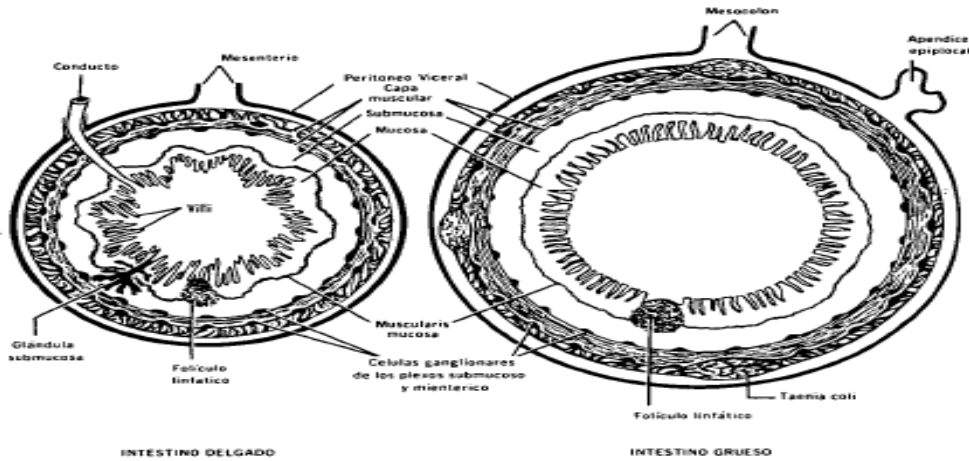
Capítulo 5: Anexos

ANEXO N°1: Clasificación de Deshidratación según signos y síntomas.

Signos y síntomas	Deshidratación leve	Deshidratación moderada	Deshidratación grave
Aspecto general	Normal, alerta	Intranquilo irritable	Letárgico o inconsciente
Mucosa oral	Levemente seca	Seca	Muy seca
Signo del pliegue	Recuperación espontánea	Recuperación lenta	Recuperación muy lenta
Depresión de la fontanela anterior	Normal	Hundida	Muy hundida
Hundimiento de los globos oculares	Normal	Hundida	Muy hundida
Respiración	Normal	Profunda	Rápida
Taquicardia	No hay o es leve	Elevada	Severa
Sed	Bebe normalmente, no está sediento	Sediento, bebe con avidez	No es capaz de beber
Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
Gasto urinario	Disminuido	Oliguria	Anuria
Presión arterial	Normal	Disminuida	Hipotensión

FIGURA Nº 1

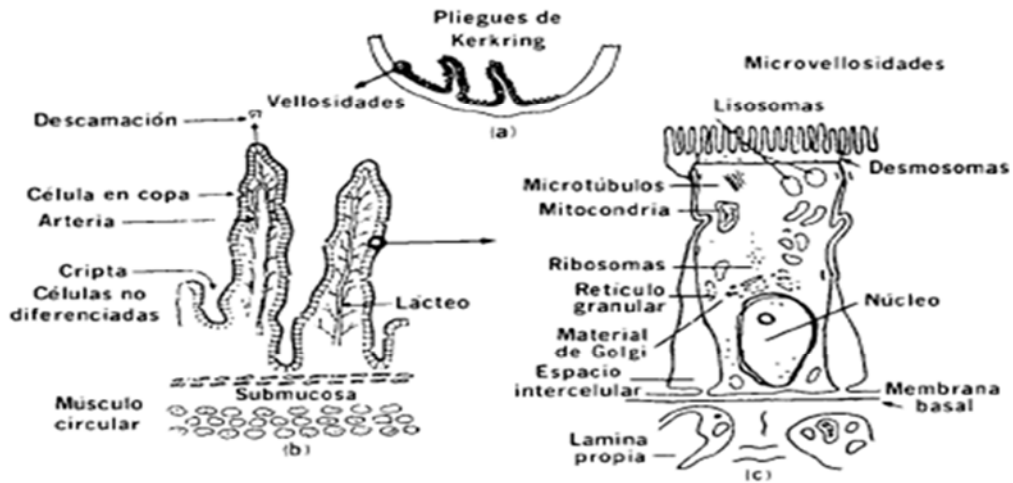
Figura 1. Diagrama esquemático de las capas del intestino delgado y del intestino grueso. Las glándulas submucosas y el conducto que están en el intestino delgado corresponden solo al duodeno.



Tomado de Gardner, E. et al., *Anatomy: A Regional Study of Human Structure* (4th edition), W.B. Saunders Co., 1975, p. 384.

FIGURA Nº 2

Figura 2. Estructuras anatómicas involucradas en el proceso de absorción intestinal: a) pliegues de Kerkring; b) Vellosidades intestinales; c) Microvellosidad del borde luminal de los enterocitos que recubren la mucosa.



Adaptado de Vega Franco, L., Bases fisiológicas de la hidratación oral. En Mota Hernández, F. y Velásquez Jones, L. eds. *Hidratación oral en diarreas: Memorias del Primer Seminario Taller Internacional*. México, UNICEF/OPS/Hospital Infantil de México Federico Gómez, 1985, p. 42.

ANEXO N°2. Consentimiento informado

Tema: Conocimientos, actitudes y prácticas de los tutores de niños menores de dos años, sobre el manejo domiciliario de la Enfermedad Diarreica Aguda, Barrio Américas Dos, Managua, julio a diciembre 2016.

El siguiente trabajo está destinado en conocer el manejo de la enfermedad diarreica aguda por tutores para evaluar la relación entre el tipo de manejo y la recuperación del paciente.

Yo _____, a través de la firma de este documento, doy mi consentimiento para que me entrevisten los estudiantes de Medicina de la Unan-Managua.

Se me ha informado que la entrevista forma parte de una investigación para evaluar el manejo domiciliario de enfermedades diarreicas agudas.

Mi participación es voluntaria y podré retirarme del estudio en cualquier momento, no estaré sujeto a sentirme obligado a contestar alguna pregunta. Así mismo se me explicó que la información que brindo en ningún momento será conocida por otras personas y será de manejo exclusivo de los entrevistadores para efectos académicos e investigativos.

Firma Entrevistada (o)

Firma Entrevistadores

Fecha:

Hora:

ANEXO N°3. Ficha de recolección de la información.

La presente encuesta consta de 4 partes, Características Sociodemográficas del encuestado, Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el manejo domiciliario por parte de los tutores de niños menores de 2 años con Enfermedad Diarreica aguda, las cuales deberá contestar según su criterio.

Esta encuesta tiene como objetivo el Determinar los Conocimientos, Actitudes y Prácticas del manejo domiciliario de Enfermedades Diarreicas Agudas por tutores de niños de menores de 2 años que residen en el Barrio Américas 2, en el departamento de Managua, para que de esta forma se pueda mejorar la atención y la calidad de la consulta médica sobre esta enfermedad.

Cabe destacar que el contestar esta encuesta, no comprometerá ni divulgará la información del encuestado, respetando la integridad del paciente y evitando la divulgación de algún dato al respecto que afecte su integridad como persona.

I. Características Sociodemográficas

Edad: _____ Sexo: Hombre__ Mujer__ Escolaridad: _____

Estado civil: _____ Ocupación: _____ Procedencia: _____

Religión: _____ N° de Ficha: _____

II. Lea detenidamente cada oración y responda Si o No, según sus conocimientos sobre Enfermedad Diarreica Aguda y su manejo domiciliario:

N°	Conocimientos básicos	Si	No	No sabe
1	La diarrea es cuando hay heces líquidas de más de 3 veces al día.			
2	En la diarrea hay aumento en la cantidad y frecuencia, además disminución de la consistencia de las heces.			
3	Los virus, bacterias y parásitos causan de diarrea.			

N°	Conocimientos básicos	Si	No	No sabe
4	La diarrea puede estar causada por intolerancia a alimentos.			
5	La principal complicación de la diarrea es: deshidratación y hasta puede llevar a la muerte.			
6	Son signos de deshidratación: Ojos hundidos, boca seca, llanto sin lagrima, no puede beber y decaimiento.			
N°	Conocimientos sobre manejo domiciliario de diarrea	Si	No	No sabe
7	Cuando un niño tiene diarrea se le debe suspender la lactancia materna.			
8	La alimentación en casos de diarrea debe ser hipograsa, a base de verduras y yogurt.			
9	Es recomendable dar sopa Maggie o sopas caseras.			
10	Las comidas grasosas y los laxantes se deben de dar en caso de diarrea.			
11	Un niño con diarrea debe comer poco, pero con más frecuencia.			
12	El Suero oral permite hidratar y recuperar electrolitos perdidos durante la diarrea, se administra después de cada evacuación.			
13	El Gatorade, Kola Shaler, y Powerade son bebidas adecuadas de administrar en diarrea.			
14	El tratamiento de la diarrea es Sulfato de zinc.			
15	Se utilizan antibióticos para tratar la diarrea en casa			

N°	Conocimientos sobre manejo domiciliario de diarrea	Si	No	No sabe
16	El uso de antiparasitarios es ideal para tratar la diarrea.			
17	Para tratar la diarrea uso Peptobismol, Enteroguanil. Alka D, tapón, leche magnesia.			
18	Purgar al niño con aceite fino es una buena opción en el tratamiento de diarrea.			
19	Cuando se presentan signos de deshidratación se debe acudir de forma inmediata al centro de salud.			
20	Cuando las heces tienen sangre y moco o la diarrea se prolonga a pesar del tratamiento en el hogar, se debe acudir centro de salud.			
21	Acudimos al centro de salud cuando el niño empeora a pesar de brindarle tratamiento.			

III. Lea detenidamente cada oración y responda, que tan de acuerdo está con cada una de ellas:

A: de Acuerdo I: Indeciso D: en Desacuerdo

N°	Actitudes	A	I	D
1	Si mi hijo tuviera diarrea le daría suero oral en casa.			
2	Si mi hijo tuviera diarrea le daría remedios naturales (Té de manzanilla, ajo, cascara de naranja).			
3	Si mi hijo tuviera diarrea me quedaría en casa.			
4	Si mi hijo tuviera diarrea le continuaría la lactancia materna.			
5	Si mi hijo tuviera diarrea no iría a una unidad de salud porque solo me dan acetaminofén o no me atienden de forma rápida.			
6	Si mi hijo tuviera diarrea le prepararía plátano verde cocido y colados de verduras con pollo.			
7	Si mi hijo tuviera diarrea lo llevaría inmediatamente al centro de salud.			
8	Si mi hijo tuviera diarrea no necesito llevarlo a una unidad de salud lo desparasito en casa.			
9	Si mi hijo presenta más sueño de lo normal, tiene la boca seca y con ojos hundidos acudiría al centro de salud.			
10	Si mi hijo presenta diarrea busco remedios en internet.			
11	Si mi hijo tuviera diarrea le daría agua de arroz.			
12	Si mi hijo tuviera diarrea le daría leche de vaca.			
13	Si mi hijo tuviera diarrea no le doy nada, dejo que se le quite sola.			

IV. Lea detenidamente cada oración y responda con qué frecuencia realiza las siguientes prácticas sobre el manejo domiciliario de Enfermedades Diarreicas Agudas.

N°	Prácticas	Siempre	A veces	Nunca
1	Lavo mis manos antes de preparar los alimentos.			
2	Cuando mi hijo tiene diarrea le doy Sales de Rehidratación oral por cada defecación.			
3	Cuando mi hijo tiene diarrea le doy Leche Magnesia, Peptosbismol, Alka AD o Enteroguanil.			
4	Cuando mi hijo tiene diarrea le doy agua de arroz y jugos naturales.			
5	Cuando mi hijo tiene diarrea le doy Gatorade, Kola Shaler, Powerade.			
6	Cuando mi hijo tiene diarrea le doy antibióticos y/o antiparasitarios.			
7	Si el hijo de mi vecina tiene diarrea le aconsejaría que lo purgue con aceite fino y que lo bañe con alcohol.			
8	Cuando mi hijo tiene diarrea no le doy de comer y/o le suspendo la lactancia materna.			
9	Para la diarrea y el vómito lo mejor es tomar una limonada casera.			
10	Cuando mi hijo tiene diarrea no le doy alimentos grasos o lácteos.			

Conocimientos, Actitudes y Prácticas de los tutores de niños menores de dos años, sobre el manejo domiciliario de la Enfermedad Diarreica Aguda, Barrio Américas Dos, Managua, julio a diciembre 2016.

Le agradecemos su participación en este estudio, dicha información recibida será utilizada con fines investigativos, para tratar de mejorar el manejo ambulatorio de la Enfermedad Diarreica Aguda y así evitar las complicaciones de ésta, así mismo guardaremos confidencialidad.

ANEXO N°4 Tablas de resultados y gráficos.

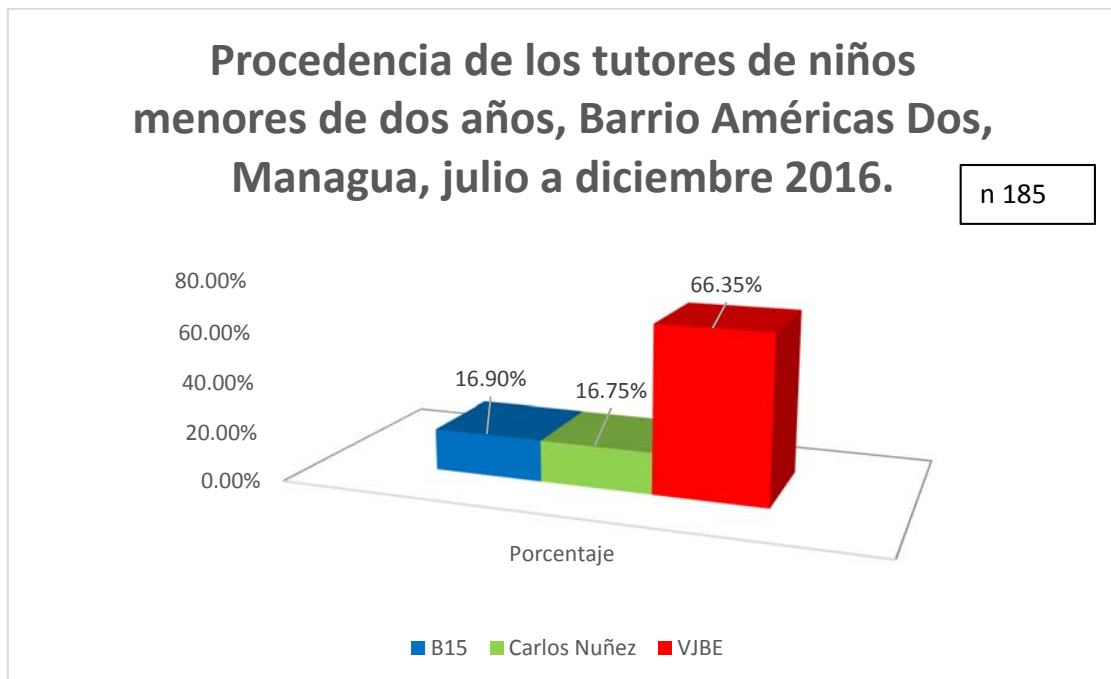
Tabla N° 1:

Procedencia de los tutores de niños menores de dos años, Barrio Américas Dos, Managua, julio a diciembre 2016.

Procedencia	Frecuencia	%
B15	32	16.90
Carlos Núñez	31	16.75
Villa José Benito Escobar	122	66.35
Total	185	100.00

Fuente: Ficha de recolección de los tutores.

Gráfico N° 1:



Fuente: Tabla No 1

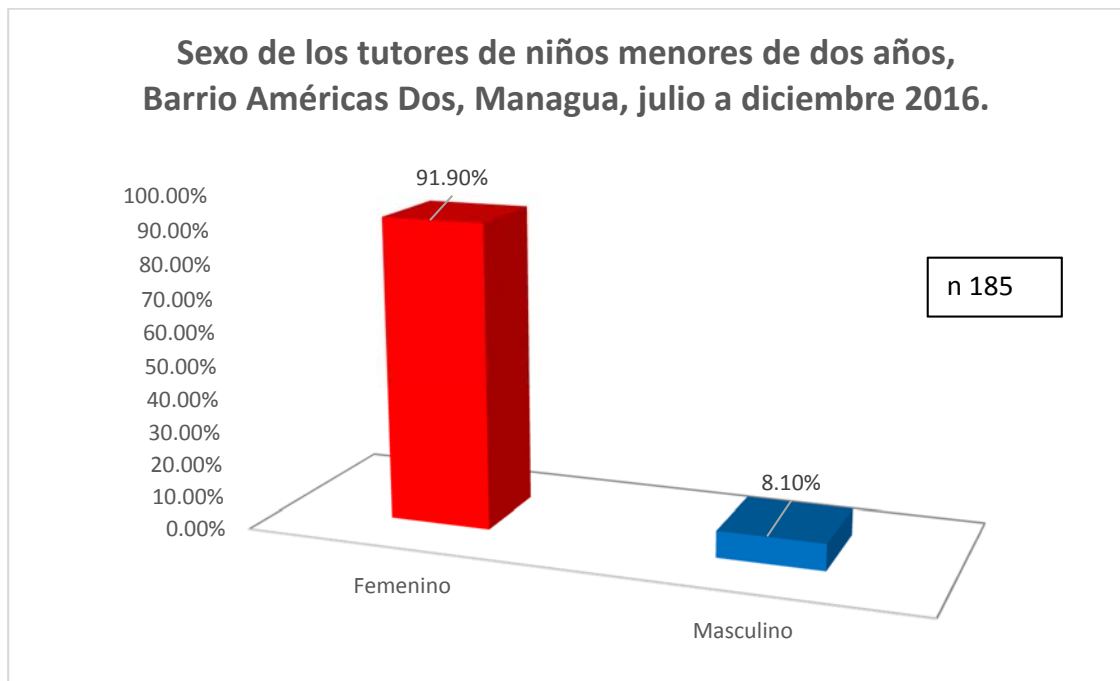
Tabla N° 2:

Sexo de los tutores de niños menores de dos años, Barrio Américas Dos, Managua, julio a diciembre 2016.

Sexo	Frecuencia	%
Femenino	170	91.90
Masculino	15	8.10
Total	185	100.00

Fuente: Ficha de recolección de los tutores.

Gráfico N° 2:



Fuente: Tabla No 2

Tabla N° 3:

Edad de los tutores de niños menores de dos años, Barrio Américas Dos, Managua, julio a diciembre 2016.

Edad	Frecuencia	%
≤ 20 años	6	3.24
21-30 años	57	30.80
31-40 años	87	47.02
41-50 años	28	15.16
>51 años	7	3.78
Total	185	100

Fuente: Ficha de recolección de los tutores.

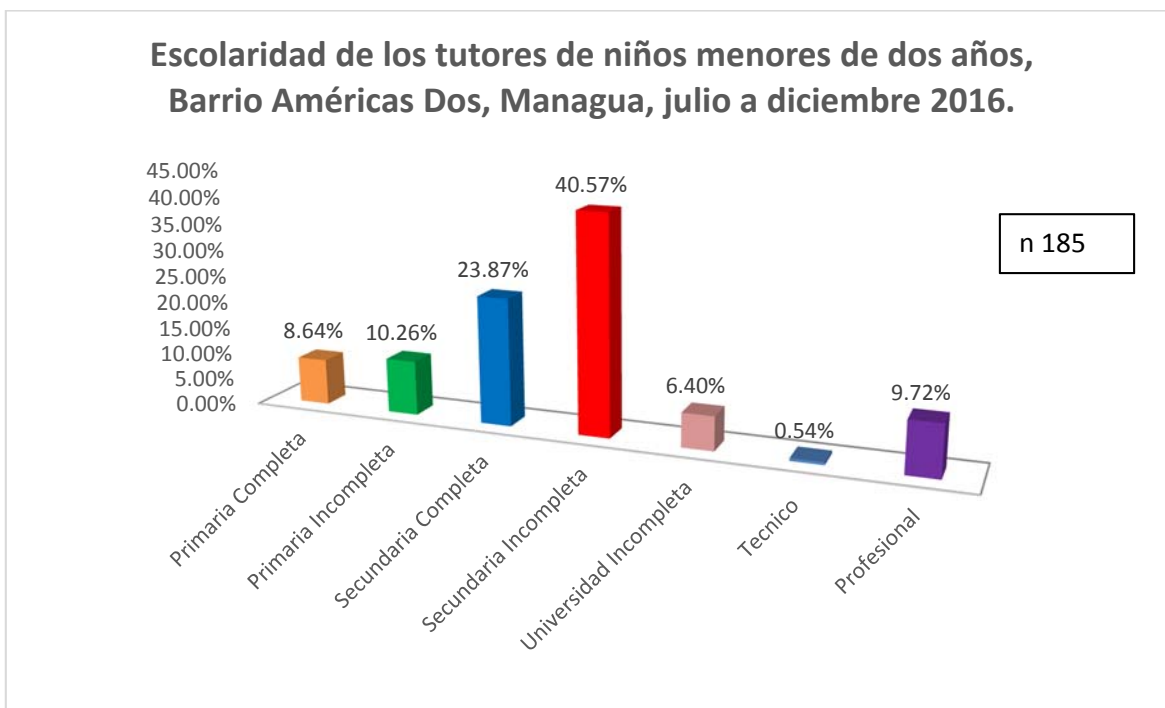
Tabla N° 4:

Escolaridad de los tutores de niños menores de dos años, Barrio Américas Dos, Managua, julio a diciembre 2016.

Escolaridad	Frecuencia	%
Primaria Completa	16	8.64
Primaria Incompleta	19	10.26
Secundaria Completa	44	23.87
Secundaria Incompleta	75	40.57
Universidad Incompleta	12	6.40
Técnico	1	0.54
Profesional	18	9.72
Total	185	100

Fuente: Ficha de recolección de los tutores.

Gráfico N° 3:



Fuente: Tabla No 4

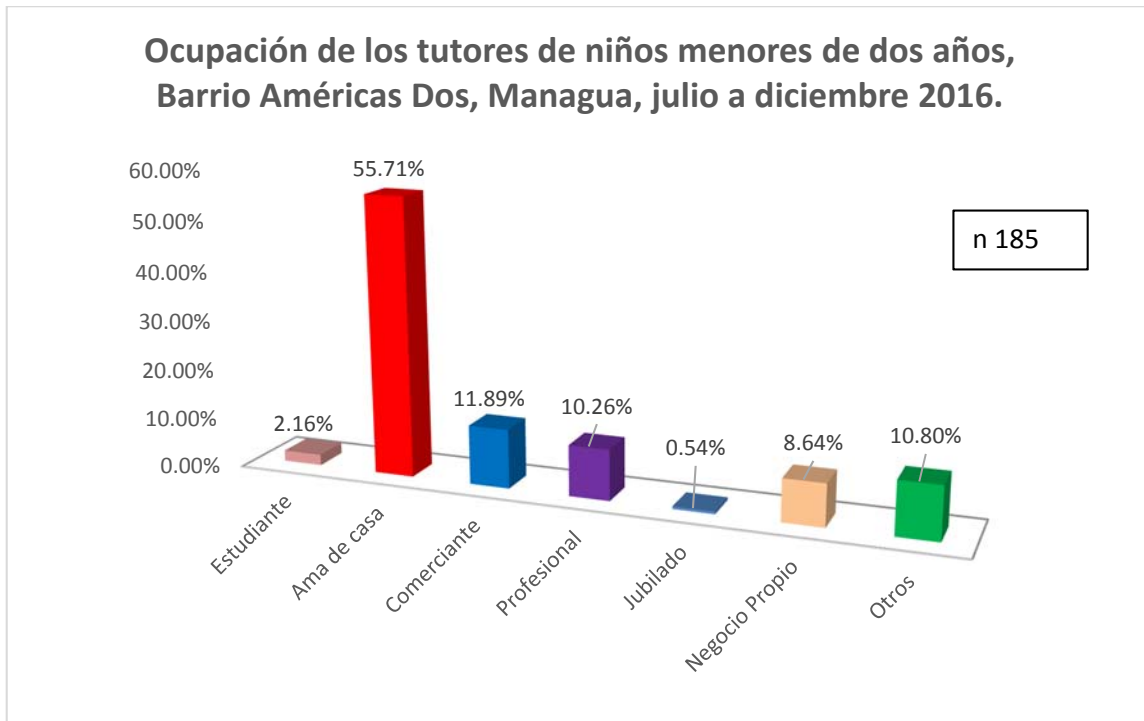
Tabla N° 5:

Ocupación de los tutores de niños menores de dos años, Barrio Américas Dos, Managua, julio a diciembre 2016.

Ocupación	Frecuencia	%
Estudiante	4	2.16
Ama de casa	103	55.71
Comerciante	22	11.89
Profesional	19	10.26
Jubilado	1	0.54
Negocio Propio	16	8.64
Otros	20	10.80
Total	185	100

Fuente: Ficha de recolección de los tutores.

Grafico N° 4:



Fuente: Tabla No 5

Tabla N° 6:

Estado Civil de los tutores de niños menores de dos años, Barrio Américas Dos, Managua, julio a diciembre 2016.

Estado Civil	Frecuencia	%
Soltero	40	21.61
Unión Libre	77	41.61
Casado	65	35.16
Divorciado	1	0.54
Viudo	2	1.08
Total	185	100

Fuente: Ficha de recolección de los tutores.

Tabla N° 7:

Religión de los tutores de niños menores de dos años, Barrio Américas Dos, Managua, julio a diciembre 2016.

Religión	Frecuencia	%
Católico	112	60.60
Evangélico	38	20.74
Testigo de Jehová	6	3.24
Bautista	4	2.00
Mormón	3	1.54
Ninguna	22	11.88
Total	185	100

Fuente: Ficha de recolección de los tutores.

Tabla N° 8:

Conocimiento según procedencia de los tutores de niños menores de dos años, Barrio Américas Dos, Managua, julio a diciembre 2016.

Nivel de conocimiento	Procedencia						
	VJBE	%	B15	%	Carlos Núñez	%	Total
Bueno	101	55.00	27	14.20	30	16.21	85.40
Regular	21	11.35	5	2.70	1	0.54	14.60
Malo	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0.00
Total	122	66.35	32	16.90	31	16.75	100

Fuente: Ficha de recolección de los tutores.

Tabla N° 9:

Conocimiento según estado civil de los tutores de niños menores de dos años, Barrio Américas Dos, Managua, julio a diciembre 2016.

Estado Civil	Conocimientos						Total
	Bueno	%	Regular	%	Malo	%	
Soltero	28	15.13	12	6.48	0	0.00	21.61
Unión libre	68	36.75	9	4.86	0	0.00	41.61
Casado	60	32.46	5	2.70	0	0.00	35.16
Viudo	1	0.54	1	0.54	0	0.00	1.08
Divorciado	1	0.54	0	0.00	0	0.00	0.54
Total	158	85.42	27	14.58	0	0.00	100.00

Fuente: Ficha de recolección de los tutores.

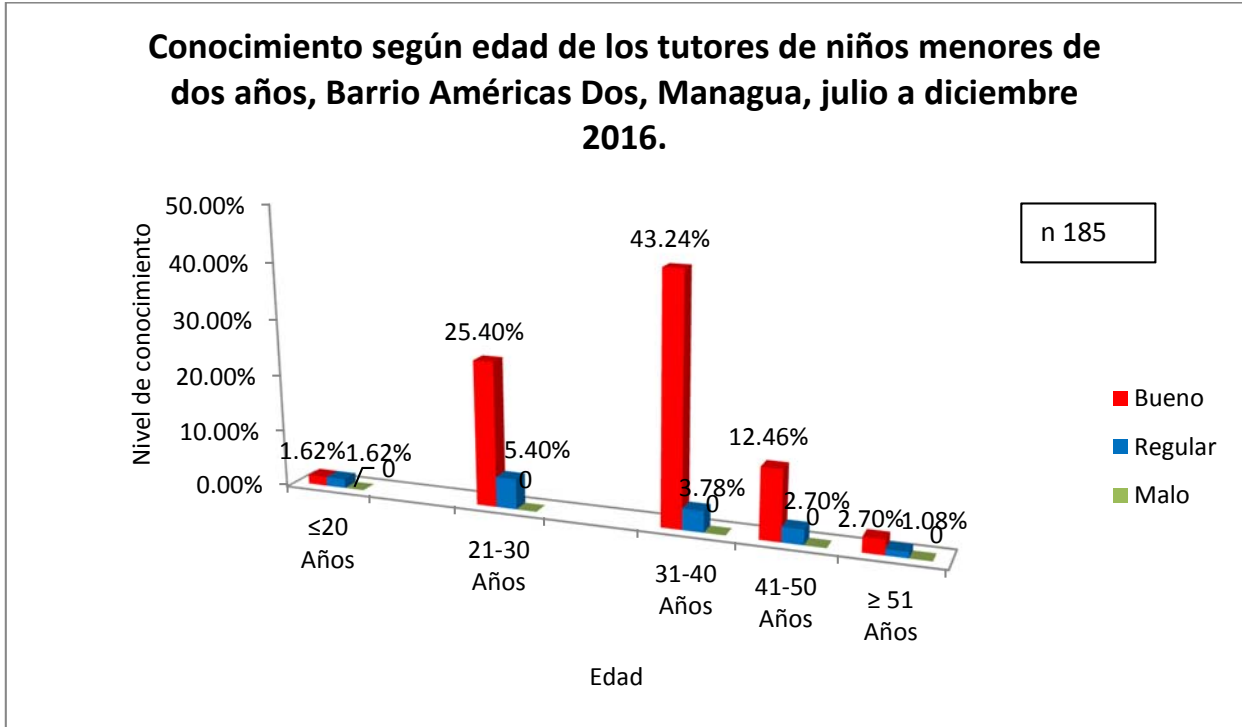
Tabla N° 10:

Conocimiento según edad de los tutores de niños menores de dos años, Barrio Américas Dos, Managua, julio a diciembre 2016.

Edad	Conocimientos						Total
	Bueno	%	Regular	%	Malo	%	
≤20 Años	3	1.62	3	1.62	0	0.00	3.24
21-30 Años	47	25.40	10	5.40	0	0.00	30.80
31-40 Años	80	43.24	7	3.78	0	0.00	47.02
41-50 Años	23	12.46	5	2.70	0	0.00	15.16
≥ 51 Años	5	2.70	2	1.08	0	0.00	3.78
Total	158	85.42	27	14.58	0	0.00	100.00

Fuente: Ficha de recolección de los tutores.

Gráfico N° 5:



Fuente: Tabla No 10

Tabla N° 11:

Conocimiento según sexo de los tutores de niños menores de dos años, Barrio Américas Dos, Managua, julio a diciembre 2016.

Conocimiento	Sexo				Total
	Femenino	%	Masculino	%	
Buena	143	77.35	15	8.10	85.45
Regular	27	14.55	0	0.00	14.55
Malo	0	0.00	0	0.00	0.00
Total	170	91.90	15	8.10	100

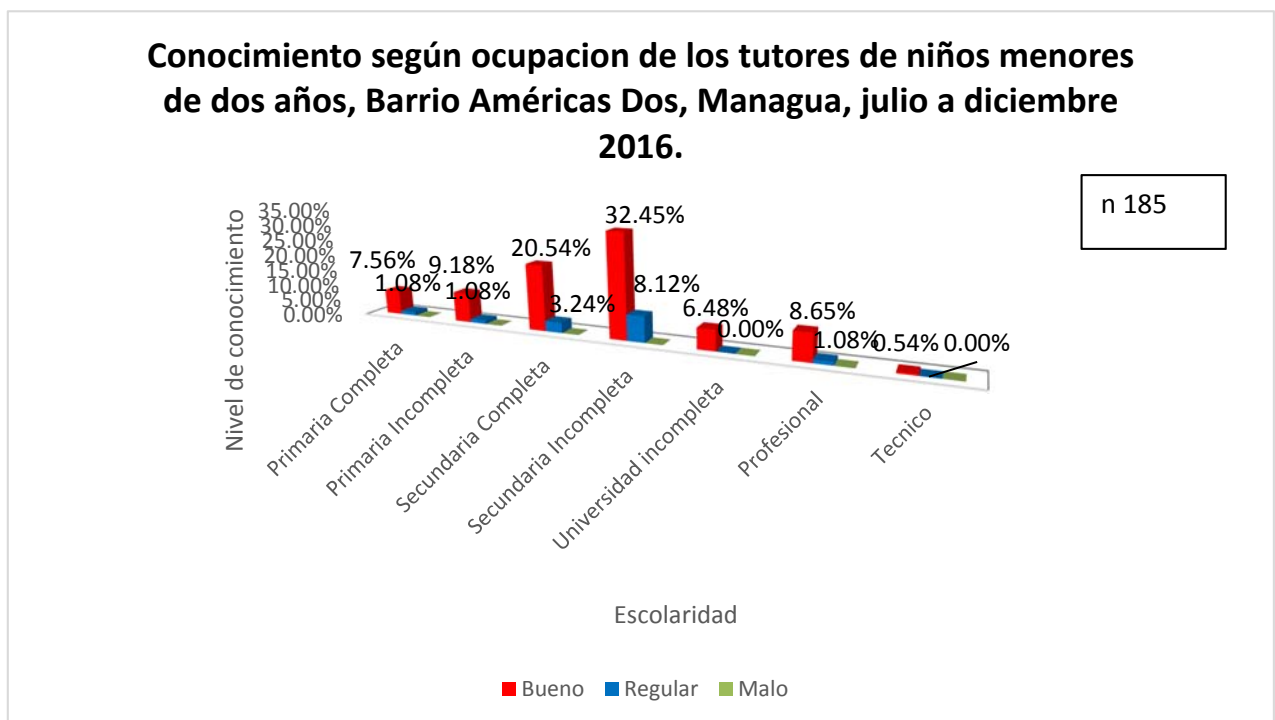
Fuente: Ficha de recolección de los tutores.

Tabla N° 12:
Conocimiento según ocupación de los tutores de niños menores de dos años, Barrio Américas Dos, Managua, julio a diciembre 2016.

Ocupación	Conocimiento						Total
	Bueno	%	Regular	%	Malo	%	
Ama de casa	85	45.99	18	9.72	0	0.00	55.71
Comerciante	20	10.81	2	1.08	0	0.00	11.89
Estudiante	4	2.16	0	0.00	0	0.00	2.16
Jubilada	1	0.54	0	0.00	0	0.00	0.54
Negocio propio	10	5.40	6	3.24	0	0.00	8.64
Profesional	18	9.72	1	0.54	0	0.00	10.26
Otros	20	10.80	0	0.00	0	0.00	10.80
Total	158	85.42	27	14.58	0	0.00	100

Fuente: Ficha de recolección de los tutores.

Gráfico N° 6:



Fuente: Tabla No 12

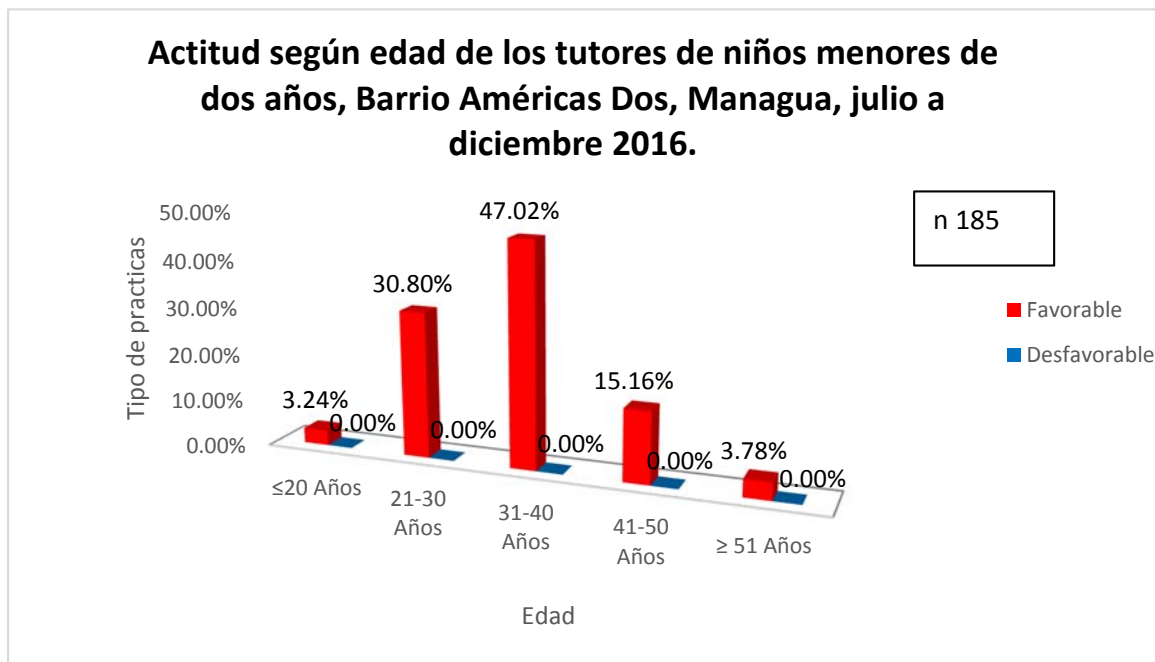
Tabla N° 13:

Actitud según edad de los tutores de niños menores de dos años, Barrio Américas Dos, Managua, julio a diciembre 2016.

Edad	Favorable	%	Desfavorable	%	Total
≤20 Años	6	3.24	0	0.00	3.24
21-30 Años	57	30.80	0	0.00	30.80
31-40 Años	87	47.02	0	0.00	47.02
41-50 Años	28	15.16	0	0.00	15.16
≥ 51 Años	7	3.78	0	0.00	3.78
Total	185	100	0	0.00	100

Fuente: Ficha de recolección de los tutores.

Gráfico N° 7:



Fuente: Tabla No 13

Tabla N° 14:

Actitud según sexo de los tutores de niños menores de dos años, Barrio Américas Dos, Managua, julio a diciembre 2016.

Actitud	Sexo				
	Femenino	%	Masculino	%	Total
Favorable	170	91.90	15	8.10	100.00
Desfavorable	0	0.00	0	0.00	0.00
Total	170	91.90	15	8.10	100

Fuente: Ficha de recolección de los tutores.

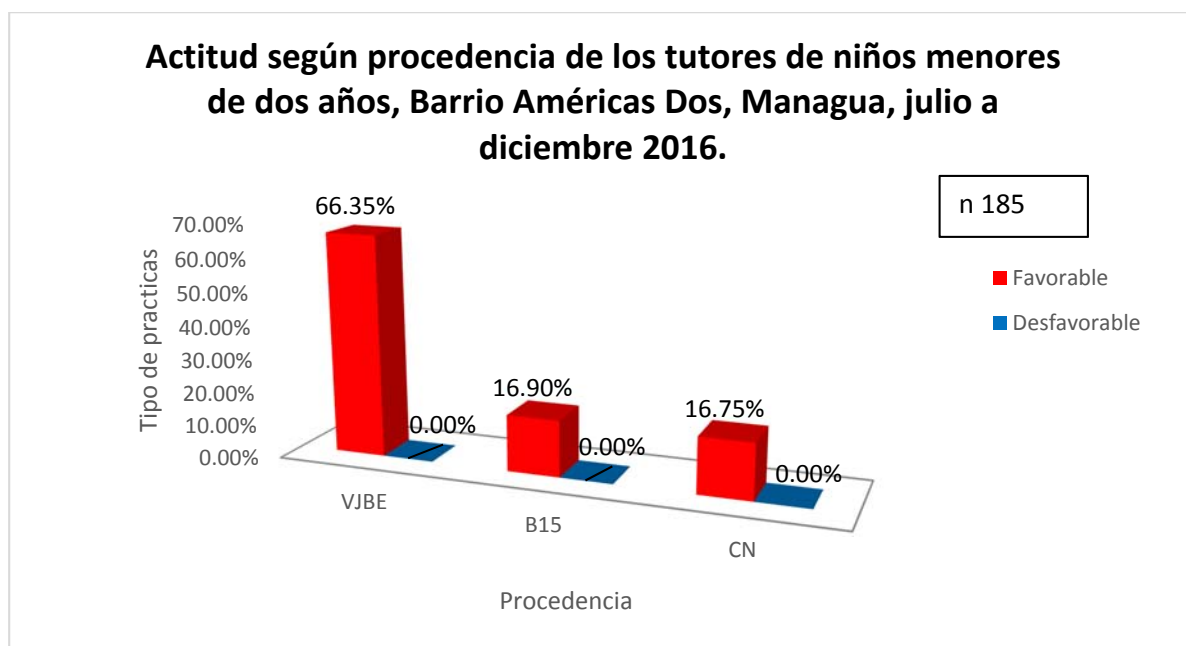
Tabla N° 15:

Actitud según procedencia de los tutores de niños menores de dos años, Barrio Américas Dos, Managua, julio a diciembre 2016.

Actitud	Procedencia						
	Villa José Benito Escobar	%	B15	%	Carlos Núñez	%	Total
Favorable	122	66.35	32	16.90	31	16.75	100.00
Desfavorable	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0.00
Total	122	66.35	32	16.90	31	16.75	100

Fuente: Ficha de recolección de los tutores.

Gráfico N° 8:



Fuente: Tabla No 15

Tabla N° 16:

Actitud según escolaridad de los tutores de niños menores de dos años, Barrio Américas Dos, Managua, julio a diciembre 2016.

Escolaridad	Actitud				
	Favorable	%	Desfavorable	%	Total
Primaria completa	16	8.64	0	0.00	8.64
Primaria incompleta	19	10.26	0	0.00	10.26
Secundaria completa	44	23.87	0	0.00	23.87
Secundaria incompleta	75	40.57	0	0.00	40.57
Universidad incompleta	12	6.40	0	0.00	6.40
Profesional	18	9.72	0	0.00	9.72
Técnico	1	0.54	0	0.00	0.54
Total	185	100.00	0	0.00	100.00

Fuente: Ficha de recolección de los tutores.

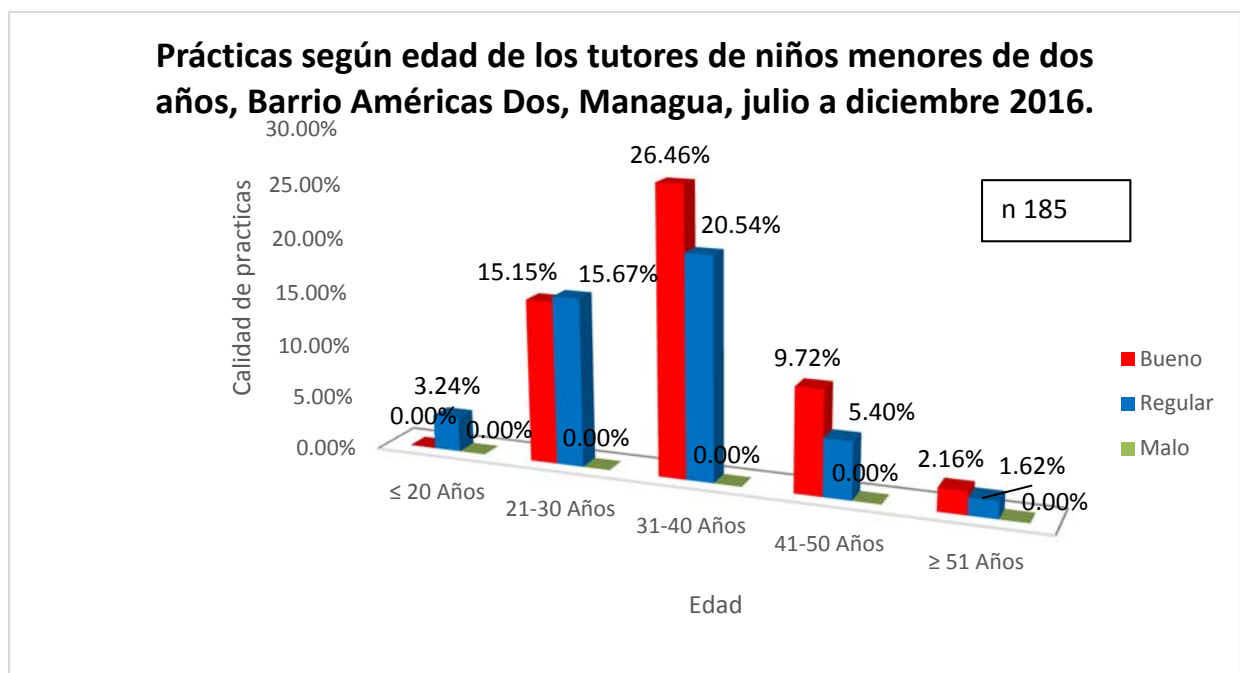
Tabla N° 17:

Prácticas según edad de los tutores de niños menores de dos años, Barrio Américas Dos, Managua, julio a diciembre 2016.

Edad	Prácticas						
	Bueno	%	Regular	%	Malo	%	Total
≤20 Años	0	0.00	6	3.24	0	0.00	3.24
21-30 Años	28	15.15	29	15.69	0	0.00	30.84
31-40 Años	49	26.48	38	20.54	0	0.00	47.02
41-50 Años	18	9.72	10	5.40	0	0.00	15.12
≥ 51 Años	4	2.16	3	1.62	0	0.00	3.78
Total	99	53.51	86	46.49	0	0.00	100.00

Fuente: Ficha de recolección de los tutores.

Gráfico N° 9:



Fuente: Tabla No 17

Tabla N° 18:

Prácticas según sexo de los tutores de niños menores de dos años, Barrio Américas Dos, Managua, julio a diciembre 2016.

Prácticas	Sexo				
	Femenino	%	Masculino	%	Total
Bueno	91	49.18	8	4.32	53.50
Regular	79	42.72	7	3.78	46.50
Malo	0	0.00	0	0.00	0.00
Total	170	91.90	15	8.10	100

Fuente: Ficha de recolección de los tutores.

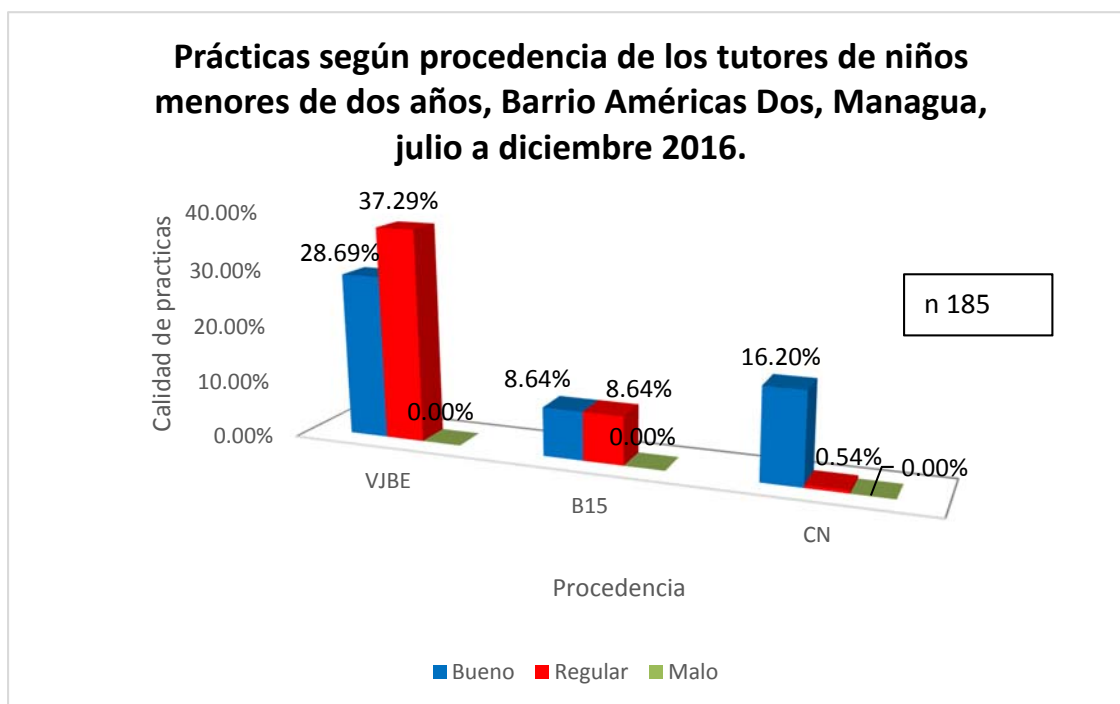
Tabla N° 19:

Prácticas según procedencia de los tutores de niños menores de dos años, Barrio Américas Dos, Managua, julio a diciembre 2016.

Procedencia	Prácticas						
	Bueno	%	Regular	%	Malo	%	Total
Villa José Benito Escobar	53	28.69	69	37.29	0	0.00	65.98
B15	16	8.64	16	8.64	0	0.00	17.28
Carlos Núñez	30	16.20	1	0.54	0	0.00	16.74
Total	99	53.53	86	46.47	0	0.00	100

Fuente: Ficha de recolección de los tutores.

Gráfico N° 10:



Fuente: Tabla No 19

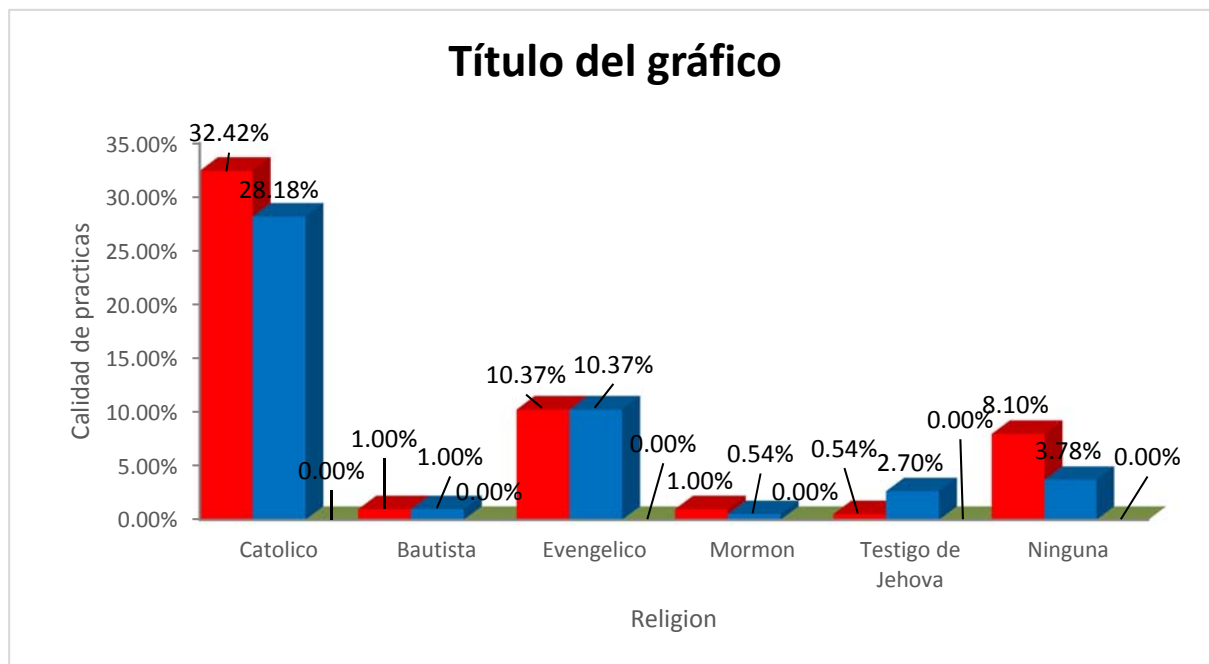
Tabla N° 20:

Prácticas según religión de los tutores de niños menores de dos años, Barrio Américas Dos, Managua, julio a diciembre 2016.

Religión	Prácticas						
	Buena	%	Regular	%	Mala	%	Total
Católico	60	32.42	52	28.18	0	0.00	60.60
Bautista	2	1.00	2	1.00	0	0.00	2.00
Evangélico	19	10.37	19	10.37	0	0.00	20.74
Mormón	2	1.00	1	0.54	0	0.00	1.54
Testigo de Jehová	1	0.54	5	2.70	0	0.00	3.24
Ninguna	15	8.10	7	3.78	0	0.00	11.88
Total	99	53.43	86	46.57	0	0.00	100.00

Fuente: Ficha de recolección de los tutores.

Gráfico N° 11:



Fuente: Tabla No 20

Tabla N° 21:

Prácticas según escolaridad de los tutores de niños menores de dos años, Barrio Américas Dos, Managua, julio a diciembre 2016.

Escolaridad	Prácticas						Total
	Bueno	%	Regular	%	Malo	%	
Primaria completa	7	3.78	9	4.86	0	0.00	8.64
Primaria incompleta	8	4.32	11	5.94	0	0.00	10.26
Secundaria completa	21	11.38	23	12.49	0	0.0	23.87
Secundaria incompleta	39	21.09	36	19.48	0	0.00	40.57
Universidad incompleta	10	5.40	2	1.00	0	0.00	6.40
Profesional	13	7.02	5	2.70	0	0.00	9.72
Técnico	1	0.54	0	0.00	0	0.00	0.54
Total	99	53.53	86	46.47	0	0.00	100

Fuente: Ficha de recolección de los tutores.

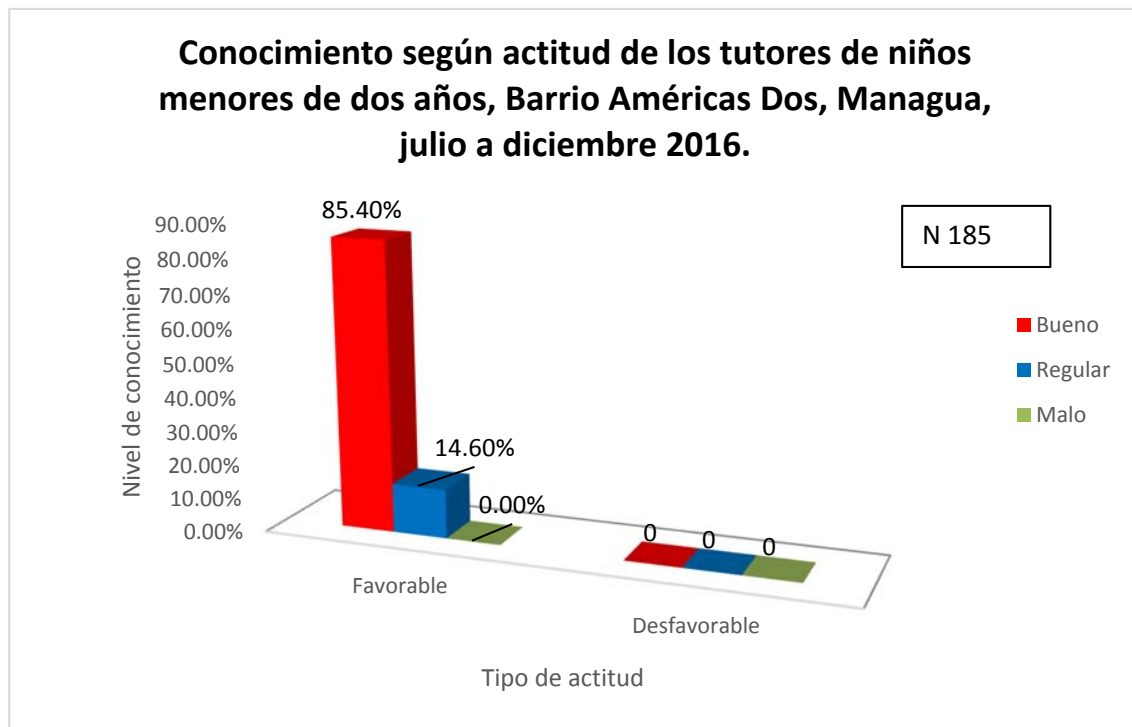
Tabla N° 22:

Conocimiento según actitud de los tutores de niños menores de dos años, Barrio Américas Dos, Managua, julio a diciembre 2016.

Conocimiento	Actitud				
	Favorable	%	Desfavorable	%	Total
Bueno	158	85.40	0	0.00	85.40
Regular	27	14.60	0	0.00	14.60
Malo	0	0.00	0	0.00	0.00
Total	185	100.00	0	0.00	100.00

Fuente: Ficha de recolección de los tutores.

Grafico N° 12:



Fuente: Tabla No 22

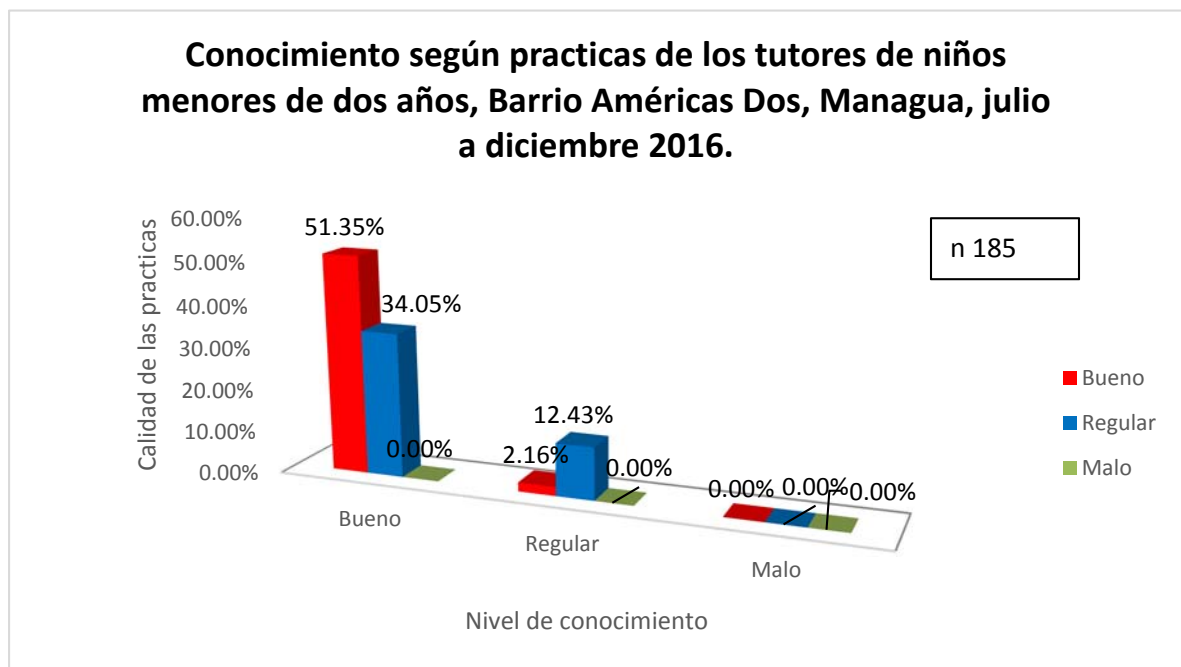
Tabla N° 23:

Conocimiento según prácticas de los tutores de niños menores de dos años, Barrio Américas Dos, Managua, julio a diciembre 2016.

Conocimiento	Prácticas						Total
	Bueno	%	Regular	%	Malo	%	
Bueno	95	51.35	63	34.05	0	0.00	85.40
Regular	4	2.16	23	12.44	0	0.00	14.60
Malo	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0.00
Total	99	53.51	86	46.49	0	0.00	100.00

Fuente: Ficha de recolección de los tutores.

Gráfico N° 13:



Fuente: Tabla No 23

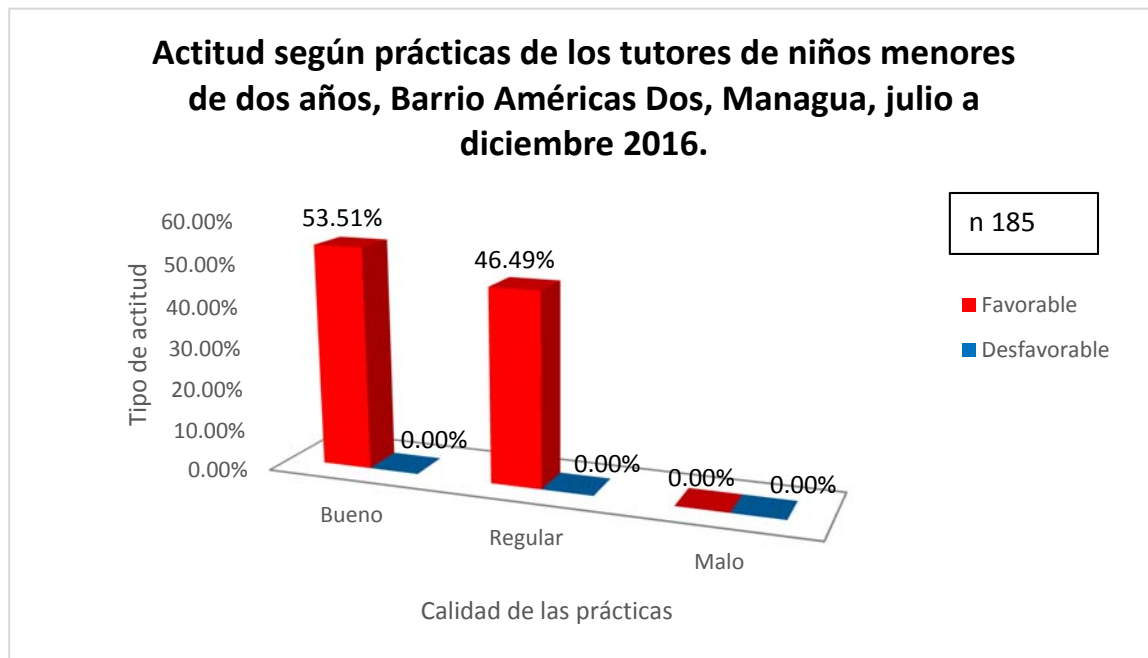
Tabla N° 24:

Actitud según prácticas de los tutores de niños menores de dos años, Barrio Américas Dos, Managua, julio a diciembre 2016.

Actitud	Prácticas						Total
	Bueno	%	Regular	%	Malo	%	
Favorable	99	53.51	86	46.49	0	0.00	100.00
Desfavorable	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0.00
Total	99	53.51	86	46.49	0	0.00	100.00

Fuente: Ficha de recolección de los tutores.

Grafico N° 14:



Fuente: Tabla No 24

Tabla N° 25:
Conocimiento de los tutores de niños menores de dos años, Barrio Américas Dos, Managua, julio a diciembre 2016.

Conocimientos	Respuesta					
	Si		No		No sabe	
	F	%	F	%	F	%
La diarrea es cuando hay heces líquidas de más de 3 veces al día.	175	94.50	8	4.32	2	1.00
En la diarrea hay aumento en la cantidad y frecuencia, además disminución de la consistencia de las heces.	159	85.90	11	5.94	15	8.10
Los virus, bacterias y parásitos causan de diarrea.	185	100	0	0.00	0	0.00
La diarrea puede estar causada por intolerancia a alimentos.	165	89.10	9	4.86	11	5.94
La principal complicación de la diarrea es: deshidratación y hasta puede llevar a la muerte.	176	95.15	9	4.86	0	0.00
Son signos de deshidratación: Ojos hundidos, boca seca, llanto sin lagrima, no puede beber y decaimiento.	164	88.67	0	0.00	21	11.35
Cuando un niño tiene diarrea se le debe suspender la lactancia materna.	49	26.40	130	70.27	6	3.24
La alimentación en casos de diarrea debe ser hipograsa, a base de verduras y yogurt.	145	78.37	27	14.55	13	7.12
Es recomendable dar sopa Maggie o sopas caseras.	81	43.70	104	56.30	0	0.00

Conocimientos	Respuesta					
	Si		No		No sabe	
	F	%	F	%	F	%
Las comidas grasosas y los laxantes se deben de dar en caso de diarrea.	46	24.30	135	72.97	4	2.16
Un niño con diarrea debe comer poco, pero con más frecuencia.	158	85.40	20	10.81	7	3.78
El Suero oral permite hidratar y recuperar electrolitos perdidos durante la diarrea, se administra después de cada evacuación.	179	96.75	0	0.00	6	3.24
El Gatorade, Kola Shaler, y Powerade son bebidas adecuadas de administrar en diarrea.	67	36.21	107	57.83	11	5.94
El tratamiento de la diarrea es Sulfato de zinc.	84	45.40	18	9.72	83	44.86
Se utilizan antibióticos para tratar la diarrea en casa	100	54.05	78	42.16	7	3.78
El uso de antiparasitarios es ideal para tratar la diarrea.	99	53.51	78	42.16	8	4.32
Para tratar la diarrea uso Peptobismol, Enteroguanil. Alka D, tapón, leche magnesia.	79	42.70	99	53.51	8	4.32
Purgar al niño con aceite fino es una buena opción en el tratamiento de diarrea.	51	27.56	123	66.48	11	5.94
Cuando se presentan signos de deshidratación se debe acudir de forma inmediata al centro de salud.	180	97.20	3	1.62	2	1.08

Conocimientos	Respuesta					
	Si		No		No sabe	
	F	%	F	%	F	%
Cuando las heces tienen sangre y moco o la diarrea se prolonga a pesar del tratamiento en el hogar, se debe acudir centro de salud.	185	100.00	0	0.00	0	0.00
Acudimos al centro de salud cuando el niño empeora a pesar de brindarle tratamiento.	185	100.00	0	0.00	0	0.00

Fuente: Ficha de recolección de los tutores.

Tabla N° 26:

Actitudes de los tutores de niños menores de dos años, Barrio Américas Dos, Managua, julio a diciembre 2016.

Actitudes	Respuesta					
	Acuerdo		Indeciso		Desacuerdo	
	F	%	F	%	F	%
Si mi hijo tuviera diarrea le daría suero oral en casa.	185	100.00	0	0.00	0	0.00
Si mi hijo tuviera diarrea le daría remedios naturales (Té de manzanilla, ajo, cascara de naranja).	102	53.13	10	5.40	73	39.45
Si mi hijo tuviera diarrea me quedaría en casa.	30	16.21	18	9.72	137	74.05
Si mi hijo tuviera diarrea le continuaría la lactancia materna.	150	81.08	9	4.86	26	14.05
Si mi hijo tuviera diarrea no iría a una unidad de salud porque solo me dan acetaminofén o no me atienden de forma rápida.	52	28.10	28	15.15	105	56.75
Si mi hijo tuviera diarrea le prepararía plátano verde cocido y colados de verduras con pollo.	133	71.35	11	5.94	41	22.10
Si mi hijo tuviera diarrea lo llevaría inmediatamente al centro de salud.	181	97.84	0	0.00	4	2.16
Si mi hijo tuviera diarrea no necesito llevarlo a una unidad de salud lo desparasito en casa.	50	27.02	19	10.27	116	62.70

Conocimientos, Actitudes y Prácticas de los tutores de niños menores de dos años, sobre el manejo domiciliario de la Enfermedad Diarreica Aguda, Barrio Américas Dos, Managua, julio a diciembre 2016.

Actitudes	Respuesta					
	Acuerdo		Indeciso		Desacuerdo	
	F	%	F	%	F	%
Si mi hijo presenta más sueño de lo normal, tiene la boca seca y con ojos hundidos acudiría al centro de salud.	181	97.84	0	0.00	4	2.16
Si mi hijo presenta diarrea busco remedios en internet.	41	22.40	17	9.13	127	68.37
Si mi hijo tuviera diarrea le daría agua de arroz.	105	56.75	10	5.74	70	37.51
Si mi hijo tuviera diarrea le daría leche de vaca.	30	16.30	18	9.00	137	74.70
Si mi hijo tuviera diarrea no le doy nada, dejo que se le quite sola.	25	13.52	17	9.13	143	77.35

Tabla N°27:

Prácticas de los tutores de niños menores de dos años, Barrio Américas Dos, Managua, julio a diciembre 2016.

Prácticas	Respuesta					
	Siempre		A veces		Nunca	
	F	%	F	%	F	%
Lavo mis manos antes de preparar los alimentos.	174	94.75	11	5.25	0	0.00
Cuando mi hijo tiene diarrea le doy Sales de Rehidratación oral por cada defecación.	160	86.40	17	9.40	8	4.20
Cuando mi hijo tiene diarrea le doy Leche Magnesia, Peptosbismol, Alka AD o Enteroguanil.	51	27.30	21	27.30	113	61.35
Cuando mi hijo tiene diarrea le doy agua de arroz y jugos naturales.	115	62.19	46	24.98	24	12.83
Cuando mi hijo tiene diarrea le doy Gatorade, Kola Shaler, Powerade.	44	23.70	32	17.65	109	58.65
Cuando mi hijo tiene diarrea le doy antibióticos y/o antiparasitarios.	48	25.35	36	19.70	101	54.95
Si el hijo de mi vecina tiene diarrea le aconsejaría que lo purgue con aceite fino y que lo bañe con alcohol.	30	16.23	29	15.67	126	68.10
Cuando mi hijo tiene diarrea no le doy de comer y/o le suspendo la lactancia materna.	31	16.75	36	19.47	118	63.78

Prácticas	Respuesta					
	Siempre		A veces		Nunca	
	F	%	F	%	F	%
Para la diarrea y el vómito lo mejor es tomar una limonada casera.	48	25.94	35	18.93	102	55.13
Cuando mi hijo tiene diarrea no le doy alimentos grasosos o lácteos.	57	30.81	7	3.79	121	65.40