



**UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN - MANAGUA**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**TRABAJO MONOGRÁFICO PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN  
MEDICINA Y CIRUGÍA**

**TITULO**

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE ENFERMEDAD  
DIARREICA AGUDA EN HABITANTES DEL BARRIO THOMÁS MARTÍNEZ,  
NAGAROTE DE MARZO – ABRIL, 2017”**

**AUTORAS**

BR. ARACELY DEL ROSARIO HUETE PERALTA

BR. REYNA AZUCENA JARQUÍN BALTODANO

**TUTORES:**

DRA. CLAUDIA MARÍA AMADOR

DRA. FLAVIA VANESSA PALACIOS RODRÍGUEZ

**MANAGUA, NICARAGUA 2019**

## INDICE

RESUMEN .....	1
Capítulo I: Generalidades .....	2
1.1. Introducción.....	3
1.2. Antecedentes.....	4
A nivel de las Américas .....	4
A nivel nacional .....	6
1.3. Justificación .....	8
1.4. Planteamiento del problema .....	9
1.5. Objetivos.....	10
1.5.1. Objetivo General .....	10
1.5.2. Objetivos específicos.....	10
1.6. Marco teórico.....	11
1.6.1. Concepto de Enfermedad diarreica aguda.....	11
1.6.2. Epidemiología .....	11
1.6.3 Etiología.....	12
1.6.4 Factores de riesgo .....	12
1.6.5 Clasificación de la diarrea.....	13
1.6.6 Diagnóstico .....	14
1.6.7 Tratamiento .....	15
Prácticas populares para el manejo de la diarrea .....	18
Capítulo II: Diseño metodológico .....	21
2.1. Tipo de Estudio .....	22
2.2. Área de estudio .....	22
2.3. Universo .....	22
2.4. Muestra .....	22
2.4.1. Tamaño de la Muestra.....	22
2.4.2. Tipo de Muestreo .....	22
2.4.3. Criterios de Inclusión y Exclusión .....	22

Criterios de Inclusión .....	22
Criterios de Exclusión .....	23
2.5. Técnicas y procesamiento de la información.....	23
2.6. Plan de análisis.....	24
2.7. Enunciado de variables por objetivos .....	25
2.8. Operacionalización de variables .....	26
2.9. Consideraciones éticas .....	27
Capítulo III: Desarrollo .....	31
3.1. Resultados.....	32
3.2. Discusión .....	38
3.3. Conclusiones.....	43
3.4. Recomendaciones .....	44
Capítulo IV: Bibliografía.....	45
4.1. BIBLIOGRAFÍA.....	46
Capítulo V: ANEXOS .....	51
5.1. Cuadros y graficas .....	52
5.2. Documento de recolección de la información .....	74

## DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo al Señor nuestro Dios, el cual ha llenado nuestras vidas de amor, luz, sabiduría y esperanza.

A nuestros padres, hermanos, esposos e hijos, quienes sin ellos no habiéramos logrado una meta más en nuestra vida profesional. Por creer en nuestras capacidades, aunque hemos pasado por momentos difíciles siempre han estado brindándonos su comprensión, cariño y amor.

A nuestros compañeros y amigos presentes y pasados, quienes sin esperar nada a cambio compartieron su conocimiento, alegrías y tristezas y a todas aquellas personas que durante estos 8 años estuvieron con nosotras apoyándonos y lograron que nuestro sueño se hiciera realidad.

## AGRADECIMIENTO

A:

Dios, por darnos la oportunidad de llegar a este momento especial y único en nuestras vidas, por habernos dado salud y sabiduría para lograr nuestros objetivos.

Nuestras familias, porque a pesar de todo ellos estuvieron en todo momento apoyándonos y dándonos fuerzas para seguir en este camino.

Agradecemos a nuestras tutoras Dra. Flavia Vanessa Palacios Rodríguez y Dra. Claudia María Amador, quienes a lo largo de este tiempo han puesto a prueba sus capacidades y conocimientos en el desarrollo de este trabajo el cual ha llenado todas nuestras expectativas.

A nuestras amistades, quienes estuvieron brindándonos su apoyo incondicional para que en cada tropiezo no nos doblegáramos, de quienes aprendimos que si caemos mil veces, las mil veces tenemos que levantarnos siendo más fuertes.

¡Infinitas gracias a todos!

## OPINION DEL TUTOR

La Enfermedad Diarreica en la infancia, ha sido y probablemente seguirá siendo uno de los principales problemas de salud en países empobrecidos, no sólo por su frecuencia sino que también por su contribución a la mortalidad infantil; en este sentido podemos aseverar que la diarrea, por ser una patología antigua, asociada a las condiciones de pobreza y saneamiento ambiental, se ha convertido en una entidad nosológica del dominio de la gran mayoría de la población, que busca su propia explicación para su origen, sus causas y su tratamiento, siendo entonces parte del acervo cultural de los pueblos.

Una de las funciones del trabajador de la salud y no menos importante, es la promoción de la salud, siendo la diarrea una enfermedad susceptible de modificar su comportamiento epidemiológico a través de la promoción de hábitos de higiene personal y doméstica y obviamente ligada a la educación misma. En Nicaragua y en muchos otros países, se han venido desarrollando diferentes estrategias para lograr cambios sustanciales en la morbilidad y mortalidad de la diarrea, íntimamente asociados a la ya mencionada promoción de la salud. Es una tarea difícil lograr el cambio en los hábitos de las personas, sin embargo, en este proceso se van logrando pequeños cambios que sumados pueden lograr esa meta planteada, por lo tanto, cabe preguntarse, después de tantos esfuerzos, qué hemos logrado, han sido modificados los conocimientos en cuanto a la enfermedad diarreica de la población, ¿cuáles son sus conocimientos, actitudes y prácticas?

Estas interrogantes se responden a través del presente trabajo de investigación, elaborado con mucho esfuerzo y dedicación por las Brs. Aracely del Rosario Huete Peralta y Reyna Azucena Jarquín Baltodano,

Felicito a las Brs. Huete y Jarquín por los resultados obtenidos y por el cumplimiento de los objetivos planteados en éste trabajo científico, así como por el logro personal de ver concluida una importante meta en su vida profesional.

Dra. Claudia María Amador Aráuz

Pediatra- Msc Salud Pública

## OPINION DEL TUTOR

Las enfermedades diarreicas agudas según datos de la Organización Mundial de la Salud, son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años; estas son enfermedades prevenibles y tratables, así las muertes y complicaciones son evitables; por ello investigar este tema es pertinente en nuestro país debido a que su manejo tardío está relacionada con la primera demora para la atención oportuna, presentándose como el tiempo desde que se presenta la enfermedad y cuando la familia o los tutores deciden a llevarlo a la unidad de salud está determinada por los conocimientos, las actitudes y las prácticas sobre la enfermedad, tiempo valioso para prevenir la deshidratación y la muerte.

El fomento de la investigación sobre salud infantil es necesaria para determinar las brechas de conocimientos, actitudes y prácticas de la población con el fin de establecer campañas de información, educación y comunicación (IEC) en salud favoreciendo la calidad de vida de los niños nicaragüense.

Las Bachilleres Aracely del Rosario Huete Peralta y Reyna Azucena Jarquín Baltodano, aspirantes al título, han demostrado arduo trabajo, disciplina y dominio en el proceso de investigación.

Felicito a la investigadora por este estudio que será de utilidad para futuras investigaciones e insto a que continúen desarrollando sus habilidades en el área de la investigación científica.

Msc. Flavia Vanessa Palacios Rodríguez

Tutora

## **RESUMEN**

El presente trabajo determinó los conocimientos, actitudes y prácticas sobre Enfermedad Diarreica Aguda en habitantes del Barrio Tomás Martínez, Nagarote, este análisis permite crear estrategias que permiten educación en salud para la prevención, promoción y atención de la enfermedad. Dicho estudio descriptivo de corte transversal, en el que participaron 74 habitantes, los cuales tenían niños menores de 5 años. Obteniendo la información mediante una encuesta.

Los resultados demuestran que el 58.11% de los encuestados poseen conocimientos regulares sobre EDA, 72.97% sabe cuándo acudir a las unidades de salud, el 100% reconoce los signos de alarma y el 75.68% reconocen la EDA como una causa de muerte, debido a la labor que hace el personal de salud ante esto.

Se encontró que el 60.81% tuvieron una actitud favorable, mientras que 39.19% desfavorable sobre su manejo, 52 personas estaban en desacuerdo con auto medicar al niño; así también un 79.7% no están de acuerdo con que se purgue al niño para que no aparezcan episodios de diarrea.

El 34.8% afirmó saber preparar el suero casero, pero solo 25.8% lo hace correctamente. Al evaluar las prácticas, el 87.8% adopta medidas adecuadas sobre el manejo de la enfermedad, puesto que se apegan a las recomendaciones generales.

A pesar que las personas poseen conocimientos sobre la EDA, estos deberían ser reforzados de alguna manera para que sean de mayor calidad y validez teniendo a favor que la mayoría posee una actitud favorable lo que conlleva adecuadas practicas relacionándose directamente lo antes mencionado con el nivel académico de las personas.

El personal de salud debe hacer hincapié en mejorar la calidad y la forma en que se brinda la información para poder reducir de esta manera la prolongación de los cuadros, la deshidratación de estos pacientes, y por ende la mortalidad de esta patología.



## **Capítulo I: Generalidades**

## **1.1. Introducción**

La diarrea aguda constituye la segunda causa de muerte en el mundo, después de las enfermedades cardiovasculares congénitas. Son la principal causa de morbilidad y mortalidad de menores de 5 años en los países en desarrollo, y un factor importante de desnutrición. En todo el mundo se producen unos 1,700 millones de casos de enfermedades diarreicas cada año (OMS, Enfermedades diarreicas, 2013). Para el 2008 la mortalidad mundial por diarrea en la población se estimó en 1,87 millones, lo que supone aproximadamente el 19% de la mortalidad total en la niñez. (Cardonnet, 2015).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 90% de episodios de diarrea se producen en niños menores de cinco años en países en desarrollo y las muertes por diarrea aguda, están relacionados, en el 50-70% de los casos con deshidratación (Salud, 2014). Además de la mortalidad, la diarrea determina defectos en el desarrollo, que comprometen su integridad y capacidad defensiva. (OMS, Snation water, 2014)

En los años 2011-2012 en nuestro país la prevalencia de la diarrea fue de 15.4% teniendo un aumento en comparación con el 2006 que fue de 15.1%, de estos un 65.4% recibieron sales de rehidratación oral en 2011/2012 y un 62.1% en 2006 (ENDESA, Octubre, 2013) lo que indica que todavía existe un alto grupo de población que conocen poco o casi nada sobre la diarrea y sus complicaciones más frecuentes y peligrosas, las cuales son la deshidratación por la pérdida exagerada de líquidos y la desnutrición por la disminución del apetito y aumento de las necesidades de alimento.

Muchos de los casos atendidos en las unidades de salud de nuestro país, llegan con grados severos de deshidratación, causando como consecuencia muerte en los niños y niñas, por lo que es oportuno determinar las debilidades de conocimientos, actitudes y prácticas de la población sobre esta enfermedad, e incidir a través de estrategias educativas dirigidas a fortalecer las debilidades encontradas en cuanto a Promoción y Prevención a través de campañas educativas mejorando la calidad de vida de principalmente de la población infantil. (Anonimo, 2006)

## **1.2. Antecedentes**

Se ha realizado muchos estudios sobre la Enfermedad Diarreica Aguda entre los cuales podemos mencionar los siguientes:

### **A nivel de las Américas**

**Alarco J. & col (2013)** *“Conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención en un asentamiento humano de la Provincia de Ica, Perú”*. En el cual se obtuvieron los siguientes resultados: Se entrevistaron a 82 madres, el promedio de edad fue de 29 años (con una mínima de 15 y una máxima de 49). El 58,5% de las madres fueron convivientes, el 73,1% solo se dedicaban a los quehaceres domésticos (ama de casa), alrededor del 7% tenían estudios superiores culminados y solo el 6% de las viviendas contaban con el servicio de desagüe. Sobre los conocimientos y prevención de la diarrea, el 76% conoció el significado de la palabra diarrea, el 53% creyeron que los parásitos son la principal causa, el 53% prefirió usar el suero de rehidratación oral (SRO) como principal medida de tratamiento, aunque un 23% admitió que le daría antibióticos, el 67% acudiría al centro de salud, mientras que un 24% lo haría al curandero (Alarco J. A., Mayo 2013).

**Ferreira & col (2013)**, *“Diarreas agudas y prácticas de alimentación en niños menores de 5 años en México”*, Cuernavaca, México: donde se evidenció que solamente 42% de los padres o cuidadores administraba sales de rehidratación oral y 33% brindaron menos cantidad de alimentos a los niños durante los episodios diarreicos, entre otros resultados del trabajo, en lo cual hacen referencia en sus conclusiones de que es necesario el conocimiento sobre medidas de prevención, los riesgos y las prácticas de auto cuidado durante las EDA en el menor de 5 años (Ferreira, Mongua, & Díaz, 2013).

**Lampeira P., & Acosta D (2013)** *“Conocimientos y prácticas sobre enfermedad diarreica e infección respiratoria aguda de las madres asistentes a una institución de salud”*, Colombia: con una muestra de 114 madres, a las cuales se entrevistó obteniendo como resultados 100% de ellas no conoce la importancia de las sales de hidratación oral, 47.3% administran arroz tostado y 24.5 % suspenden la administración de leche y 66% de

las madres administran remedios caseros esperando que el niño mejore, ya que el conocimiento de los signos de peligro es bajo (Lampeira & Slazar, 2013)

**Vásquez, L., & col (2014) “Conocimientos sobre hidratación oral por las madres de pacientes de 5 años de vida con enfermedad diarreica aguda” República Dominicana:** La mayoría de las madres conocía las implicancias sobre la salud de su hijo de la enfermedad diarreica aguda, y conocía la importancia de mantener una hidratación adecuada durante el mismo. Se evidenció que un porcentaje de la población, desconocía la preparación y viabilidad del suero de rehidratación oral (SRO), y se evidenció el uso de otro tipo de bebidas no adecuadas durante el episodio de diarrea aguda. (Bebidas hidratantes comerciales y carbonatadas) como terapia de hidratación durante la diarrea, por lo que se identificó que se hace necesario una mayor información y capacitación a las madres acerca de la manera de rehidratar a sus hijos con diarrea aguda: (Vasquez & Segra, 2014)

**García, L., & col (2014) “Creencias culturales de madres de niños menores de cinco años sobre enfermedades diarreicas en el caserío de San Pedro de Sasape-Illimo” Perú:** En el estudio se describen las creencias de las madres de niños menores de cinco años sobre el tratamiento de la enfermedad diarreicas, se hacen referencia las dos categorías emergentes: poder de la transmisión de las creencias para el cuidado del niño con diarrea e identificando las causas de las diarreas: Higiene inadecuada. En la primera categoría poder de la transmisión de las creencias para el cuidado del niño con diarrea, se pudo verificar que las madres aun practican las creencias transmitidas por sus padres en la curación de diversas enfermedades en este caso, en las enfermedades diarreicas en sus niños menores de cinco años, Recurriendo a la medicina natural y tradicional, las madres refieren que en primer lugar tratan al niño en su hogar, con tratamientos caseros, como preparar hiervas a base de plantas medicinales, la panetela, las infusiones de flor de overo, llantén y otras remedios caseros que ellas utilizan, son permitidos porque ayudan a cortar la diarrea, Medicina tradicional , las madres refieren que para tratar la diarrea realizaban a su niño las siguientes creencias como sentarlo en el ladrillo caliente sobre un trapo negro, o si no llevarlo donde una curandera (o) donde le pasaba en huevo por su cuerpo rezándole. Teniendo como base los relatos de las madres de familia, la segunda categoría obtenida en el estudio está referida , identificando las causas de las diarreas: higiene inadecuada, se observó que los testimonios que nos

brindaron las madres creen y atribuyen las enfermedades diarreicas, principalmente el ambiente en el que habitan los niños, al permitir que los niños jueguen con objetos sucios que encuentran en su alrededor y estos estén contaminados , o no haberlos alimentado bien (lactancia materna y frutas). (García & Morillos, 2014)

#### **A nivel nacional**

**López S. (2008) “Conocimiento, actitudes y prácticas adoptadas por las madres de los niños menores de 5 años ingresados al servicio de gastroenterología del Hospital Fernando Vélez Páiz en noviembre 2008” Managua, Nicaragua:** De manera general se encontró que la mayoría de las madres tenían buen conocimiento sobre la diarrea, sin embargo, al valorar áreas por separadas se encontró que existe falta de conocimiento en el manejo de la alimentación del niño durante la diarrea. La mayoría de las madres encontramos que tiene una buena actitud en relación del manejo de la diarrea en el hogar, seguido de una muy buena actitud, además que de manera general más madres tienen buenas prácticas en el manejo de la diarrea, sin embargo, al valorar las prácticas que tienen sobre la alimentación del niño durante la diarrea existe deficiencia. La fuente de donde mayormente obtuvo información la madre acerca de la diarrea fue a través del personal de salud. (V, Noviembre 2008)

**Herrera J.M. & López W.V (2010) “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la enfermedad diarreica aguda de las madres de niños menores de un año, Comarca el Pochote, Comalapa, Chontales. Febrero-Abril 2009” Comalapa, Chontales:** Se encontró, que el nivel de conocimiento alcanzado fue malo en el 78%, la actitud fue desfavorable en el 87% y la práctica fue inadecuada en el 70%, por tanto, el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas fue encontrado deficiente. (Herrera & López, 2010)

**Marx J. & Flores C (2011) “Conocimientos, actitudes y prácticas adoptadas por los tutores de niños menores de cinco años con síndrome diarreico agudo que acuden a consulta al Centro de Salud Pedro Araúz Palacios durante el período de Septiembre- Noviembre 2011” Diriomo, Granada:** encontrándose que el 88% de los tutores eran del sexo femenino, amas de casa 75.4%, el 35.9% de la población encuestada tenía entre 25 y 29 años de edad, el 44.5% vivían en unión libre y el 65.8% procedían del casco urbano. Así también, la edad que prevalecía en los niños era de 4-5 años con 26.5% seguido del grupo de

1 -2 años. Se encontró que la mayoría de tutores tenía un buen conocimiento sobre la diarrea, sin embargo, al valorar las diferentes aéreas de conocimiento se encontró que existe falta de conocimiento en cuanto a las generalidades (definición, etiología y tratamiento). Presentaron buena actitud en relación al manejo, sin embargo, no tienen buenas prácticas, resultando mayor deficiencia con respecto a la alimentación adecuada del niño durante la enfermedad. (Marx & Flores, 2011)

**Sevilla S.Y (2013) “Etiología de la diarrea aguda, en niños que acuden al servicio de emergencia del Hospital Fernando Vález Páiz, diciembre 2012 a enero 2013” Managua, Nicaragua:** encontrando que la causalidad de la diarrea es variada, los agentes predominantes son los parasitarios (*Blastocytis hominis*) y se encontró una asociación de diferentes protozoos. Las bacterias del tipo *Kliebsiella pneumoniae* es uno de los principales agentes etiológicos. Se aisló *Salmonella* en uno de los casos. Aunque los esquemas de vacunas estén completos en la mayoría de los pacientes, la prevalencia de enfermedad por el Rotavirus es importante, teniendo una distribución simétrica entre los lactantes y niños con edades entre uno y cuatro años. En cuanto a edad, la diarrea aguda fue más frecuentes en lactantes y niños de uno a cuatro años de edad. Los que presentaron como principal sintomatología fiebre, pujo y dolor abdominal. Entre los grados de deshidratación presentaron principalmente deshidratación leve y moderada. (Sevilla, 2013)

### **1.3. Justificación**

La Enfermedad Diarreica Aguda, es una de las principales patologías que afectan a los niños menores de 5 años, de la cual no se ha logrado disminuir su incidencia, pero si sus complicaciones según datos del ministerio de salud con respecto a los años 2017-2018 reflejado en su sala de situaciones, por lo que es oportuno conocer el grado de información que posee la población en general acerca de esta patología, en lo que destaca la herencia sociocultural de nuestra población especialmente en lo que respecta al tratamiento que se le brinda al niño que presenta un cuadro diarreico. (ENDESA, Octubre, 2013)

Así pues, al obtener esta información se pueden elaborar estrategias que permitan educación en salud para la prevención, promoción y atención de la enfermedad diarreica aguda en los diferentes niveles de atención en salud y comunitarios, reduciendo de esta manera la prolongación de los cuadros, la deshidratación de estos pacientes, y por ende la mortalidad de esta patología.

#### **1.4.Planteamiento del problema**

La diarrea aguda constituye una de las principales patologías encontradas en la práctica médica además de ser la segunda causa de muerte en el mundo, principalmente en estratos sociales más bajos o en cuyas condiciones de salubridad no son las más óptimas, uno de los barrios que reúne esta característica en nuestro lugar de estudio es el barrio Tomás Martínez por lo que nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre enfermedad diarreica aguda en habitantes del barrio Tomás Martínez, Nagarote de marzo – abril, 2017?



## **1.5.Objetivos**

### **1.5.1. Objetivo General**

Determinar conocimientos, actitudes y prácticas sobre enfermedad diarreica aguda en habitantes del barrio Tomás Martínez, Nagarote de marzo – abril, 2017

### **1.5.2. Objetivos específicos**

1. Caracterizar socio demográficamente a la población en estudio.
2. Describir los conocimientos sobre la enfermedad diarreica aguda que posee la población en estudio.
3. Conocer las actitudes de la población en estudio ante un episodio de diarrea.
4. Identificar las prácticas de la población en estudio ante la enfermedad diarreica aguda.

## **1.6.Marco teórico**

### **1.6.1. Concepto de Enfermedad diarreica aguda**

La Diarrea aguda se define como una disminución de la consistencia de las heces (blandas o líquidas) y/o un aumento en la frecuencia de las evacuaciones, con o sin fiebre o vómitos. La diarrea aguda suele durar menos de 7 días y no más de 14 días. En los primeros meses de la vida, un cambio en la consistencia de las heces es más indicativo de diarrea que el número de deposiciones. Cuando el episodio persiste por más de 14 días se denomina persistente. (AIEPI, 2018)

La diarrea es una enfermedad muy frecuente en los niños y niñas menores de 5 años; siendo la deshidratación (pérdida abundante de líquido) y la disentería (sangre en las heces) las principales causas de muerte si no se tratan a tiempo (Nicaragua, 2010).

La EDA puede ocurrir a cualquier edad, pero son los lactantes y niños menores de cinco años los más predispuestos a desarrollar la enfermedad y a presentar complicaciones como sepsis, deshidratación y muerte.

### **1.6.2. Epidemiología**

Las enfermedades diarreicas agudas afectan a todos los grupos de edad, pero los más afectados son los niños menores de 5 años, específicamente en zonas con condiciones de pobreza. En la región de las Américas, las enfermedades diarreicas se encuentran entre las cinco primeras causas de muerte en todas las edades en 17 países. (Essalud, 2012)

Según la OMS se estima que 1,8 millones de personas mueren cada año en el mundo debido a enfermedades diarreicas (incluido el cólera), 90% de esas personas son niños menores de cinco años, principalmente procedentes de países en desarrollo. Se considera que el 88% de las enfermedades diarreicas son producto de un abastecimiento de agua insalubre, y de un saneamiento y una higiene deficientes, si se corrigieran estos factores, habría una reducción entre 21% y 32% de la morbilidad por diarrea; además de las medidas de higiene, la educación sobre el tema y la insistencia en el hábito de lavarse las manos pueden reducir el número de casos de diarrea en hasta 45 %. (OMS, Snation water, 2014)

En Nicaragua para la semana epidemiológica número 22 del 2014 se habían notificado 4513 casos x 10000 habitantes, presentando en relación al 2013 (4449 casos x 10000habitantes) un aumento de 64 casos, pero con una tasa acumulada menor a la presentada durante el 2013, los departamentos se vieron aun aumento del número de casos fueron Bilwi (5074), R.A.A.S.(4133), Managua (41,695), Estelí (5177), Masaya (7290), Carazo (4124) y chontales (3576), pero aun aumentando la cantidad de casos respecto al año

2013 el país presenta una baja tasa de casos en relación a años anteriores . (MINSA, Situación epidemiológica, semana 22, 2014)

### **1.6.3 Etiología**

Virales: Rotavirus, Norovirus GI, Astrovirus, Calicivirus

Bacterianas: E. Coli, Shigella spp, Salmonella enterica ssp, Campylobacter sp, Vibrio cholerae

Parasitarias: Cryptosporidium spp, Giardia lamblia, Entamoeba Histolytica

Alimentarias

Alergias a la proteína de la leche vaca

### **1.6.4 Factores de riesgo**

Prematurez y el peso bajo al nacer

El niño no alimentado con lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de edad

Uso del biberón o Desnutrición

Uso y abuso de antibióticos

Uso de laxantes y purgantes

Falta de vacunaciones específicamente contra el rotavirus y el sarampión

Enfermedades por déficit inmunológico (enfermedades respiratorias previas)

Agua no segura para el consumo humano

Disposición inadecuada de las aguas residuales y basura

Falta de higiene en la preparación y conservación de los alimentos y de lavado de manos

Antecedentes de diarrea en la familia y la comunidad

Socioeconómicos: Madres adolescentes, nivel de escolaridad bajo, hacinamiento, animales dentro de la casa, fecalismo al aire libre.

### **1.6.5 Clasificación de la diarrea**

Por el tiempo de duración y forma de presentación:

Diarrea aguda: menor de 14 días

Diarrea persistente: mayor de 14 días.

Continua: No se detiene en el tiempo

Intermitente

Recurrente

Persistente severa

Disentería: presencia de sangre en las heces

Diarrea asociada al uso de antibióticos

Por el grado de deshidratación:

Durante la diarrea hay una mayor pérdida de agua y de electrolitos (sodio, potasio y bicarbonato) en las heces líquidas. También se pierden agua y electrolitos a través del vómito, el sudor, la orina y la respiración. La deshidratación ocurre cuando estas pérdidas no se reemplazan adecuadamente y se produce un déficit de agua y electrolitos.

El grado de deshidratación se clasifica según los signos y síntomas que reflejan la cantidad de líquido perdido:

Deshidratación severa: Uno de los siguientes signos:

Letargia o inconsciencia

Incapacidad para beber o bebe mal

Pliegue cutáneo se regresa muy lentamente (más de 5 segundos)

Algún grado de deshidratación: Dos de los siguientes signos:

Bebe con avidez, sediento

Inquieto, irritable

Ojos hundidos

Pliegue cutáneo se regresa lentamente (3-5 segundos)

Sin deshidratación: No hay suficientes signos para clasificar la deshidratación

### **1.6.6 Diagnóstico**

Manifestaciones clínicas

Sobre el episodio diarreico anterior

El inicio y frecuencia de las deposiciones (3 o más en 24 horas)

Características de las evacuaciones (liquidas o acuosas y la consistencia)

Presencia de sangre en las heces

Presencia de vómitos

Fiebre

Dolor abdominal, Presencia de Pujo, tenesmo

Alteraciones en el estado de conciencia y/o presencia de convulsiones

Evalúe

Presencia de signos de peligro

Signos de deshidratación

Investigar si hay signos de complicación abdominal como: presencia de masas palpables en abdomen, abolición o disminución de la peristalsis intestinal o distensión abdominal

Presencia de otras patologías: otitis, neumonía, infección de vías urinarias entre otras.

Alteraciones en el patrón respiratorio

Signos de shock hipovolémico: taquicardia, hipotensión arterial, llenado capilar lento mayor de 2 segundos, frialdad distal

### **Exámenes de laboratorio**

En diarrea aguda no es necesaria la utilización de ningún examen de escrutinio.

La citología fecal no tiene utilidad clínica. La presencia de leucocitos en las heces refleja una respuesta inflamatoria que no está relacionada a la etiología y no debe modificar la conducta terapéutica. En niños amamantados la presencia de leucocitos en las heces es completamente normal.

La intolerancia a la lactosa y a otros alimentos forma parte de la enfermedad diarreica aguda, es temporal y transitoria, no necesita ningún estudio ni ningún cambio terapéutico salvo en la diarrea prolongada.

El niño menor de 2 meses alimentado exclusivamente al pecho materno tiene defecaciones más frecuentes, más fluidas, con pH alrededor de 5 y pueden tener presencia de azúcares

reductores sin que signifique intolerancia a la lactosa por lo tanto no requiere ningún estudio y de ninguna manera debe interrumpirse la lactancia materna.

En los casos necesarios que requieren investigar una complicación u otra patología asociada, cualquier estudio deben ser indicado cuando el paciente se encuentre estable e hidratado.

Coprocultivo: solo está indicado para fines epidemiológicos.

### **Criterios de hospitalización**

Presencia de signos generales de peligro

Fracaso de la terapia de rehidratación oral

Deshidratación severa o datos de shock hipovolémico

Reingreso por deshidratación

Diarrea persistente severa

Sospecha de complicación médica o quirúrgica

Desnutrición severa

Presencia de sangre en las heces en el lactante menor de 2 meses

Síndrome hemolítico urémico

### **1.6.7 Tratamiento**

A través de la estrategia AIEPI Hospitalario (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia), se han establecido reglas de prevención y manejo de la diarrea, en busca de un tratamiento oportuno y adecuado de acuerdo al grado de deshidratación a partir de los signos presentes en el menor, clasificándolo en tres planes de manejo (V, Noviembre 2008), de los cuales el que se debe implementar en el hogar es el siguiente:

#### **Plan A: Tratar la diarrea en casa**

Enseñarle a la madre las cuatro reglas del tratamiento en casa: dar más líquido, administrar suplemento de zinc, continuar alimentándolo y cuando regresar. (V, Noviembre 2008)

Darle más líquido: (todo lo que el niño acepte). Instrucciones a la madre:

Darle el pecho con frecuencia, durante más tiempo cada vez.

Si el niño es menor de 6 meses dar la leche materna y SRO.

Si es de 6 meses o más, además de la leche materna, dar líquidos habituales, incluyendo SRO, agua de coco, arroz, atoles sin azúcar y agua limpia.

### **Como preparar el Suero Casero**

Lavarse las manos con agua y jabón.

Hervir un litro de agua y dejar enfriar, agregar 8 cucharaditas de azúcar y 1 cucharada de sal, el jugo de 1 limón o una naranja, si tiene bicarbonato disolver  $\frac{1}{4}$  de cucharadita y revolver con una cuchara limpia.

Administrarle al niño por cucharada o por gotero o taza después de cada diarrea o cuando el niño este con sed.

Tener en cuenta que la preparación solo dura 24 horas.

Siempre importante dar SRO en el hogar cuando:

Si el niño en consulta recibió algún plan ya sea B o C

Si el niño (a) no puede acudir a la unidad de salud o si la diarrea empeora.

Enseñar a la madre a preparar y dar SRO en el hogar.

Mostrar a la madre la cantidad de líquidos que debe darle en casa, además de los líquidos que le da habitualmente.

Menor de 2 años (50 – 100) ml después de cada evacuación.

Mayor de 2 años (100 – 200) ml después de cada evacuación.

Darle las siguientes instrucciones a la madre:

Administrar frecuentemente pequeños sorbos de líquido con una taza, vaso o cuchara.

Si vomita, esperar 10 minutos y después continuar, pero más lentamente.

No dar antieméticos, antidiarreicos, ni antibióticos.

No dar medicamentos laxantes o sustancias purgantes.

Continuar dando más líquido hasta que la diarrea pare.

Dar sulfato de Zinc: si el niño es menor de 6 meses, 10 mg PO diario por 14 días y si es mayor de 6 meses, 20 mg PO diario por 14 días.

Dar suficientes alimentos para prevenir desnutrición

Continuar la lactancia materna, si no mama continuar la leche usual, en niños menores de 6 meses que no reciben alimentos sólidos, dar más leche de la cantidad de tolerancia.

En los mayores de 6 meses y que reciban alimentos sólidos, siempre continuar alimentándolos y agregar siempre una cucharadita de aceite vegetal.

Jugo de frutas frescas, banano, agua de coco para proveer potasio.

Alimentos frescos recién preparados en puré y molidos.

Estimular al paciente a comer ofreciéndole 6 veces al día. Cuando el cuadro diarreico finalice, administrar una comida extra hasta alcanzar el peso adecuado.

Recomendaciones del plan A:

Si aún amamanta debe seguir lactando con mayor frecuencia.

Darle alimento nutritivo en porciones pequeñas y con mayor frecuencia.

Suminístrele más líquidos

Los niños destetados podrían recibir leche, cereales, carbohidratos complejos (arroz, papa, etc.)

Se deben evitar comidas con alto contenido de grasa, fibras y azúcares simple como son los jugos de frutas.

No administrar bebidas de hidratación para deportistas.

Informar sobre medidas de higiene.

Después de cada deposición acuosa debe tomar suero de rehidratación oral: o Si es menor de 2 años de 1/4 a 1/2 taza. ó Si es mayor de 2 años de 1/2 a 1 taza.

Si el niño vomita esperar 10 minutos y luego seguir dándole líquidos con mayor lentitud, una cucharita cada 5 minutos, y reiniciar cuando deje de vomitar. (V, Noviembre 2008)

### **Signos de alarma durante el tratamiento con el plan A**

La madre debe ser orientada para observar los signos y síntomas en su niño. Se debe decir a la madre que siga brindando S.R.O. (Sales de Rehidratación Oral) al niño por cada deposición líquida mediante pequeños sorbos con una taza ó cucharita hasta que la diarrea pare. Llevar al paciente a cualquier unidad de salud si no mejora después de 2 días y si presenta cualquiera de los siguientes síntomas: (MINSA, AIEPI Hospitalario, 2009)

Muchas evacuaciones intestinales líquidas.

Vómitos a repetición.

Sed intensa, come o bebe poco.



Fiebre.

Continúa con fiebre por 2 – 3 días más.

Vómitos a repetición.

Presenta sangre en las heces.

Tiene sed intensa.

### **Prácticas populares para el manejo de la diarrea**

Si bien las enfermedades comenzaron con el hombre, en cierto sentido estas son parte indeseable de las sociedades humanas y en todos los tiempos y lugares, las enfermedades han generado alguna forma de repuesta dirigida a interpretar, controlar, prevenir, tratar o reparar el daño, la lesión y la muerte. (Tellez & Araica, 2003)

Desde los tiempos primitivos el hombre trato de explicarse al mundo, sobre los fenómenos de la naturaleza, salud y enfermedad; al no poder encontrar, debido a las propias limitaciones de la vida, respuesta técnicas, a estas interrogantes, recurrió a lo sobre natural. Lo cual se le dió la explicación mágica y posteriormente la religiosas.

Los agentes de la salud de la medicina tradicional desde la colonia se clasificaban: hechiceros, comadronas, curanderos, barberos, ensalmadores, herbolarios y botánicos, boticarios y médicos religiosos. Que le atribuían sus enfermedades a factores (Tellez & Araica, 2003):

Factores sobrenaturales:

Animismo

Magia

Religión

Factores naturales:

Condiciones socio- económicas

Condiciones ambientales:

Frio y calor

Fases lunares

Contagio o transmisión

Otras condiciones:

Ira o coraje

Consumo de bebidas alcohólicas

Penas y sufrimientos

Mal comportamientos

Mal de ojo

Empacho

El moto

### **Tratamientos con plantas para las diarreas (Tellez & Araica, 2003)**

Diarrea líquida:

Manzanilla: 9 manojos, flores y todo. Échele ½ litro de agua hirviendo encima, tápelo, delejo reposar, cuélelo y déselo al niño en cucharaditas reponiendo líquido perdido.

Llantén: tome una plantita mediana o tres hojas grandes, lávelas bien échele ½ litro de agua hirviendo encima, tápelo, delejo reposar, cuélelo y déselo al niño en cucharaditas.

Pepermin: agarre un manajo de hojas, échele ½ litro de agua hirviendo encima, tápelo, delejo reposar, cuélelo y déselo al niño en cucharaditas, ½ taza 5 veces al día.

Para el empacho.

Manzanilla: 9 manojos, flores y todo. Échele ½ litro de agua hirviendo encima, tápelo, déjelo reposar, cuélelo y déselo al niño ½ taza 5 veces al día.

Eneldo: Agarre una cucharada de las semillas, macháquelas bien, échele una taza de agua hirviendo encima. Déjelo reposar, cuélelo y dele al niño media taza en cucharaditas 5 veces al día.

Para el mal de ojo:

Rociado con ruda o albahaca: se cogen 3 cogollas de ruda o 3 de albahaca, se los mete usted en la boca se mastican con una cucharada de guaro, se le quita la ropita al niño y se le da una rociada y luego se envuelve al niño en una sábana.

Hierbabuena: 2-3 hojas en un jarro de agua hirviendo para la diarrea, empacho o indigestión.

Linaza: el cocimiento de una cucharada llena de semillas de linaza retostadas en una botella de agua es remedio para la diarrea, disentería y vómitos.

Por otro lado las comunidades misquitas del Río Coco. La Dra. Cunningham recopiló compuestos utilizados en esta región (Tellez & Araica, 2003):

Limón y yuca rayada con leche y tomar media cucharada diario.

Hoja de culantro y escoba lisa, tomar 2 veces al día.

Cogollo de guayaba y mango, 2 cucharadas 3 veces al día.

Cáscara de mango y hoja de marañón 1 vez al día por 3 días.

Hervir en agua, cáscara de guayaba y coco tierno, tomar 2 veces al día.

Carao tomar o chupar 2 o 3 veces al día.

## **Capítulo II: Diseño metodológico**

## 2.1. Tipo de Estudio

El estudio es descriptivo y según la secuencia del estudio es de corte transversal pues hace una caracterización y descripción de cada una de las variables a estudio en un período de tiempo previamente establecido.

## 2.2. Área de estudio

El estudio se llevó a cabo en el Barrio Tomás Martínez de la ciudad de Nagarote, departamento de León, el cual se encuentra ubicado en el área suroeste del municipio perteneciente al sector 1 cuenta con una población total de 936 personas, alojadas en 213 casas de los cuales el 8.4 % son niños menores de 5 años, los cuales viven en condiciones de pobreza y cuyos padres no han terminado sus estudios secundarios en su mayoría.

## 2.3. Universo

Habitantes del Barrio Thomas mayores de 18 años ,696.

## 2.4. Muestra

### 2.4.1. Tamaño de la Muestra

Se calculó haciendo uso de la fórmula para poblaciones menores de 10,000 habitantes

$$n = \frac{(z \alpha^2)(p \cdot q)(N)}{e^2(N - 1) + (z\alpha^2)(p \cdot q)}$$

### 2.4.2. Tipo de Muestreo

Con el resultado de 74 personas, las cuales fueron elegidas por muestreo probabilístico sistemático, puesto que el barrio se distribuye en 5 andenes, se decide enumerar las casas y cada dos se elige la casa que encuestada.

### 2.4.3. Criterios de Inclusión y Exclusión

#### Criterios de Inclusión

- Desear participar en el estudio.

- Habitantes con niños menores de 5 años.
- Adultos que participen activamente en la atención de los niños cuando estos enferman.

### **Criterios de Exclusión**

- No desear participar en el estudio.
- Que ninguno de sus niños haya presentado algún cuadro diarreico.
- Adultos que no participe en la atención de los niños cuando enferman.

### **2.5. Técnicas y procesamiento de la información**

Para recopilar la información se utilizó una encuesta específicamente elaborada para obtener los datos de las variables en estudio, la cual consta de:

Para el objetivo 1, 10 preguntas cerradas y 2 abiertas para un total de 12 preguntas, Objetivo 2, 14 preguntas cerradas, y 1 semiabierta para un total de 15 preguntas, Objetivo 3, un total de 5 preguntas cerradas, Objetivo 4, 7 preguntas cerradas y 1 semiabierta para un total de 8 preguntas. Por lo que la encuesta está formada por 40 preguntas.

La encuesta fue administrada por los investigadores a los sujetos del estudio.

Los datos obtenidos de la encuesta fueron introducidos en el programa IBM SPSS Statistics 20, mediante el cual se obtuvo las medidas de tendencia central junto a las tablas y gráficos que luego se modificaron en el programa de cálculo Microsoft Office Excel 2010, para ser posteriormente utilizados en el análisis y presentación de los resultados. El informe final se realizó en el procesador de texto Microsoft Office Word 2010.

Para análisis de las respuestas obtenidas en la encuesta se le asignó los siguientes valores:

Para valorar las preguntas de conocimientos sobre el manejo de la EDA se califica de un punto para cada respuesta correcta y cero si la respuesta era incorrecta o no respondió, para un total de 15 puntos.

- Bueno: 15-11
- Regular: 10-5
- Malo  $\leq 4$

Para analizar la actitud se utilizó la escala de Likert, en la cual se construyeron 5 preguntas, las personas respondieron de acuerdo al grado de aceptación.

A mayor acercamiento de la respuesta correcta para cada proposición, se le dio mayor puntuación de 0-4 puntos, por lo tanto en las proposiciones 1, 2, 5, 7, 8, 9, 10, 11 la respuesta correcta es totalmente de acuerdo (TA). Para las proposiciones 3, 4, 6, 12, 13 la respuesta correcta es en desacuerdo (ED), luego se clasifica según sumatoria total de puntos en dos categorías:

1. Favorable: 26-52 puntos
2. Desfavorable: 0-25 puntos

Para valorar las preguntas de prácticas sobre el manejo de la EDA se califica de un punto para cada respuesta correcta y cero si la respuesta era incorrecta o no respondió, para un total de 8 puntos.

1. Adecuada: 9-15 puntos
2. Inadecuada: 0-8 puntos

## **2.6. Plan de análisis**

La información obtenida se resumió en tablas de frecuencias simple distribuyéndose en número y porcentajes para los siguientes:

1. Características socio demográficas de la población en estudio
2. Religión
3. Ocupación
4. Habitantes del hogar
5. Características de la vivienda
6. Conocimientos sobre EDA

7. Actitudes sobre EDA.
8. Prácticas sobre EDA.

Se realizó el siguiente entrecruzado de variables:

1. Características socio demográficas versus el conocimientos.
2. Características socio demográficos versus la actitudes.
3. Características socio demográficos versus la prácticas.
4. Conocimiento versus actitud.
5. Conocimientos versus prácticas.
6. Actitudes versus práctica.

## **2.7. Enunciado de variables por objetivos**

Objetivo No 1: Caracterizar socio demográficamente y de las viviendas de la población en estudio.

1. Características sociodemográficas
2. Religión
3. Ocupación
4. Habitantes del hogar
5. Estructura de la vivienda
6. Fuente de abastecimiento de agua
7. Sistema de eliminación de excreta

Objetivo 2: Describir los conocimientos sobre la Enfermedad Diarreica Aguda que posee la población en estudio.

Conocimientos sobre Diarrea

Objetivo 3: Conocer las actitudes de la población en estudio ante un episodio de diarrea.

Actitudes sobre la EDA

Objetivo 4: Prácticas del tratamiento en el hogar

Prácticas sobre EDA



## 2.8. Operacionalización de variables

Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Valor
Características sociodemográficas	Es el tiempo que una persona ha vivido a partir de su nacimiento	Edad	Años cumplidos	15-24 25-34 35-44 45-54 >54
	Son características que diferencian al hombre y mujer	Sexo	Fenotipo	Masculino Femenino
	Localidad donde habita un individuo.	Procedencia	Zona	Rural Urbano
	Relación en que se encuentra una persona en relación a la sociedad de acuerdo a las leyes.	Estado civil	Tipo de relación marital	Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/o Unión libre
	Es el grado de instrucción académica que una persona ha recibido	Escolaridad	Nivel académico	Analfabeto/a Primaria Secundaria Técnica superior Universitaria
Religión	Vínculo entre el hombre y Dios, de acuerdo a las creencias de cada persona		Creencias	Ninguna Católico Evangélico Pentecostés Mormón Testigos de Jehová Otros
Ocupación	Trabajo, oficio u actividad a la que se dedica una persona		Tipo de Oficio	Desempleado Ama de Casa Otro
Habitantes del hogar	Cantidad de personas que habitan en la vivienda		No. de personas	3 4 5 >5

Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Valor
Características de la vivienda	Corresponde a los materiales de los cuales están hechos el piso y techo, también incluye abastecimiento de agua y eliminación de excretas.	Piso	Tipo de material	Tierra Embaldosado Ladrillo Cerámica
		Techo	Tipo de material	Teja Nicalí Zinc
		Fuente de abastecimiento de agua	Tipo de abastecimiento de agua.	Pozo domiciliar Pozo comunitarios Conectado a ENACAL
		Sistema de eliminación de excretas	Deposición de excretas	Aire libre Letrina Inodoro
Conocimiento sobre EDA	Son aquellos aspectos teóricos que poseen los encuestados relacionados a la enfermedad	-	Saberes sobre diarrea	Bueno Regular Malo
Actitud sobre EDA	Forma en la que actúa un individuo ante un evento	-	Tipo conducta	Favorable Desfavorable
Prácticas sobre EDA	Acción realizadas por las personas relacionadas al manejo de la EDA	-	Tipos de Prácticas	Adecuadas Inadecuadas

## 2.9. Consideraciones éticas

Para llevar a cabo esta investigación, a las personas participantes se les explicó, los fines de la misma, que los datos obtenidos únicamente serán empleados en el estudio y que la información personal de los mismos no va a ser divulgado.

## **Principios médicos para las investigaciones médicas en humanos**

### Principios Generales

El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir (estudios en seres humanos métodos, procedimientos y tratamientos).

Sujetarse a normas éticas Nacionales e Internacionales

Confidencialidad

Se debe asegurar compensación y tratamiento apropiados para las personas que son dañadas durante su participación en la investigación.

### Riesgos, Costos y Beneficios

La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo y los costos para la persona que participa en la investigación.

Evaluar riesgos: Si son más riesgos, decidir: continuar, modificar o suspender proyecto.

### Grupos y personas vulnerables

Más posibilidades de sufrir abusos o daño adicional. Investigación en ellos solo si el grupo se beneficia

### Requisitos científicos y protocolos de investigación

El proyecto y el método de todo deben:

Describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación.

Información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio.

Comités de ética de investigación: El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio.

Privacidad y confidencialidad

Consentimiento informado

El consentimiento debe ser:

Voluntario

El individuo debe conocer: objetivo, riesgos, beneficios y resultados.

Individuo incapaz de dar consentimiento informado, el representante dará una carta de asentimiento.

La negativa del paciente a participar no debe afectar la relación médico-paciente.

Para la investigación sobre material o datos contenidos en biobancos o depósitos similares, el médico debe pedir el consentimiento informado para la recolección, almacenamiento y reutilización.

### **Uso de placebo**

Los pacientes podrán recibir cualquier intervención menos eficaz que la mejor probada, placebo o ninguna intervención solo cuando:

No existe una intervención probada

Cuando por razones metodológicas científicamente sólidas y convincentes, sea necesario para determinar la eficacia y la seguridad de una intervención

No corran riesgos adicionales de daño grave o irreversible como consecuencia de no recibir la mejor intervención probada.

Estipulaciones post ensayo: Antes del ensayo clínico, se debe prever el acceso post ensayo a todos los participantes que todavía necesitan una intervención que ha sido identificada como beneficiosa en el ensayo.

### **Inscripción y publicación de la investigación y difusión de resultados**

Las investigaciones deben ser inscritas en una base de datos disponible al público antes de aceptar a la primera persona.

Los investigadores, autores, auspiciadores, directores y editores todos tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación y difusión de los resultados de su investigación.

Disposición al público de los resultados (negativos, positivos e inconclusos) de su investigación en seres humanos.

En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y conflictos de intereses.

### **Capítulo III: Desarrollo**

### 3.1. Resultados

Los resultados encontrados en esta investigación realizada en el Barrio Tomás Martínez son los siguientes:

En la tabla No. 1 se muestran las características sociodemográficas de la población que participó en el estudio donde se obtuvo que de las 66 personas que conformaban la muestra con respecto a los grupos etarios, 19 personas (25.68%), se encontraban en el rango de 15 a 24 años 31 (41.89%), al grupo de 25 a 34 años 20 (27.03%), al grupo de 35 a 44 años y 4 (5.41%) al grupo de 45 a 54 años, en relación al sexo, 16 personas (21.62 %) correspondían al sexo masculino, 58 personas (78.38%) eran del sexo femenino. Todas las personas encuestadas son de procedencia urbana. Dentro de la muestra 6 personas (8.11%) eran solteras, casados 38 (51.35%), divorciados 1 (1.35%), y en unión libre 29 (39.19%). En relación al nivel académico 1 persona (1.35%) era analfabeta, 10 personas (13.51%) habían culminado la primaria, 45 (60.81%) la secundaria, 7 personas (9.46%) cursaron algún estudio técnico, y 11 (14.86%) completaron educación superior. (Ver Anexo Tabla No 1)

En la tabla No. 2 se muestra las religiones a las que pertenecían 30 personas (40.54%) pertenecían a la religión católica, 25 personas (33.78%) eran evangélicos, pentecostés 9 personas (12.16%), mormón 3 personas (4.05%) y Testigos de Jehová 7 (9.46%). (Ver Anexo Tabla No 2)

Tabla No. 3, encontramos que de las 74 personas encuestadas solo 6 (8.11%) se encontraban en el desempleo, 41 (55.41%) de estas eran amas de casa y 27 personas (36.49%) se dedicaban a otros trabajos. (Ver Anexo Tabla No 3)

En la tabla No.4 encontramos lo siguiente con respecto al número de personas que habitan en las viviendas: en 4 casas habitaban 3 personas (5.41%) de la población estudiada, 32 de estas afirmaron que habitan 4 personas (43.24%) y la mayoría, 27 de estas dijeron que en sus casas habitaban 5 personas (36.49%) y 11 personas (14.86%) afirmaron que vivían más de 5 personas. (Ver Anexo Tabla No 4)

Con respecto a la tabla No. 5, a la infraestructura de las viviendas encontramos en lo siguiente: ninguna tenía piso de tierra, 3 (4.05%) de estas tenían embaldosado, de ladrillo 63 (85.14%) y 8 (10.81%) de cerámica, 1 casa (1.35%) tenía techo de Nicalí, 73 de zinc (98.65%), 69 de las 74 personas (93.24%) tenían acceso a agua potable y solo 5 (6.76%) pozo domiciliar, 57 personas (77.03%) encuestadas afirmaron que el sistema de eliminación de excretas era por medio de letrinas y solo 17 (22.97%) de están tenían inodoro en sus hogares. (Ver Anexo Tabla No 5)

En la tabla No. 6, encontramos que de los encuestados 16 personas (21.62%) tenían buenos conocimientos sobre el manejo de la EDA, 43 personas (58.11%) tenían conocimientos regulares y 15 personas (20.27%) malos conocimientos a como se muestra. (Ver Anexo Tabla No 6)

En la tabla No. 7 observamos los conocimientos que fueron evaluados haciendo uso de la encuesta, en lo cual tenemos que 22 personas (29.73%) poseen un concepto correcto acerca de la diarrea y 52 (70.27%) incorrecto, 65 personas (87.84%) identifican de manera correcta las causas de la diarrea y solo 9 personas (12.16%) no lo hacen de manera correcta, 54 personas (72.97%) saben cuándo acudir a una unidad de salud y 20 (27.03%) no, Todos los encuestados conocen los signos de alarma (100%), 56 personas (75.68%) saben que la diarrea puede causar la muerte el restante 18 (24.32%) lo ignoran, 34 personas (45.95%) saben que se debe continuar con la lactancia materna durante un proceso diarreico y la gran mayoría que es 40 (54.05%) no saben si continuar con la lactancia materna ,39 (52.70%) que se debe seguir alimentando y 35 ( 47.3%) no lo saben. 26 personas (35.14%) conocen las sales de rehidratación oral y afirmaron poder prepararlo, no obstante solo 20 (27.3%) de estas pueden prepararlo, 19 personas (25.68%) conocen cuanto duran las SRO una vez preparadas y la mayoría no saben la duración de este que equivale a 74.32% con un total de 55 personas, 59 personas (79.73%) afirman la utilidad de las SRO y 15 personas (20.7%) desconocen la utilidad de las SRO, solo 19 personas (25.68%) conocen y saben que es el Sulfato de zinc y 55 (74.32%) desconocían. 36 personas (48.65%) recibieron información en los centros de salud y la mayoría de las personas encuestadas afirmaron que no recibieron información en la unidad de salud 38 (51.35%). (Ver Anexo Tabla No 7)



Según la tabla N°. 8 referentes a las actitudes ante la enfermedad diarreica aguda 45 personas (60.81%) tuvieron una actitud favorable, mientras que 29 personas (39.1%) desfavorable. (Ver Anexo Tabla No 8)

En la Tabla No 9, observamos las actitudes que fueron evaluadas: 28 personas (37.84%) saben cuándo acudir a la unidad de salud, 25 (33.78%) estuvieron en desacuerdo, 13 (17.57%) tuvieron una actitud indiferente y solo 8 de estas (10.81%) estaban en desacuerdo. 30 (40.54%) acata las órdenes del médico, 23 (31.08%) están de acuerdo en seguir las indicaciones, 18 (24.32%) de estos se mostraron indiferentes y solo 3 (4.05%) estaban en desacuerdo, 52 personas (70.27%) encuestadas no están de acuerdo con auto medicar al niño antes de llevarlo al médico, 22 (29.73%) se mostraron indiferentes y estas mismas no están de acuerdo con que hay que esperar que el niño mejore para llevarlo a la unidad de salud, 43 personas (58.11%) piensan que al empeorar el niño hay que llevarlo nuevamente al médico, 29 (39.19%) están de acuerdo, y el resto 2 (2.7%) se mostraron indiferentes. Se encuentran en desacuerdo 42 personas (56.76%) que hay que suspender el medicamento cuando el niño mejora a pesar de no haberlo completado, 13 (17.57%) se encuentra indiferente y 19 (25.68%) se encuentran de acuerdo, solo 21 personas (28.38%), 6 (8.11%) están de acuerdo y 47 (63.51%) estaban en desacuerdo en que hay que asistir a una segunda cita con el médico a pesar de que el niño mejore, 23 personas (31.08%) indican que se debe seguir la lactancia materna, 34 (45.95%) están en de acuerdo, y el 22.3% indiferente y 29 de los encuestados (39.19%) saben que las SRO son importantes porque evita la deshidratación, ninguno se mostró indiferente y solo 5 (6.76%) estaban en desacuerdo. Les gustaría saber más sobre la diarrea a 30 personas (40.54%) este mismo porcentaje afirma que hay que prestar atención a las capacitaciones y/o charlas sobre la diarrea en niños. La gran mayoría de personas 59 (79.73%) indican que están de acuerdo con purgar a los niños para que no les de diarrea y solo 13 (17.57%) afirmaron que estaban de acuerdo y 67 personas (90.54%) de las 74 no están de acuerdo en que las recomendaciones de la vecina, familiares y abuelas sean más importantes que las del personal del centro de salud y el 9.46% que equivale a 7 personas se mostraron indiferentes. (Ver Anexo Tabla No 9)

La tabla N°. 10 referente a las prácticas ante la enfermedad diarreica aguda 64 personas (87.84%) las realizaban de forma adecuada, mientras que 9 personas (12.16%) de forma inadecuada. (Ver Anexo Tabla No 10)

En la Tabla No. 11 observamos las prácticas que fueron evaluadas: 59 personas (79.73%) llevaron al niño al médico presentar diarrea y solo 15 (20.7%) tenían prácticas inadecuadas, el 100% de las personas acatan las indicaciones médicas, consumen agua limpia (hervida, clorada), tapan bien los alimentos, lavan bien las frutas y verduras antes de cocinarlas, saben dónde acudir cuando los niños presenta diarrea. 73 personas (98.65%) afirman cocinar bien los alimentos y solo 1 (1.35%) lo hacía de forma inadecuada , 43 personas (58.11%) continúan alimentándolo durante el cuadro diarreico y 31 (41.89%) no lo hacían , 43 personas (58.11%) le dieron líquidos al niño más de lo habitual y 41.89% (31 personas) suspendieron los alimentos. 67 personas (90.54%) da lactancia materna hasta los 6 meses de vida y 7 (9.46%) no daban lactancia materna . Los 74 (100%) encuestados afirmaron que usan el lavado de manos adecuado para la prevención de la diarrea, sin embargo solo 66 de estas (89.19%) usan agua y jabón para el lavado de manos el restante 10.6% (8 personas) no lo hacen, 34 personas (45.95%) llevan al niño con el médico al tener el primer episodio de diarrea, no obstante 65 personas (87.84%) automedica al niño con diarrea y el 12.16% no lo hace, y 65 personas (87.84%) le da SRO y agua de arroz. (Ver Anexo Tabla No 11)

Tabla No. 12 observamos el cruce entre las variables edad y conocimientos, encontrando lo siguiente: la mayoría de la población tenía conocimientos regulares (58.11%) que equivales a 43 personas, sin embargo los que tuvieron mejores respuestas fueron en el grupo etario de 35 a 44 años (38.08%) equivalentes a 23 personas, no obstante el grupo etario que tenían los peores conocimientos fueron los de 15 a 24 años (6 personas) 4.44 %. (Ver Anexo Tabla No 12)

En la tabla No. 13 encontramos que el 60.81% de la población tuvo una actitud favorable (45 personas) y el 39.19% (29 personas), desglosando lo encontrado, 22 personas (29.73%) del grupo de 15 a 24 tenían actitud favorable, y sólo 1 persona (1.35%) desfavorable. Del grupo de 25 a 34 años , 18 (24.32%) tuvieron una actitud favorable y desfavorable igual que el grupo etario anterior, del grupo de 35 a 44 solo 3 personas (2.70%) tuvieron una actitud

favorable y 2 personas (2.72%) desfavorable , de 45 a más años el 60.81% que equivalen a 2 personas tuvieron una actitud favorable y la gran mayoría de personas de este grupo (29) 39.19% encontramos actitudes desfavorables. (Ver Anexo Tabla No 13)

En la tabla No. 14, se evaluó edad vs prácticas encontrando los siguientes datos: el grupo etario que se encontró con mayor número de prácticas adecuadas fue el de 15 a 34 (18) 24.32%, siguiéndole los grupos de 35 a 44 y de 45 a más correspondiente a 16 personas (21.62%). No obstante, también se encontró que el grupo que tenía mayor practicas inadecuadas fue el de 15 a 24 con 4.05% equivalente a 3 personas, igualmente el de 45 a más, les sigue el grupo de 25 a 34 de los cales 2 persona que equivalen al 2.7% y por último el grupo de 35 a 44 años con el 1.355) 1 persona. (Ver Anexo Tabla No 14)

Tabla No. 15, se comparó nivel académico con conocimientos que poseían los habitantes de la población en estudio, encontrando lo siguiente: solamente 1 persona era analfabeta equivalente al 1.35% no obstante el conocimiento que poseía esta era regular, los que cursaron primaria tenían conocimientos malos y siendo estos 5 personas (6.76%) , el conocimientos de las 32 personas (43.24) que habían cursado secundaria tenían conocimientos regulares , 8 (10.81%) conocimientos buenos y tan solo 4 (5.41%) poseían conocimientos malos, el grupo de cursaron como técnico superior 3 personas cursaron con conocimiento bueno, e igual esta misma cantidad tenían conocimientos regulares y malos. Los universitarios tan solo 5 de estas personas (6.76%) tenían conocimientos regulares y 3 (4.05%) obtuvieron conocimientos buenos y malos. (Ver Anexo Tabla No 15)

Según la tabla No. 16, 21 personas (28.38%) tuvieron una actitud favorable y estos pertenecían al grupo de técnicos superiores, también el grupo que más resalto que actitudes favorables fue el universitarios con 12 personas (16.2%), secundaria 8 (10.81%), primaria con el 1.35% , ninguna persona analfabeta contó con actitudes desfavorables, 19 (25.68%) que cursaron primaria tuvieron actitudes desfavorables, secundaria 4 (5.41%) y 3 personas (4.05%) técnico superior y universitario presentaron actitudes desfavorables. (Ver Anexo Tabla No 16)

En la tabla No. 17 al comparar el nivel académico con las prácticas evaluadas en la población en estudio encontramos que 33 personas (44.59%) tuvieron prácticas adecuadas y que estos habían cursado la secundaria , siguiendo los de técnico superior q eran 15 personas (20.27%), los universitarios con 13 personas que corresponde al 17.57% de la población tenían también prácticas adecuadas, primaria 3 (4.05%), y el grupo que más realizaba prácticas inadecuadas fue primaria con 4 personas (5.41%) , seguido de secundaria con 2 personas (2.70%) y posteriormente técnico superior y universitarios con 1 persona cada uno que equivalen al 2.70%. (Ver Anexo Tabla No 17)

### 3.2. Discusión

La mayoría de los participantes del estudio eran del sexo femenino (78.38%), lo cual se explica por el hecho de que normalmente en nuestra población es la mujer la que asume el rol de responsable del hogar y de la crianza de los niños; esto también explica que la mayoría de los encuestados fueran amas de casa constituyendo el 55.41% ; el grupo etario predominante fue el de 25 a 34 años (41.89%) esto debido a que la población nicaragüense actualmente es mayoritariamente joven, las personas casadas representaron el 51.35%, la mayoría de la población (60.81%) culminó la secundaria debido al fácil acceso que existe actualmente a la educación básica; el 100% de los encuestados son de procedencia urbana debiéndose a la ubicación del barrio principalmente, la religión predominante fue la católica (40.54%).

Con respecto a la infraestructura de las viviendas de las personas encuestadas encontramos que el 85.14% poseen ladrillo, y el 98.65% de las viviendas cuenta con un techo a base de láminas de zinc, 93.24% poseen acceso al agua potable y el 77.03% de los participantes contaban con una letrina en sus hogares.

En lo que refiere a los conocimientos de la población acerca del manejo de la enfermedad diarreica aguda, el 58.11% de los encuestados poseen conocimientos regulares referentes a la temática, lo cual concuerda con estudios previos en los cuales se obtuvieron cifras que oscilan entre el 65% y el 98.5% (Aragon2010, Flores2007, Rodriguez1998); pudiendo relacionarse estos resultados a la calidad de la información a la que han sido expuestos.

Así pues, desglosando los conocimientos de la población sobre la EDA, el 30.3% posee un adecuado concepto acerca de la diarrea definiéndola generalmente como una enfermedad potencialmente mortal, se puede relacionar estos resultados con las múltiples creencias de la población basadas, la mayoría de estas, con el saber popular; de la misma manera un 87.9% identificó de manera correcta los agentes causales de esta enfermedad, constituyendo la mayoría de la muestra, lo que corresponde con estudios anteriores donde se obtuvieron cifras de hasta el 53% (6, Alarco2013,). La gran mayoría, 72.97%, sabe cuándo acudir a las unidades de salud, gracias a la labor del personal de salud en la concientización sobre esta enfermedad;

el 100% reconoce los signos de alarma, los cuales son constantemente publicitados por parte del sistema de salud. El 35.14% ,26 personas aseguraron conocer las SRO, sin embargo solo el 27.03% lo prepara de forma adecuada, ya que la mayoría de los que afirmaron saber prepararlo lo confundían con las SRO comunes, y de los que realmente conocen el suero casero la mayor parte erraba tanto en la cantidad de los ingredientes como en el proceso de elaboración, los cuales valoramos usando como referencia las normas AIEPI <sup>(8)</sup>,. Sólo el 48.65% (36 personas) afirman haber recibido información en los centros de salud lo que concuerda con los hallazgos encontrados, de igual forma solo 19 personas que constituyen el 25.68% contestó correctamente cuando se les preguntó acerca de la duración de las SRO una vez preparadas, relacionándose este dato a que la personas creen que por ser un producto sintético su vida útil es prolongada, lo que hace entrever que pese a que la población conoce las SRO no poseen mucha información sobre estas.

Solo el 25.68% de los encuestados conoce y sabe que es el sulfato de zinc, pudiendo deberse a problemas en la calidad del manejo de la EDA en las unidades de salud, puesto que la mayor parte de la población afirmo acudir a los centros de salud, donde en teoría se les debió de haber instruido sobre la importancia de este fármaco. Al observar estos datos es notable, que si bien la mayoría de la población trata de manera adecuada la EDA, las cifras no son totalmente satisfactorias, y uno de los pilares más importantes en el mismo, a como es el sulfato de zinc, queda rezagado, por lo que es necesario reforzar estos aspectos en la población.

Al preguntarles si habían recibido información sobre la EDA por parte de personal de salud el 48.65% contesto de manera afirmativa, lo cual sugiere que la información brindada pudo no haber sido transmitida de forma adecuada, puesto que los conocimientos de la población no se corresponden con este último dato.

Con respecto a las actitudes evaluadas encontramos que el 60.81% de la población encuestada adquieren una actitud favorable cuando el niño o niño presenta un episodio de diarrea, lo cual corresponde con estudios realizados en nuestro país. (V, Noviembre 2008) (Marx & Flores, 2011) (Lampeira & Slazar, 2013)

Al momento de evaluar las actitudes de este estudio, el 40.54% acata las órdenes del médico sin embargo solo el 37.84% saben cuándo acudir a la unidad de salud, lo que no concuerda las prácticas evaluadas puesto que el 100% de la población afirmó que cumplían con las indicaciones médicas. El 70.27% no están de acuerdo con auto medicar al niño antes de llevarlo al médico y estas mismas refieren que no están de acuerdo con que hay que llevar al niño al médico hasta que mejore el episodio de diarrea lo que concuerda con los conocimientos y las prácticas encontradas.

La mayoría de personas piensan que al empeorar el niño hay que llevarlo nuevamente al médico; también están en desacuerdo en discontinuar con el medicamento aunque el niño mejore, puesto que siguen las indicaciones médicas indicadas.

La mayoría de los encuestados desconocían las implicancias sobre la salud de su hijo de la enfermedad diarreica aguda, y desconocían la importancia de mantener una hidratación adecuada durante el mismo dado que solamente el 39.19% saben la importancia de las SRO., así mismo se evidenció que un alto porcentaje de la población, desconocía la preparación y viabilidad del suero de rehidratación oral (SRO) siendo estos el 18% y 17% respectivamente.

Encontramos que la mayoría de población en estudio siendo este el 79.73% creen que es incorrecto purgar al niño para que no curse con un episodio de diarrea , tampoco tienen interés en aprender un poco más sobre la enfermedad diarreica aguda a pesar de que el 90.54% no están de acuerdo con las recomendaciones brindadas por personas ajenas al personal de salud

En las prácticas evaluadas en el estudio, el 87.84% adopta medidas adecuadas sobre el manejo de la EDA, siendo un porcentaje superior al de otros estudios realizados con poblaciones de características similares, donde los mejores resultados oscilan entre el 33% y el 52% . (V, Noviembre 2008) (Ferreira, Mongua, & Díaz, 2013)

Al evaluar de forma individual los diversos acápite que se consideraron en este estudio tenemos que: 89.4% de los encuestados acude al médico de forma oportuna, puesto que como

se expuso anteriormente conocen la importancia de esta enfermedad y el 100% cumplen las indicaciones de estos.

El 100% de la población encuestada previene de forma adecuada la EDA, puesto que se apegan a las recomendaciones generales sobre el lavado de manos, la preparación y almacenamiento de las comidas, entre otros, que se podrían vincular a las mejoras que ha habido en la cultura sanitaria de nuestra población en los últimos años; sobre la alimentación que les brindan a los menores cuando cursan con cuadros diarreicos, el 98.5% afirma seguir alimentándolo, el 58.11% continua brindado leche materna a los lactantes, pudiendo deberse a que consideran que el consumo de la misma es el causante del cuadro; solo el 58.11% los alimenta con cantidades iguales o mayores en comparación a cuando se encuentran sanos, relacionándose al hecho de que desean que el niño recupere los elementos que pierde en cada evacuación; en base a esto se puede decir que, de forma general, los niños con EDA reciben una alimentación adecuada, no obstante se deben fortalecer algunos aspectos que no se cumplen de forma satisfactoria, un ejemplo de esto es auto medicarlo cuando no van al médico puesto que el 87.84% de los encuestados indican que realizan esta acción, y 47.30% de estos les dan SRO ; según estudios realizados, afirman que el número de casos de diarrea disminuirían hasta en un 45% (OMS, Snation water, 2014) solo por practicar una técnica adecuada del lavado de manos con agua y jabón dado que solo el 89.19% lo hacen de forma correcta .

Al relacionar el nivel académico de los encuestados con el nivel de conocimientos que poseen se observó que el grupo con mayor déficit es el de aquellos que solamente culminaron la primaria puesto que la mayor parte de estos poseen conocimientos regulares, mientras que el grupo con mejores resultados fue el de aquellos que recibieron educación superior donde la mayoría posee buenos conocimientos, estos resultados pueden atribuirse al grado de información al que se ven expuestos ambos grupos.

Al asociar el nivel académico con las actitudes, se encontró que el grupo que tenían actitudes favorables fue el de las personas que culminaron con los estudios de secundaria, mientras que en el restante de los grupos sus actitudes eran desfavorables por lo que podemos



llegar a la conclusión de que el nivel académico influyen en las actitudes de las personas encuestadas.

De igual manera se vinculó el nivel académico con la calidad de sus prácticas donde se obtuvo que, el grupo con mejores prácticas es el que cursó con estudios de secundaria, donde todos sus integrantes realizan prácticas adecuadas, mientras que en el restante de los grupos se obtuvo un ligero predominio de aquellos que realizan prácticas adecuadas sobre los que no, en base a esto podemos decir que no existe una relación directa entre el nivel académico y las prácticas en el manejo de la EDA en la población estudiada.

Se relaciona la edad de las personas con sus conocimientos, donde el grupo con mejores resultados fue el de 35 a 44 años, y los grupos con mayor déficit el de 25 a 34 y el de mayores de 34 años, mientras que en el de 15 a 24 se aprecia una pequeña diferencia a favor de los que poseen buenos conocimientos, en base a esto podemos decir que la edad no tiene mucha influencia en la calidad del conocimiento de las personas.

Al valorar las actitudes de los encuestados en relación a la edad, los mejores resultados fueron los de 15 a 24 y 25 a 34 años, el grupo de 45 a más tuvieron unos resultados desfavorables, por lo que podemos decir que la edad no tiene relación directa con las actitudes.

Por otro lado al evaluar las prácticas por grupo etario se observó que no existe relación entre ambas puesto que todos los grupos presentaron resultados similares, pudiéndose explicar estos hechos a la retroalimentación que existe en el hogar acerca del cuidado de los niños y a la calidad de estas prácticas que son transmitidas.

### **3.3. Conclusiones**

En el presente estudio se logró determinar que el conocimiento sobre la enfermedad diarreica aguda que poseen los habitantes del barrio Tomás Martínez de la ciudad Nagarote es regular, lo cual es debido a la información a la que se han expuesto por parte del personal de salud, sin dejar de lado que muchos de sus conocimientos se ven influenciados en cierto grado por las creencias populares.

Por otra parte la mayoría de la población posee actitudes favorables sobre el manejo de dicha enfermedad gracias al conocimiento que poseen, así también dicha población en estudio tienen prácticas adecuadas, pudiéndose explicar a la retroalimentación que existe en el hogar acerca del cuidado de los niños , no obstante, se deben fortalecer algunos aspectos que no se cumplen de forma satisfactoria en donde el personal de salud debe de fortalecer la calidad y la forma en que se brindada la información, para así mejorar los puntos débiles del conocimiento, actitudes y las prácticas adoptadas por los habitantes.

### **3.4. Recomendaciones**

#### **A nivel de SILAIS**

- Formar y capacitar al personal abocado a la divulgación de información referente a la problemática.
- Facilitar medios y recursos para mejorar la calidad de atención e información en las unidades de atención primaria
- Evaluar oportunamente la manera en que el personal de salud orienta a la población sobre la patología.

#### **A nivel de centro de salud**

- Mejorar la calidad de atención que se brinda a la población.
- Brindar información simplificada, sin uso de lenguaje técnico mediante el uso de murales, charlas, consejerías al momento de la consulta y más ferias abiertas al público en general.
- Verificar si la población ha entendido los mensajes y orientaciones facilitadas a estos.

#### **A nivel de la comunidad**

- Se sugiere que se debe participar de forma más activa en la organización comunitaria para la divulgación de la información por parte de brigadistas, auxiliares de enfermería, parteras, etc.
- Coordinar actividades con las unidades de salud más cercanas para la promoción y prevención de las EDA.

## **Capítulo IV: Bibliografía**

#### 4.1. BIBLIOGRAFÍA

- AIEPI Hospitalario . "Guà para la atencion clìnica de enfermedades y accidentes mas comunes en la infancia". (2018). MANAGUA.
- Alarco, J. A. (Mayo 2013). Conocimientos de las madres sobre la diarrea y su prevención en un asentamiento humano de la provincia de Ica Perú. *Revista Clínica de Medicina y Familia*.
- Alarco, J., Aguirre, E., & Alvarez, E. (Mayo de 2013). *Conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención en un asentamiento humano en la provincia de Ica, Perú*. Obtenido de Revista Clínica de Medicina de Familia : <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169629261005>
- Anonimo. (2006). las tres causas mas frecuentes de morbilidad y mortalidad en los niños y niñas menores de edad. . *Problemática de la diarea*.
- Aragon Gómez, W. A., Barrera Dussan, M., Barrera Dussan, N., Díaz Cabrera, S., Pérez Sánchez, D. B., Rivera Cuellar, A., y otros. (2010). *Conocimientos, actitudes y prácticas adoptadas por los cuidadores de los niños menores de cinco años con enfermedad diarreica aguda del corregimiento el Caguan. Neiva, Julio-Septiembre 2010*. Neiva: Universidad Surcolombiana.
- Avila Montes, G. A., Henne, K., Posas, J., Thurston, A., Acosta, M. E., & Withson, D. (2001). *Conocimientos y Prácticas sobre Nutrición Infantil, Enfermedades Diarréicas y Respiratorias en Lempeira, Honduras*. Obtenido de Revista Medica Hondureña: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2001/pdf/Vol69-2-2001-3.pdf>
- Caja Costarricense de Seguro Social. (Abril de 2009). *Guía para el Manejo Clínico de la Enfermedad Diarreica Aguda*. Obtenido de Binasss.sa.cr: <http://www.binasss.sa.cr/libros/diarreica.pdf>
- Cardonnet, L. (2015). *Mortalidad Infantil en el Mundo*. Obtenido de <http://www.humanium.org/es/mortalidad-infantil/>.
- Delgado, M. F., Hernan Sierra, C., Calvache, J. A., Ríos, Á. M., Mosquera, C., Salas, I., y otros. (2006). *Conocimientos maternos sobre signos de peligro en diarrea aguda en*

*el marco de la estrategia AIEPI*. Obtenido de Colombia Medica:  
<http://www.bioline.org.br/pdf?rc06058>

Díaz Mora, J. J., Madera, M., Pérez, Y., García, M., León, K., & Torres E, M. (Diciembre de 2009). *Generalidades en Diarrea Aguda*. Obtenido de Scielo:  
[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0004-06492009000400007&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0004-06492009000400007&script=sci_arttext&tlng=en)

ENDESA. (Octubre, 2013). Instituto Nacional de Informacion de Desarrollo.

Essalud. (2012). *Boletín Epidemiológico N°2*. Obtenido de  
[http://www.essalud.gob.pe/noticias/boletinepidem\\_2012\\_2.pdf](http://www.essalud.gob.pe/noticias/boletinepidem_2012_2.pdf)

Essalud. (2012). Boletín Epidemiológico No.2.

Ferreira Guerrero, E., Mongua Rodrigue, N., Díaz Ortega, J. L., Delgado Sanchez, G., Baéz Saldaña, R., Cruz Hervert, L. P., y otros. (2013). *Diarreas agudas y prácticas de alimentación en niños menores de cinco años en México*. Obtenido de SCIELO:  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342013000800031&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342013000800031&script=sci_arttext)

Ferreira, G., Mongua, R. N., & Díaz, O. (2013). Diarreas agudas y prácticas de alimentación en niños menores de cinco años en México. *SCIELO*.

Flores, S. M. (2007). *Nivel de conocimiento sobre EDA y su relación con las prácticas acerca de las medidas de prevención en las madres de los niños menores de 5 años hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia*. Obtenido de Free Electronic Library- Abstracts, Thesis:  
<http://www.tacna.minsa.gob.pe/index.php?mact=News,cntnt01,detail,0&cntnt01articleid=624&cntnt01returnid=9>

García, C. L., & Morillos, Q. E. (2014). Creencias culturales de madres de niños menores de 5 años sobre enfermedades diarreicas en el caserío de San Pedro de Sasape-Oyimo Perú. *Salud y Vida Sipanense*.

Gonzales Torrez, J. B., & Gonzales Gonzales, D. (1998). *Conocimientos que tienen las madres de niños menores de 5 años acerca del manejo de las enfermedades diarreicas agudas, Barrio Monimbo, Masaya, Abril-Julio 1998*. Masaya.

- Herrera, J. M., & López, W. (2010). Conocimientos actitudes y prácticas sobre sobre la enfermedad diarreica aguuda de las madres de niños menores de un año, Comarca El Pochote, Comalapa, Chontales Febrero-Abril 2009.
- Lampeira, P., & Slazar, & A. (2013). Conociemientos y Prácticas sobre Enfermedades diarreicas y respiratorias entre madres de una institucion de salud. *Academia Edu*.
- Lapeira, P., & Acosta Salazar, D. (2013). *Conocimientos y prácticas sobre enfermedades diarreicas y respiratorias entre madres de una institucion de salud*. Obtenido de Academia.edu:  
[http://www.academia.edu/8695078/Conocimientos\\_y\\_pr%C3%A1cticas\\_sobre\\_enfermedades\\_diarreicas\\_y\\_respiratorias\\_entre\\_madres\\_de\\_una\\_instituci%C3%B3n\\_de\\_salud](http://www.academia.edu/8695078/Conocimientos_y_pr%C3%A1cticas_sobre_enfermedades_diarreicas_y_respiratorias_entre_madres_de_una_instituci%C3%B3n_de_salud)
- López, S. (2008). *Conocimientos, actitudes y prácticas adoptadas por las madres de los niños menores de 5 años ingresados al servicio de gastroenterología del Hospital Fernando Vélez País en noviembre 2008*. Managua .
- Mairena. (1999). *Conocimientos y prácticas de las EDA en madres de menores de 5 años que acudieron a consulta al centro de salud Carlos Rugama Managua*. Managua.
- Marx, J., & Flores, C. (2011). *Conocimientos actitudes y prácticas adoptadas por los tutores deniños menores de 5 años con sindrome diarreico agudo qe acuden a consulta al centro de Sald Pedro Arauz Palacios durante el período de septiembre-Noviembre del 2011*.
- Marx, J., & Flores, C. (s.f.). Conocimientos y actitudes .
- Ministerio de Salud, Nicaragua. (2009). AIEPI/ Hospitalario. En *Guia para el abordaje de las enfermedades infecciosas mas comunes de la infancia y la desnutricion* (págs. 127-143). Managua.
- Ministerio de Salud, Nicaragua. (2014). *Boletin Epidemiologico semana 22* . Managua.
- Ministerio de Salud, Nicaragua. (2014). *Situacion epidemiologica semana 22*. Managua .
- MINSA. (2009). AIEPI Hospitalario. En *Guia para el Abordaje de las Enfermedades Infacciones mas comunes de la infancia y la desnutricion* . Managua.
- MINSA. (2014). *Situacion epidemiológica, semana 22*.

- Nicaragua, M. d. (2010). Manual de la Red Comunitaria. En *AEIPI Comunitario* (págs. 99-103).
- Novoa, P. H. (2006). *Conocimiento, actitudes y prácticas del manejo del diarrea por la población de Nagarote marzo-abril 2006.*
- OMS. (2013). Enfermedades diarreicas. *Centro de prensa OMS.*
- OMS. (2014). *Snation water.*
- OPS. (2008). Tratamiento de la diarrea. En *Manel Clínico para los Servicios de la Salud.* Washington DC.
- Riechmann, E. R., Barrio Torrez, J., & López Rodríguez, M. J. (s.f.). *Diarrea Aguda.* Obtenido de Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNPAEP: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/diarrea\\_ag.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/diarrea_ag.pdf)
- Rodríguez, & Mairena. (1998). *Conocimientos y prácticas que tiene las madres acerca de las enfermedades diarreicas en los niños menores de 2 años del centro de salud Villa Venezuela en Managua.* Managua.
- Romero, C. C., & Escudero, B. (2016). *Conocimientos, actitudes y prácticas de la enfermedad diarreica aguda en madres de niños menores de 5 años.*
- Salud, I. n. (2014). Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en menores de 5 años. En *Protocolo de Vigilancia en Salud.* Colombia.
- Sampieri. (2006). Metodología de la Investigación, 4ta edición.
- Sarnoff, Sherif, & RoCkeach. (2015). *Escala para medir actitudes.*
- Sevilla, S. (2013). *Etiología de la Diarrea Aguda en niños que acuden al servicio de Emergencia del HFV diciembre 2012-enero 2013.*
- Téllez Obregon, C., & Arcia Sequeira, C. (2003). *Conocimientos, actitudes, creencias y prácticas sobre enfermedades diarreicas agudas que tienen las madres o responsables de niños menores de 5 años en Malacatoya, Granada y San Jose de Cusmapa, Madriz, Abril y Mayo del 2003.* Managua.



- Tellez, O., & Araica, A. C. (2003). Conocimientos actitudes creencias y prácticas sobre enfermedades diarreicas agdas que tienen las madres o responsabes de niños menores de 5 años en Malacatoya Granada y San José de Cusmapa, Madriz, abril y mayo del 2003. Managua.
- V, L. A. (Noviembre 2008). Conocimientos, actitudes y prácticas adoptadas por las madres de los niños menores de 5 años ingresados al Servicio de Gastroenterología del HFV en Noviembre 2008.
- Vasquez, L. H., & Segra, M. (2014). Conocimientos sobre hidratación oral de madres de pacientes de 1 a 5 años de vida con enfermedad diarreica aguda. República Dominicana: Horiz Med.
- Vigilancia y control en Salud Pública de Colombia. (11 de Jun de 2014). *Mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años*. Obtenido de Protocolo de vigilancia en salud: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20EDA.pdf>

## **Capítulo V: ANEXOS**

## 5.1. Cuadros y graficas

Tabla No. 1

Características socio-demográficas de los habitantes del barrio Tomás Martínez, Nagarote de marzo – abril, 2017

n=74

Características sociodemográficas	Frecuencia	Porcentaje
<b>Edad</b>		
15-24	19	25.68
25-34	31	41.89
35-44	20	27.03
45 a más	4	5.41
<b>Total</b>	74	100.00
<b>Sexo</b>		
Hombre	16	21.62
Mujer	58	78.38
<b>Total</b>	74	100.00
<b>Procedencia</b>		
Urbano	74	100.00
Rural	0	0.00
<b>Total</b>	74	100.00
<b>Estado Civil</b>		
Soltero	6	8.11
Casado	38	51.35
Divorciado	1	1.35
Unión Libre	29	39.19
<b>Total</b>	74	100.00
<b>Escolaridad</b>		
Analfabeta	1	1.35
Primaria	10	13.51
Secundaria	45	60.81
Técnico superior	7	9.46
Universitaria	11	14.86
<b>Total</b>	74	100.00

Fuente: Encuesta CAP

**Tabla No. 2**

**Religión de los habitantes del barrio Tomás Martínez, Nagarote de marzo – abril, 2017**

n=74

<b>Religión</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Católica</b>	30	40.54
<b>Evangélica</b>	25	33.78
<b>Pentecostés</b>	9	12.16
<b>Mormón</b>	3	4.05
<b>Testigos de Jehová</b>	7	9.46
<b>Total</b>	74	100.00

Fuente: Encuesta CAP

**Tabla No. 3**

**Ocupación de los habitantes del barrio Tomás Martínez, Nagarote de marzo – abril, 2017**

n=74

<b>Ocupación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Desempleado</b>	6	8.11
<b>Ama de casa</b>	41	55.41
<b>Otro</b>	27	36.49
<b>Total</b>	74	100.00

Fuente: Encuesta CAP

**Tabla No. 4**

**Número de personas que habitan en las viviendas del barrio Tomás Martínez, Nagarote de marzo – abril, 2017**

n=74

<b>Número de personas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>3</b>	4	5.41
<b>4</b>	32	43.24
<b>5</b>	27	36.49
<b>Mayor de 5</b>	11	14.86
<b>Total</b>	74	100.00

Fuente: Encuesta CAP

**Tabla No.5**

**Características de la viviendas de los habitantes del barrio Tomás Martínez, Nagarote de marzo – abril, 2017**

n=74

<b>Característica</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Tipo de piso</b>		
Tierra	0	-
Embaldosado	3	4.05
Ladrillo	63	85.14
Cerámica	8	10.81
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>100.00</b>
<b>Techo</b>		
Nicalí	1	1.35
Zinc	73	98.65
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>100.00</b>
<b>Abastecimiento de agua</b>		
Pozo domiciliar	5	6.76
ENACAL	69	93.24
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>100.00</b>
<b>Eliminación de excretas</b>		
Letrina	57	77.03
Inodoro	17	22.97
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Encuesta CAP

**Tabla No. 6**

**Conocimientos de los habitantes del barrio Tomás Martínez, Nagarote de marzo – abril, 2017**

n=74

<b>Conocimientos en el manejo de la EDA</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Bueno</b>	16	21.62
<b>Regular</b>	43	58.11
<b>Malo</b>	15	20.27
<b>Total</b>	74	100.00

Fuente: Encuesta CAP

**Tabla No.7**

**Conocimientos evaluados en la encuesta de los habitantes del barrio Tomás Martínez, Nagarote de marzo – abril, 2017**

n=74

<b>Conocimientos evaluados</b>	<b>Respuestas correctas</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Respuestas incorrectas</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>¿Qué es la diarrea?</b>	22	29.73	52	70.27
<b>Causa de diarrea</b>	65	87.84	9	12.16
<b>Cuando acudir al centro de salud</b>	54	72.97	20	27.03
<b>Signos de alarma</b>	74	100.00	0	0.00
<b>Diarrea causa muerte</b>	56	75.68	18	24.32
<b>Se debe continuar con la lactancia materna</b>	34	45.95	40	54.05
<b>Se debe continuar con la alimentación</b>	39	52.70	35	47.30
<b>Conoce suero oral</b>	26	35.14	48	64.86
<b>Sabe preparar suero casero</b>	26	35.14	48	64.86
<b>¿Cómo prepara el suero casero?</b>	20	27.03	54	72.97
<b>Duración del suero oral</b>	19	25.68	55	74.32
<b>¿Para qué sirve el suero oral?</b>	59	79.73	15	20.27
<b>Conoce el sulfato de zinc</b>	19	25.68	55	74.32
<b>¿Qué es el sulfato de zinc?</b>	19	25.68	55	74.32



<b>Información en centro de salud</b>	36	48.65	38	51.35
---------------------------------------	----	-------	----	-------

Fuente: Encuesta CAP

**Tabla No.8**

<b>Actitudes sobre el manejo de la EDA</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Favorables</b>	45	60.81
<b>Desfavorables</b>	29	39.19
<b>Total</b>	74	100.00

**Actitudes de los habitantes del barrio Tomás Martínez, Nagarote de marzo – abril, 2017**

n=74

Fuente: Encuesta CAP

**Tabla No.9**

**Actitudes evaluadas en la encuesta de los habitantes del barrio Tomás Martínez,  
Nagarote de marzo – abril, 2017** n=74

Actitudes Evaluadas	TA		DA		I		ED	
	F	P	F	P	F	P	F	P
<b>Cuándo acudir a la unidad de salud. (TA)</b>	28	37.84	25	33.78	13	17.57	8	10.81
<b>Cumplir las indicaciones del médico.(TA)</b>	30	40.54	23	31.08	18	24.32	3	4.05
<b>Auto medicar antes de llevarlo al médico.(ED)</b>	0	0.00	0	0.00	22	29.73	52	70.27
<b>Esperar a que mejore el niño para llevarlo a la unidad de salud.(ED)</b>	0	0.00	0	0.00	22	29.73	52	70.27
<b>Al empeorar el niño con diarrea debo llevarlo nuevamente al médico.(TA)</b>	43	58.11	29	39.19	2	2.70	0	0.00
<b>Le suspendo el tratamiento cuando lo miro mejor aunque falten días para terminarlo.(ED)</b>	19	25.68	0	0.00	13	17.57	42	56.76
<b>Hay que asistir a una segunda cita a la unidad de salud, si el médico lo indica, aunque el niño ya no tenga diarrea. (TA)</b>	21	28.38	6	8.11	0	0.00	47	63.51
<b>Se debe continuar con la lactancia materna (TA)</b>	23	31.08	34	45.95	17	22.97	0	0.00
<b>Es importante el suero oral para evitar la deshidratación. (TA)</b>	29	39.19	40	54.05	0	0.00	5	6.76
<b>Me gustaría saber más sobre la diarrea. (TA)</b>	30	40.54	44	59.46	0	0.00	0	0.00
<b>Es necesario prestar atención a capacitaciones y/o charlas sobre la diarrea en los niños. (TA)</b>	30	40.54	28	37.84	9	12.16	7	9.46
<b>Se debe purgar al niño para que no tenga diarrea. (ED)</b>	0	0.00	13	17.57	2	2.70	59	79.73
<b>Las recomendaciones de la vecina, familiares o abuelas son más importantes que las que dan en el centro de salud. (ED)</b>	0	0.00	0	0.00	7	9.46	67	90.54

Fuente: Encuesta CAP

**Tabla No.10**

**Prácticas de los habitantes del barrio Tomás Martínez, Nagarote de marzo – abril, 2017**  
**n=74**

<b>Prácticas sobre el manejo de la EDA</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Adecuadas</b>	65	87.84
<b>Inadecuadas</b>	9	12.16
<b>Total</b>	74	100.00

Fuente: Encuesta CAP

**Tabla No. 11**

**Prácticas valoradas en la encuesta que se realizó a los habitantes del barrio Tomás Martínez, Nagarote de marzo – abril, 2017**

n=74

<b>Prácticas valoradas</b>	<b>Adecuadas</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Inadecuadas</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>¿La última vez que presento diarrea lo llevo al médico?</b>	59	79.73	15	20.27
<b>Cumple las indicaciones medicas</b>	74	100.00	0	0.00
<b>No está tolerando los alimentos sólidos ni líquidos, lo lleva a la unidad de salud más cercana</b>	74	100.00	0	0.00
<b>Consumo de agua limpia ya sea hervida, envasada o clorada</b>	74	100.00	0	0.00
<b>Tapa bien los alimentos</b>	74	100.00	0	0.00
<b>Lava bien las frutas y verduras</b>	74	100.00	0	0.00
<b>Cocina bien los alimentos</b>	73	98.65	1	1.35
<b>Continuaron alimentándolo</b>	43	58.11	31	41.89
<b>Le dieron líquidos al niño más de lo habitual</b>	43	58.11	31	41.89
<b>Da leche materna hasta los 6 meses de vida</b>	67	90.54	7	9.46
<b>¿Utiliza usted el lavado de manos para prevenir la diarrea?</b>	74	100.00	0	0.00
<b>¿Cuándo lleva a su hijo al médico?</b>	34	45.95	40	54.05
<b>¿Qué hace con el niño cuando no lo lleva a consulta? (Automedica)</b>	65	87.84	9	12.16
<b>¿Qué le da al niño cuando tiene diarrea?</b>	35	47.30	39	52.70
<b>¿Utiliza agua y jabón cuando se lava las manos?</b>	66	89.19	8	10.81

Fuente: Encuesta CAP

## Cruce de variables

**Tabla No. 12**

**Edad versus conocimientos de los habitantes del barrio Tomás Martínez, Nagarote de marzo – abril, 2017**

Edad	Bueno		Regular		Malo	
	N°	%	N°	%	N°	%
15-24	2	2.70	11	14.86	6	4.44
25-34	5	6.76	8	10.81	3	2.22
35-44	8	10.81	23	31.08	2	1.48
45 a Más	1	1.35	1	1.35	4	2.96
<b>Total</b>	16	21.62	43	58.11	15	11.1

Fuente: Encuesta CAP

**Tabla No. 13**

**Edad versus actitud de los habitantes del barrio Tomás Martínez, Nagarote de marzo – abril, 2017**

<b>Edad</b>	<b>Favorable</b>		<b>Desfavorable</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>15-24</b>	22	29.73	1	1.35
<b>25-34</b>	18	24.32	1	2.70
<b>35-44</b>	3	4.05	2	33.78
<b>45 a Más</b>	2	2.70	25	39.19
<b>Total</b>	45	60.81	29	39.19

Fuente: Encuesta CAP

**Tabla No. 14**

**Edad versus prácticas de los habitantes del barrio Tomás Martínez, Nagarote de marzo – abril, 2017**

<b>Edad</b>	<b>Adecuadas</b>		<b>Inadecuadas</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>15-24</b>	15	20.27	3	4.05
<b>25-34</b>	18	24.32	2	2.70
<b>35-44</b>	16	21.62	1	1.35
<b>45 a Más</b>	16	21.62	3	4.05
<b>Total</b>	65	87.84	9	12.16

Fuente: Encuesta CAP

**Tabla No. 15**

**Nivel académico versus conocimientos de los habitantes del barrio Tomás Martínez, Nagarote de marzo – abril, 2017**

<b>Escolaridad</b>	<b>Bueno</b>		<b>Regular</b>		<b>Malo</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Analfabeta</b>	0	0	1	1.35	0	0
<b>Primaria</b>	2	2.70	2	2.70	5	6.76
<b>Secundaria</b>	8	10.81	32	43.24	4	5.41
<b>Técnico superior</b>	3	4.05	3	4.05	3	4.05
<b>Universitaria</b>	3	4.05	5	6.76	3	4.05
<b>Total</b>	16	21.62	43	58.11	15	20.27

Fuente: Encuesta CAP



**Tabla No. 16**

**Nivel académico versus actitud de los habitantes del barrio Tomás Martínez, Nagarote de marzo – abril, 2017**

<b>Escolaridad</b>	<b>Favorable</b>		<b>Desfavorable</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Analfabeta</b>	1	1.35	0	0
<b>Primaria</b>	3	4.05	19	25.68
<b>Secundaria</b>	8	10.81	4	5.41
<b>Técnico superior</b>	21	28.38	3	4.05
<b>Universitaria</b>	12	16.22	3	4.05
<b>Total</b>	45	60.81	29	39.19

Fuente: Encuesta CAP

**Tabla No. 17**

**Nivel académico versus prácticas de los habitantes del barrio Tomás Martínez, Nagarote de marzo – abril, 2017**

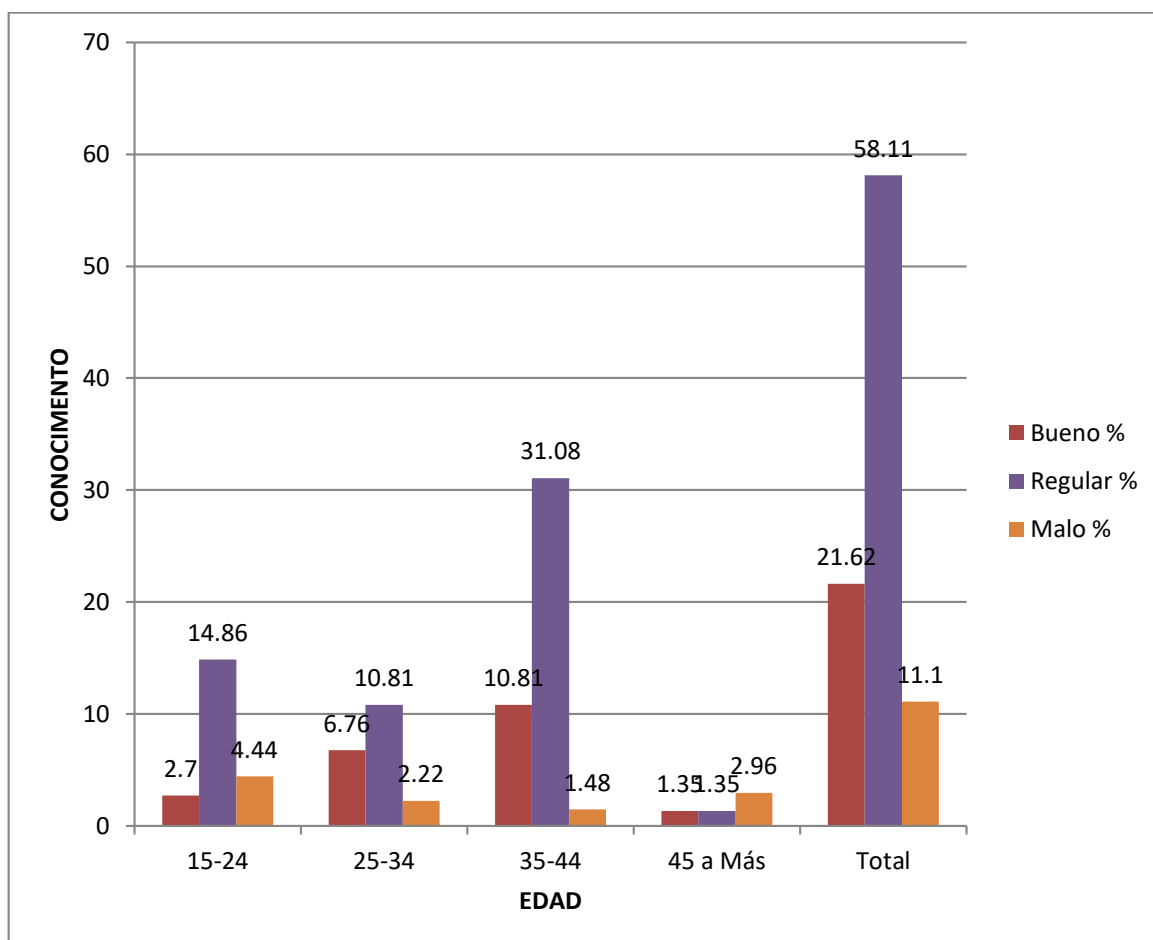
<b>Escolaridad</b>	<b>Adecuadas</b>		<b>Inadecuadas</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Analfabeta</b>	1	1.35	1	1.35
<b>Primaria</b>	3	4.05	4	5.41
<b>Secundaria</b>	33	44.59	2	2.70
<b>Técnico superior</b>	15	20.27	1	1.35
<b>Universitaria</b>	13	17.57	1	1.35
<b>Total</b>	65	87.84	9	12.16

Fuente: Encuesta CAP

## GRAFICAS

### Grafica No.1

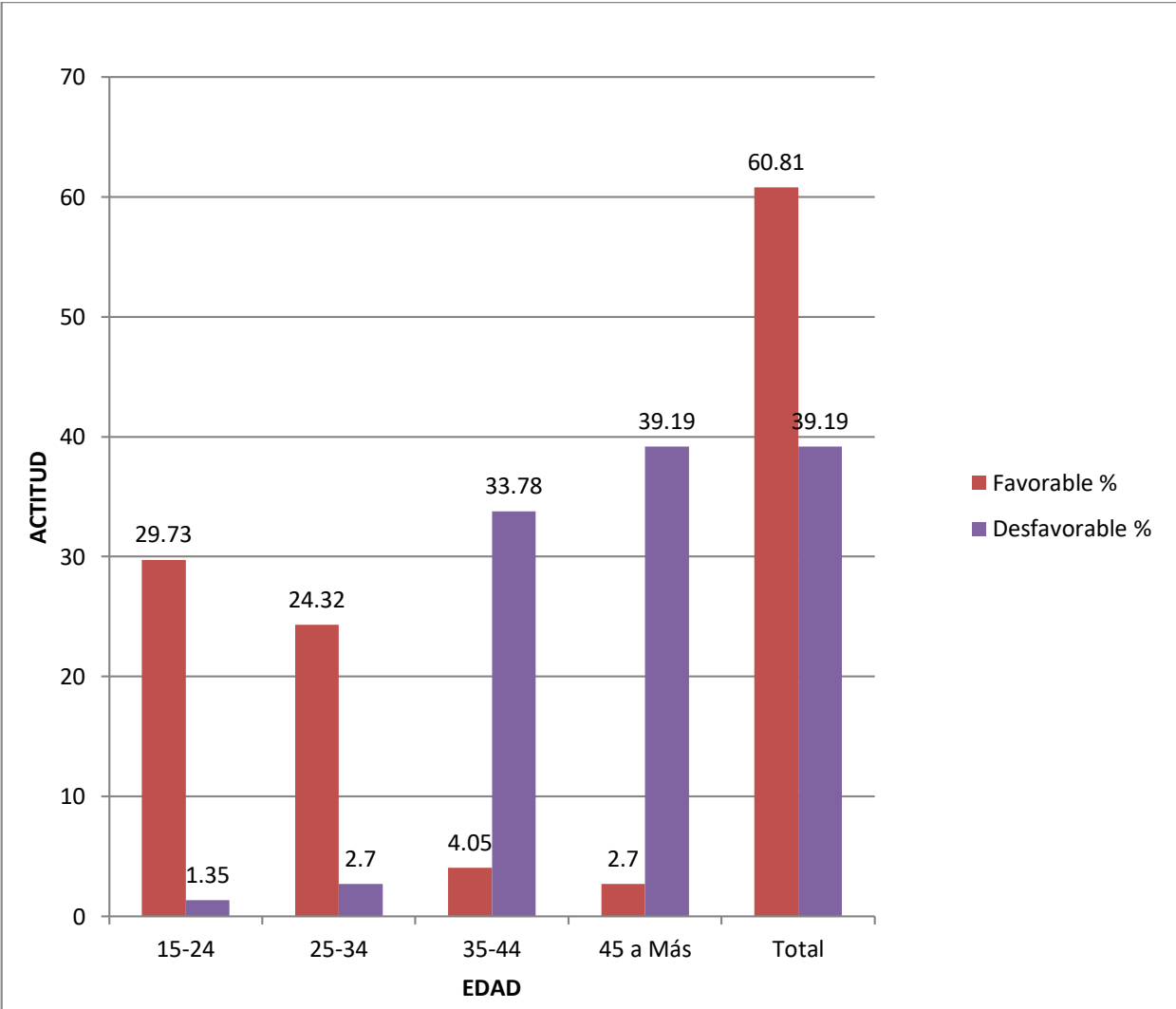
Edad versus conocimientos de los habitantes del barrio Tomás Martínez, Nagarote de marzo – abril, 2017



Fuente: Tabla 12

**Grafica No.2**

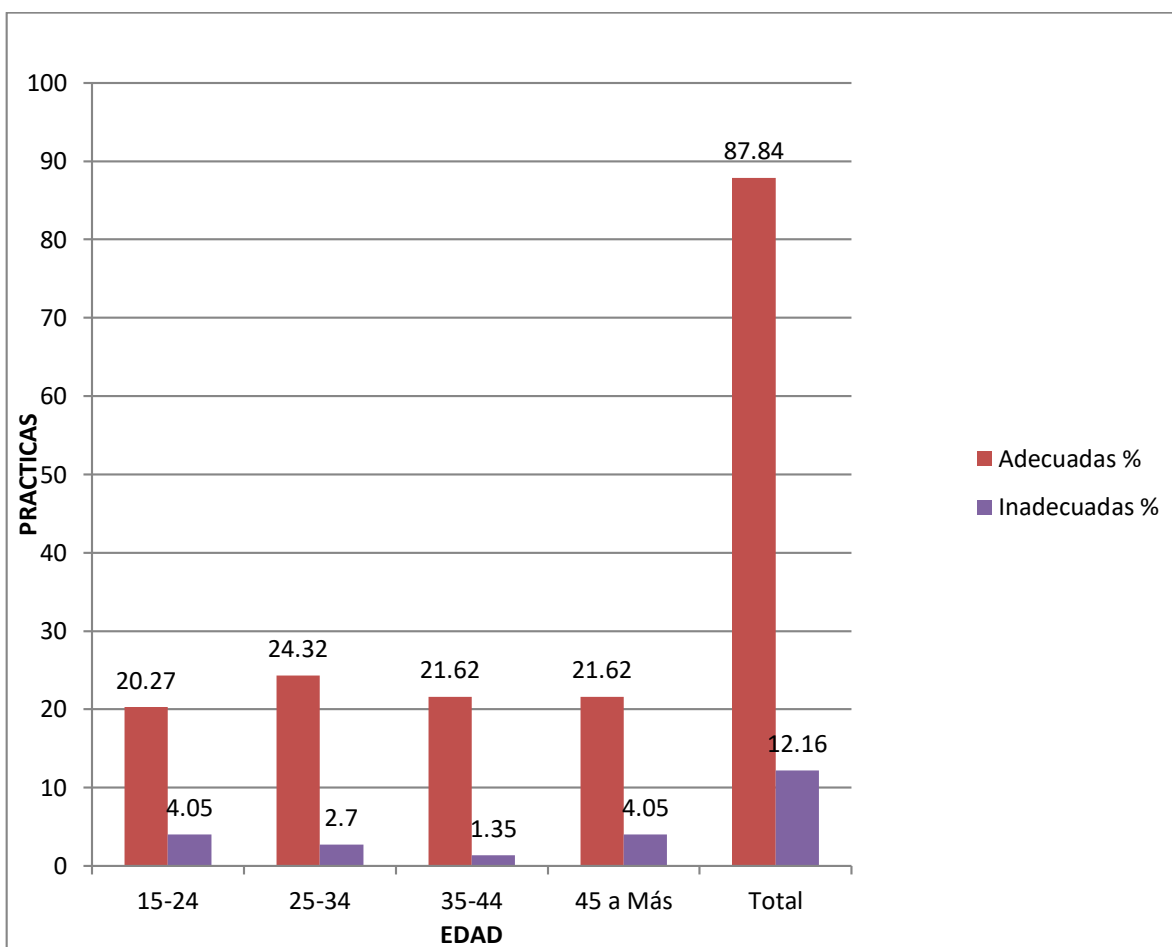
**Edad versus actitud de los habitantes del barrio Tomás Martínez, Nagarote de marzo – abril, 2017**



Fuente: Tabla 13

### Grafica No.3

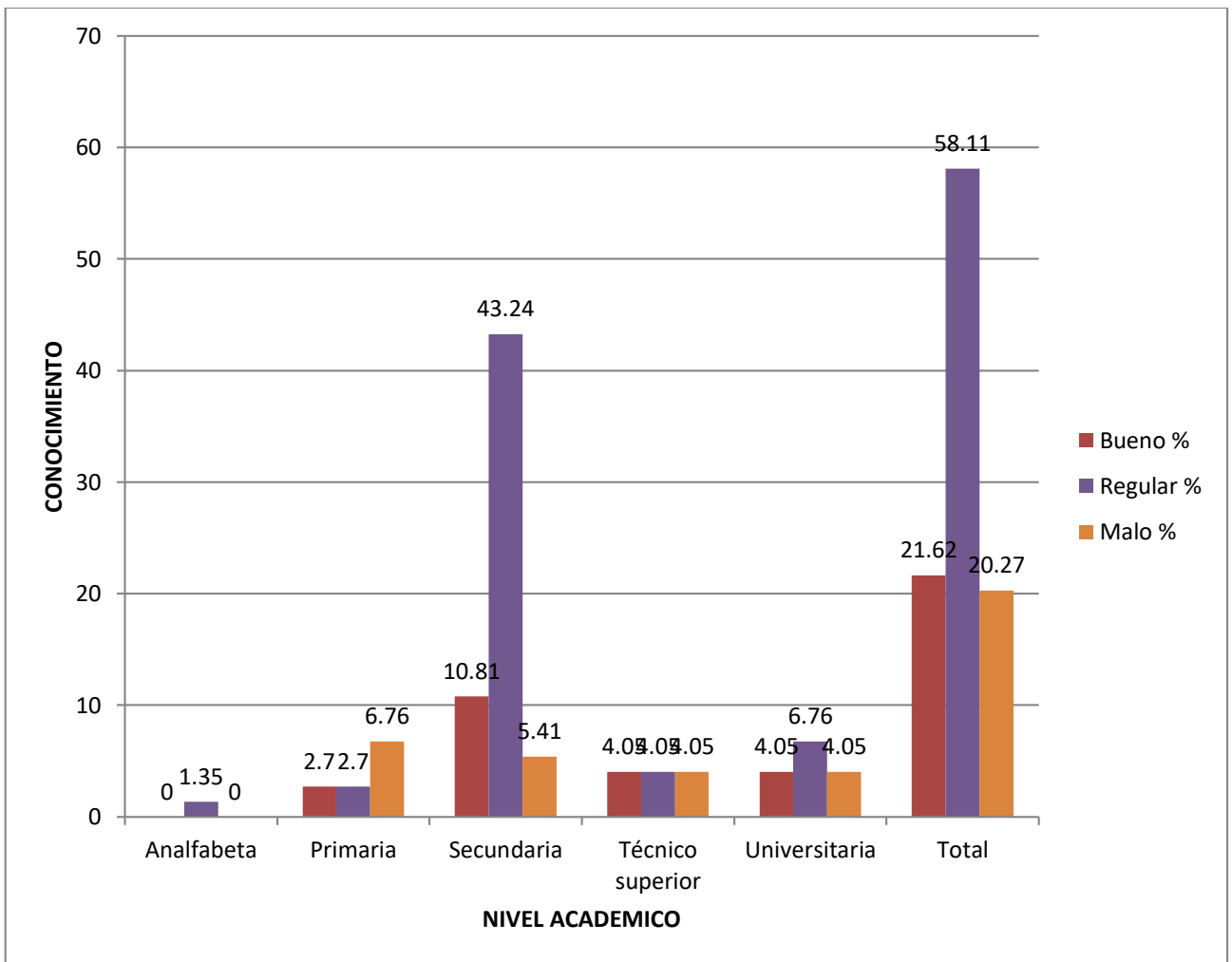
Edad versus prácticas de los habitantes del barrio Tomás Martínez, Nagarote de marzo – abril, 2017



Fuente: Tabla 14

**Grafica No.4**

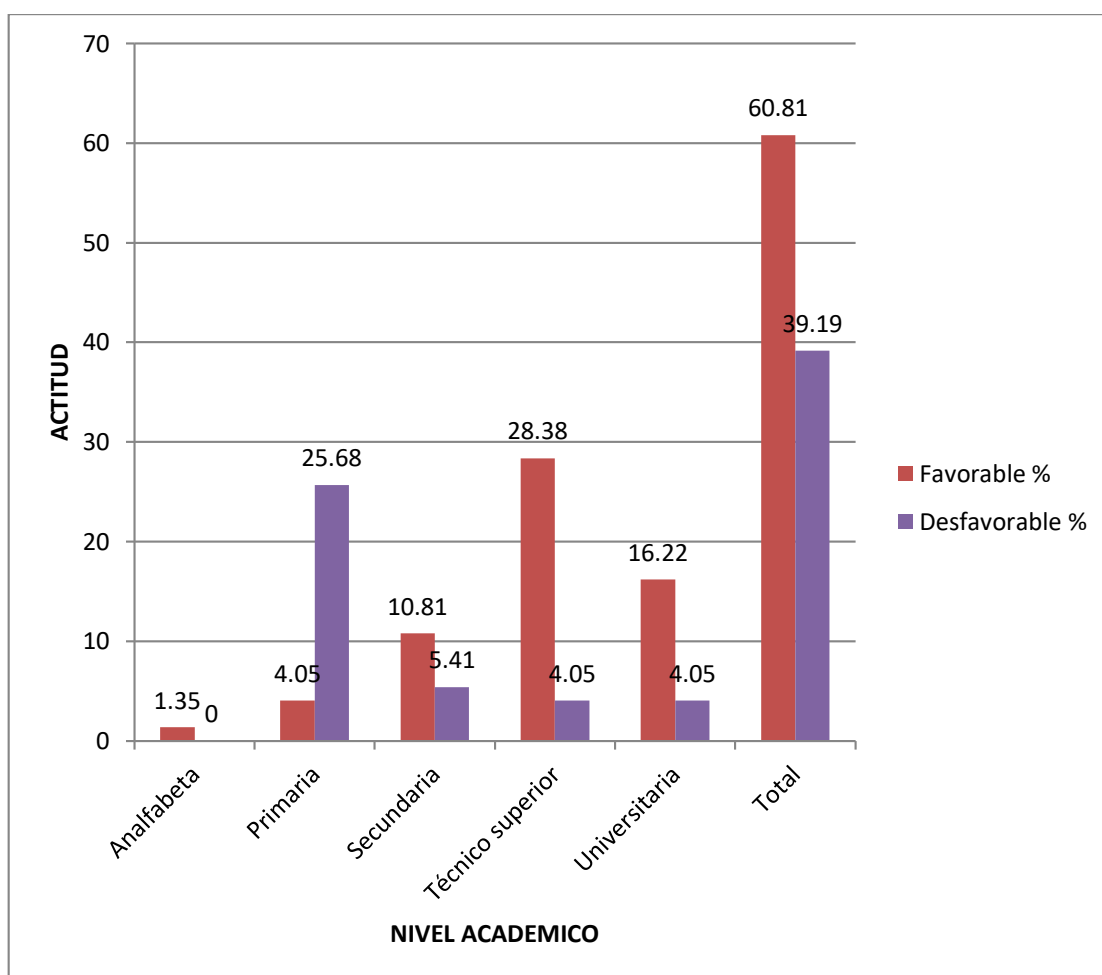
**Nivel académico versus conocimientos de los habitantes del barrio Tomás Martínez, Nagarote de marzo – abril, 2017**



Fuente: Tabla 15

### Grafica No.5

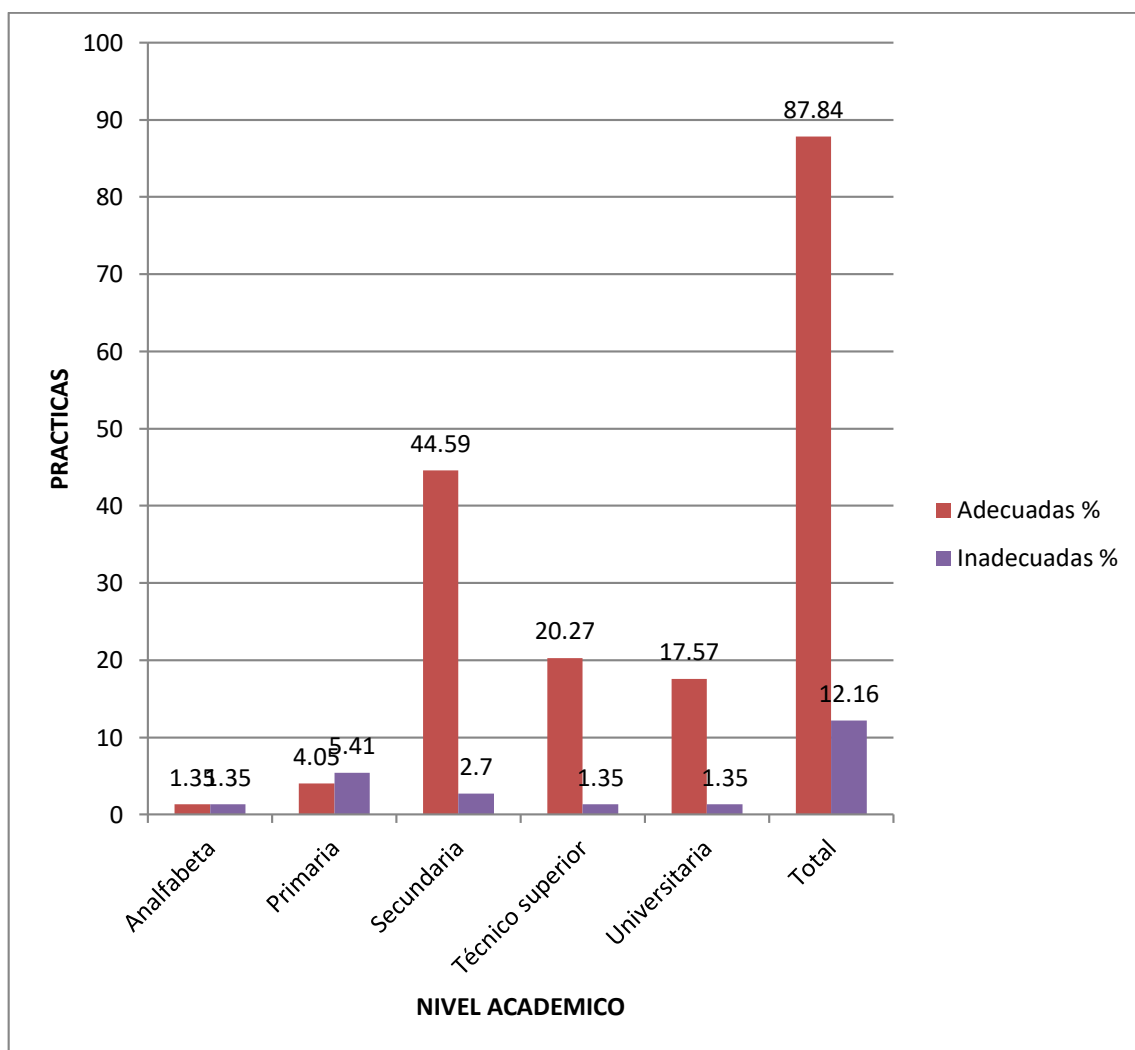
#### Nivel académico versus actitud de los habitantes del barrio Tomás Martínez, Nagarote de marzo – abril, 2017



Fuente: Tabla 16

**Grafica No.6**

**Nivel académico versus prácticas de los habitantes del barrio Tomás Martínez, Nagarote de marzo – abril, 2017**



Fuente: Tabla 17



## **5.2. Documento de recolección de la información**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA**

**UNAN-MANAGUA**

**RECINTO UNIVERSITARIO RUBEN DARIO-RURD**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**ENCUESTA**

**TITULO**

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE ENFERMEDAD  
DIARREICA AGUDA EN HABITANTES DEL BARRIO THOMAS MARTÍNEZ,  
NAGAROTE DE MARZO – ABRIL, 2017”**

Estimados señor (a):

Somos Médicos, estamos realizando un estudio sobre el manejo que se les da a los niños en el caso de presentar una enfermedad diarreica debido a la elevado número de casos que se presentan a las unidades de salud, y las consecuencias de esta sino es tratada correctamente y a tiempo; por lo que le solicitamos su valiosa colaboración para que nos brinden la información solicitada en esta encuesta que consta de 51 se responderá con una X , 2 semiabiertas y 2 preguntas serán respondidas con sus propias palabras.

De ante mano le agradecemos su información, cualquier duda estamos dispuestos a responder.

**I. Características  
sociodemográficas**

1. Edad: \_\_\_\_\_

2. Sexo:

Masculino

Femenino

3. Procedencia:

Urbano

Rural

4. Estado civil:

Soltero/a

Casado/a

Viudo/a

Divorciado/o

Unión libre

5. Escolaridad

Analfabeto/a

Primaria

Secundaria

Técnica superior

Universitaria

6. Religión

Ateo

Católico

Evangélico

Pentecostés

Mormón

Testigos de Jehová

Otros

7. Ocupación :

Desempleado

Ama de Casa

Otro

8. Número de personas que  
habitan en el hogar:

\_\_\_\_\_

9. Tipo de piso en la vivienda:

Tierra

Embaldosado

Ladrillo

Cerámica

10. Tipo de techo en la vivienda:

Teja

Nicalí

Zinc

11. Fuente de abastecimiento de  
agua :

Pozo domiciliar

Pozo comunitario

Conectado a ENACAL

12. Sistema de eliminación de  
excretas:

Aire libre

Letrina

Inodoro

## II. Conocimientos sobre el manejo de la enfermedad diarreica aguda

1. ¿Para usted que es la diarrea?

Heces blanquecinas y malolientes	<input type="checkbox"/>
Heces líquidas o chingastosas y aumento en el número de deposiciones	<input type="checkbox"/>
Dolor de barriga	<input type="checkbox"/>
Estreñimiento	<input type="checkbox"/>
No sabe	<input type="checkbox"/>
  
2. ¿Sabe usted cuales son las causas de la diarrea?

Microorganismos (Bacterias, virus, parásitos)	<input type="checkbox"/>
Comida preparada inadecuadamente	<input type="checkbox"/>
Mal de ojo	<input type="checkbox"/>
Empacho	<input type="checkbox"/>
No se	<input type="checkbox"/>
  
3. ¿Sabe usted cuando debe acudir a la unidad de salud en caso de que el niño presente diarrea?

Si	<input type="checkbox"/>
No se	<input type="checkbox"/>
  
4. ¿Cuál de los siguientes es un signo de alarma para acudir a las unidades de salud?

Bebe con mucha sed	<input type="checkbox"/>
Vomita todo lo come y bebe	<input type="checkbox"/>
Dificultad para alimentarse	<input type="checkbox"/>
Decaimiento	<input type="checkbox"/>
Somnolencia	<input type="checkbox"/>

5. ¿Cómo usted sabe que el niño o la niña esta deshidratado?

Toma mucha agua

Orina poco

Lo ve Pálido

Somnoliento

Ojos hundidos

No se

6. ¿Puede la diarrea causar la muerte si no es tratada a tiempo?

Si

No

No se

7. ¿Se debe continuar con la lactancia materna durante la diarrea?

Si

No

No se

8. ¿Se debe continuar con la alimentación durante la diarrea?

Si

No

No se

9. ¿Conoce usted el suero oral casero? (NO EL DE SOBRECITO)

Si

No

10. Si la respuesta anterior fue SI ¿Con cuáles de estos elementos prepara usted el suero oral casero?

1 litro de agua hervida

El jugo de 1 limón o naranja

8 cucharadas de azúcar

¼ de cucharada de bicarbonato

1 cucharada de sal

No se

Otros \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. ¿Cuánto tiempo cree usted que dura el suero oral ya preparado?

8 horas

12 horas

24 horas

Nunca se echa a perder

No se

12. ¿Para qué sirve el suero oral?

Hidratar

Energizar

Quitar la diarrea

No se

13. ¿Sabe usted que es el sulfato de zinc? Si su respuesta es si, responda la preg. Num

13

Si

No

No se

14. El sulfato de zinc es:

Antibiótico

Vitamina

Reconstituyente de la mucosa intestinal

15. ¿Ha recibido usted información sobre la diarrea por algún trabajador de la salud?

Si

No

### III. Actitudes sobre el manejo de la enfermedad diarreica aguda

**TA:** Totalmente de acuerdo

**DA:** De acuerdo

**I:** Indiferente

**ED:** En desacuerdo

N°	Actitudes	TA	DA	I	ED
1	Cuándo inicia la diarrea en el niño/a se debe acudir a la unidad de salud.				
2	Hay que cumplir las indicaciones del médico.				
3	Hay que auto medicar al niño con diarrea antes de llevarlo al médico.				
4	Espero a que mejore el niño para llevarlo a la unidad de salud.				
5	Al empeorar el niño con diarrea debo llevarlo nuevamente al médico.				
6	Le suspendo el tratamiento cuando lo miro mejor aunque falten días para terminarlo.				
7	Hay que asistir a una segunda cita a la unidad de salud, si el médico lo indica, aunque el niño ya no tenga diarrea.				
8	Cuando un niño que se le dá el pecho, tiene diarrea se debe continuar con la lactancia materna de manera normal.				
9	Es importante el suero oral para evitar la deshidratación.				
10	Me gustaría saber más sobre la diarrea.				

<b>11</b>	Es necesario prestar atención a capacitaciones y/o charlas sobre la diarrea en los niños.				
<b>12</b>	Se debe purgar al niño para que no tenga diarrea.				
<b>13</b>	Las recomendaciones de la vecina, familiares o abuelas son más importantes que las que dan en el centro de salud.				

#### IV. Prácticas del tratamiento en el hogar

A las siguientes preguntas responda Si o No:

Nº	Practica	Si	No
1	¿La última vez que su niño presentó diarrea lo llevo al médico?		
2	¿Cuándo su niño lo lleva al médico cumple con las indicaciones?		
3	¿Si el niño presenta diarrea, y no está tolerando los alimentos sólidos ni líquidos, lo lleva a la unidad de salud más cercana?		
4	Consumo de agua limpia ya sea hervida, envasada o clorada		
5	Tapa bien los alimentos		
6	Lava bien las frutas y verduras		
7	Cocina bien los alimentos		
8	¿Continuaron la alimentación de los niños cuando cursaron con diarrea?		
9	¿Le dieron líquidos al niño más de lo habitual?		
10	¿Alimenta al niño con leche materna durante los primeros 6 meses de vida?		
11	¿Utiliza usted el lavado de manos para prevenir la diarrea?		

12. ¿Cuándo lleva a su hijo al médico?

- a. Al inicio de la diarrea
- b. Dos días después
- c. Cuando la diarrea empeora
- d. Si el medicamento que usted le dio por su cuenta no funcionó

13. ¿Cuándo no lleva al médico o al personal de salud qué hace con su niño con diarrea?

- a. Purgo
- b. Auto medica
- c. Lo llevo donde una curandera
- d. No hizo nada esperando que le pase la diarrea.

14. ¿Qué le da al niño o la niña cuando tienen diarrea?

- a. Suero Oral
- b. Antidiarreicos
- c. Antibiótico
- d. Desparasitante
- e. Purga
- f. Agua
- g. Agua de arroz
- h. Nada
- i. Otro

15. ¿Cuándo se lava las manos que utiliza?

- a. Agua y jabón
- b. Solo agua