

UNIVERSIDAD METROPOLITANA DEL ECUADOR



**FACULTAD DE SALUD Y CULTURA FÍSICA
ESCUELA DE ENFERMERÍA
SEDE QUITO**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
LICENCIADOS DE ENFERMERÍA**

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DE
AFECCIONES DIARREICAS DIRIGIDA A PADRES DE NIÑOS EN EDAD ESCOLAR
QUE ACUDEN AL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL QUITO CUNA DE
FEBRERO A MARZO DEL 2025**

AUTORES

MELANIE NICOLE ALVAREZ HEREDIA

BLANCA ESTEFANIA MONTESDEOCA VACA

TUTOR

Mg. JAIME ENRIQUE CASTELLANOS GUEVARA

QUITO – 2025

CERTIFICACIÓN DEL ASESOR

Yo, CASTELLANOS GUEVARA JAIME ENRIQUE, en calidad de asesor del trabajo de investigación, designado por la cancillería de la **UMET**, certifico que el trabajo de titulación para optar por el grado de: **LICENCIADO EN ENFERMERÍA**, cuyo título es: **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DE AFECCIONES DIARREICAS DIRIGIDA A PADRES DE NIÑOS EN EDAD ESCOLAR QUE ACUDEN AL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL QUITO CUNA DE FEBRERO A MARZO DEL 2025**, elaborado por los estudiantes: Melanie Nicole Alvarez Heredia y Blanca Estefania Montesdeoca Vaca, han cumplido con todos los requisitos legales exigidos, por los que se aprueba la misma.

Es todo cuanto puedo decir en honor a la verdad, facultando al interesado hacer uso de la presente, así como también se autoriza la presentación para la evaluación por parte del jurado respectivo.

Atentamente,

Jaime E. Castellanos Guevara

CC 1759013236

ASESORA DE TESIS

CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, Melanie Nicole Alvarez Heredia, estudiante de la Universidad Metropolitana del Ecuador “UMET”, de Enfermería declaro en forma libre y voluntaria que el presente trabajo de investigación que versa sobre: **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DE AFECCIONES DIARREICAS DIRIGIDA A PADRES DE NIÑOS EN EDAD ESCOLAR QUE ACUDEN AL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL QUITO CUNA DE FEBRERO A MARZO DEL 2025** y las expresiones vertidas en la misma, son autoría de la compareciente, la cual se ha realizado en base a recopilación bibliográfica, consultas de internet y consultas de campo. En consecuencia, asumo la responsabilidad de la originalidad de la misma y el cuidado al referirme a las fuentes bibliográficas respectivas para fundamentar el contenido expuesto.

Atentamente,

Melanie Nicole Alvarez Heredia

C.C. 1723308431

AUTORA

CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, Blanca Estefania Montesdeoca Vaca, estudiante de la Universidad Metropolitana del Ecuador “UMET”, de Enfermería declaro en forma libre y voluntaria que el presente trabajo de investigación que versa sobre: **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DE AFECCIONES DIARREICAS DIRIGIDA A PADRES DE NIÑOS EN EDAD ESCOLAR QUE ACUDEN AL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL QUITO CUNA DE FEBRERO A MARZO DEL 2025** y las expresiones vertidas en la misma, son autoría de la compareciente, la cual se ha realizado en base a recopilación bibliográfica, consultas de internet y consultas de campo. En consecuencia, asumo la responsabilidad de la originalidad de la misma y el cuidado al referirme a las fuentes bibliográficas respectivas para fundamentar el contenido expuesto.

Atentamente,

Blanca Estefania Montesdeoca Vaca

C.C. 0804188696

AUTORA

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Yo, Melanie Nicole Alvarez Heredia, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación, **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DE AFECCIONES DIARREICAS DIRIGIDA A PADRES DE NIÑOS EN EDAD ESCOLAR QUE ACUDEN AL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL QUITO CUNA DE FEBRERO A MARZO DEL 2025**, modalidad trabajo de Investigación de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN, cedo a favor de la Universidad Metropolitana del Ecuador una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Metropolitana del Ecuador para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de titulación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Melanie Nicole Alvarez Heredia
C.C. 1723308431

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Yo, Blanca Estefania Montesdeoca Vaca, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación, **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DE AFECCIONES DIARREICAS DIRIGIDA A PADRES DE NIÑOS EN EDAD ESCOLAR QUE ACUDEN AL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL QUITO CUNA DE FEBRERO A MARZO DEL 2025**, modalidad trabajo de Investigación de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN, cedo a favor de la Universidad Metropolitana del Ecuador una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Metropolitana del Ecuador para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de titulación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Blanca Estefania Montesdeoca Vaca

C.C. 0804188696

DEDICATORIA

A ti, mamá, por ser mi mayor ejemplo de amor, lucha y sacrificio. Por cada desvelo, esfuerzo y palabra de aliento que me impulsó a seguir. Este logro es tan tuyo como mío. Gracias por enseñarme a nunca rendirme.

A mi hermano, por estar siempre ahí con tu apoyo y cariño.

A mi padrastro, por tu respaldo constante.

A mi tía, gracias por brindarme un hogar y un espacio seguro para seguir adelante.

Y a mis primas, por sus ánimos incondicionales, por cada palabra de aliento que me ayudó a no caer y seguir con más fuerza.

Gracias a todos ustedes, hoy soy Licenciada en Enfermería.

Melanie Nicole Alvarez Heredia

A mis padres, por ser mi raíz y mi sostén, por su amor inquebrantable y cada sacrificio que hicieron para que yo pudiera alcanzar mis sueños. Gracias por enseñarme, con su ejemplo, que no hay imposibles cuando se trabaja con fe y perseverancia. Este logro es un reflejo de todo lo que sembraron en mí.

A mi esposo,

por su amor constante, su paciencia en mis días de cansancio y su fe en mí cuando más lo necesité. Gracias por cada palabra de aliento, por abrazarme cuando sentía que no podía más y por caminar conmigo en cada paso de este camino. Este triunfo también es tuyo.

Blanca Estefania Montesdeoca Vaca

AGRADECIMIENTO

A mi mamá, mi pilar de vida. Gracias por tu entrega, tu paciencia y tu amor sin límites. Por enseñarme que no hay meta imposible cuando se lucha con el corazón.

A mi hermano, gracias por cada palabra de aliento y por ser ese apoyo incondicional que tanto valoré.

A mi padrastro, por estar siempre presente, acompañando mi camino con cariño.

A mi tía, por ofrecerme un hogar y un ambiente seguro en los momentos que más lo necesité.

Y a mis primas, por su apoyo constante, por creer en mí y animarme con tanto cariño a seguir adelante.

A todos ustedes, gracias por ser parte de este logro. Sin su amor, apoyo y confianza, este sueño no habría sido posible.

Melanie Nicole Alvarez Heredia

A Dios, por ser mi guía, mi fortaleza y mi refugio en cada momento de este proceso. Sin Su luz, este camino no hubiera sido posible.

A mis padres, por su apoyo incondicional, sus consejos llenos de amor y por sostenerme incluso cuando mis fuerzas flaqueaban. Gracias por creer en mí y por enseñarme a ser valiente.

A mi esposo, por ser mi compañero de vida, por su apoyo silencioso en mis largas noches de estudio y por recordarme cada día que soy capaz. Gracias por compartir mis sueños y mis luchas con amor y paciencia.

A mis docentes y tutores, por cada enseñanza compartida y por ser parte de mi formación con dedicación y vocación.

Gracias, porque detrás de este logro está el amor y el apoyo de cada uno de ustedes, quienes me impulsaron a llegar hasta aquí.

Blanca Estefania Montesdeoca Vaca

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN DEL ASESOR.....	II
CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA DE TRABAJO DE TITULACIÓN	III
CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA DE TRABAJO DE TITULACIÓN	IV
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR	V
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR	VI
DEDICATORIA.....	VII
AGRADECIMIENTO	VIII
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I:.....	4
1. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	4
1.1. Antecedentes de la investigación.....	4
1.1.1. Antecedentes internacionales.....	4
1.1.2. Antecedentes nacionales	5
1.2. Bases conceptuales	6
1.1.3. Clasificación según la duración	6
1.1.4. Clasificación según la etiología	7
1.1.5. Clasificación según el mecanismo fisiopatológico	8
1.1.6. Clasificación según la presentación clínica	8
1.1.7. Clasificación según la gravedad.....	9
1.1.8. Diagnóstico y evaluación clínica	9
1.1.9. Manejo	14
1.2.8. Rol de la microbiota intestinal y probióticos	19
1.2.9. Complicaciones de las EDA	20
1.2.10. Políticas de salud pública en Ecuador relacionadas con la prevención de enfermedades diarreicas	21
1.2.11. Intervenciones educativas	24
.3. Bases Teóricas.....	26
.3.1. Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender.....	26
.3.2. Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem	26
CAPÍTULO II:	27
2. MARCO METODOLÓGICO	27
2.1. Enfoque	27
2.2. Diseño	27
2.3. Población y muestra.....	27

2.4. Métodos, Técnicas e Instrumentos.....	27
2.5. Procedimientos.....	28
2.6. Consideraciones Éticas.....	29
CAPÍTULO III:.....	30
3. RESULTADOS, DISCUSIÓN Y PROPUESTA.....	30
3.1. Resultados	30
3.2. Discusión	54
3.3.1. Enfoque	57
3.3.2. Objetivo:	57
3.3.3. Fundamentación.....	57
3.3.4. Intervención en Enfermería.....	62
3.3.5. Indicadores de éxito	67
3.3.6. Impacto Esperado de la Propuesta	71
CONCLUSIONES	72
RECOMENDACIONES	73
BIBLIOGRAFÍA.....	74

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Escala valorativa del cuestionario.....	28
Tabla 2: Método más efectivo para garantizar agua potable en el hogar.....	30
Tabla 3: Importancia del lavado de manos antes de preparar alimentos.....	31
Tabla 4: Principales síntomas de una afección diarreica en niños	32
Tabla 5: Prácticas esenciales para prevenir infecciones gastrointestinales en casa	33
Tabla 6: Importancia de la vacunación en la prevención de afecciones diarreicas.....	34
Tabla 7: Forma correcta de almacenar alimentos perecederos	35
Tabla 8: Medidas de higiene necesarias antes de consumir frutas y verduras	36
Tabla 9: La higiene personal es clave para la salud de mis hijos.....	38
Tabla 10: Participar en sesiones educativas mejora mi capacidad para cuidar la salud de mi familia	39
Tabla 11: Estoy dispuesta(o) a implementar cambios en mi hogar para prevenir afecciones diarreicas.....	40
Tabla 12: Creo que involucrar a mis hijos en prácticas de higiene es fundamental	41
Tabla 13: Valoro el lavado frecuente de manos como medida preventiva	42
Tabla 14: Considero importante garantizar el acceso a agua potable en mi hogar	43
Tabla 15: Estoy motivada a seguir las recomendaciones de los profesionales de salud.....	44
Tabla 16: Lavo mis manos antes de preparar alimentos	46
Tabla 17: Hervimos el agua antes de consumirla en casa.....	47
Tabla 18: Desinfectamos frutas y verduras antes de comerlas	48
Tabla 19: Almaceno correctamente los alimentos perecederos	49
Tabla 20: Uso utensilios limpios al preparar alimentos para mi familia	50
Tabla 21: Atiendo de inmediato los síntomas de afecciones diarreicas en mis hijos	51
Tabla 22: Educo a mi hijo que se lave las mano antes de ingerir alimentos y después de ir al baño	52
Tabla 23: Área de Gestión de Educación en Salud y Prevención de Enfermedades	68
Tabla 24: Área de Gestión de Atención Clínica y Seguimiento	69
Tabla 25: Área de Gestión de Recursos Humanos y Capacitación.....	70
Tabla 26: Área de Gestión de Monitoreo y Evaluación.....	71

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Nivel de conocimiento de los padres sobre la prevención de las enfermedades diarreicas en los niños	37
Figura 2: Actitud de los padres sobre la prevención de las enfermedades diarreicas en infantes.....	45
Figura 3: Práctica de los padres para la prevención de las enfermedades diarreicas en los niños.....	53
Figura 4: Árbol de problemas	59
Figura 5: Árbol de soluciones	61

RESUMEN

Las enfermedades diarreicas se han reportado como una de las causas primordiales de morbimortalidad en menores a nivel mundial, afectando desproporcionadamente a los niños menores de cinco años, sobre todo en naciones en vías de desarrollo como Ecuador. Este estudio tuvo como objetivo diseñar una estrategia educativa para modificar los conocimientos, actitudes y prácticas en la promoción de la salud de enfermedades diarreicas de padres de menores en edad escolar atendidos en el Centro de Desarrollo Infantil Quito Cuna. Para ello se efectuó un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal y diseño propositivo, tomando una muestra de 70 padres, a quienes se les aplicó una encuesta estructurada de 21 preguntas divididas en tres dimensiones, posterior a la aplicación de un programa educativo. Los resultados evidenciaron que el 47.1% de los casos obtuvieron un nivel bajo de conocimiento, un 64.3 % obtuvo una actitud negativa y el 98.6% presentó prácticas poco saludables. Se concluye que, existen vacíos en temas clave como el tratamiento del agua, la higiene alimentaria y la identificación de síntomas, lo cual pudiera ser causa de dificultad en la implementación de medidas preventivas efectivas para la prevención de enfermedades diarreicas en el entorno familiar.

PALABRAS CLAVE: diarrea aguda, padres, enfermería, niños.

ABSTRACT

Diarrheal diseases have been reported as a primary cause of morbidity and mortality in children worldwide, disproportionately affecting those under five years old, especially in developing nations like Ecuador. This study aimed to design an educational strategy to modify the knowledge, attitudes, and practices regarding health promotion for diarrheal diseases among parents of school-aged children attending the Quito Cuna Child Development Center. A quantitative, descriptive, cross-sectional, and propositional study was conducted. A sample of 70 parents completed a structured 21-question survey divided into three dimensions after participating in an educational program. The results showed that 47.1% of parents had a low level of knowledge, 64.3% exhibited a negative attitude, and 98.6% reported unhealthy practices. The study concludes that there are gaps in key areas such as water treatment, food hygiene, and symptom identification. These deficiencies could hinder the effective implementation of preventive measures for diarrheal diseases within the family environment.

KEYWORDS: acute diarrhea, parents, nursing, children.

INTRODUCCIÓN

Las estrategias de promoción para modificar hábitos que beneficien la salud, es un pilar esencial en todo sistema sanitario, y cuando se dirigen al control de las afecciones diarreicas en infantes en edad escolar, se vuelven asuntos críticos, sobre todo en naciones en vías de desarrollo como Ecuador. Las enfermedades diarreicas se han reportado como una de las causas primordiales de morbi-mortalidad en menores a nivel mundial, afectando desproporcionadamente a los niños menores de cinco años. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), estas entidades ocupan la tercera posición causante de defunción en niños con edades ≤ 59 meses si bien tienen un origen prevenible y tratable. Anualmente, las diarreas provocan la defunción de más de 440 000 niños de menos de 5 años y a otros 50 000 entre los 5 y 9 años. Así, cada año, cerca de 1 700 millones de pequeños con enfermedades diarreicas son reportados. La diarrea es considerada, una de las etiologías prominentes de malnutrición en estas edades (Organización Mundial de la Salud, 2024).

En Latinoamérica, el contexto es igual de alarmante, con tasas heterogéneas de incidencia. Por ejemplo, en Perú, en un estudio aplicado entre 2017 y 2022 se reportaron 11 635 casos de enfermedades diarreicas agudas (EDA), con un pico máximo de 25 553 reportes en 2020; y una tasa acumulada de incidencia de 139.7 casos por 10 000 habitantes (Perú, Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, 2022). Mientras que, en Bolivia, de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística (INE), se informaron entre 2011 - 2019, y 2021 (no se recogió estadística en 2020), una tasa promedio de 1,1 casos de EDA en este mismo rango etario (Ecuador, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2023).

En Ecuador, un reporte del Ministerio de Salud Pública (MSP) indica que, en 2019, las EDA producto a enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) toparon los 19 487 casos, con una disminución del 54% para el 2020, en donde la Salmonelosis y las fiebre tifoidea y paratifoidea fueron las etiologías predominantes, siendo las provincias El Oro y Guayas las que más sujetos aportaron, y una mayor presentación en las féminas, y etapas de 1 a 4 años (Ecuador, Ministerio de Salud Pública, 2021).

Frente a esta problemática, surge la pregunta central de la investigación: ¿Cómo impacta en la modificación del nivel de conocimiento, actitudes y prácticas, una intervención de enfermería acerca de la promoción de la salud en afecciones diarreicas dirigida a padres de escolares que acuden al Centro de Desarrollo Infantil Quito Cuna de febrero a marzo de 2025? Establecer una visión del comportamiento pre y post intervención de las variables de estudio, posibilitó obtener

la magnitud del efecto de la implementación de estrategias educativas en las comunidades para abordar problemáticas sanitarias como es el caso que atañe a esta investigación.

El objetivo general de esta investigación es diseñar una estrategia educativa para modificar los conocimientos, actitudes y prácticas en la promoción de la salud de enfermedades diarreicas de padres de menores en edad escolar atendidos en el Centro de Desarrollo Infantil Quito Cuna. Para lograr esto, se plantearon objetivos específicos que incluyeron: 1) identificar el grado de conocimiento de los padres sobre la prevención de enfermedades diarreicas, 2) establecer la actitud de los padres sobre la prevención de enfermedades diarreicas, y 3) identificar las prácticas rutinarias de los padres para la prevención de enfermedades diarreicas.

A partir de lo descrito, se hipotetiza que, una intervención educativa y dirigida aumenta los conocimientos y corrige las actitudes y prácticas de los participantes significativamente. Así, la población constó de padres de infantes en etapa escolar que acudieron a la institución sanitaria en la cual se efectuó la investigación.

Los métodos científicos incluyeron métodos teóricos como el análisis-síntesis y empíricos como encuestas estructuradas. El estudio es de tipo cuasi- experimental, con evaluaciones pre y post- intervención, y se utilizaron cuestionarios y materiales educativos como instrumentos principales, y de grupo único.

Se garantizó como prerrequisito para la participación, la firma del consentimiento informado por los sujetos que decidan participar. Se respetaron en todo momento los principios que rigen la Declaración de Helsinki, y normativas para la investigación en humanos, así como el mantenimiento de la confidencialidad de la información obtenida.

Se organizaron tres sesiones para el cumplimiento de los objetivos del estudio, en donde la intervención educativa fue el centro que permitió evaluar en dos momentos adyacentes a esta el comportamiento de las variables estudiadas. La intervención trató tópicos vitales para la higiene e incitó a la participación de los oyentes con sus perspectivas y aportes al tema. Los datos recolectados fueron procesados de modo estadístico para cuantificar tendencias significativas y permitir la redacción posterior de recomendaciones en base a la evidencia encontrada.

En esta investigación el aporte desde un punto de vista práctico radicó en la ejecución de un grupo de acciones educativas programadas que no solo lograron informar de un tema, sino que de igual manera empoderaron a los progenitores en la adopción de cambios positivos en los hábitos de vida de sus hijos. Ello no contribuyó únicamente a la disminución de la presentación de diarreas

en la población, sino que mejoró también la salud del infante y la satisfacción global de la comunidad. Asimismo, este estudio se sustentó en teorías en el campo de la enfermería que promueven el cuidado humano, como la teoría del autocuidado de Dorothea Orem, que promueve la idea de que las personas deben y pueden ser partícipes activos de sus propios cuidados y el de su descendencia. Finalmente, se pretendió con esta investigación, capacitar a los padres a fin de convertirlos en agentes proactivos en la mejora de la calidad de la vida de sus hijos.

CAPÍTULO I:

1. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1.1. Antecedentes de la investigación

1.1.1. Antecedentes internacionales

Desde Etiopía, Lakew et al. (2024) analizaron factores asociados con la diarrea en niños menores de cinco años en Etiopía. El estudio transversal incluyó 8 740 niños, y la diarrea fue evaluada según reportes de cuidadores sobre episodios en las dos semanas previas a la encuesta. Se obtuvo que, los infantes de 7-12 meses (OR = 2.7) y 13-24 meses (OR = 2.1) tuvieron mayor riesgo de diarrea en comparación con los menores de 6 meses. Aquellos infantes que consumieron desde fuentes de agua potable (OR = 0.7), niñas (OR = 0.8), y los menores con progenitores de 25-34 años (OR = 0.7) o 35-49 años (OR = 0.6) presentaron inferior probabilidad de diarrea. La educación primaria de la madre (OR = 0.8) y pertenecer a hogares de ingresos medios o bajos (OR = 0.7 y OR = 0.7, respectivamente) también fueron factores protectores. Se concluyó que, mejorar la accesibilidad a agua idónea para su ingestión, el saneamiento e higiene, y las campañas educativas centradas en los padres con pobre nivel educacional, puede evitar la EDA en esta población vulnerable.

Desde Turquía, Kaçan et al. (2022) comprobaron los niveles de conocimiento y prácticas tradicionales de padres con hijos menores de 5 años sobre la diarrea, y su vínculo con su grado de enseñanza alcanzado. Se efectuó un estudio transversal en el que se usó una encuesta en línea en Bursa, empleando un muestreo en bola de nieve a través de plataformas digitales. Los resultados evidenciaron que el puntaje medio de conocimiento sobre diarrea fue de 22.1 ± 3.7 puntos, por lo que se calificó como alto. El análisis de regresión lineal múltiple reveló una relación significativa entre los puntajes de conocimiento y el nivel educativo de los padres ($p < 0.001$). Entre las prácticas tradicionales más comunes, el 92.5% de los padres reportaron "alimentar al niño con banano" en casos de diarrea. Se concluyó que el nivel educativo materno es un factor clave que influye positivamente en los conocimientos sobre diarrea.

Desde Estados Unidos, Bauza et al. (2023) establecieron el rendimiento de estrategias de saneamiento para el control de las EDA, de manera única o al combinarlas con otras acciones, por medio de un metaanálisis. Examinaron 51 artículos en los que se observaron a su vez 238 535 casos ≤ 5 años. Se obtuvieron como intervenciones en este sentido: 1) la accesibilidad a instituciones de saneamiento, 2) optimización de los centros existentes para este fin y 3) el

desarrollo de campañas para modificar conductas. La primera intervención redujo discretamente la prevalencia de EDA (RR 0.8, IC 95% 0.7 - 1.1), la segunda resultó más efectiva (RR 0.7, IC 95% 0.6 - 0.8), la tercera logró también reducirlas (RR 0.8, IC 95% 0.7 - 1.0). Se concluyó que, el tipo de intervención, cobertura y tiempo de seguimiento hacen mella en la presencia de EDA a edades temprana.

En Perú, Vasquez-Amao (2021) efectuó un estudio no experimental en 40 infantes menores a los 5 años, en el que empleo una entrevista a los padres y tutores legales y un cuestionario. De ello se observó que el 80% de los niños convivían en ambientes de bajo saneamiento básico (agua de pozo no tratada, desecho de excretas en pozos sin desagüe, pisos de tierra, viviendas sin las condiciones constructivas adecuadas), el 40% de los entrevistados no trataba el agua de beber rutinariamente, y el 90% de los encuestados obtuvieron bajos niveles de conocimiento sobre la temática abordada, lo cual se asoció con el nivel de escolaridad y el seguimiento de tradiciones culturales más que las recomendaciones de organismos sanitarios.

Desde Venezuela, Liendro & Mendoza (2020) publicaron un estudio cuasiexperimental aplicado a 122 infantes entre los 0 y los 5 años de edad, en el que se desarrolló una intervención educativa sobre las EDA para modificar el grado de discernimiento sobre la temática en los padres de estos menores. Se empleó una encuesta pre y post intervención, de lo que resultó que se halló una predominancia de EDA en los varones y en el grupo etario de 1 a 2 años (51,6%), el 48,4% estuvieron bajo peso, y el 49,2% tuvo una mala alimentación. Además, 46,7% de los padres obtuvo malas puntuaciones pretest, sin embargo, el 77,7% obtuvo buenos resultados tras la intervención aplicada. Se concluyó que la intervención con carácter educativo constituye un instrumento eficaz para la promoción y prevención de entidades nosológicas.

1.1.2. Antecedentes nacionales

Desde Ecuador, Goyes-Ortega et al. (2022) efectuaron una revisión bibliográfica a partir de disímiles bases electrónicas entre los años 1980 y 2022, de lo que se obtuvieron 40 artículos tras el cumplimiento de los criterios de selección de los estudios. Se obtuvo en la triangulación de la información que cerca de 15 artículos hallados revelaron la vitalidad del empleo de la educación sanitaria. Además, se halló que los padres y los padres fueron los mayores receptores de las intervenciones llevadas a cabo. Asimismo, respecto a la efectividad, se hizo alusión a dos estudios con una altísima eficacia del 97 y 98%, respectivamente, en la posterior a ello se evidenció una baja incidencia de morbilidad por EDA en los infantes entre 0 y 18 meses. Por ello se concluyó

que este tipo de estrategias representan un pilar principalmente en la atención primaria de salud al permitir conocer el nivel de sapiencia de la población sobre un tema específico y el accionar en respuesta a resolver un vacío del conocimiento.

Por su parte, Sánchez-Jiménez (2022) efectuó una investigación descriptiva, correlacional y transversal, para determinar los factores que intervienen en la prevención de la parasitosis intestinal en menores de cinco años que asistieron al Centro de Salud Tipo C Lasso, Cotopaxi, entre diciembre de 2021 y febrero de 2022. La población estuvo conformada por cuidadores y progenitores de infantes (4333 personas), de los cuales se seleccionaron 96 mediante muestreo por conveniencia. Los resultados mostraron que 82% tenían conocimientos incorrectos sobre la temática, por lo que se concluye que es fundamental implementar talleres educativos para mejorar el nivel de conocimiento y prevenir este problema de salud en la comunidad.

1.2. Bases conceptuales

Las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA), son afecciones caracterizadas por la presencia de evacuaciones intestinales frecuentes, líquidas o semilíquidas, que pueden resultar de infecciones, intoxicaciones alimentarias, o enfermedades inflamatorias del intestino. Estas condiciones pueden ser agudas o crónicas y suelen estar acompañadas de síntomas como náuseas, vómitos, fiebre y deshidratación (Perú, Ministerio de Salud, 2024).

1.1.3. Clasificación según la duración

A. Diarrea aguda.

Se caracteriza por una duración no superior a las dos semanas. Es común en la niñez y la adultez, y es con frecuencia originada por infecciones. La EDA puede ser autolimitada, es decir, se resuelve sin la necesidad de un tratamiento específico. Empero, un inadecuado manejo puede conducir a la deshidratación. Entre las etiologías más asiduas se hallan:

- Infecciones virales: Rotavirus y Norovirus.
- Infecciones bacterianas: *Escherichia coli*, *Salmonella*, y *Shigella*.
- Infecciones parasitarias: *Giardia lamblia* y *Entamoeba histolytica* (Florez, Niño-Serna, & Beltrán-Arroyave, 2020).

B. Diarrea crónica.

Episodios de diarreas que suelen durar más de dos semanas y que ameritan una perspectiva de tamizaje más exhaustiva. Pueden deberse a infecciones recurrentes o patologías subyacentes. Las etiologías más repetidas incluyen:

-Enfermedades inflamatorias intestinales: Enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa.

-Giardiasis.

-Diabetes Mellitus (Das, y otros, 2024).

1.1.4. Clasificación según la etiología

A. Infecciosa.

Las EDA de origen infeccioso son las más frecuentes. Se definen en 3 categorías:

Bacteriana.

- *Escherichia coli enterotoxigénica y enterohemorrágica*.

-Salmonelosis: por ingestión de alimentos contaminados (huevos y pollo), es considerada una enfermedad transmitida por los alimentos (ETA).

-*Shigella*: ETA, causa disentería.

-*Campylobacter*: aves de corral (Das, y otros, 2024).

Viral.

-Rotavirus: Etiología principal en menores de cinco años.

-Norovirus: origina brotes en contextos de hacinamiento.

-Adenovirus y Astrovirus: menos frecuentes (Das, y otros, 2024).

Parasitarias.

-*Giardia lamblia*: esteatorrea, síndrome de malabsorción intestinal y se a la ingestión de agua no tratada.

-*Entamoeba histolytica*: disentería amebiana y abscesos hepáticos.

-Helmintos: *Ascaris* y *Strongyloides* (Das, y otros, 2024).

B. No infecciosa.

Alimentarias.

-ETA por *Clostridium perfringens* y *Staphylococcus aureus*.

-Intolerancias alimentarias (lactosa, fructosa, galactosa) pueden originar diarreas de tipo osmóticas al exponerse a productos lácteos.

Inflamatorias.

-Enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa, son causantes de diarrea crónica.

Metabólicas.

-La diabetes mellitus es causa de gastroenteropatía (Meisenheimer, Epstein, & Thiel, 2022; Nemeth & Pflieger, 2024).

1.1.5. Clasificación según el mecanismo fisiopatológico

A. Diarrea osmótica.

Episodios diarreicos que inciden por un aumento de la presencia de solutos en el intestino, lo que produce arrastre de agua hacia el lumen de este órgano. Aparece a consecuencia de la no absorción adecuada de ciertos nutrientes, y dentro de los trastornos más conocidos que la provocan se hallan la intolerancia a la lactosa y el consumo excesivo de edulcorantes no absorbibles, como el sorbitol (Burgers, Lindberg, & Bevis, 2020; Stamm, Salvador, Greuter, Godat, & Schoepfer, 2022).

B. Diarrea secretora.

Evento diarreico derivado de una excesiva secreción hidroelectrolítica en el intestino, sin asociación con el consumo de alimentos. Es habitual en caso de infecciones y puede ser persistente. Dentro de las etiologías que la inducen se incluyen:

- Toxinas bacterianas: *Vibrio cholerae* (Cólera).
- Infecciones virales: Que trastornan el funcionamiento intestinal (Stamm, Salvador, Greuter, Godat, & Schoepfer, 2022; Keely & Barret, 2022).

C. Diarrea exudativa.

Sucede en presencia de un cuadro de inflamación intestinal en el cual se secreta moco, sangre y pus. Esto es típico de enfermedades como: Colitis ulcerosa y Enfermedad de Crohn (Enfermedades Inflammatorias Intestinales) (Moreno, 2020).

D. Diarrea motora o irritativa.

Debido a un aumento en la motilidad intestinal, lo que puede ser causado por condiciones como:

- Síndrome del intestino irritable (SII): Donde los cambios en la motilidad intestinal provocan episodios de diarrea.
- Hipertiroidismo: Que puede aumentar la motilidad intestinal y causar diarrea (Savarino, y otros, 2022).

1.1.6. Clasificación según la presentación clínica

A. Diarrea con sangre (Disentería).

Caracterizada por la presencia de sangre y moco en las heces, generalmente indica una infección grave. Puede ser causada por:

- Infecciones bacterianas: Como *Shigella* y *E. coli* enterotoxigénica.
- Enfermedades inflamatorias: Que causan daño a la mucosa intestinal (Akhondi & Simonsen, 2024).

B. Diarrea sin sangre.

Más común en infecciones virales y algunas bacterianas leves. Generalmente menos grave y puede incluir:

- Diarrea viral: Como la causada por rotavirus.
- Diarrea por intoxicaciones alimentarias: Donde no se presentan síntomas severos (Meisenheimer, Epstein, & Thiel, 2022).

1.1.7. Clasificación según la gravedad

- a) Leve.** Pérdida de líquidos < 5% del peso corporal. Los síntomas suelen ser manejables en casa con rehidratación oral. Generalmente no hay signos de deshidratación severa.
- b) Moderada.** Pérdida de líquidos entre 5 - 10% del peso corporal. Los síntomas son más pronunciados, y el manejo puede requerir atención médica, especialmente si hay signos de deshidratación moderada.
- c) Severa.** Pérdida de líquidos > 10% del peso corporal. En los aquejados se aprecian síntomas graves de deshidratación, como letargia, piel seca, y ameritan de atención médica urgente, incluyendo rehidratación intravenosa (St. Jean, y otros, 2022).

1.1.8. Diagnóstico y evaluación clínica

La evaluación clínica en el ámbito de las EDA en la infancia son clave para el manejo idóneo y oportuno del paciente. La tipificación precoz de signos de alarma, de la etiología y la estratificación del riesgo son primordiales para excluir complicaciones graves y encaminar las intervenciones terapéuticas (Viegelmann, Dorji, Guo, & Lim, 2021)

A. Anamnesis.

El interrogatorio compone el primer paso para el diagnóstico de la EDA infantil, de allí que sea indispensable obtener una minuciosa historia clínica que contenga la descripción del cuadro diarreico: su inicio, frecuencia, duración, consistencia de las deposiciones y la presencia o ausencia de sangre o moco. Se deben inquirir sobre síntomas asociados, como fiebre, dolor abdominal, vómitos, irritabilidad y anorexia, que pueden sugerir un cuadro inflamatorio o un proceso infeccioso de mayor envergadura (Viegelmann, Dorji, Guo, & Lim, 2021)

Es primordial investigar también acerca del contexto epidemiológico. La exposición a fuentes potencialmente contaminadas ya sea por alimentos elaborados en condiciones deficientes de higiene o consumo de agua no tratada, así como la existencia de brotes diarreicos en la comunidad, pueden guiar hacia su origen infeccioso. La exploración de antecedentes familiares y sociales, incluso, del historial de vacunación (especialmente contra el rotavirus) y la presencia de condiciones vulnerables desde el punto de vista socioeconómico, ayudan a determinar el riesgo de complicaciones y complementan los datos diagnósticos (Viegelmann, Dorji, Guo, & Lim, 2021)

En este sentido, la integración de estos datos epidemiológicos posibilita una primera impresión de la etiología, lo que es esencial para concluir si se demanda la realización de estudios adicionales o si es posible instituir un tratamiento empírico fundado en protocolos establecidos (Viegelmann, Dorji, Guo, & Lim, 2021)

B. Examen físico.

Un detallado examen físico es complementario al interrogatorio mediante la anamnesis y permite determinar signos de alarma que evidencien la progresión hacia estados de deshidratación severa o inestabilidad hemodinámica. Se debe apreciar el estado general del infante durante el sondeo, descartando indicadores básicos como la irritabilidad, letargo o disminución del sensorio, que pueden exteriorizar compromiso sistémico (Viegelmann, Dorji, Guo, & Lim, 2021)

La estimación de la hidratación es primordial entre los hallazgos posibles del examen físicos. En tal sentido, se debe indagar sobre características como xerostomía, la presencia de pliegue cutáneo y/o fontanelas deprimidas en lactantes, además de livedo reticular. La demora en el llenado capilar, la cual no debe exceder los dos segundos en condiciones normales, puede alargarse en casos que sufren de deshidratación severa, y la presencia de taquicardia o hipotensión evidencia compromiso circulatorio. Asimismo, el examen del abdomen puede revelar, especialmente en cuadros complicados o con sospecha de invasión bacteriana; signos como la distensión, sensibilidad o cuadro peritoneal (Viegelmann, Dorji, Guo, & Lim, 2021)

Estos datos clínicos son determinantes para clasificar la gravedad del episodio diarreico, por ende, el examen físico debe ejecutarse de modo sistemático, documentando cuidadosamente cada hallazgo. Así, la identificación temprana de estos signos hace posible la puesta en práctica inmediata de medidas terapéuticas, como la rehidratación, y orienta la necesidad o no de derivar al paciente a un centro de atención especializado (Viegelmann, Dorji, Guo, & Lim, 2021)

C. Estudios de laboratorio.

Por otro lado, las indicaciones para las pruebas de laboratorio se justifican en el caso de que la manifestación clínica sugiera un ambiente generalizado o sea necesario comprobar el desequilibrio hidroelectrolítico. Los otros dos son el hemograma completo, el cual puede mostrar un mayor número de leucocitos para infección o anemia que puede ser la razón de la desnutrición. Además, la evaluación de electrolitos séricos es vital para identificar existencia de tales desequilibrios como la hiponatremia, hipokalemia y acidosis metabólica, cuando los resultados son de implicaciones directas en la pesada clínica y puede influir en la elección de la solución de rehidratación (Florez, Niño-Serna, & Beltrán-Arroyave, 2020) (Viegelmann, Dorji, Guo, & Lim, 2021)

Si bien rara vez es necesario para la atención ambulatoria, una gasometría arterial es indicado ante un paciente con signos de choque o deshidratación severa, y para una correcta evaluación del estado ácido-básico, sobre todo para detectar una acidosis que, eventualmente, puede demandar una corrección inmediata mediante infusión intravenosa. A su vez, la función renal, evaluada mediante creatinina y urea de suero, se prescribe en niños con antecedentes de cuadro de deshidratación más sutiles, o cuando se sospeche una insuficiencia renal aguda (Viegelmann, Dorji, Guo, & Lim, 2021)

La imbricación de estos parámetros bioquímicos permite confirmar no solo la presencia de trastornos metabólicos a consecuencia de la diarrea, sino también el seguimiento de la respuesta al tratamiento. La iteración de estos estudios, en intervalos determinados, es fundamental para concertar el manejo terapéutico y prevenir complicaciones a largo plazo (Viegelmann, Dorji, Guo, & Lim, 2021)

D. Pruebas microbiológicas.

Cuando la causa infecciosa es la sospechada, los test microbiológicos se vuelven herramientas básicas para la identificación del agente patógeno del que deriva el cuadro diarreico. La microscopía de las heces, que consta de la evaluación mediante tinciones y técnicas de flotación, puede revelar la parasitosis o presencia de cistos en casos con EDA de este origen. El coprocultivo es trascendental para el descubrimiento de patógenos bacterianos como *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter* y *Escherichia coli enteropatógena*, lo que posibilita también la determinación de patrones de resistencia antimicrobiana (Viegelmann, Dorji, Guo, & Lim, 2021) (Florez, Niño-Serna, & Beltrán-Arroyave, 2020)

El descubrimiento de antígenos por medio del empleo de técnicas moleculares (reacción en cadena de la polimerasa o PCR) e inmunoenzimáticas, en el ámbito de las infecciones virales, han revolucionado el diagnóstico. Éstos permiten una rápida y precisa identificación de cepas virales (rotavirus, adenovirus y norovirus), siendo trascendentales para corroborar la etiología y ajustar la terapéutica de forma oportuna. La selección de la prueba microbiológica guarda relación con el ámbito epidemiológico y clínico, así como de la logística en el centro sanitario. (Viegelmann, Dorji, Guo, & Lim, 2021)

El análisis y procesamiento de las muestras fecales deben efectuarse en condiciones controladas para impedir contaminaciones y conseguir resultados fiables. La interpretación de los hallazgos se debe realizar ligado a la evidencia clínica y de laboratorio, pues la detección de un patógeno no implica siempre que sea el origen del cuadro clínico, más, en contextos de colonización asintomática o coinfección (Viegelmann, Dorji, Guo, & Lim, 2021) (Florez, Niño-Serna, & Beltrán-Arroyave, 2020)

E. Estratificación del riesgo y decisiones terapéuticas.

La unificación de datos a través de la anamnesis, el examen físico y los estudios paraclínicos posibilitan estratificar de manera detallada el riesgo, proceso que resulta esencial para predecir la severidad del cuadro diarreico y si se ameritan intervenciones específicas como la rehidratación intravenosa en pacientes con deshidratación severa o la prescripción de terapias antibióticas en infecciones bacterianas confirmadas (Viegelmann, Dorji, Guo, & Lim, 2021)

Esta estratificación, se efectúa por medio de la determinación de signos de alarma (alteraciones del sensorio y desequilibrios hidro-electrolíticos significativos). El uso de algoritmos diagnósticos y escalas clínicas, asentados en la evidencia, proporciona una toma de decisiones e intervenciones tempranas. Este es el caso, en la práctica rutinaria, de escalas que sopesan múltiples parámetros como el lapso en el llenado capilar, las características de la frecuencia cardíaca y la tensión arterial, todo ello con el fin de conocer el requerimiento de hospitalización y/o monitoreo intensivo (Viegelmann, Dorji, Guo, & Lim, 2021)

La búsqueda e identificación de elementos predisponentes tales como la desnutrición, enfermedades crónicas y la edad, también influyen en la toma de decisión terapéutica. Los infantes con patologías subyacentes ameritan un estrecho seguimiento y, en muchas ocasiones, estrategias multidisciplinarias que impliquen nutricionistas, especialistas en cuidados intensivos pediátricos e

infectólogos (Viegelmann, Dorji, Guo, & Lim, 2021) (Florez, Niño-Serna, & Beltrán-Arroyave, 2020)

F. Consideraciones especiales.

Es fundamental no menospreciar para el manejo de la EDA infantil, la posibilidad de existencia de comorbilidades que pueden aseverar el pronóstico y trastocar la presentación clínica. En estos casos, tienen un riesgo aumentado de sufrir eventos adversos aquellos menores con signos de desnutrición severa, enfermedades crónicas no transmisibles o inmunodeficiencias, lo cual insta a una atención diagnóstica y terapéutica más profunda y meticulosa. De allí que, la interpretación de los complementarios debe ser contextualizada en tales casos, y es recomendable en estos un monitoreo intensivo para ajustar la terapéutica en función de la evolución clínica. Además, en poblaciones vulnerables, la respuesta a la nutrición y a la rehidratación puede estar comprometida, lo que hace imperativo el empleo de acciones particulares. La valoración continua y el monitoreo de los parámetros vitales junto con exámenes seriados de laboratorio permiten anticipar complicaciones y certificar una adecuada recuperación (Viegelmann, Dorji, Guo, & Lim, 2021) (Florez, Niño-Serna, & Beltrán-Arroyave, 2020)

G. Impacto de la evaluación integral en la toma de decisiones.

El examen clínico exhaustivo e impresión diagnóstica poseen un efecto directo en la toma de decisiones terapéuticas. El integrar información clínica, bioquímica y microbiológica posibilita individualizar el tratamiento del paciente, estrechando el peligro de intervenciones invasivas y retrasos en la conducta médica de casos severos. La comunicación efectiva entre los profesionales de la salud, en este sentido, es decisiva para certificar que la información recolectada se traduzca en una intervención oportuna y adecuada (Viegelmann, Dorji, Guo, & Lim, 2021) (Florez, Niño-Serna, & Beltrán-Arroyave, 2020)

El empleo guías buenas prácticas clínicas fundamentadas en la evidencia robustece la relevancia del abordaje multidisciplinario y sistemático. Estas normativas no solo encaminan la valoración inicial, sino que aportan también recomendaciones para el monitoreo y la reevaluación, componentes pilares en el manejo de la diarrea infantil de manera dinámica

Por lo tanto, la evaluación clínica y el diagnóstico de las EDA demandan un abordaje integral. La elaboración de una detallada historia clínica y la valoración precisa del cuadro clínico, combinados con el empleo de complementarios de laboratorio y técnicas avanzadas microbiológicas, son elementales para determinar el origen del cuadro y el grado de riesgo del

paciente. La detección precoz de signos de agravamiento hace posible poner en marcha acciones terapéuticas para reducir notoriamente la morbimortalidad

Asimismo, la personalización de la intervención terapéutica y la gradación del riesgo son vitales para optimar los hallazgos clínicos, sobre todo en poblaciones vulnerables. La integración de los hallazgos diagnósticos posibilita a los profesionales de la salud tomar decisiones informadas y adecuadas basados en un algoritmo, lo que se convierte finalmente en la reducción de complicaciones asociadas a la EDA infantil, y, por ende, en una atención de calidad

Este adelanto en las técnicas diagnósticas en el ámbito microbiológico con la inclusión de métodos moleculares ha perfeccionado de modo notorio la capacidad para hallar patógenos y guiar el tratamiento. Esto, sumado a la implementación de guías de buenas prácticas clínicas, fortalece la relevancia de un exhaustivo peritaje diagnóstico y de la multidisciplinariedad, elementos que garantizan el bienestar de la infantes afectados por estas patologías (Florez, Niño-Serna, & Beltrán-Arroyave, 2020) (Viegelmann, Dorji, Guo, & Lim, 2021)

1.1.9. Manejo

Las EDA figuran como unas de las principales causas de morbimortalidad en la niñez a escala global, especialmente en naciones en aras de desarrollo donde la accesibilidad al agua potable, infraestructura de salud y saneamiento son limitados. Estas entidades nosológicas impactan de modo significativo en la salud infantil a causa de la posibilidad de complicaciones. El manejo en estas edades se divide en acciones encaminadas a la prevención, tratamiento no farmacológico, farmacológico y atención de casos graves (Bauza, Liao, Majorin, & Clasen, 2023).

A. Prevención.

Prevenir las EDA en la infancia se aborda desde diversos frentes. Primariamente, la lactancia materna exclusiva en los seis primeros meses de vida es la estrategia más eficaz, pues provee de inmunidad pasiva al lactante mediante los anticuerpos presentes en la leche materna y favorece la maduración de su sistema inmunológico. Asimismo, ésta evita la exposición a agua y alimentos contaminados, disminuyendo de este modo la incidencia de infecciones entérica (Bauza, Liao, Majorin, & Clasen, 2023).

La vacunación es otro pilar cardinal en esta fase. Por ejemplo, la inmunización contra el rotavirus ha probado reducir la incidencia y gravedad de la EDA en niños pequeños, al disminuir los índices de ingresos y defunciones asociadas a esta entidad nosológica. Por lo cual se exhorta

su administración en dos dosis (a los 2 y 4 meses) o tres dosis (a los 2, 4 y 6 meses) en dependencia del esquema empleado (Bauza, Liao, Majorin, & Clasen, 2023).

El aprovisionamiento del acceso a agua potable y saneamiento para disminuir la transmisión de piógenos causantes de las EDA también es crucial. Ello involucra la provisión de agua segura para su ingestión, el manejo adecuado de excretas, el control vectorial y la optimización de infraestructuras básicas para el saneamiento. De mismo modo, las prácticas idóneas de aseo, como el lavado de manos con agua y jabón previo a la preparación o consumo de alimentos y posterior al uso del baño, son medidas preventivas con un efecto positivo contundente (Bauza, Liao, Majorin, & Clasen, 2023).

En el mismo sentido, la enseñanza en materia de seguridad alimentaria es otro elemento esencial en la prevención. De allí que se deba animar a la correcta manipulación, preparación, almacenamiento e ingestión de los alimentos, evadiendo la contaminación cruzada y garantizando una cocción adecuada de éstos. Además, la suplementación con micronutrientes, como el zinc (10-20 mg/día durante 10 a 14 días) y la vitamina A (100,000 UI en lactantes de 6 a 12 meses y 200,000 UI en niños mayores de un año), ha probado vigorizar la inmunidad y someter la incidencia, duración y gravedad de los eventos diarreicos en menores de cinco años (Bauza, Liao, Majorin, & Clasen, 2023).

B. Manejo no farmacológico.

El tratamiento de las EDA en la infancia se centra en la reposición hídrica y la adecuada nutrición para evitar ocurrencias que peligren la vida del infante. Así, la rehidratación oral es el pináculo terapéutico y se respalda en el empleo de sales de rehidratación oral (SRO) recomendadas por la OMS y la UNICEF. Estos preparados constan de una combinación de glucosa y electrolitos que facilitan la absorción de agua y sodio a nivel intestinal, enmendando la deshidratación y previniendo desórdenes electrolíticos. Se encomienda la administración entre 50 - 100 mL/kg de peso corporal en infantes con cuadros leves y entre 100 - 200 mL/kg en casos con clínica moderada en un lapso de cuatro horas. En caso de emesis, se puede aportar soluciones en cuantías pequeñas de forma frecuente, con un aumento paulatino en la cantidad aportada según la tolerancia del menor (Bauza, Liao, Majorin, & Clasen, 2023).

La continuidad de la dieta es otro aspecto a considerar en el manejo, pues la realimentación precoz evita la desnutrición y beneficia la recuperación del epitelio de los intestinos. Se exhorta, por tanto, a continuar con la lactancia materna en los lactantes y reintroducir alimentos con alto

contenido energético-proteico, descartando el ayuno prolongado, lo cual puede alargar el episodio diarreico. Dentro de los alimentos recomendados se incluyen a los cereales, tubérculos, frutas, verduras, y proteínas de fácil digestión como pollo, pescado y huevo (Bauza, Liao, Majorin, & Clasen, 2023).

C. Manejo farmacológico.

El empleo de medicamentos en la EDA infantil es selectivo y cumple con recomendaciones respaldadas por evidencia científica. En primer lugar, los antimicrobianos no están indicados de forma rutinaria, pues la mayor parte de los casos suelen ser de origen viral y autolimitados. Empero, en aquellos pacientes con diarrea bacteriana con aspecto de disentería o infecciones sistémicas severas, el tratamiento antibiótico sí se vuelve necesario (Deichsel, y otros, 2023).

- Para la diarrea bacteriana por *Shigella* se recomienda:
 - Azitromicina: 10 mg/kg/día por 72 horas (Tahmeed , y otros, 2021).
 - Ciprofloxacino: 15 mg/kg/dosis dos veces al día por 72 horas (en niños >3 meses).
- En caso de giardiasis o amebiasis:
 - Metronidazol: 15 mg/kg/dosis tres veces al día por 5 a 7 días.
- Para infecciones por helmintos:
 - Albendazol: 400 mg (dosis única).
 - Mebendazol: 100 mg dos veces al día por 72 horas (Deichsel, y otros, 2023).

La disposición de antieméticos no se propone de manera rutinaria en menores con EDA, pues enmascaran el cuadro de deshidratación y, por tanto, retardar el suministro hídrico oral. Asimismo, la loperamida, como agente antiperistáltico, se contraindica en los menores de cinco años por peligro de íleo paralítico y otros incidentes severos (Deichsel, y otros, 2023).

D. Manejo de casos graves.

Los casos graves de EDA requieren hospitalización y monitoreo intensivo. En estos pacientes, la rehidratación intravenosa se sugiere al existir situaciones de deshidratación severa con choque hipovolémico o intolerancia a líquidos orales. De allí que se recomiende la administración de Ringer lactato o solución salina isotónica a una dosis inicial de 20 mL/kg en bolo rápido, con reevaluación continua del estado hemodinámico. La rectificación de trastornos hidro-electrolíticos y ácido-base son vitales, con monitoreo y corrección de hiponatremia, hipokalemia, o acidosis metabólica según se aprecie en los resultados de laboratorio. En menores con desnutrición severa, debe implementarse el manejo nutricional intensivo con una estrategia de

realimentación progresiva. Por tanto, el manejo de las EDA en la niñez amerita un enfoque holístico sustentado en la prevención, la rehidratación efectiva, la nutrición y el tratamiento individual según la etiología. La enseñanza de los cuidadores, el cumplimiento de estrategias de públicas de salud y la accesibilidad a la atención médica oportuna son clave para disminuir la morbimortalidad relacionada con estas patologías (Rybak & Titomanlio, 2020).

E. Planes A, B y C.

La OMS y la UNICEF han instituido un esquema terapéutico sustentado en 3 planes, cuya implementación depende de la valoración médica del grado de deshidratación.

a. Plan A:

Se indica en casos con EDA sin signos clínicos de deshidratación. Su finalidad es evitar el progreso a un estado de deshidratación a través de una hidratación oral adecuada; además de la continuidad de la alimentación y la capacitación de los cuidadores. Dentro de las medidas terapéuticas se incluyen:

- **Aporte de líquidos adecuados:** Se debe administrar una cantidad mayor de líquidos de lo habitual para compensar las pérdidas intestinales. Se recomienda el uso de SRO, además de otros líquidos seguros como agua potable, caldos, agua de arroz y jugos naturales sin azúcares añadidos. Se debe evitar el consumo de bebidas azucaradas, refrescos y líquidos con alto contenido de sodio.
- **Alimentación:** Se sugiere conservar la lactancia materna a libre demanda en lactantes. En niños mayores, se debe continuar con la alimentación habitual, priorizando alimentos ricos en calorías y nutrientes como cereales, plátano, zanahoria, papa, arroz, carnes magras y legumbres. Se debe evitar el ayuno, ya que puede prolongar el cuadro diarreico y la recuperación nutricional.
- **Suplementación con zinc:** Se ha demostrado que el zinc reduce la duración y gravedad de la diarrea. Se recomienda administrar 10 mg/día en menores de 6 meses y 20 mg/día en niños mayores, durante 10 a 14 días (Ecuador, Ministerio de Salud Pública, 2017).
- **Vigilancia de signos de alarma:** Los cuidadores deben ser instruidos para identificar signos como sed intensa, disminución del gasto urinario, fiebre alta, sangre en las heces o letargo. En caso de presentarse, se debe acudir de inmediato a un centro de salud (Ecuador, Ministerio de Salud Pública, 2017).

b. Plan B:

Esquema indicado en casos con cuadro clínico de deshidratación moderada, caracterizados por irritabilidad, sed intensa, ojos hundidos y disminución de la turgencia cutánea. Su objetivo es reponer el déficit hidroelectrolítico de manera expedita y efectiva mediante la rehidratación oral bajo supervisión médica. Dentro de las medidas terapéuticas se incluyen:

- **Rehidratación con SRO:** Administrar 75 ml/kg en un lapso de 4 horas. La SRO debe ser dispuesta en cantidades pequeñas y de modo frecuente, empleando una cuchara o jeringa en lactantes, y vasos o cucharadas en niños mayores. En caso de emesis, se debe esperar 5-10 min y reintentar la administración más lentamente.
- **Monitoreo clínico:** Valorar el caso cada hora en búsqueda de signos de mejoría. Si el estado de hidratación mejora, se prescribe continuar con el Plan A en el hogar. Si perduran los signos de deshidratación, se itera el esquema de rehidratación por cuatro horas más. En caso de empeoramiento clínico o incapacidad de consumo oral adecuado, se iniciará con el tratamiento intravenoso (Plan C).
- **Alimentación:** Se recomienda reiniciar la alimentación tan pronto como sea posible. Continuar con la lactancia materna en lactantes. Se deben evitar alimentos hiperosmolares o irritantes para la mucosa intestinal (Ecuador, Ministerio de Salud Pública, 2017).

c. Plan C:

Se prescribe en pacientes con deshidratación grave, definida por signos clínicos como letargo, pulso débil, incapacidad de beber, llenado capilar retardado y oliguria o anuria. Esta situación es considerada una emergencia médica y amerita una conducta expedita con fluidos intravenosos. Dentro de las medidas terapéuticas se incluyen:

- **Rehidratación intravenosa:** Se recomienda inyectar solución de Ringer Lactato o solución salina isotónica (NaCl 0.9%). Se deben administrar bolos de 20 ml/kg en 30 minutos en caso de choque hipovolémico, repitiéndolos hasta el logro de la estabilización hemodinámica. Subsiguientemente, proseguir con una infusión de mantenimiento a 100 ml/kg en 6 horas en los menores de 12 meses y 100 ml/kg en 3 horas en mayores de un año.
- **Monitoreo estricto:** Chequear las constantes vitales cada cuarto o media hora hasta la estabilización. Además, se debe cuantificar la diuresis y valorar el estado de conciencia de manera horaria, sumado a la corrección de hipoglucemia y alteraciones electrolíticas si estuvieran presentes.

- **Transición a rehidratación oral:** Tras la recuperación de la capacidad del paciente para ingerir líquidos, se debe reiniciar la administración de SRO y delegar gradualmente la terapia intravenosa. Se continúa entonces, con el manejo nutricional y la suplementación con zinc.
- **Tratamiento de la causa subyacente:** En casos de EDA disenteriforme, se considerará el uso de antibióticos dirigidos según el agente etiológico identificado. En caso de sospecha de cólera, se recomienda la administración de antibióticos como azitromicina o doxiciclina según la edad y peso del paciente (Ecuador, Ministerio de Salud Pública, 2017).

1.2.8. Rol de la microbiota intestinal y probióticos

La microbiota intestinal es un ecosistema dinámico que consta de funciones relevantes en la digestión, en la barrera inmunológica y en la homeostasis. En las EDA, la conservación de la comunidad microbiana se ve comprometida, dando al traste con un fenómeno denominado disbiosis. Éste se define por la disminución notable de la flora bacteriana intestinal nativa y por la reproducción de patógenos, lo que agrava el cuadro inflamatorio y empeora la normalidad en el funcionamiento de la barrera del intestino. Esta pérdida de especies beneficiosas entorpece la absorción de nutrientes y perturba el cuadro diarreico, aumentando el peligro de eventos adversos a corto o largo plazo, haciendo al individuo más susceptible a infecciones recurrentes y malabsorción (Machado, 2020).

En este panorama, la utilización de probióticos y prebióticos ha surgido como una estrategia suplementaria en la restauración de la flora nativa intestinal. Los probióticos son microorganismos vivos que, dispuestos en cuantías adecuadas, otorgan beneficios específicos al paciente. Entre las cepas más conocidas y eficaces en el manejo de la EDA infantil se describen *Lactobacillus rhamnosus* GG, *Saccharomyces boulardii* y *Bifidobacterium lactis*, entre otras. Estos microorganismos operan mediante mecanismos múltiples como la inhibición del crecimiento de patógenos mediante la producción ácidos orgánicos y de bacteriocinas, armonizan la respuesta inmunológica beneficiando la respuesta antiinflamatoria, corrigen la función de la barrera mucosa e incitan la elaboración de ácidos grasos de cadena corta, vitales para la integridad del epitelio intestinal. Al respecto se ha demostrado que la administración de éstos reduce la duración y gravedad de la diarrea, además de apresurar la recuperación del microbiota normal y corregir la absorción de nutrientes (Machado, 2020).

A su vez, los prebióticos son elementos no digeribles que fungen de fundamento para la adición selectiva de bacterias beneficiosas. Así, sustancias como los fructooligosacáridos (FOS) y

los galactooligosacáridos (GOS) ayudan a la reproducción de bacterias como *Bifidobacterium* y *Lactobacillus*, auxiliando al equilibrio microbiano. La sinergia de ambos elementos (simbióticos), fortalece la eficiencia de ambas intervenciones, al facilitar la colonización y persistencia de cepas probióticas intestinales y certificando una recuperación más prolífica y total del ecosistema intestinal (Machado, 2020).

Estos suplementos deben ser indicados cuidadosamente, considerando tanto las cepas utilizadas como la duración y dosificación del tratamiento, aspectos que han sido objeto de numerosos estudios clínicos. Por lo que se encomienda comenzar con probióticos en las primeras etapas de la EDA para combatir la disbiosis y vigorizar la barrera intestinal. No obstante, es primordial justipreciar el contexto clínico del paciente, pues en los infantes con inmunodeficiencias o en estados críticos, el empleo de probióticos amerita ser monitoreado de modo riguroso para evitar complicaciones, como infecciones oportunistas (Machado, 2020).

El mantenimiento y la restauración de la homeostasis de la microbiota intestinal, en síntesis, fungen como mecanismos vitales en la recuperación de la EDA infantil. La intervención con pro y prebióticos corrige no solo la disbiosis, sino que refuerza también el sistema inmune y repone la función digestiva, lo que la cataloga como una valiosa herramienta dentro del abordaje terapéutico holístico. De allí que, el cumplimiento de estas estrategias basadas en evidencia científica y adaptada a las características individuales del paciente, representan un significativo avance en la optimización de los resultados clínicos y en la reducción de la morbimortalidad asociada a las EDA en la infancia (Machado, 2020).

1.2.9. Complicaciones de las EDA

Las EDA resultan una fuente principal para la morbilidad y mortalidad en infantes en naciones en vías de crecimiento económico (Hartman, y otros, 2022). La primera de las consecuencias deletéreas resulta la deshidratación, producto de la pérdida de líquidos y electrolitos excesiva por las cuantía y frecuencia de las deposiciones que suelen acompañarse de vómitos, lo que agrava el cuadro. Ésta se manifiesta por piel y mucosas secas, ojos hundidos, letargo, oliguria o anuria, y, en casos graves, shock hipovolémico. A la par, suelen producirse trastornos electrolíticos, sobre todo por la profusa eliminación de sodio y potasio, que a su vez pueden provocar convulsiones, debilidad muscular y trastornos del ritmo cardiaco. Asimismo, los desórdenes ácido-base como la acidosis metabólica resultan de la pérdida de bicarbonato en las heces (Organización Mundial de la Salud, 2024; Viegelmann, Dorji, Guo, & Lim, 2021).

Otra consecuencia deletérea sería la persistencia de cuadros de EDA, dando al traste con la malnutrición por defecto, debido a un descenso en la ingestión y absorción de nutrientes. Su impacto se hace visible en la pérdida de peso, retardo en el crecimiento pondero-estatural, del desarrollo cognitivo, homeorresis y déficits nutricionales específicos, como las hipovitaminosis (Organización Mundial de la Salud, 2024; Viegelmann, Dorji, Guo, & Lim, 2021).

Las infecciones oportunistas o secundarias, a consecuencia de inmunosupresión por déficit de producción de anticuerpos (hipoproteinemias) y la dislocación de la flora intestinal suscitan el padecimiento de infecciones recurrentes como neumopatías inflamatorias de origen infeccioso, infecciones del tracto urinario y casos más graves de sepsis. Un caso específico es el Síndrome hemolítico urémico (SHU) causado por *Escherichia coli* y que provoca anemia de tipo hemolítica, trombocitopenia y fallo renal agudo (Nemeth & Pfleghaar, 2024).

El prolapso rectal, es otra de las formas de complicación y que suele apreciarse más en cuadros recurrentes o persistentes de diarrea, debido al aumento de la presión intraabdominal, y que en cuadros de alto grado requieren de tratamiento quirúrgico (Higuera, Negrín, Veiga, Alonso, & Castellanos, 2023).

1.2.10. Políticas de salud pública en Ecuador relacionadas con la prevención de enfermedades diarreicas

Las EDA son un problema de salud pública que afecta principalmente a los niños menores de cinco años y representan una de las principales causas de mortalidad infantil en países de ingresos bajos y medianos. En Ecuador, la prevención y el manejo de estas enfermedades son abordados a través de políticas públicas y estrategias nacionales orientadas a reducir su impacto en la población, teniendo en cuenta que, en 2019, se registraron 14 231 ingresos hospitalarios por EDA, de los que el 28,6% correspondieron a menores de 2 años, 24,7% entre los 2 y 4 años, y 17,5% hasta los 6 años (Peñaherrera, Pinos, Preciado, & Quizhpi, 2023).

A. Fundamentos de la política de salud en Ecuador.

Promulgada en 2008, la Constitución de la República del Ecuador establece que la accesibilidad sanitaria es un derecho inalienable. En el artículo 32, se plasma que el Estado es responsable de brindar servicios de salud para todos, de manera universal y gratuita, y priorizando un enfoque promoción de buenos hábitos de vida y en la prevención de enfermedades (Ecuador, Asamblea Constituyente, 2008).

El Código Orgánico de Salud (COS), respalda el anterior fundamento al reforzar el cometimiento de los gobernantes con la salud “para todos” por medio del control de diversos servicios, recursos y programas reservados para salvaguardar la vida de la población. Además, el COS incita el monitoreo epidemiológico, el saneamiento básico y la accesibilidad al agua potable como componentes primordiales para evitar trastornos diarreicos (Ecuador, Congreso Nacional, 2022).

B. Políticas nacionales de promoción de la salud.

En la nación se han diseñado disímiles políticas intencionadas en promover la salud y en la protección contra enfermedades, de manera holística y que abordan las determinantes ambientales y sociales que impactan de forma deletérea en el bienestar poblacional.

C. Plan decenal de salud 2022-2031.

Una hoja de ruta para encarar los principales retos sanitarios en la nación ecuatoriana es este plan decenal, que prioriza este enfoque preventivo en patologías transmisibles. Esta hoja de ruta se perfila a la par de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), sobre todo ODS 3, que busca brindar vidas con calidad y alta satisfacción, así como suscita a la búsqueda del bienestar para todas las edades.

Entre las metas prioritarias, el Plan Decenal vislumbra:

1. La optimización del acceso a servicios básicos de salud, tanto en comunidades rurales como en poblaciones vulnerables, frecuentemente discriminadas.
2. La puesta en práctica de estrategias educativas que susciten prácticas y conductas saludables.
3. El logro de mayor robustez del sistema de vigilancia epidemiológica para el monitoreo y control de brotes de enfermedades (Ecuador, Ministerio de Salud Pública, 2022).

D. Programas y estrategias para la prevención de enfermedades diarreicas.

El MSP también ha elaborado y practicado estrategias para disminuir la incidencia y la mortalidad en relación a las enfermedades diarreicas. Estas acciones están fundamentadas por estudios académicos y se implementan en conjunto con organismos internacionales como son la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la UNICEF (Ecuador, Ministerio de Salud Pública, 2018).

El programa de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) es solo una de estas acciones puestas en marcha y que ha tenido una alta relevancia en la batalla contra las enfermedades diarreicas en Ecuador. Esta visión integradora en cierta medida ha logrado

mayor calidad de la atención en los servicios sanitarios y en el hogar, además de capacitar a los trabajadores del sector de la salud en el diagnóstico y tratamiento de estas condiciones de modo efectivo. Igualmente, impulsa la enseñanza de los cuidadores con la finalidad de que brinden cuidados con alto grado de higiene y que garanticen una correcta nutrición e hidratación durante eventos diarreicos a las personas que atienden (Ecuador, Ministerio de Salud Pública, 2018).

E. Acceso a agua potable y saneamiento básico.

El gobierno ecuatoriano ha puesto en práctica programas para mejorar la infraestructura en zonas rurales y en las áreas marginales de la urbe, para que sus residentes obtengan de manera certificada un suministro de agua seguro. Además, se han ejecutado obras para la construcción de instalaciones hidro-sanitarias, iniciativas que han repercutido de modo positivo las tasas de enfermedades diarreicas en las comunidades que se han beneficiado y que carecían de estos servicios (Ecuador, Ministerio de Salud Pública, 2022).

F. Campañas educativas de salud pública.

Un componente esencial en la prevención de las EDA es, sin duda, la enseñanza en materia sanitaria. Diversas campañas desarrolladas por el MSP han sido creadas teniendo como centro a las familias, especialmente a los padres y cuidadores, con el fin de suscitar conductas y prácticas. Éstas han sido difundidas mediante diversos medios de comunicación digitales y tradicionales, que han permitido alcanzar a un sector amplio poblacional (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2021). Algunas de estas acciones son:

1. El aseo de las manos con agua y jabón previo a la elaboración de alimentos y posterior al uso del baño.
2. La desinfección del agua de consumo con los distintos métodos existentes.
3. La prevención de la contaminación de los alimentos mediante una preparación segura (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2021).

G. Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador (PIANE) 2018-2025.

El PIANE, otra de las agendas nacionales, trata la seguridad alimentaria y la desnutrición como elementos clave en la susceptibilidad en cara a las EDA. Éste consta de estrategias particulares para optimar la calidad dietética infantil y fortificar la competencia familiar para asimilar prácticas seguras alimenticias, logrando, de este modo, reducir los peligros de las ETA y enfermedades transmitidas por el agua (Ecuador, Ministerio de Salud Pública, 2018).

Si bien se han logrado progresos, Ecuador enfrenta aún retos de magnitud no despreciable con el fin del mejor control de estas entidades. Los déficits en la accesibilidad al agua potable y al saneamiento todavía subsisten en comunidades rurales y zonas de la urbe periférica. Además, el grado de educación al respecto varía entre distintos sectores de la población de modo considerable (Ecuador, Ministerio de Salud Pública, 2018).

El MSP, para afrontar estas problemáticas se ha propuesto:

1. Fortalecer los vínculos intersectoriales para optimizar la infraestructura de agua y saneamiento en comunidades desfavorecidas.
2. Incrementar el subsidio de programas de enseñanza dirigidos a padres y cuidadores, y priorizado en zonas de vulnerabilidad social y cultural.
3. Robustecer la vigilancia epidemiológica de los brotes de enfermedades diarreicas para actuar tempranamente.
4. Incitar a la investigación científica para determinar la efectividad de intervenciones modernas y diseñar nuevas estrategias basadas en resultados positivos (Ecuador, Ministerio de Salud Pública, 2018).

1.2.11. Intervenciones educativas

El manejo de las EDA en la infancia requiere de medidas desde el ámbito preventivo y terapéutico, en donde el pilar primario se vuelve el robustecer el contexto educativo para que permita modificar actitudes y conductas en la población afectada. Este tipo de intervenciones son un instrumento clave para empoderar a cuidadores, familiares y comunidades, al promover el entendimiento sobre prácticas higiénicas, nutrición y empleo seguro de los recursos sanitarios, lo que incide en la reducción de la incidencia y la gravedad de los episodios diarreicos directamente (Tiro, 2020).

A. Fundamentación y objetivos.

La necesidad de transformar comportamientos y reducir factores de riesgo asociados a la diarrea infantil, es la razón cardinal que fundamenta la usanza de intervenciones educativas. Entre los objetivos de éstas constan el implemento de prácticas higiénicas adecuadas, la incitación al empleo de la lactancia materna de manera exclusiva en seis meses primeros años de vida, y la mejora en la preparación de alimentos y potabilización del agua de consumo. Así, al acrecentar el grado de conocimiento alcanzado sobre los signos de alarma, se obtiene no solo la disminución de

la incidencia de estos cuadros, sino también una respuesta oportuna ante los indicios primarios de descompensación clínica (Tiro, 2020).

B. Estrategias y contenidos.

Para lograr estas metas, se perfilan estrategias dirigidas a niveles diversos de intervención. A escala familiar, se pueden instaurar charlas y talleres que posibiliten a los padres y cuidadores adquirir competencias sobre el aseo de manos, preparación y almacenamiento de alimentos y la manipulación correcta del agua. Estas acciones acentúan la identificación precoz de síntomas de gravedad, y facilitan las decisiones médicas (Tiro, 2020).

En el aspecto comunitario, se desarrollan campañas de salud que conforman la difusión de materiales educativos (impresos y/o digitales) y el empleo de audiovisuales para informar mensajes consistentes y claros sobre la prevención de la EDA. Además, se implican líderes figuras de autoridad local y comunitaria, que actúan como agentes multiplicadores del conocimiento, y hacen posible que la información llegue de modo efectivo a todos los sectores de la población (Tiro, 2020).

Por otro lado, capacitar al personal sanitario es crucial para que puedan transmitir datos actualizados y basados en la evidencia a las familias y comunidades. La continua formación en temas relacionados con la nutrición, la higiene y el manejo de la EDA posibilita que los profesionales se conviertan en agentes de cambio, fortificando las acciones educativas y facilitando el seguimiento de casos a nivel comunitario (Tiro, 2020; Mahapatra, y otros, 2021).

C. Evaluación del impacto.

El cumplimiento de intervenciones educativas se fundamenta en metodologías adaptivas y participativas, de acuerdo a las realidades culturales y socioeconómicas de cada comunidad. Se incita al aprendizaje activo mediante demostraciones prácticas, el empleo de recursos visuales y la disposición de actividades interactivas que favorezcan la asimilación de elementos básicos conceptuales de higiene y nutrición (Tiro, 2020).

La valoración del efecto de estas intervenciones se evidencia mediante indicadores de discernimiento, actitudes y prácticas, que permiten cuantificar el grado de cambio conductual de los cuidadores y la disminución de la incidencia de EDA. La retroalimentación obtenida se emplea para pulir los programas educativos, aprovechando de este modo su relevancia y efectividad a lo largo del tiempo (Tiro, 2020).

Por lo tanto, las acciones formativas son un componente indispensable en la conducción integral de las EDA en la niñez. Al suscitar cambios conductuales y robustecer el conocimiento sobre prácticas preventivas, se beneficia la disminución de la incidencia y la gravedad de los episodios diarreicos. El éxito de estas acciones reside en la sinergia entre la enseñanza de los profesionales sanitarios, la implicación comunitaria y el empleo de metodologías adaptadas a las particularidades locales, lo que, en conjunto, beneficia su impacto duradero en la salud pública y en el bienestar de la población infantil (Tiro, 2020).

.3. Bases Teóricas

Diversas hipótesis o líneas teóricas del pensamiento en el campo de la enfermería se centran en las demandas de las necesidades humanas, sin embargo, todas, de una u otra manera, enfatizan la vitalidad del entendimiento de las dimensiones físicas, emocionales, sociales y espirituales del individuo para la resolución de conflictos.

.3.1. Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender

Una de estas teorías es el modelo defendido por Pender, quién se centró en los factores que impulsan a las personas a adoptar conductas saludables. Según esta hipótesis, el aprendizaje y enseñanza de hábitos sanos debe tomar en cuenta las creencias, principios y perspectivas particulares sobre el proceso salud - enfermedad. En el tema abordado, las intervenciones con fines educativos no deben separar la dimensión cultural sobre la visión del origen y los tratamientos de la diarrea, así como los obstáculos que puedan encarar los individuos para asimilar prácticas preventivas (Chen & Hsieh, 2021).

.3.2. Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem

Otra teoría, esta vez publicada por Orem sustenta que el cuidado propio (autocuidado) es una de las necesidades humanas más básicas y en la que la enfermería debe intervenir cuando las personas pierden la habilidad de satisfacerla por sí mismas. En el tópico tratado, esta línea del pensamiento destaca la vialidad de proveer de herramientas cognitivas y psicológicas a los padres para que se apropien de competencias y conocimientos que les facilite el cuidado de sus hijos (Naranjo- Hernandez, 2019).

CAPÍTULO II:

2. MARCO METODOLÓGICO

2.1. Enfoque

La presente investigación adoptó un enfoque cuantitativo, tuvo un nivel descriptivo y un corte transversal, para el logro del diseño de intervenciones de enfermería a fin de modificar los conocimientos, actitudes y prácticas en la promoción de la salud de enfermedades diarreicas de padres de menores en edad escolar atendidos en el Centro de Desarrollo Infantil Quito Cuna durante el periodo de febrero a marzo del 2025. Este enfoque se eligió en base a la teoría de Albert Bandura del aprendizaje social, donde se postula que los individuos asimilan nuevos conocimientos y conductas por medio de la observación, la reproducción y el refuerzo positivo (Ozer, 2022). Así se pretendió brindar competencias que empoderen a los progenitores con la finalidad de evitar afecciones diarreicas en su descendencia.

2.2. Diseño

El diseño de este estudio fue de tipo propositivo, pues se formularon y describieron soluciones a los problemas encontrados tras la fase diagnóstica (aplicación de una encuesta), mediante intervenciones de enfermería.

2.3. Población y muestra

La población estuvo compuesta por los padres de infantes en etapa escolar, que acudieron al Centro de Desarrollo Infantil Quito Cuna. Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, seleccionando de setenta padres que cumplieron con los criterios de inclusión, como ser cuidadoras primarias de niños en edad escolar, firmar la voluntariedad de participación en el estudio mediante consentimiento informado y participar en todas las fases de recogida de información del estudio.

2.4. Métodos, Técnicas e Instrumentos

Los métodos utilizados en esta investigación se dividieron en teóricos y empíricos. Entre los primeros se encuentran el análisis-síntesis, con el que se desglosó y sintetizó información concerniente a la promoción de la salud. Mientras que, la inducción-deducción, fue empleada para alcanzar conclusiones que dieron respuesta a los fines generales y específicos del estudio. Los segundos, representaron la implementación de encuestas estructuradas para captar datos sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de los voluntarios, además de la observación directa para certificar la participación y el registro de comportamientos durante las sesiones impartidas.

La aplicación de encuestas estructuradas fue la técnica aplicada, complementada con la observación directa. Ello hizo posible que los datos recopilados fueran consistentes y confiables. Mientras que, el instrumento que se aplicó fue un cuestionario estructurado (**Anexo 1**) diseñado con la finalidad de responder a los objetivos del estudio. Éste constó de 21 preguntas divididas en las dimensiones conocimientos (7 preguntas), actitudes (7 preguntas) y prácticas (7 preguntas), y con respuestas cerradas dicotómicas (correcto o incorrecto) y de tipo escala de Likert.

Este instrumento reflejó las siguientes escalas valorativas:

Tabla 1: Escala valorativa del cuestionario

Dimensiones	Escala valorativa
Nivel de conocimiento	
Bajo	≤ 4 puntos
Medio	5 – 6 puntos
Alto	7 – 8 puntos
Actitud	
Negativa	≤ 15 puntos
Neutra	16 – 30 puntos
Positiva	> 30 puntos
Práctica	
Insalubres	≤ 15 puntos
Poco saludables	16 – 30 puntos
Saludables	> 30 puntos

Este cuestionario se aplicó la misma tuvo lugar en diversos espacios dentro del Centro de Desarrollo Infantil Quito Cuna. Además, se emplearon materiales con fines educativos como folletos, afiches y videos que refuercen el contenido presentado.

2.5. Procedimientos

Esta investigación se llevó a cumplimiento en dos fases. En la primera etapa se implementó el cuestionario diseñado para determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas

relacionadas con la prevención de afecciones diarreicas en los progenitores de niños del Centro de Desarrollo Infantil Quito Cuna. Esta etapa permitió establecer una línea base que guio la posterior propuesta de intervención, mediante la identificación del estado basal del comportamiento estadístico de cada individuo según las variables analizadas.

La siguiente fase, que consistió en el diseño de la intervención educativa per se, se estableció un árbol de problemas (causa, problema central y efecto) que sirvió de sustento cualitativo para encaminar el desarrollo de un árbol de soluciones (resultados, objetivo principal, y solución). Mientras que, para el procesamiento y análisis de los datos recolectados se ejecutó por medio de la tabulación en una base de datos en Excel y el empleo del *software* estadístico IBM SPSS Statistic versión 26. Se utilizó un análisis descriptivo para medir frecuencias relativas, absolutas y porcentajes y medidas de tendencia central y de dispersión. Asimismo, se empleó el test de student para contrastar la magnitud estadística de las discrepancias observadas entre las evaluaciones. Y, finalmente, los hallazgos fueron comparados con antecedentes científicos sobre el tema.

2.6. Consideraciones Éticas

Durante la investigación se mantuvo estricta observancia de los principios de la ética que rigen la investigación en seres humanos, como los normalizados en la Declaración de Helsinki. Éstos incluyeron el asegurar el consentimiento informado voluntario de todas las participantes (**Anexo 2**); el mantenimiento de normas de beneficencia, que busca maximizar los beneficios y minimizar los riesgos asociados a la investigación; la no maleficencia, que similar al anterior prohíbe el daño a propósito del sujeto investigado; y el principio de justicia, que certifica la igualdad en la selección de participantes. Además, el investigador se comprometió al mantenimiento de la confidencialidad de la información recopilada, comprometiéndose a proteger la privacidad de las participantes y la seguridad de los datos recolectados con únicamente fines investigativos.

Se solicitó la aprobación de los directivos del Centro de Desarrollo Infantil Quito Cuna, previo al inicio de la investigación. Se brindó información clara y comprensible a cada voluntario acerca de los fines investigados, procedimientos, riesgos y beneficios del estudio, y se les indicó su derecho a no participar en cualquier momento sin consecuencias. La intervención educativa fue diseñada de modo que no ocasionase perjuicio ni malestar a quienes participen, y la información recolectada fue manejada de forma confidencial, anónima y sólo para fines científicos.

CAPÍTULO III:

3. RESULTADOS, DISCUSIÓN Y PROPUESTA

3.1. Resultados

En este acápite se da respuesta al primer objetivo específico, dígame, identificar el grado de conocimiento de los padres sobre la prevención de enfermedades diarreicas

Tabla 2: Método más efectivo para garantizar agua potable en el hogar

Opciones de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Hervir el agua	51	72.9
Almacenar el agua en recipientes plástico	9	12.9
Usar filtros de tela	8	11.4
No tratar el agua	2	2.9
Total	70	100.0

Análisis: De acuerdo con los datos obtenidos en la encuesta, el método más utilizado por los padres para garantizar agua potable en el hogar es hervir el agua, con una frecuencia de 51 respuestas, lo que representa el 72.9% del total. Este resultado es muy positivo, ya que hervir el agua es una de las técnicas más eficaces y accesibles para eliminar microorganismos patógenos, especialmente en contextos donde no hay acceso a agua potable segura. En segundo lugar, un 12.9% de los encuestados afirma almacenar el agua en recipientes de plástico. Aunque esta acción puede formar parte de una cadena segura de consumo, por sí sola no garantiza la potabilidad del agua, y puede incluso generar contaminación si los recipientes no están correctamente desinfectados o tienen contacto con fuentes de suciedad.

Le sigue el uso de filtros de tela, con un 11.4%, que, si bien pueden eliminar partículas visibles, no son eficaces contra microorganismos, por lo que su efectividad en la prevención de enfermedades diarreicas es limitada. Finalmente, un dato preocupante es que un 2.9% de los encuestados no realiza ningún tratamiento al agua, lo que representa un riesgo directo para la salud de los niños y sus familias, ya que incrementa la probabilidad de contraer infecciones gastrointestinales, especialmente en edad escolar, cuando los niños son más vulnerables.

Interpretación: Este análisis resalta la necesidad de reforzar la educación sanitaria y la promoción de prácticas seguras en el manejo del agua, especialmente dirigida a aquellas familias que no tratan el agua o utilizan métodos poco eficaces. La intervención de enfermería debe

enfocarse en capacitación sobre métodos seguros y prácticos para garantizar la calidad del agua en el hogar, como hervir el agua adecuadamente y mejorar el manejo de almacenamiento.

Tabla 3: Importancia del lavado de manos antes de preparar alimentos

Opciones de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Evita la contaminación cruzada	15	21.4
Reduce el riesgo de infecciones gastrointestinales	18	25.7
Ambas son correctas	33	47.1
Ninguna de las anteriores	4	5.7
Total	70	100.0

Análisis: El resultado más destacado de esta tabla es que el 47.1% de los encuestados (33 personas) identificó correctamente que ambas razones son importantes: tanto evitar la contaminación cruzada como reducir el riesgo de infecciones gastrointestinales. Este dato es alentador, ya que muestra un nivel adecuado de conocimiento sobre las medidas básicas de higiene que previenen enfermedades, especialmente en contextos donde los niños están en etapa de desarrollo y son más susceptibles a infecciones. Un 25.7% (18 personas) respondió que el lavado de manos reduce el riesgo de infecciones gastrointestinales, y un 21.4% (15 personas) mencionó que evita la contaminación cruzada. Aunque estas respuestas son parcialmente correctas, reflejan un entendimiento fragmentado de la importancia del lavado de manos, lo que sugiere que aún hay espacio para reforzar la educación sanitaria integral en esta área. Además, llama la atención que un 5.7% (4 personas) considera que ninguna de las anteriores opciones es válida, lo cual es preocupante. Este grupo representa una brecha de conocimiento significativa que podría estar relacionada con falta de acceso a información clara y accesible sobre prácticas básicas de higiene alimentaria.

Interpretación: Este análisis muestra que, aunque una mayoría comprende la importancia del lavado de manos antes de manipular alimentos, existe un porcentaje considerable que aún requiere orientación específica y reforzamiento educativo. La intervención de enfermería debe incorporar actividades formativas y demostrativas para corregir conceptos erróneos y promover conductas preventivas que reduzcan el riesgo de enfermedades diarreicas en el entorno familiar.

Tabla 4: Principales síntomas de una afección diarreica en niños

Opciones de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Fiebre alta y vómitos	14	20.0
Diarrea frecuente y deshidratación	50	71.4
Dolor muscular y tos	5	7.1
Ninguna de las anteriores	1	1.4
Total	70	100.0

Análisis: La gran mayoría de los encuestados, el 71.4% (50 personas), identificó correctamente que los síntomas más representativos de una afección diarreica en niños son la diarrea frecuente y la deshidratación. Este resultado es altamente positivo, ya que refleja un buen nivel de conocimiento entre los padres o cuidadores sobre los signos clínicos más comunes y peligrosos en este tipo de afecciones, lo que puede favorecer la detección oportuna y la búsqueda precoz de atención médica. Un 20.0% (14 personas) asoció fiebre alta y vómitos como síntomas principales. Si bien estos pueden acompañar a un cuadro diarreico, no son los síntomas cardinales ni los más críticos en cuanto a riesgo inmediato, por lo que esta respuesta indica cierta confusión o conocimiento parcial sobre la presentación clínica. El 7.1% (5 personas) mencionó dolor muscular y tos, síntomas que no están directamente relacionados con afecciones diarreicas, lo que refleja una desinformación importante. Aún más preocupante es el 1.4% (1 persona) que respondió que ninguna de las opciones era correcta, lo que indica una falta total de conocimiento al respecto.

Interpretación: Los resultados reflejan que, si bien la mayoría de los padres tiene clara la sintomatología típica de una afección diarreica, aún existe un segmento importante con conceptos erróneos o incompletos. Este hallazgo respalda la necesidad de que la intervención de enfermería incluya estrategias educativas claras, accesibles y contextualizadas, para asegurar que todos los cuidadores puedan identificar de forma temprana los síntomas más peligrosos y así evitar complicaciones como la deshidratación severa.

Tabla 5: Prácticas esenciales para prevenir infecciones gastrointestinales en casa

Opciones de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Lavar manos y alimentos correctamente	15	21.4
Usar agua potable y eliminar residuos sólidos	17	24.3
Ambas anteriores son correctas	38	54.3
Ninguna de las anteriores	0	0.0
Total	70	100.0

Análisis: El dato más relevante es que el 54.3% de los encuestados (38 personas) reconoció que tanto el lavado correcto de manos y alimentos, como el uso de agua potable y la adecuada eliminación de residuos sólidos, son prácticas esenciales para prevenir infecciones gastrointestinales en el entorno doméstico. Este resultado muestra una buena comprensión integral de las medidas preventivas básicas, lo cual es clave para disminuir la incidencia de enfermedades diarreicas en niños. Un 24.3% (17 personas) eligió únicamente el uso de agua potable y la eliminación de residuos sólidos, mientras que un 21.4% (15 personas) se centró solo en el lavado correcto de manos y alimentos. Aunque ambas prácticas son fundamentales por separado, el hecho de que casi la mitad de los encuestados no las asocie de forma conjunta sugiere que aún falta reforzar una visión más completa y articulada de la prevención. Es importante resaltar que ningún encuestado seleccionó la opción "ninguna de las anteriores", lo que indica que todos los participantes reconocen al menos una práctica preventiva esencial, lo cual es positivo desde el punto de vista educativo.

Interpretación: Estos resultados evidencian que, aunque más de la mitad de los encuestados tiene un conocimiento adecuado y completo sobre la prevención de infecciones gastrointestinales, existe un grupo significativo que solo aplica o valora una parte del enfoque preventivo. En este sentido, la intervención de enfermería debe enfocarse en integrar todos los componentes de la higiene y saneamiento en los hogares, mediante estrategias pedagógicas prácticas que refuercen el concepto de prevención como un conjunto de acciones complementarias.

Tabla 6: Importancia de la vacunación en la prevención de afecciones diarreicas

Opciones de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Previene infecciones graves	42	60.0
Solo reduce síntomas menores	13	18.6
No es relevante	7	10.0
Ninguna de las anteriores	8	11.4
Total	70	100.0

Análisis: El 60.0% de los encuestados (42 personas) reconoce correctamente que la vacunación previene infecciones graves, especialmente las causadas por agentes como el rotavirus, una de las principales causas de diarrea severa en niños pequeños. Este dato es alentador, ya que demuestra que una mayoría significativa valora el rol de la inmunización como medida preventiva esencial en la salud infantil. Sin embargo, un 18.6% (13 personas) considera que la vacunación solo reduce síntomas menores, lo cual refleja una subestimación del impacto real de las vacunas. Aunque las vacunas pueden atenuar síntomas en algunos casos, su función principal en enfermedades diarreicas como las provocadas por rotavirus es prevenir complicaciones graves y hospitalizaciones. Un 10.0% (7 personas) opinó que la vacunación no es relevante, y un 11.4% (8 personas) eligió la opción ninguna de las anteriores, lo cual representa un total del 21.4% de los encuestados que no tienen claridad o presentan ideas erróneas sobre la función de las vacunas en este contexto.

Interpretación: Este análisis pone en evidencia la necesidad de reforzar la educación comunitaria en torno al esquema de vacunación infantil y su rol en la prevención de enfermedades infecciosas, incluyendo las diarreicas. La intervención de enfermería debe incluir espacios informativos y campañas educativas donde se expliquen con claridad los beneficios de la vacunación, no solo como una medida de protección individual, sino también como estrategia de salud pública que salva vidas.

Tabla 7: Forma correcta de almacenar alimentos perecederos

Opciones de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
En recipientes cerrados en el refrigerador	45	64.3
En bolsas de plástico a temperatura ambiente	10	14.3
En envases abiertos dentro del armario	8	11.4
Ninguna de las anteriores	7	10.0
Total	70	100.0

Análisis: El resultado más destacado es que el 64.3% de los encuestados (45 personas) identificó correctamente que los alimentos perecederos deben ser almacenados en recipientes cerrados dentro del refrigerador. Este dato es positivo, ya que refleja un nivel adecuado de conocimiento sobre medidas básicas de conservación que ayudan a evitar la proliferación de bacterias y prevenir enfermedades gastrointestinales. Sin embargo, un 14.3% (10 personas) señaló que guardan los alimentos en bolsas de plástico a temperatura ambiente, lo cual representa una práctica de alto riesgo, especialmente en climas cálidos o en viviendas sin adecuada refrigeración. Esta forma de almacenamiento facilita la descomposición de los alimentos y la contaminación por microorganismos. Un 11.4% (8 personas) almacena alimentos en envases abiertos dentro del armario, lo que también incrementa el riesgo de contaminación cruzada y deterioro, especialmente si se trata de productos que requieren refrigeración. Finalmente, un 10.0% (7 personas) eligió la opción ninguna de las anteriores, lo cual puede reflejar confusión, desconocimiento o ausencia de prácticas adecuadas de conservación.

Interpretación: Aunque la mayoría de los padres o cuidadores encuestados demuestra conocimientos adecuados sobre el almacenamiento seguro de alimentos perecederos, una parte significativa aún mantiene prácticas inadecuadas que pueden favorecer la aparición de enfermedades diarreicas. Por tanto, la intervención de enfermería debe incluir orientación clara sobre la manipulación y conservación segura de alimentos, adaptada al contexto del hogar y a las condiciones reales de infraestructura (por ejemplo, presencia o ausencia de refrigerador).

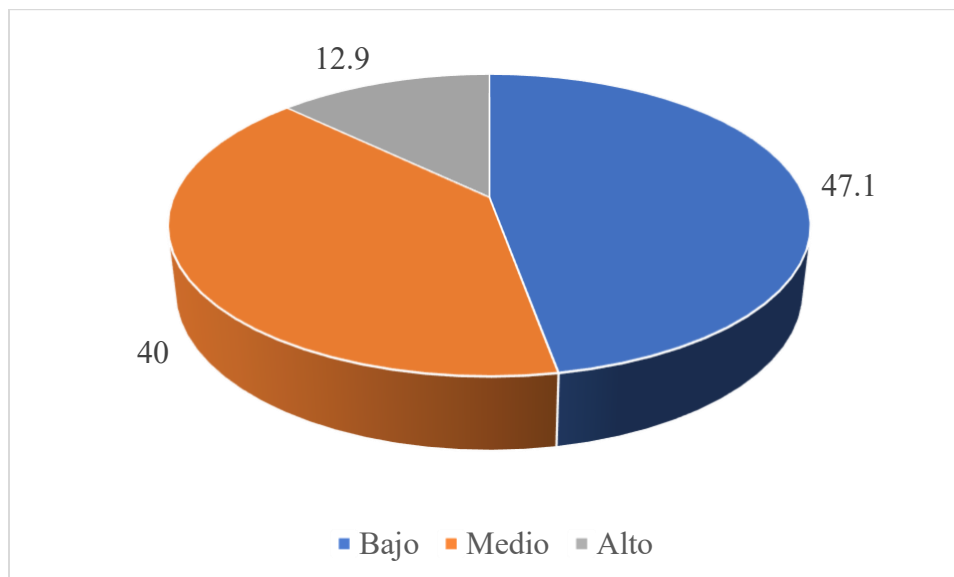
Tabla 8: Medidas de higiene necesarias antes de consumir frutas y verduras

Opciones de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Desinfectarlas adecuadamente	13	18.6
Lavarlas con agua potable	21	30.0
Ambas son correctas	32	45.7
Ninguna de las anteriores	4	5.7
Total	70	100.0

Análisis: La mayoría de los encuestados, el 45.7% (32 personas), respondió correctamente que tanto desinfectar como lavar con agua potable son medidas necesarias antes de consumir frutas y verduras. Este dato es positivo y refleja que casi la mitad de los participantes posee un conocimiento integral sobre la higiene de los alimentos frescos, lo cual es clave para evitar la transmisión de microorganismos patógenos responsables de infecciones gastrointestinales. Mientras que, un 30.0% (21 personas) considera suficiente lavarlas con agua potable, lo cual, si bien es una práctica adecuada, no siempre garantiza la eliminación total de microorganismos, sobre todo cuando se trata de productos que han estado en contacto con tierra o han sido manipulados en mercados sin condiciones higiénicas óptimas. Un 18.6% (13 personas) indicó que solo desinfectarlas es suficiente. Esta práctica es útil, pero debe ir siempre precedida por el lavado con agua potable para que sea efectiva. Esto revela que existe un conocimiento parcial, y que falta reforzar el orden correcto del procedimiento. Finalmente, un 5.7% (4 personas) optó por ninguna de las anteriores, lo que representa una brecha preocupante en el conocimiento básico de higiene alimentaria, ya que estas prácticas son fundamentales para prevenir enfermedades transmitidas por alimentos.

Interpretación: Este análisis indica que, aunque una parte importante de los encuestados aplica correctamente las medidas necesarias, aún existe un grupo que no conoce o no aplica de forma completa e integrada los pasos de higiene alimentaria. La intervención de enfermería debe enfocarse en educar sobre el proceso correcto de limpieza y desinfección de frutas y verduras, usando recursos visuales o demostrativos que se ajusten al contexto del hogar y las prácticas culturales de la comunidad.

Figura 1: Nivel de conocimiento de los padres sobre la prevención de las enfermedades diarreicas en los niños



Análisis: Los resultados muestran que el mayor porcentaje de los encuestados, un 47.1% (33 personas), presenta un nivel de conocimiento bajo, lo que evidencia una importante brecha educativa en temas fundamentales de salud preventiva, higiene y cuidado infantil. Este hallazgo es crítico, ya que un conocimiento limitado puede repercutir directamente en la frecuencia y gravedad de las afecciones diarreicas en el entorno familiar. Un 40.0% (28 personas) se ubica en un nivel medio, lo cual sugiere que si bien poseen nociones básicas, aún requieren orientación y refuerzo educativo para consolidar prácticas seguras y efectivas de prevención. Solo un 12.9% (9 personas) alcanzó un nivel alto de conocimiento, indicando que muy pocos padres o cuidadores están plenamente informados sobre los aspectos clave para evitar enfermedades diarreicas, lo que confirma la necesidad de intervenciones educativas dirigidas y sostenidas.

Interpretación: Este panorama general justifica ampliamente la implementación de una intervención de enfermería enfocada en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades diarreicas. La intervención debe ser práctica, accesible, culturalmente pertinente y orientada al fortalecimiento del conocimiento y las habilidades de los padres, con el fin de empoderarlos en el cuidado de la salud de sus hijos.

El segundo objetivo específico de esta investigación fue establecer la actitud de los padres sobre la prevención de enfermedades diarreicas. A continuación, se exponen los hallazgos obtenidos en cuanto a esta finalidad.

Tabla 9: La higiene personal es clave para la salud de mis hijos

Opciones de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	6	8.6
En desacuerdo	5	7.1
Neutral	5	7.1
De acuerdo	30	42.9
Totalmente de acuerdo	24	34.3
Total	70	100.0

Análisis: El análisis de esta afirmación evidencia que la mayoría de los encuestados muestra una actitud positiva hacia la importancia de la higiene personal en la salud infantil. En conjunto, el 77.2% de los padres (30 “de acuerdo” y 24 “totalmente de acuerdo”) reconoce esta relación directa, lo cual es muy alentador, ya que indica una buena disposición al cambio y al fortalecimiento de hábitos saludables en el entorno familiar. Asimismo, un 7.1% (5 personas) se manifestó en desacuerdo y un 8.6% (6 personas) totalmente en desacuerdo, lo que representa un 16% de resistencia o falta de conciencia sobre la importancia de la higiene personal. Este grupo requiere atención prioritaria en las estrategias de sensibilización, ya que sus creencias podrían ser un factor limitante para la adopción de prácticas preventivas eficaces. Un 7.1% (5 personas) se mantuvo en posición neutral, lo que puede deberse a falta de información, dudas o indiferencia ante el tema, y es un grupo estratégico que puede ser fácilmente influenciado con intervenciones educativas adecuadas.

Interpretación: Estos resultados reflejan una base sólida de percepción positiva hacia la higiene, lo cual favorece la implementación de intervenciones. Sin embargo, la existencia de un grupo que no reconoce esta relación de forma clara justifica la necesidad de reforzar mensajes claves sobre el impacto directo de la higiene en la prevención de enfermedades diarreicas, especialmente en niños en edad escolar.

Tabla 10: Participar en sesiones educativas mejora mi capacidad para cuidar la salud de mi familia

Opciones de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	3	4.3
En desacuerdo	2	2.9
Neutral	12	17.1
De acuerdo	20	28.6
Totalmente de acuerdo	33	47.1
Total	70	100.0

Análisis: El dato más destacable es que el 47.1% de los encuestados (33 personas) está totalmente de acuerdo con esta afirmación, y un 28.6% (20 personas) está de acuerdo, lo que da un 75.7% de aceptación de la importancia de las sesiones educativas en el fortalecimiento del cuidado familiar. Esto refleja una actitud altamente positiva y receptiva hacia las intervenciones educativas como herramienta de empoderamiento y mejora en la salud familiar. Un 17.1% (12 personas) se posiciona de forma neutral, lo que podría indicar falta de experiencia directa en este tipo de sesiones o simplemente una posición pasiva frente al aprendizaje en salud. Este grupo puede ser motivado mediante dinámicas participativas, testimonios y ejemplos prácticos. Solo un 7.2% (5 personas) expresó desacuerdo o total desacuerdo, lo que representa una minoría poco receptiva, que podría requerir estrategias comunicacionales más personalizadas para fomentar su interés o comprensión del beneficio real de estas actividades.

Interpretación: La amplia mayoría que valora positivamente las sesiones educativas representa una ventana de oportunidad para diseñar e implementar estrategias de intervención efectivas, ya que existe una predisposición favorable al aprendizaje. La enfermería puede aprovechar esta actitud para construir espacios de educación participativa, que promuevan el diálogo, resuelvan dudas y fortalezcan capacidades en el entorno familiar.

Tabla 11: Estoy dispuesta(o) a implementar cambios en mi hogar para prevenir afecciones diarreicas

Opciones de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	3	4.3
En desacuerdo	3	4.3
Neutral	9	12.9
De acuerdo	25	35.7
Totalmente de acuerdo	30	42.9
Total	70	100.0

Análisis: El 42.9% de los encuestados (30 personas) manifestó estar totalmente de acuerdo con implementar cambios en su hogar para prevenir afecciones diarreicas, mientras que un 35.7% (25 personas) también expresó estar de acuerdo. Esto representa un 78.6% de los participantes dispuestos a adoptar nuevas prácticas preventivas, lo cual es un resultado altamente positivo para la promoción de la salud en el hogar. Un 12.9% (9 personas) se mantiene en una posición neutral, lo que podría reflejar dudas o falta de claridad sobre qué cambios específicos implementar. Este grupo puede ser fácilmente influenciado mediante intervenciones que brinden ejemplos prácticos y sencillos de realizar. A su vez, solo el 8.6% de los encuestados (6 personas) se mostró en desacuerdo con la idea de implementar cambios, lo que sugiere que una minoría pequeña muestra resistencia o falta de motivación, y este grupo podría beneficiarse de estrategias educativas que resalten los beneficios tangibles y inmediatos de prevenir las afecciones diarreicas.

Interpretación: Los resultados reflejan una gran disposición hacia el cambio y la implementación de nuevas medidas preventivas, lo cual es una excelente base para el diseño de intervenciones de enfermería que fortalezcan el conocimiento y la capacidad de los padres para aplicar prácticas de salud en sus hogares. La participación activa y el empoderamiento de los cuidadores son fundamentales para alcanzar un impacto real y sostenido en la salud infantil.

Tabla 12: Creo que involucrar a mis hijos en prácticas de higiene es fundamental

Opciones de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	2	2.9
En desacuerdo	2	2.9
Neutral	9	12.9
De acuerdo	28	40.0
Totalmente de acuerdo	29	41.4
Total	70	100.0

Análisis: Los resultados muestran que el 41.4% de los encuestados (29 personas) está totalmente de acuerdo con la afirmación, y el 40.0% (28 personas) está de acuerdo. Esto significa que un 81.4% de los participantes tiene una actitud positiva hacia la importancia de involucrar a sus hijos en las prácticas de higiene, lo cual es una excelente señal de que los padres valoran la educación temprana en hábitos saludables para prevenir afecciones diarreicas. Por otro lado, un 12.9% (9 personas) se mostró neutral, lo que podría sugerir indiferencia o falta de convicción en cuanto a la participación activa de los niños en las prácticas de higiene. Este grupo podría beneficiarse de estrategias educativas adicionales que muestren los beneficios específicos de involucrar a los niños, tanto en su salud como en su aprendizaje sobre hábitos higiénicos. Finalmente, solo un 5.8% (4 personas) expresó desacuerdo (2.9% en desacuerdo y 2.9% totalmente en desacuerdo), lo que representa una baja proporción de padres que no están convencidos de la necesidad de involucrar a sus hijos en estos procesos. Este grupo podría requerir un enfoque más personalizado para reforzar la importancia de estos hábitos y cómo pueden contribuir a la salud a largo plazo.

Interpretación: La gran mayoría de los encuestados (81.4%) está de acuerdo con la importancia de involucrar a sus hijos en las prácticas de higiene, lo que sugiere una buena disposición para implementar cambios en los hábitos familiares. Este hallazgo resalta una oportunidad clave para fomentar la participación infantil en la prevención de enfermedades mediante programas educativos centrados en la práctica y el aprendizaje conjunto de hábitos saludables.

Tabla 13: Valoro el lavado frecuente de manos como medida preventiva

Opciones de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	3	4.3
En desacuerdo	0	0.0
Neutral	8	11.4
De acuerdo	20	28.6
Totalmente de acuerdo	39	55.7
Total	70	100.0

Análisis: Los resultados muestran que el 55.7% de los encuestados (39 personas) está totalmente de acuerdo con la afirmación, y el 28.6% (20 personas) está de acuerdo. Esto significa que un 84.3% de los participantes valora de manera positiva el lavado frecuente de manos como una medida preventiva, lo cual es una actitud muy favorable hacia una de las prácticas más efectivas para prevenir afecciones diarreicas y otras enfermedades infecciosas. Un 11.4% (8 personas) se mantiene neutral, lo que puede reflejar falta de certeza o percepción de que ya se realizan buenas prácticas de higiene. Este grupo podría beneficiarse de intervenciones educativas que resalten la importancia continua del lavado de manos, especialmente en momentos críticos como antes de comer o después de ir al baño. Es importante destacar que solo un 4.3% (3 personas) se mostró totalmente en desacuerdo, sin que haya nadie en desacuerdo, lo que indica que el lavado frecuente de manos es ampliamente aceptado como una medida preventiva. Este pequeño porcentaje podría representar creencias o hábitos arraigados que no reconocen la efectividad de esta práctica, por lo que es fundamental abordar cualquier barrera cultural o de conocimiento para lograr un cambio en sus percepciones.

Interpretación: La gran mayoría de los encuestados (84.3%) valora positivamente el lavado frecuente de manos como medida preventiva, lo que refleja un alto nivel de conciencia y disposición hacia esta práctica de salud pública. Las intervenciones educativas deben aprovechar esta disposición para reforzar la técnica adecuada del lavado de manos y asegurarse de que sea realizado en los momentos clave para maximizar su efectividad.

Tabla 14: Considero importante garantizar el acceso a agua potable en mi hogar

Opciones de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	2	2.9
En desacuerdo	2	2.9
Neutral	11	15.7
De acuerdo	19	27.1
Totalmente de acuerdo	36	51.4
Total	70	100.0

Análisis: Los resultados muestran que el 51.4% de los encuestados (36 personas) está totalmente de acuerdo con la afirmación, y el 27.1% (19 personas) está de acuerdo. Esto significa que un 78.5% de los participantes valora como fundamental garantizar el acceso a agua potable en su hogar, lo que es una actitud altamente positiva hacia una de las bases de la salud pública y la prevención de enfermedades gastrointestinales. Un 15.7% (11 personas) se mantiene neutral, lo que podría reflejar dudas o falta de información sobre cómo garantizar el acceso al agua potable o la percepción de que esta situación ya está resuelta en su hogar. Este grupo podría beneficiarse de información adicional sobre los beneficios de un acceso constante y seguro al agua potable. Solo un 5.8% (4 personas) se mostró en desacuerdo con la importancia de garantizar el acceso a agua potable. Este porcentaje es bajo y sugiere que muy pocos participantes consideran que no es relevante. Este grupo podría ser objeto de atención, asegurando que comprendan los beneficios del agua potable segura y cómo puede prevenir enfermedades en el hogar.

Interpretación: La gran mayoría de los encuestados (78.5%) reconoce la importancia de garantizar el acceso a agua potable, lo cual subraya la conciencia sobre la relevancia de este recurso para la salud. Las intervenciones de enfermería pueden centrarse en asegurar que las familias cuenten con acceso adecuado al agua potable, además de proporcionar estrategias para purificar y mantener el agua si fuera necesario.

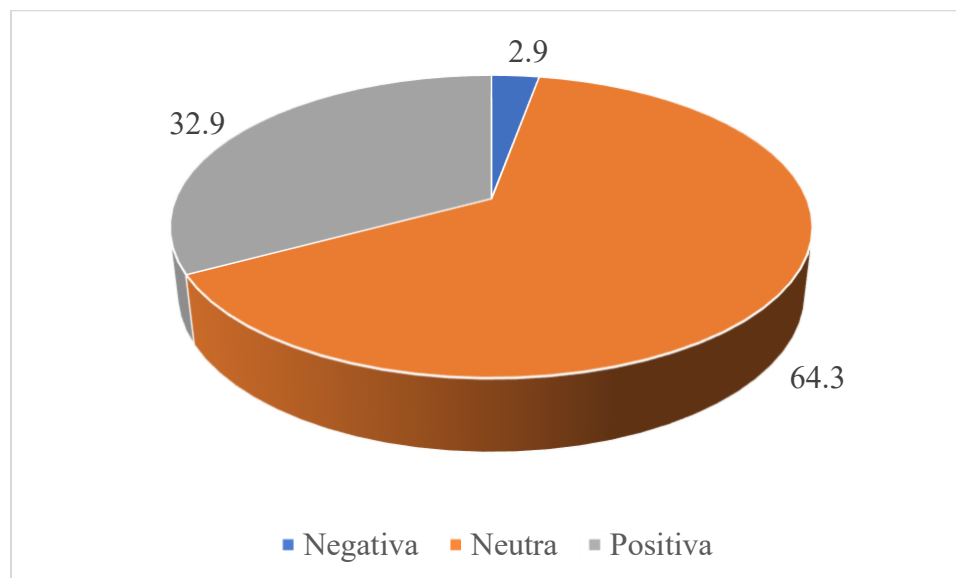
Tabla 15: Estoy motivada a seguir las recomendaciones de los profesionales de salud

Opciones de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	2	2.9
En desacuerdo	3	4.3
Neutral	6	8.6
De acuerdo	28	40.0
Totalmente de acuerdo	31	44.3
Total	70	100.0

Análisis: Los resultados muestran que el 44.3% de los encuestados (31 personas) está totalmente de acuerdo con la afirmación, y el 40.0% (28 personas) está de acuerdo. En conjunto, el 84.3% de los participantes está motivado para seguir las recomendaciones de los profesionales de salud, lo cual indica una actitud positiva y receptiva hacia la orientación profesional en cuanto a prácticas de salud preventiva. Un 8.6% (6 personas) se mostró neutral, lo que podría reflejar cierta indecisión o falta de certeza sobre cómo poner en práctica esas recomendaciones, o una falta de interacción directa con los profesionales de salud. Este grupo podría beneficiarse de mayores estrategias educativas y seguimiento personalizado para fomentar el cumplimiento de las recomendaciones. Solo un 7.2% (5 personas) expresó desacuerdo (2.9% totalmente en desacuerdo y 4.3% en desacuerdo), lo que representa una proporción pequeña de los encuestados. Este grupo podría estar influenciado por dudas sobre la efectividad de las recomendaciones o falta de confianza en los profesionales de salud. A este grupo se le podría dirigir intervenciones que refuercen la importancia de seguir las pautas médicas y cómo esas recomendaciones contribuyen a la salud a largo plazo.

Interpretación: La gran mayoría de los encuestados (84.3%) está motivado a seguir las recomendaciones de los profesionales de salud, lo que indica una buena disposición para adoptar prácticas saludables basadas en la orientación de expertos. Las intervenciones pueden centrarse en reforzar la confianza en los profesionales de salud y asegurar que las recomendaciones sean claras y prácticas, facilitando la adherencia a ellas.

Figura 2: Actitud de los padres sobre la prevención de las enfermedades diarreicas en infantes



Análisis: Los resultados muestran que el 64.3% de los encuestados (45 personas) tiene una actitud neutra hacia el tema de salud, lo que puede sugerir falta de convicción o indecisión sobre la importancia del tema tratado. Este grupo podría beneficiarse de estrategias educativas más personalizadas que fomenten un enfoque más activo y positivo hacia las prácticas de salud y prevención. Un 32.9% (23 personas) presenta una actitud positiva, lo que refleja que una parte importante de los participantes ya tiene una percepción favorable hacia las prácticas de salud en su hogar. Este grupo muestra un potencial alto para ser líderes de cambio dentro de sus comunidades, influenciando a otros a adoptar conductas saludables. Finalmente, un 2.9% (2 personas) tiene una actitud negativa, lo cual representa una baja proporción de personas que no reconocen la importancia de las prácticas de salud. Este grupo podría requerir un enfoque especial de sensibilización, abordando barreras psicológicas, culturales o informativas que impidan el cambio de actitud.

Interpretación: La mayoría de los encuestados (64.3%) muestra una actitud neutra, lo que sugiere que existe un gran espacio de mejora en cuanto a la percepción y motivación hacia la salud preventiva. El 32.9% de actitud positiva es alentador, ya que indica que existe una base de personas dispuestas a apoyar y difundir prácticas saludables. El 2.9% de actitud negativa es bajo, pero aún puede beneficiarse de intervenciones específicas para superar barreras y fomentar un cambio positivo en su percepción sobre la salud.

En este punto, se da respuesta al tercer objetivo específico de la investigación, dígase, identificar las prácticas rutinarias de los padres para la prevención de enfermedades diarreicas.

Tabla 16: Lavo mis manos antes de preparar alimentos

Opciones de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0.0
Rara vez	2	2.9
A veces	11	15.7
Frecuentemente	27	38.6
Siempre	30	42.9
Total	70	100.0

Análisis: Los resultados muestran que el 42.9% de los encuestados (30 personas) siempre lava sus manos antes de preparar alimentos, y el 38.6% (27 personas) lo hace frecuentemente. Esto indica que una gran mayoría de los participantes (81.5%) tiene una buena práctica de higiene personal, especialmente en un momento crítico como es la preparación de alimentos, lo cual es fundamental para la prevención de enfermedades gastrointestinales. Un 15.7% (11 personas) lo hace a veces, lo que puede reflejar cierta inconsistencia en la práctica. Este grupo podría beneficiarse de intervenciones educativas que refuercen la importancia del lavado de manos en momentos clave para prevenir infecciones. Solo un 2.9% (2 personas) raramente lava sus manos antes de preparar alimentos, lo que sugiere que existe una pequeña minoría con hábitos menos consistentes de higiene. A este grupo se le podría proporcionar estrategias adicionales para crear conciencia sobre los riesgos de no realizar esta práctica con regularidad.

Interpretación: La mayoría de los encuestados (81.5%) tiene hábitos consistentes de lavado de manos antes de preparar alimentos, lo que refleja una actitud favorable hacia la higiene personal. Las intervenciones de enfermería pueden enfocarse en reforzar la práctica constante del lavado de manos para aquellos que lo hacen solo a veces o raramente, enfatizando la importancia de esta acción como una estrategia clave para prevenir afecciones diarreicas.

Tabla 17: Hervimos el agua antes de consumirla en casa

Opciones de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	2	2.9
Rara vez	4	5.7
A veces	8	11.4
Frecuentemente	25	35.7
Siempre	31	44.3
Total	70	100.0

Análisis: Los resultados muestran que el 44.3% de los encuestados (31 personas) siempre hierve el agua antes de consumirla, y el 35.7% (25 personas) lo hace frecuentemente. Esto indica que una gran parte de los participantes (80%) tiene una práctica regular de hervir el agua, lo cual es una medida preventiva importante para garantizar la potabilidad del agua y evitar enfermedades gastrointestinales. Un 11.4% (8 personas) hierve el agua a veces, lo que sugiere que, si bien la mayoría lo hace de forma constante, algunos no siguen esta práctica con regularidad. Este grupo podría beneficiarse de educación adicional sobre la importancia de hervir el agua en todo momento, especialmente en áreas donde la calidad del agua no esté garantizada. Solo un 8.6% (6 personas) hierve el agua raramente o nunca lo hace (2.9% nunca y 5.7% rara vez), lo que representa una minoría pequeña pero significativa. Este grupo podría estar expuesto a riesgos mayores de infecciones por agua no tratada. Para ellos, sería necesario reforzar la educación sobre los riesgos de consumir agua no hervida y las alternativas disponibles para asegurar su potabilidad.

Interpretación: La mayoría de los encuestados (80%) sigue correctamente la práctica de hervir el agua antes de consumirla, lo que indica una conciencia bastante alta sobre la importancia de esta medida preventiva. Sin embargo, aún existen un 11.4% que lo hace de forma inconsistente, y un 8.6% que no lo hace con regularidad, lo cual presenta una oportunidad para reforzar la educación en cuanto al tratamiento adecuado del agua para garantizar la salud de los miembros del hogar.

Tabla 18: Desinfectamos frutas y verduras antes de comerlas

Opciones de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	1	1.4
Rara vez	4	5.7
A veces	12	17.1
Frecuentemente	28	40.0
Siempre	25	35.7
Total	70	100.0

Análisis: Los resultados muestran que el 35.7% de los encuestados (25 personas) siempre desinfecta las frutas y verduras antes de comerlas, y el 40.0% (28 personas) lo hace frecuentemente. Esto significa que una gran mayoría (75.7%) sigue la práctica de desinfectar frutas y verduras en una frecuencia alta, lo cual es una medida importante para reducir el riesgo de infecciones transmitidas por alimentos. Un 17.1% (12 personas) desinfecta las frutas y verduras a veces, lo que sugiere que, aunque existe un hábito de desinfección en muchas ocasiones, esta práctica no es consistente para todos los participantes. Este grupo podría beneficiarse de intervenciones educativas que refuercen la importancia de desinfectar siempre las frutas y verduras antes de consumirlas, independientemente de su aspecto o fuente de compra. Solo un 7.1% (5 personas) desinfecta las frutas y verduras raramente o nunca (1.4% nunca y 5.7% rara vez), lo que indica que una pequeña minoría no realiza esta práctica en absoluto. Este grupo podría estar expuesto a riesgos más altos de enfermedades transmitidas por alimentos. Sería crucial abordar estas barreras, como la falta de conocimiento sobre los riesgos o la disponibilidad de productos desinfectantes.

Interpretación: Una gran mayoría de los encuestados (75.7%) sigue la práctica de desinfectar frutas y verduras de manera frecuente o siempre, lo que refleja una actitud positiva hacia la higiene alimentaria. Sin embargo, un 17.1% lo hace solo a veces, y un 7.1% no lo hace regularmente, lo que representa áreas de oportunidad para fortalecer el hábito de desinfección entre los hogares, especialmente en los casos de quienes no lo realizan de manera constante.

Tabla 19: Almaceno correctamente los alimentos perecederos

Opciones de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	1	1.4
Rara vez	4	5.7
A veces	15	21.4
Frecuentemente	17	24.3
Siempre	33	47.1
Total	70	100.0

Análisis: El 47.1% de los encuestados (33 personas) indicó que siempre almacena correctamente los alimentos perecederos, mientras que un 24.3% (17 personas) lo hace frecuentemente. Esto refleja que más de dos tercios de los participantes (71.4%) tienen hábitos adecuados de almacenamiento de alimentos, lo cual es esencial para evitar la proliferación de bacterias y prevenir enfermedades como las infecciones gastrointestinales. Un 21.4% (15 personas) respondió que a veces lo hace, lo que indica un grado de inconsistencia en las prácticas de almacenamiento, posiblemente relacionado con factores como falta de conocimiento, espacio físico inadecuado, o escasos recursos para conservación. Finalmente, un 7.1% (5 personas) declaró que raramente o nunca almacena correctamente los alimentos perecederos (5.7% rara vez y 1.4% nunca). Este grupo representa una población de riesgo, ya que una inadecuada conservación de alimentos puede derivar en intoxicaciones alimentarias o brotes infecciosos.

Interpretación: La mayoría de los participantes (71.4%) mantiene buenas prácticas de almacenamiento de alimentos perecederos, lo cual es favorable desde el punto de vista preventivo. No obstante, existe un 29% restante que lo hace de forma inconsistente o inapropiada, lo que resalta la necesidad de reforzar la educación sobre técnicas adecuadas de conservación, especialmente enfocadas en la manipulación y refrigeración segura de alimentos.

Tabla 20: Uso utensilios limpios al preparar alimentos para mi familia

Opciones de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	1	1.4
Rara vez	4	5.7
A veces	10	14.3
Frecuentemente	25	35.7
Siempre	30	42.9
Total	70	100.0

Análisis: Los datos revelan que el 42.9% de los encuestados (30 personas) siempre utiliza utensilios limpios al preparar alimentos, y el 35.7% (25 personas) lo hace frecuentemente. Esto significa que casi 8 de cada 10 personas (78.6%) tienen buenas prácticas de higiene en la preparación de alimentos, lo cual es fundamental para prevenir la contaminación cruzada y reducir el riesgo de infecciones alimentarias. Un 14.3% (10 personas) indicó que a veces usa utensilios limpios, lo que sugiere inconsistencias que podrían deberse a falta de conocimiento, recursos o hábitos aún no consolidados. Este grupo representa una zona clave para intervenciones educativas, ya que la limpieza de los utensilios es una barrera directa contra la transmisión de agentes patógenos. Finalmente, un 7.1% (5 personas) raramente o nunca usa utensilios limpios (5.7% rara vez y 1.4% nunca), lo que representa un riesgo importante para la salud familiar. Es esencial abordar estas conductas con acciones educativas directas y prácticas, mostrando consecuencias y formas accesibles de mejorar esta conducta.

Interpretación: Aunque la mayoría (78.6%) mantiene buenas prácticas respecto al uso de utensilios limpios, existe un 21.4% con prácticas inconsistentes o inadecuadas que podrían afectar la seguridad alimentaria en el hogar. Las intervenciones de enfermería deben enfocarse en fortalecer estos hábitos, reforzando la importancia del lavado, la desinfección y el uso exclusivo de utensilios limpios al manipular alimentos.

Tabla 21: Atiendo de inmediato los síntomas de afecciones diarreicas en mis hijos

Opciones de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	2	2.9
Rara vez	2	2.9
A veces	9	12.9
Frecuentemente	21	30.0
Siempre	36	51.4
Total	70	100.0

Análisis: Los resultados muestran que el 51.4% de los encuestados (36 personas) siempre atiende de inmediato los síntomas de afecciones diarreicas en sus hijos, y el 30.0% (21 personas) lo hace frecuentemente. En conjunto, un 81.4% de los padres demuestra una alta responsabilidad y conciencia sobre la atención oportuna frente a estas afecciones, lo cual es fundamental para prevenir complicaciones como la deshidratación severa. Un 12.9% (9 personas) respondió que a veces actúa de manera inmediata ante los síntomas, lo que puede estar influenciado por factores como desconocimiento sobre la gravedad de la diarrea en niños, falta de acceso a servicios de salud o subestimación del problema. Por otro lado, un 5.8% (4 personas) manifestó que raramente o nunca atiende estos síntomas a tiempo, lo cual es preocupante, ya que podría significar un alto riesgo para la salud infantil, especialmente en edades escolares donde la inmunidad aún está en desarrollo. Este grupo requiere intervenciones educativas específicas que aborden la urgencia del tratamiento temprano y el reconocimiento de signos de alarma.

Interpretación: Una amplia mayoría (81.4%) de padres muestra una actitud proactiva y adecuada al atender de inmediato los síntomas de afecciones diarreicas en sus hijos. Sin embargo, existe un 18.6% restante que necesita refuerzo educativo para mejorar la percepción de riesgo y adoptar una respuesta más oportuna ante estos cuadros clínicos. La intervención de enfermería puede desempeñar un papel clave en sensibilizar y empoderar a estas familias.

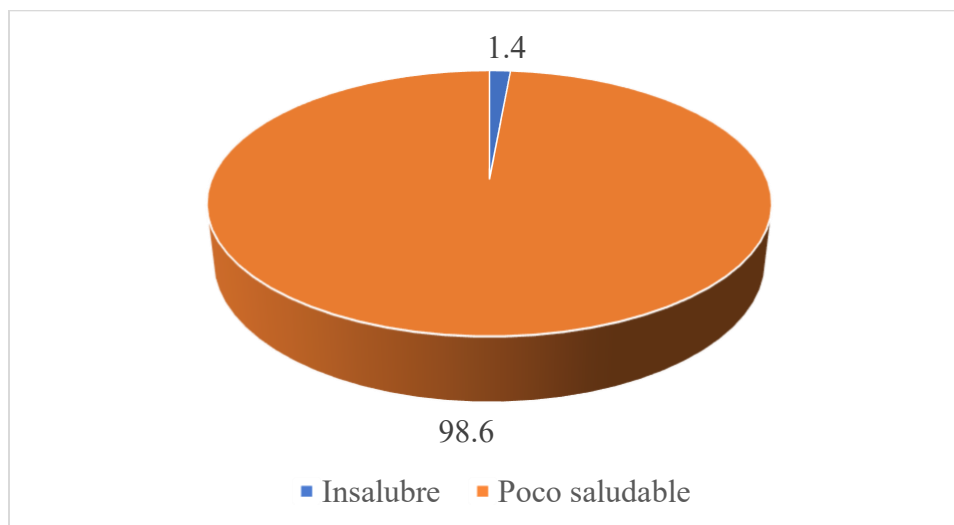
Tabla 22: Educo a mi hijo que se lave las mano antes de ingerir alimentos y después de ir al baño

Opciones de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	1	1.4
Rara vez	3	4.3
A veces	6	8.6
Frecuentemente	24	34.3
Siempre	36	51.4
Total	70	100.0

Análisis: Los datos indican que el 51.4% de los encuestados (36 personas) siempre educa a sus hijos en esta práctica clave de higiene, y un 34.3% (24 personas) lo hace frecuentemente. En conjunto, esto significa que el 85.7% de los padres o cuidadores tiene una actitud activa y responsable en la formación de hábitos saludables en los niños, lo cual es crucial para la prevención de infecciones gastrointestinales y enfermedades transmisibles. Un 8.6% (6 personas) señala que a veces lo hace, lo que podría estar vinculado a una falta de constancia o a una rutina familiar poco estructurada. Este grupo se beneficia particularmente de refuerzos educativos prácticos y estrategias que fomenten la integración de hábitos saludables como parte de la vida diaria. Por último, un 5.7% (4 personas) menciona que raramente o nunca realiza esta educación, lo que implica un riesgo significativo para los niños, ya que el lavado de manos es una de las medidas más eficaces y económicas para cortar la cadena de transmisión de agentes infecciosos.

Interpretación: La gran mayoría de los encuestados (85.7%) promueve activamente la higiene en sus hijos, lo que representa una fortaleza comunitaria en la prevención de afecciones diarreicas. Sin embargo, el 14.3% restante requiere acompañamiento en el refuerzo de la educación sanitaria en el hogar, asegurando así que los hábitos de higiene se mantengan de forma constante y efectiva.

Figura 3: Práctica de los padres para la prevención de las enfermedades diarreicas en los niños



Análisis: Los resultados reflejan que el 98.6% de los encuestados (69 personas) presenta prácticas clasificadas como poco saludables, y solo un 1.4% (1 persona) muestra una práctica directamente insalubre. Llama profundamente la atención que ningún participante (0%) haya sido clasificado dentro del grupo de prácticas saludables. Este hallazgo sugiere que, si bien los padres y madres manifiestan ciertos conocimientos y actitudes positivas (como se evidenció en respuestas anteriores), al momento de llevar a la práctica diaria los hábitos necesarios para prevenir afecciones diarreicas, no se logra consolidar un comportamiento completamente saludable. Esto puede estar relacionado con factores estructurales, culturales, económicos o de educación sanitaria, que limitan la aplicación constante y efectiva de medidas higiénicas. Es preocupante que la totalidad de la muestra se ubique en niveles por debajo del estándar saludable, lo cual refuerza la necesidad urgente de intervenciones de enfermería comunitaria y estrategias de educación para la salud que no solo informen, sino que también acompañen el cambio de conducta, facilitando condiciones que favorezcan la implementación de prácticas adecuadas.

Interpretación: La ausencia total de prácticas saludables en la muestra indica una brecha significativa entre el conocimiento y la acción efectiva en la prevención de enfermedades diarreicas. Este dato es clave para justificar y orientar la intervención de enfermería, enfocada en transformar hábitos poco saludables en conductas sostenibles y eficaces dentro del entorno familiar y comunitario.

3.2. Discusión

En este estudio, en cuanto al primer objetivo específico analizado, dígase, identificar el grado de conocimiento de los padres sobre la prevención de enfermedades diarreicas, se constató un predominio del bajo nivel de conocimiento de manera global sobre la temática. Al respecto, en Pakistán, Bano et al. (2024) evaluaron a 356 madres en tres ciudades y encontraron que, aunque el conocimiento y las actitudes hacia la prevención y el manejo de la diarrea eran satisfactorios, las prácticas preventivas y el manejo domiciliario resultaron insatisfactorios. Concretamente, si bien la mayoría reconoció la importancia del tratamiento con Sales de Rehidratación Oral, menos del 50 % aplicó correctamente las medidas recomendadas en el hogar.

Por su parte, en Bhubaneswar (India), Ranjan y Ranjan (2020) describieron que sólo un tercio de las madres demostró un conocimiento adecuado sobre la prevención de la diarrea en menores de cinco años, mientras que aproximadamente el 40 % obtuvo un nivel moderado y el 30 % mostró conocimientos inadecuados. Este patrón refleja similitudes con la investigación actual en cuanto a la presencia de vacíos educativos, aunque la proporción de padres con conocimientos bajos en este texto superó la observada en Bhubaneswar. A su vez, en la región oeste urbana de Zanzíbar, Kheir (2025) entrevistó a 384 madres y cuidadores en 24 centros de salud y reportó que el 95 % alcanzó un nivel satisfactorio de conocimientos sobre diarrea infantil, aunque advierte que las prácticas de higiene y la aceptación de las Sales de Rehidratación Oral presentaron brechas debido a factores culturales y de accesibilidad.

Estos tres estudios coinciden en que el nivel educativo y el acceso a fuentes confiables de información son determinantes clave del conocimiento parental en materia de diarrea infantil. Sin embargo, difieren en el grado en que estas variables se traducen en prácticas efectivas: mientras en Zanzíbar el conocimiento elevado no siempre conlleva prácticas óptimas de higiene familiar (Kheir, Namkinga, Mbwele, Nkungu, & Omar, 2025), en Bhubaneswar y en la actual investigación la falta de conocimiento ya implica directamente un menor uso de medidas preventivas (Ranjan & Ranjan, 2020). Por ende, la baja formación identificada en este estudio expone a la población infantil a un riesgo aumentado de morbilidad y mortalidad por causas prevenibles. De allí que sea necesario tomar acciones y no dejar engavetados estos hallazgos a fin de mejorar la calidad de vida de los infantes del área investigada.

En cuanto al establecimiento de las actitudes de los padres sobre la prevención de enfermedades diarreicas, como parte del segundo objetivo específico del estudio, se evidenció en

esta muestra una predominancia de progenitores con una actitud neutral, es decir, ni un claro rechazo ni una adhesión decidida a las medidas recomendadas. Al respecto, Saleh et al. (2024), en la región de Zakho, Duhok (Irak), evaluaron 400 madres y hallaron que el 52 % de ellas mostró una actitud “buena” hacia la prevención y el manejo domiciliario de la diarrea, mientras que el 48 % restante presentó actitudes menos favorables. Este predominio de actitudes positivas contrasta con la neutralidad observada en este texto, aunque sugiere que, existe un grupo significativo con perspectivas insuficientemente comprometidas con las prácticas preventivas.

De igual manera, en Arabia Saudita, Alhejaili et al. (2021) analizaron las creencias y actitudes de 600 madres y hallaron que el 65,9 % atribuía la causa de la diarrea en la dentición, y sólo el 41 % consideraba la diarrea como un problema de salud comunitario importante; por otra parte, el 60,9 % creía que el lavado de manos previene los episodios diarreicos. Estas cifras muestran una actitud fragmentada (algo intermedio entre la neutralidad y la positividad) que coincide con la falta de convicción detectada en este estudio. Mientras que, en el Cairo (Egipto), Mahmoud et al. (2022) reportaron que el 63,2 % de las madres tenían una actitud negativa respecto a la prevención y el manejo domiciliario de la diarrea, mientras que únicamente el 36,8 % mostró una actitud positiva. Y aunque en este estudio no predominó una visión abiertamente negativa, la neutralidad detectada representa, en la práctica, una barrera similar para la adopción de medidas preventivas.

Por lo tanto, esto implica un riesgo de bajo compromiso con las prácticas de prevención, pues sin una posición clara favorable es menos probable que los padres apliquen de manera consistente las recomendaciones de higiene, rehidratación y saneamiento. El contraste con Irak y Arabia Saudita subraya la necesidad de estrategias de enfermería que no sólo transmitan información, sino que transformen la neutralidad en convicción, mediante intervenciones participativas, testimonios reales y refuerzo positivo. Asimismo, la alta proporción de actitudes negativas en Egipto apunta a que, en contextos con resistencia o escepticismo, es imprescindible incorporar componentes de cambio de comportamiento basados en teorías psicosociales (por ejemplo, el Modelo de Creencias de Salud), de modo que se atiendan tanto los conocimientos como las creencias y motivaciones subyacentes.

En otro sentido al identificar las prácticas rutinarias de los padres para la prevención de enfermedades diarreicas, se halló que predominaron las clasificadas como poco salubres de modo general. Ello fue similar a lo obtenido en Lagos, Nigeria, Ogbo et al. (2023) describieron que los

cuidadores “esperan la resolución natural” de la diarrea y rara vez inician SRO o zinc en las primeras 24 horas tras el inicio del cuadro, identificando ello como un obstáculo principal para el manejo domiciliario adecuado. Además, el 35,3 % de los participantes admitió no haber proporcionado ningún tipo de atención en ese periodo crítico, subrayando la desinformación y la percepción errónea de la gravedad de la enfermedad.

A su vez, en Myanmar, Soe et al. (2024) demostraron que la ausencia de instalaciones básicas de lavado de manos y la práctica inconsistente de la higiene (con padres que omitían pasos esenciales antes de preparar alimentos o alimentar a los niños) se asociaron con un riesgo 2,63 veces mayor de padecer diarrea en menores de cinco años. Asimismo, las familias que tardaban más de 15 min en recolectar agua eran 1,77 veces más propensas a presentar episodios diarreicos, lo que evidencia cómo la accesibilidad al recurso hídrico impacta directamente en las prácticas sanitarias.

En el mismo sentido, un estudio de Manzoor et al. (2022) en Lahore halló que solo el 31,6 % de las madres se lavaba las manos antes de preparar los alimentos y el 14,6 % antes de alimentar a sus hijos, mientras que el 46,2 % lo hacía tras la defecación, cifras que reflejan prácticas de higiene claramente insuficientes. De igual modo, pese a que el 44 % de los menores recibe SRO durante los episodios diarreicos, su preparación y dosificación correctas permanecen subóptimas, revelando brechas en la transferencia de conocimientos a la práctica diaria. Mientras que, en Perú, Hernández et al. (2023) mostraron, que la falta de instalaciones de saneamiento y el déficit de servicios de higiene en el hogar son determinantes clave de la diarrea infantil, con un incremento de hasta 20 % en la probabilidad de enfermedad en zonas sin acceso adecuado a agua y jabón. La desigualdad espacial detectada (con cúmulos de mayor incidencia en la Sierra y la Amazonía) enfatiza la necesidad de mejorar las prácticas domésticas de lavado de manos y tratamiento de agua en las poblaciones más vulnerables.

Todas estas evidencias señalan que las prácticas rutinarias poco saludables practicadas por los padres (retraso o abandono de la SRO, deficiencias en el lavado de manos y dependencia de remedios caseros) constituyen un factor de riesgo significativo para la morbilidad y mortalidad infantil por diarrea. La comparación con contextos internacionales resalta la urgencia de implementar programas de enfermería que combinen educación práctica, mejora de la infraestructura WASH en los hogares y seguimiento domiciliario, con el fin de traducir el conocimiento teórico en acciones efectivas y sostenibles

3.3. Propuesta

3.3.1. Enfoque

Intervención de Enfermería en la Promoción de la Salud Frente a Afecciones Diarreicas Dirigida a Padres de Niños en Edad Escolar del Centro de Desarrollo Infantil Quito Cuna, febrero – marzo, 2025.

3.3.2. Objetivo:

Optimizar el nivel de conocimiento y las prácticas preventivas, así como en la importancia de empoderar a los padres para que adopten actitudes saludables que disminuyan los riesgos de enfermedades diarreicas en sus hijos.

3.3.3. Fundamentación

Las enfermedades diarreicas constituyen una de las principales causas de mortalidad en la población infantil, especialmente en países en desarrollo. En el contexto ecuatoriano, a pesar de los esfuerzos de salud pública, se observa que la falta de educación en salud, combinada con prácticas higiénicas inadecuadas y conocimientos limitados sobre el manejo de estas afecciones, contribuye significativamente a la alta prevalencia de enfermedades diarreicas.

La relevancia de esta intervención radica en su capacidad para influir directamente en la salud de la población infantil, al estar dirigidas a los padres, quienes tienen un impacto directo en la reducción de la prevalencia de enfermedades diarreicas en la infancia, especialmente cuando se enfocan en hábitos de higiene, como el lavado de manos, la preparación, cocción y almacenamiento de los alimentos. Este enfoque cobra especial relevancia en el Centro de Desarrollo Infantil Quito Cuna, donde existe una alta concentración de familias en situación de vulnerabilidad, y donde la educación en salud es fundamental para mejorar la calidad de vida de los niños.

La novedad de esta propuesta radica en el diseño de una intervención integral, que no solo se centra en la educación sanitaria, sino que también involucra al personal de enfermería, a los docentes y a los padres en un proceso educativo colaborativo y continuo. A diferencia de otros enfoques tradicionales, la propuesta utiliza materiales didácticos visuales y auditivos adaptados al nivel de comprensión de los padres, para asegurar que la información sea clara, accesible y fácilmente aplicable en el hogar. Además, está diseñada específicamente para padres de niños en

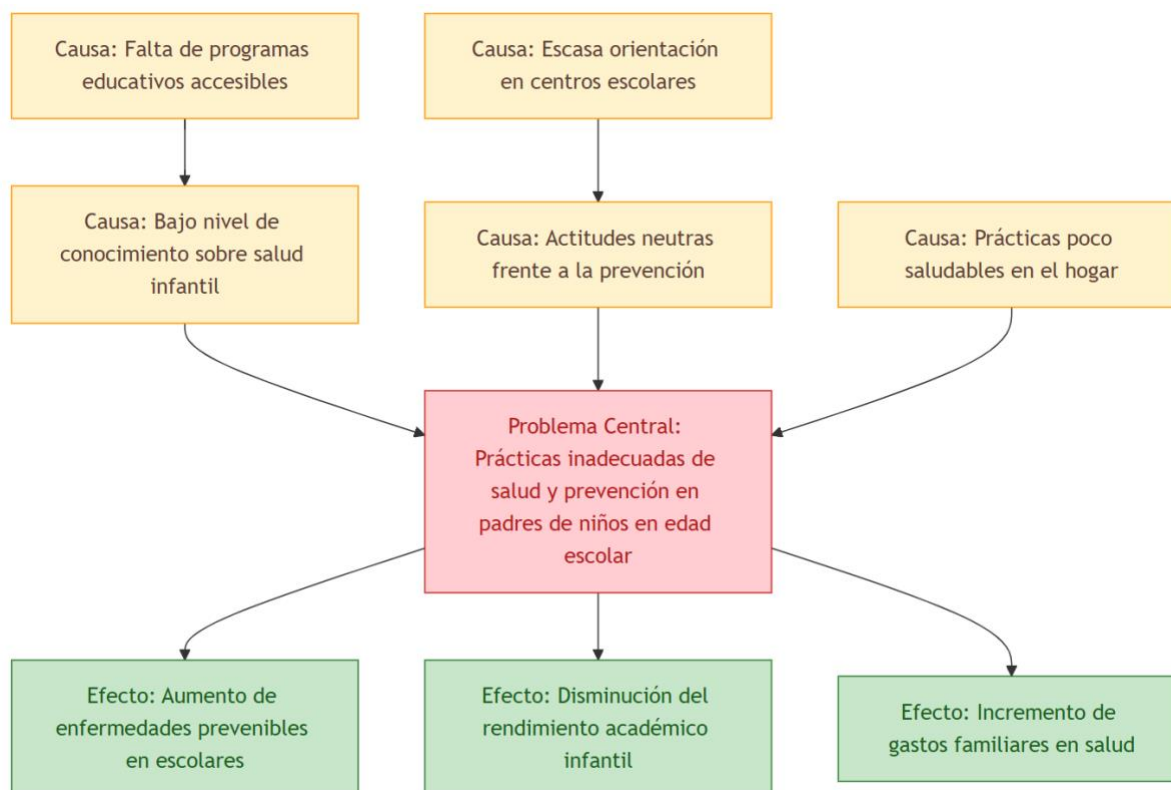
edad escolar, permitiendo la incorporación de esta educación preventiva en el día a día de los padres y los niños.

En el mismo sentido, el beneficio principal de esta propuesta es la reducción de la incidencia de enfermedades diarreicas en niños, lo que se traducirá en una disminución de las hospitalizaciones y las complicaciones relacionadas con la deshidratación y otras complicaciones derivadas de la diarrea.

Asimismo, no solo mejora la salud de los infantes, sino que también empodera a los progenitores al brindarles herramientas prácticas para cuidar la salud de sus hijos. La capacitación sobre el lavado de manos, la correcta preparación de alimentos, y el manejo adecuado de enfermedades diarreicas les permite a los padres tomar decisiones informadas y oportunas, reduciendo la mortalidad asociada a enfermedades prevenibles. El fortalecimiento del vínculo entre padres, docentes y personal de salud también contribuye al desarrollo de una comunidad más saludable y cohesionada.

La figura 4 expone los hallazgos obtenidos en este texto tras la aplicación del cuestionario a modo diagnóstico, el cual sintetiza las causas, problema central y efectos de la situación analizada.

Figura 4: Árbol de problemas



Nota: Diagrama que plasma los problemas principales hallados durante el estudio.

a) Talleres educativos sobre prevención de enfermedades diarreicas

La educación en salud es un pilar fundamental para reducir la incidencia y prevalencia de enfermedades prevenibles. Los talleres educativos realizados por profesionales de salud son efectivos para incrementar el conocimiento sobre la prevención de afecciones diarreicas en la población infantil. Estas actividades son dinámicas y participativas para garantizar la comprensión del contenido y la adquisición de comportamientos preventivos en los padres.

b) Capacitación a padres sobre hábitos higiénicos y alimentarios

El lavado de manos es reconocido como uno de los métodos más efectivos para prevenir enfermedades diarreicas. De allí que, intervenciones educativas se empleen para enseñar técnicas adecuadas de aseo de manos y desinfección de alimentos en el hogar. Además, se pueden complementar con prácticas alimentarias saludables.

c) Material didáctico visual y auditivo adaptado a nivel escolar

Estas son herramientas eficaces para la promoción de la salud, sobre todo cuando están dirigidos a adultos con diferentes niveles de educación y habilidad para interpretar información

escrita. Dentro de sus variedades se hallan las infografías y videos, que mejoran la comprensión de los temas y son muy útiles en poblaciones con baja escolaridad, y/o comunidades vulnerables. Estos materiales permiten la repetición y el refuerzo de mensajes clave relacionados con la higiene, la alimentación y el manejo de enfermedades.

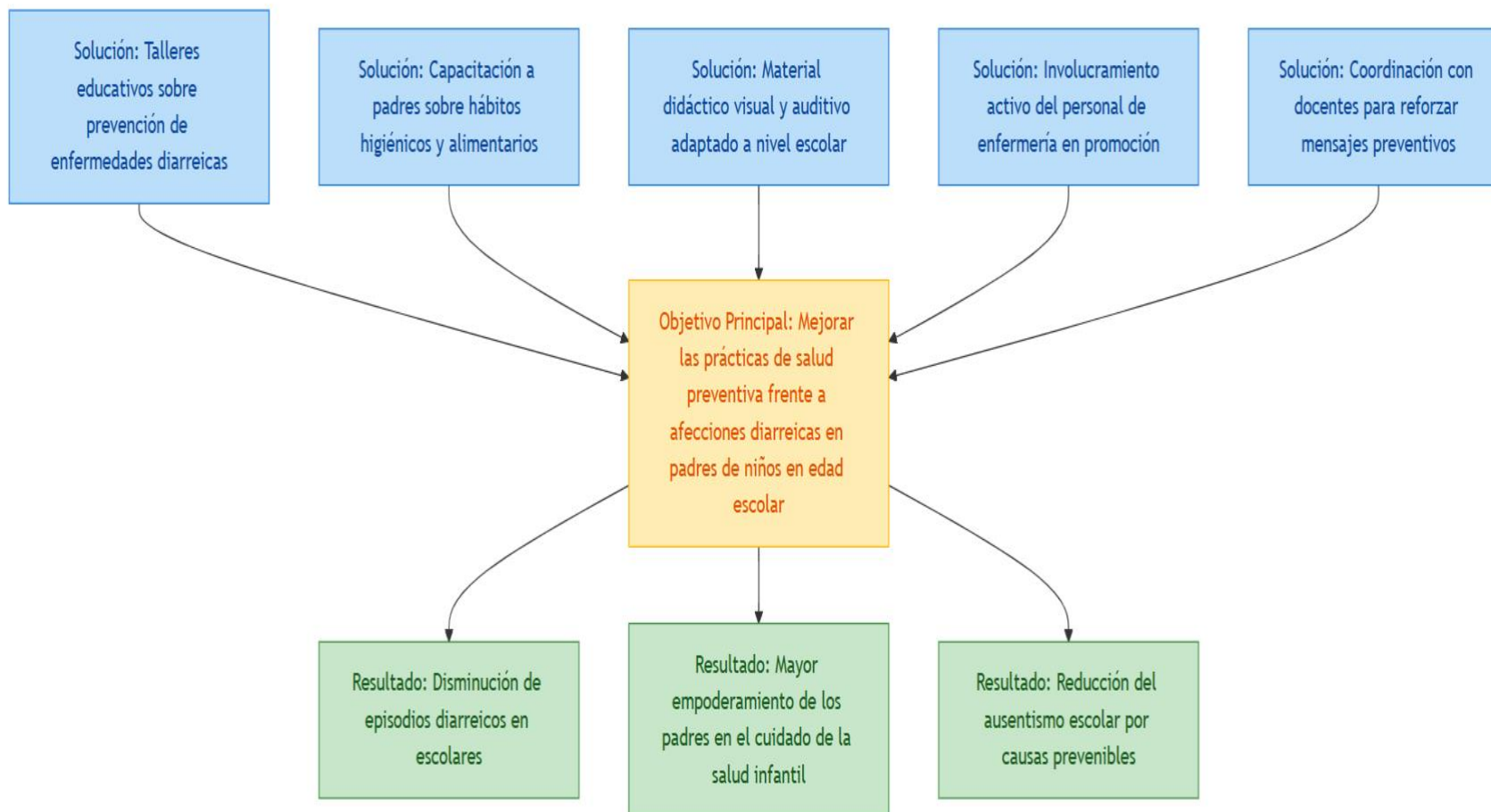
d) Involucramiento activo del personal de enfermería en promoción

El personal de enfermería juega un papel fundamental en la educación en salud y en la implementación de programas comunitarios. Estos profesionales son esenciales para el diseño e implementación de estrategias educativas efectivas en la prevención de enfermedades. Su cercanía con las familias y su capacidad para abordar dudas específicas permite que los mensajes de salud sean más comprendidos y aplicados.

e) Coordinación con docentes para reforzar mensajes preventivos

La colaboración entre enfermería y el personal docente es fundamental para reforzar los mensajes preventivos y garantizar que los niños reciban educación de salud tanto en el hogar como en la escuela. Las alianzas entre profesionales de la salud y educadores son eficaces para incrementar la conciencia sobre la prevención de enfermedades en la comunidad. En este sentido, los maestros(as) pueden ser aliados cruciales en la transmisión de la información, realizando actividades didácticas sobre higiene, salud y prevención de enfermedades durante las clases (Figura 5).

Figura 5: Árbol de soluciones



Nota: Diagrama que evidencia las propuestas de soluciones a los problemas diagnosticados.

3.3.4. Intervención en Enfermería

OE1: Aumento del nivel de conocimiento sobre prácticas preventivas

- ✓ **Intervención:** Realización de talleres educativos en el Centro de Desarrollo Infantil, utilizando materiales didácticos visuales y folletos informativos sobre la prevención de enfermedades diarreicas.
- ✓ **Componentes de la intervención:**
 - a) Diseño curricular del taller:
 - Módulo 1: Generalidades de las enfermedades diarreicas.
 - Módulo 2: Higiene personal y del entorno (énfasis en lavado de manos).
 - Módulo 3: Manipulación segura de alimentos y agua.
 - Módulo 4: Signos de alarma y cuándo acudir a un centro de salud.
 - b) Frecuencia y duración:
 - Se impartirán 4 talleres por trimestre durante el primer año.
 - Cada sesión tendrá una duración de 1 hora y 30 minutos.
 - Se realizarán en días y horarios accesibles para los padres, con previa coordinación con el Centro Infantil.
 - c) Metodología:
 - Enfoque participativo: aprendizaje colaborativo, discusiones grupales, dinámicas y resolución de casos.
 - Lenguaje accesible y adecuado al nivel educativo de los participantes.
 - Uso de ejemplos reales y analogías con prácticas culturales locales.
 - d) Material educativo:
 - Folletos ilustrados y de lectura fácil sobre prácticas preventivas, signos de alarma y medidas de rehidratación.
 - Pósters visuales con pasos del lavado de manos, cuidado del agua y manejo de alimentos.
 - Materiales se elaborarán con apoyo del área de promoción de salud local y serán validados por personal sanitario.
 - e) Recursos necesarios:
 - Personal de enfermería capacitado (mínimo 2 por sesión).
 - Salón del CDI con acceso a pizarra o proyector.

- Kits de demostración (jabón, toalla, botellas de agua segura, alimentos simulados, etc.).
- f) Seguimiento y evaluación:
- Aplicación de encuestas antes y después del taller para medir adquisición de conocimientos.
 - Registro de asistencia nominal y observación de participación activa.
 - Evaluación trimestral del impacto de los talleres en los cambios de conducta reportados por los padres.

OE2: Promoción de la higiene adecuada en el hogar

- ✓ **Intervención:** Capacitación continua en la correcta higiene de manos y el manejo adecuado de alimentos. Se realizará distribución de kits educativos que incluyan recomendaciones prácticas y material visual.
- ✓ **Componentes de la intervención:**
 - a) Diseño del programa de capacitación continua:
 - Contenido basado en protocolos del Ministerio de Salud y recomendaciones de la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2024) y OPS (2021).
 - Enfoque en dos ejes temáticos:
 - Lavado correcto de manos en momentos clave.
 - Prácticas seguras en la preparación, conservación y consumo de alimentos.
 - b) Frecuencia y modalidad:
 - Bimensual, con sesiones prácticas de 1 hora.
 - Modalidad presencial, con demostraciones y participación activa de los asistentes.
 - c) Metodología:
 - Capacitación demostrativa con práctica supervisada de técnicas correctas.
 - Uso de videos cortos, láminas ilustrativas y actividades grupales.
 - Evaluación directa del desempeño de los participantes con retroalimentación.
 - d) Distribución de kits educativos:
 - Cada padre recibirá un kit educativo personalizado que incluirá:
 - Guía visual del lavado de manos (en papel impermeable para cocina/baño).
 - Cartilla de manejo adecuado de alimentos (ilustrada y contextualizada).
 - Jabón, toalla de manos, y envase simbólico de almacenamiento seguro de agua.
 - Kits serán entregados al finalizar cada capacitación.

e) Recursos necesarios:

- Personal de enfermería educador (mínimo 1 por grupo de 15 personas).
- Materiales impresos, insumos de higiene y alimentos simulados.
- Apoyo logístico del CDI y del sistema de salud local.

f) Seguimiento y evaluación:

- Aplicación de listas de verificación pre/post capacitación.
- Supervisión ocasional de prácticas en visitas domiciliarias (coordinadas con el área de seguimiento clínico).
- Registro de número de participantes y kits distribuidos.

OE3: Implementación de un sistema de seguimiento para padres

✓ **Intervención:** Se establecerán visitas domiciliarias por parte del personal de enfermería para realizar seguimiento sobre la aplicación de prácticas de higiene y prevención en el hogar. Además, se ofrecerá soporte en el manejo de casos sospechosos de enfermedades diarreicas.

✓ **Componentes de la intervención:**

a) Planificación del cronograma de visitas:

- Cada hogar será visitado al menos una vez cada 3 meses, con prioridad para familias que hayan asistido a menos del 50 % de los talleres educativos.
- Se priorizarán zonas con mayor incidencia de enfermedades diarreicas en ciclos anteriores.

b) Actividades durante la visita:

- Observación directa y evaluación de prácticas higiénicas (lavado de manos, almacenamiento de agua, conservación de alimentos).
- Revisión de síntomas en el niño: signos de alerta, frecuencia de deposiciones, hidratación, etc.
- Entrega de orientación personalizada sobre mejoras en las prácticas preventivas observadas.
- Derivación inmediata al centro de salud si se detectan signos de alarma.

c) Herramientas utilizadas:

- Checklists estandarizados de observación de prácticas higiénicas.
- Formulario clínico básico para detección de signos en caso de diarrea.
- Material informativo breve (laminillas y recordatorios visuales) para reforzar mensajes clave.

d) Soporte y seguimiento clínico:

- Registro de casos sospechosos y coordinación con el equipo de atención primaria.

- Asesoría sobre el uso adecuado de sales de rehidratación oral y dieta recomendada.
- e) Recursos necesarios:
 - Equipo de enfermería capacitado.
 - Vehículo o medio de transporte institucional.
 - Material clínico básico y educativo.
- f) Evaluación de la intervención:
 - Registro digital de visitas realizadas.
 - Evaluación semestral de la reducción de errores en prácticas higiénicas.
 - Revisión de evolución clínica en niños identificados con diarrea.

OE4: Capacitación de enfermeras y otros profesionales de la salud

- ✓ **Intervención:** Capacitación del personal de enfermería en técnicas de educación para la salud infantil, enfocado en la promoción de prácticas preventivas en padres, con especial atención a las enfermedades diarreicas.
- ✓ **Componentes de la intervención:**
 - a) Diseño del programa de formación:
 - Desarrollo de un módulo de capacitación basado en evidencia actual sobre enfermedades diarreicas, con énfasis en epidemiología, factores de riesgo y estrategias de prevención primaria y secundaria.
 - Inclusión de metodologías activas de enseñanza para adultos, comunicación intercultural y abordaje comunitario.
 - b) Contenido de los talleres de capacitación:
 - Principios de educación para la salud orientada a padres.
 - Técnicas de comunicación efectiva y uso de material visual y práctico.
 - Intervenciones específicas en higiene del hogar, alimentación segura, y reconocimiento temprano de signos de diarrea.
 - Protocolos de visitas domiciliarias, seguimiento y referencia.
 - c) Duración y metodología:
 - Cada capacitación tendrá una duración de 16 horas distribuidas en dos días.
 - Se utilizarán estrategias participativas, simulaciones de casos, dramatizaciones y role-play.
 - d) Frecuencia y cobertura:

- 2 capacitaciones en el primer año, 6 en el segundo año y 10 en el tercer año.
 - Se espera formar a 5 enfermeras en el primer año, 10 en el segundo y 15 en el tercero.
- e) Evaluación del aprendizaje:
- Aplicación de pretest y postest para medir el aumento en conocimientos y habilidades.
 - Observación práctica mediante simulaciones de sesiones educativas dirigidas a padres.
- f) Recursos necesarios:
- Facilitadores especializados en salud pública y educación en salud.
 - Aulas del centro infantil, material audiovisual y recursos impresos.

OE5: Evaluación continua del impacto de la intervención

- ✓ **Intervención:** Implementación de herramientas de evaluación periódicas para medir el impacto del programa en el conocimiento, la actitud y las prácticas de los padres en relación con la prevención de enfermedades diarreicas.
 - ✓ **Componentes de la intervención:**
- a) Diseño del instrumento de evaluación:
- Elaboración de encuestas estructuradas tipo KAP (Conocimiento, Actitud y Práctica) validadas localmente y ajustadas a la realidad cultural y nivel educativo de los padres.
 - Inclusión de secciones específicas sobre higiene de manos, manejo de alimentos, reconocimiento de signos de alerta y respuesta ante episodios diarreicos.
- b) Aplicación periódica:
- Aplicación trimestral de la encuesta a una muestra representativa de padres.
 - Utilización de formatos impresos y digitales para facilitar la recolección de datos.
- c) Capacitación del personal evaluador:
- Formación a enfermeras y promotores de salud sobre la aplicación e interpretación de instrumentos de evaluación de KAP.
 - Establecimiento de estándares para la objetividad y uniformidad en la recolección de información.
- d) Monitoreo y análisis de resultados:
- Registro de datos en una base consolidada para análisis comparativo a lo largo del tiempo.
 - Comparación entre datos iniciales, intermedios y finales para observar la evolución de los indicadores.

- e) Retroalimentación y ajuste del programa:
- Utilización de los resultados de las evaluaciones para realizar mejoras continuas en el contenido y enfoque de las intervenciones.
 - Elaboración de informes semestrales con recomendaciones basadas en los hallazgos.

3.3.5. Indicadores de éxito

La Tabla 23 presenta los indicadores y metas de cumplimiento del área de gestión enfocada en Educación en Salud y Prevención de Enfermedades, específicamente dirigida a padres de niños en edad escolar para la prevención de afecciones diarreicas. Esta tabla forma parte de una propuesta de intervención de enfermería y muestra cómo se espera avanzar progresivamente a lo largo de tres años en términos de conocimiento, prácticas saludables y acciones educativas concretas.

El primer indicador evalúa el nivel de conocimiento de los padres sobre prácticas de prevención de enfermedades diarreicas. En el primer año, se parte de un nivel bajo del 50 %, lo cual evidencia una base deficiente que justifica la intervención. Para el segundo año se espera alcanzar un 75 %, nivel considerado adecuado, y para el tercer año, un 90 %, lo que representa un nivel alto y refleja la consolidación de los procesos educativos implementados.

El segundo indicador mide el porcentaje de padres que aplican prácticas adecuadas de higiene en el hogar, como el lavado de manos o el manejo higiénico de alimentos. En el primer año, se espera que el 60 % adopte estas prácticas, cifra que se incrementa a 80 % en el segundo año, y a un 95 % en el tercer año, evidenciando una meta ambiciosa de casi universalización de hábitos saludables entre los padres.

El tercer indicador se refiere al número de talleres educativos realizados para padres. El plan contempla una ejecución progresiva: 4 talleres en el primer año, 12 en el segundo, y 20 en el tercero. Esto implica una estrategia intensiva y sostenida de educación para asegurar la comprensión y aplicación de las medidas preventivas.

Por último, el cuarto indicador establece el número de materiales educativos distribuidos, con una meta inicial de 500 folletos, que aumenta a 1500 en el segundo año y a 3000 en el tercero. Esto permite reforzar los mensajes educativos más allá de los espacios presenciales y ampliar su alcance.

Tabla 23: Área de Gestión de Educación en Salud y Prevención de Enfermedades

Indicador de Gestión	Meta de Cumplimiento		
	Año 1	Año 2	Año 3
Nivel de conocimiento sobre las prácticas de prevención de enfermedades diarreicas entre los padres	50% (bajo conocimiento)	75% (nivel adecuado)	90% (nivel alto)
Porcentaje de padres que aplican prácticas adecuadas de higiene en el hogar (lavado de manos, manejo de alimentos)	60%	80%	95%
Número de talleres educativos realizados para padres	4 talleres	12 talleres	20 talleres
Número de material educativo distribuido a los padres	500 folletos	1500 folletos	3000 folletos

La Tabla 24 presenta las metas asociadas al Área de Gestión de Atención Clínica y Seguimiento, una dimensión clave de la propuesta de intervención de enfermería centrada en la prevención y manejo adecuado de afecciones diarreicas en niños en edad escolar. Este componente busca complementar la educación sanitaria con acciones clínicas directas y de monitoreo, extendiendo el rol de la enfermería hacia la atención domiciliaria y el acompañamiento continuo.

El primer indicador establece la tasa de reducción de casos de enfermedades diarreicas en niños atendidos por padres capacitados. Se proyecta una mejora gradual: una reducción del 5 % en el primer año, aumentando al 15 % en el segundo año, y alcanzando un 30 % para el tercer año. Estas metas son resultado esperado de la sinergia entre educación sanitaria, cambio conductual, seguimiento clínico y acceso temprano al tratamiento. La meta a tres años indica un cambio sustancial en la morbilidad infantil vinculada a diarreas.

El segundo indicador mide el porcentaje de niños que reciben tratamiento adecuado y a tiempo en caso de diarrea. En el primer año se espera que el 80 % de los casos identificados sean tratados de forma oportuna y adecuada, porcentaje que aumenta al 90 % en el año dos y al 95 % en el año postrero. Este indicador refleja la mejora del conocimiento de los padres, la accesibilidad al sistema y la eficiencia del personal de enfermería en la respuesta temprana.

El tercer indicador cuantifica el número de visitas de seguimiento por parte del personal de enfermería a los hogares. Estas visitas permiten evaluar directamente el entorno familiar, identificar factores de riesgo y reforzar las prácticas saludables. Se prevé realizar 100 visitas en el primer año, 300 en el segundo año y 500 en el tercer año, representando una expansión significativa del alcance comunitario del servicio.

Tabla 24: Área de Gestión de Atención Clínica y Seguimiento

Indicador de Gestión	Meta de Cumplimiento		
	Año 1	Año 2	Año3
Tasa de reducción de casos de enfermedades diarreicas en niños atendidos por padres capacitados	5%	15%	30%
Porcentaje de niños que reciben tratamiento adecuado a tiempo (en caso de diarrea)	80%	90%	95%
Número de visitas de seguimiento por enfermería a hogares	100 visitas	300 visitas	500 visitas

La tabla 25 representa el componente de fortalecimiento de capacidades del personal de salud dentro del Área de Gestión de Recursos Humanos en Enfermería, en el marco de la propuesta de intervención de enfermería enfocada en la prevención de enfermedades diarreicas en niños en edad escolar. Su objetivo es asegurar que las profesionales de enfermería cuenten con los conocimientos y herramientas necesarias para implementar de forma efectiva las estrategias educativas y clínicas dirigidas a los padres de familia.

El primer indicador, número de enfermeras capacitadas en educación preventiva para padres, establece un crecimiento progresivo del equipo formado: se proyecta capacitar a 5 enfermeras en el primer año, 10 en el segundo y 15 para el tercer año. Esto responde a la necesidad de escalar la cobertura y sostener la intervención educativa en el tiempo.

El segundo indicador, porcentaje de enfermeras que completan la formación en promoción de la salud y prevención de enfermedades diarreicas, mide el éxito del proceso formativo. Las metas aumentan del 60 % en el primer año al 80 % en el segundo y al 95 % en el tercer año, lo que garantiza no solo la participación, sino también la calidad y finalización del entrenamiento.

El tercer indicador, número de capacitaciones realizadas para enfermeras, refleja el compromiso institucional con la formación continua. Se espera realizar 2 sesiones en el primer año, 6 en el segundo y 10 en el tercero, lo cual implica una frecuencia mayor a medida que se fortalece la implementación y se adaptan los contenidos según las necesidades del territorio.

Este eje de acción es fundamental porque garantiza que la intervención no dependa únicamente de recursos materiales, sino del talento humano calificado, empoderado y actualizado. El fortalecimiento del rol educador de la enfermería genera un impacto transversal tanto en la atención como en la prevención, consolidando un modelo de cuidado centrado en la comunidad y la anticipación del riesgo.

Tabla 25: Área de Gestión de Recursos Humanos y Capacitación

Indicador de Gestión	Meta de Cumplimiento		
	Año 1	Año 2	Año 3
Número de enfermeras capacitadas en educación preventiva para padres	5 enfermeras	10 enfermeras	15 enfermeras
Porcentaje de enfermeras que completan la formación en promoción de salud y prevención de enfermedades diarreicas	60%	80%	95%
Número de capacitaciones realizadas para enfermeras	2 capacitaciones	6 capacitaciones	10 capacitaciones

La Tabla 26 corresponde al Área de Gestión de Monitoreo y Evaluación, una dimensión clave para asegurar la efectividad, pertinencia y sostenibilidad de la propuesta de intervención de enfermería orientada a la prevención de enfermedades diarreicas en padres de niños en edad escolar. El primer indicador, porcentaje de seguimiento y evaluación de las intervenciones realizadas, establece una meta de control progresivo sobre las actividades desarrolladas. Se plantea alcanzar un 70 % de seguimiento en el primer año, incrementándose al 85 % en el segundo y llegando a un 95 % en el tercer año. Este indicador garantiza que las acciones no solo se ejecuten, sino que sean continuamente observadas, corregidas y mejoradas con base en datos objetivos y retroalimentación comunitaria.

El segundo indicador, número de evaluaciones de impacto realizadas sobre los conocimientos adquiridos por los padres, contempla 2 evaluaciones en el primer año, 6 en el segundo y 10 en el tercero. Esto permite medir el cambio cognitivo en los cuidadores, identificar brechas persistentes y ajustar los contenidos educativos para lograr mayor efectividad en la prevención de enfermedades.

Ambos indicadores son esenciales para cerrar el ciclo de gestión del programa, pasando de la planificación a la evaluación. Su adecuada implementación facilita la toma de decisiones basada en evidencia y asegura la rendición de cuentas ante las instituciones de salud y la comunidad beneficiaria.

Tabla 26: Área de Gestión de Monitoreo y Evaluación

Indicador de Gestión	Meta de Cumplimiento		
	Año 1	Año 2	Año 3
Porcentaje de seguimiento y evaluación de las intervenciones realizadas	70%	85%	95%
Número de evaluaciones de impacto realizadas sobre los conocimientos adquiridos por los padres	2 evaluaciones	6 evaluaciones	10 evaluaciones

3.3.6. Impacto Esperado de la Propuesta

- 1. Reducción de enfermedades diarreicas:** Se espera que los niños atendidos por padres capacitados presenten una menor incidencia de enfermedades diarreicas, lo que contribuirá a reducir la carga en el sistema de salud y mejorar la calidad de vida infantil.
- 2. Mejora de las prácticas de higiene y prevención:** A largo plazo, se prevé que los padres adopten comportamientos más saludables, no solo en el manejo de enfermedades diarreicas, sino también en otras áreas relacionadas con la salud infantil.
- 3. Fortalecimiento del sistema de salud comunitario:** La intervención no solo mejora la salud de los niños, sino que también promueve la formación de una comunidad más consciente y empoderada en temas de salud, creando un ciclo de prevención y autocuidado.

CONCLUSIONES

Los hallazgos del estudio revelaron que los padres poseyeron conocimientos generales sobre la prevención de enfermedades diarreicas; sin embargo, estos saberes fueron, en muchos casos, limitados o no se aplicaron de modo adecuado. Se evidenciaron vacíos importantes en temas clave como el tratamiento del agua, la higiene alimentaria y la identificación de síntomas, lo cual pudiera ser causa de dificultad en la implementación de medidas preventivas efectivas en el entorno familiar.

La actitud de los padres hacia la prevención de enfermedades diarreicas se caracteriza por una disposición parcial hacia el cambio y el cuidado. Aunque existe conciencia sobre la importancia del tema, esta no siempre se traduce en compromiso activo o sostenido. Las actitudes tienden a mantenerse en una postura neutral, lo cual limita la toma de decisiones responsables que favorezcan la salud de los niños en el hogar.

Las prácticas rutinarias observadas reflejan un comportamiento preventivo deficiente. A pesar de ciertos esfuerzos por mantener medidas higiénicas, estas no son constantes ni suficientes para garantizar la prevención efectiva de las afecciones diarreicas. Las acciones diarias suelen estar marcadas por la falta de hábitos sólidos en aspectos fundamentales como la manipulación de alimentos, el saneamiento del agua y la educación en higiene dentro del hogar.

RECOMENDACIONES

- ✓ Se recomienda implementar programas educativos dirigidos a padres y cuidadores, que estén enfocados en fortalecer el conocimiento sobre prevención de enfermedades diarreicas, utilizando recursos visuales, dinámicas participativas y ejemplos prácticos que se ajusten al contexto sociocultural de las familias.
- ✓ Se sugiere desarrollar estrategias motivacionales dentro de las intervenciones de salud, que promuevan el involucramiento emocional y la responsabilidad de los padres en el cuidado de la salud de sus hijos, fomentando una actitud proactiva frente a la prevención de enfermedades diarreicas.
- ✓ Es necesario acompañar los procesos educativos con asesoría práctica y seguimiento domiciliario, orientado a reforzar hábitos saludables dentro del hogar, asegurando que las acciones preventivas se conviertan en parte de la rutina familiar y se mantengan en el tiempo de manera sostenible.

BIBLIOGRAFÍA

- Akhondi, H., & Simonsen, K. (2024). *Bacterial Diarrhea*. StatPearls Publishing. Recuperado el 21 de Febrero de 2025, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551643/>
- Bano, S., Sultana, N., Ahmed, H., Zhang, J., & Cao, J. (2024). Mothers' Knowledge, Attitudes, and Practices Regarding the Prevention and Management of Diarrhea among Children in Pakistan: A Cross-Sectional Study. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, *111*(3), 682-693. doi:<https://doi.org/10.4269/ajtmh.23-0655>
- Bauza, V., Liao, J., Majorin, F., & Clasen, T. (2023). Interventions to improve sanitation for preventing diarrhoea. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:<https://doi.org/10.1002/14651858.CD013328.pub2>
- Burgers, K., Lindberg, B., & Bevis, Z. (2020). Chronic Diarrhea in Adults: Evaluation and Differential Diagnosis. *American Family Physician*, *101*(8), 472-480. Recuperado el 21 de Febrero de 2025, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32293842/>
- Cevriye Yüksel Kaçan, A. P. (2022). Examining knowledge and traditional practices of mothers with children under five in Turkey on diarrhoea according to education levels. *Annals of medicine*. doi:<https://doi.org/10.1080/07853890.2022.2044508>
- Chen, H., & Hsieh, P.-L. (2021). Applying the Pender's Health Promotion Model to Identify the Factors Related to Older Adults' Participation in Community-Based Health Promotion Activities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(19), 9985. doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph18199985>
- Das, S., Neupane, R., Beard, J., Solomon, H., Das, M., Errickson, N., . . . Hamer, D. (2024). Aetiology of diarrhoea in children aged zero to nine years in low- and middle-income countries: A systematic review. *Journal of Global Health*, *14*, 04168. doi:<https://doi.org/10.7189/jogh.14.04168>
- Deichsel, E., Mamby, A., Verani, J., Powell, H., Jamka, L., Hossain, J., . . . Kotloff, K. (2023). Management of Diarrhea in Young Children in Sub-Saharan Africa: Adherence to World Health Organization Recommendations During the Global Enteric Multisite Study (2007–

- 2011) and the Vaccine Impact of Diarrhea in Africa (VIDA) Study (2015–2018). *Clinical Infectious Diseases*, 76(Suppl 1), S23-S31. doi:<https://doi.org/10.1093/cid/ciac926>
- Ecuador, Asamblea Constituyente. (20 de octubre de 2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Recuperado el 21 de Febrero de 2025, de Registro Oficial N° 449. Última reforma: 30-05-2024: https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf
- Ecuador, Congreso Nacional. (2022). *Ley Orgánica de Salud*. Quito : Registro Oficial N° 426 del 22 de diciembre de 2006. Última reforma: 2023-05-16. Recuperado el 21 de Febrero de 2025, de <http://biblioteca.defensoria.gob.ec/handle/37000/3426>
- Ecuador, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2023). *Encuesta de Hogares*. Recuperado el 21 de Febrero de 2025, de <https://www.ine.gob.bo/index.php/encuestas-de-hogares-salud/>
- Ecuador, Ministerio de Salud Pública. (2017). *Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) Clínico. Cuadros de Procedimientos. Actualización 2017* (Primera ed.). Quito, Ecuador, Quito, Ecuador: Ministerio de Salud Pública. Recuperado el 21 de Febrero de 2025, de <https://vlex.ec/vid/acuerdo-ministerial-no-0113-693611553>
- Ecuador, Ministerio de Salud Pública. (2018). *Manual de Atención Integral a la niñez*. Recuperado el 21 de Febrero de 2025, de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/07/manual_atencion_integral_ni%C3%B1ez.pdf
- Ecuador, Ministerio de Salud Pública. (2018). *Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador 2018 - 2025. Buena Alimentación Toda Una Vida*. Recuperado el 21 de Febrero de 2025, de Organización de la Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/08/PIANE-2018-2025-final-compressed-.pdf>
- Ecuador, Ministerio de Salud Pública. (2021). *Subsistema de Vigilancia SIVE - Alerta Enfermedades Transmitidas por Agua y Alimentos Ecuador*. Recuperado el 21 de Febrero de 2025, de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/03/Etas-SE-11.pdf>

- Ecuador, Ministerio de Salud Pública. (2022). *Plan Decenal de Salud 2022-2031*. Recuperado el 21 de Febrero de 2025, de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/07/Plan_decenal_Salud_2022_ejecutivo.18.OK_.pdf
- Florez, I., Niño-Serna, L., & Beltrán-Arroyave, C. (2020). Acute Infectious Diarrhea and Gastroenteritis in Children. *Current Infectious Disease Reports*, 22(2). doi:<https://doi.org/10.1007/s11908-020-0713-6>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2021). *La desnutrición crónica es un problema que va más allá del hambre*. Recuperado el 21 de Febrero de 2025, de <https://www.unicef.org/ecuador/comunicados-prensa/la-desnutrici%C3%B3n-cr%C3%B3nica-es-un-problema-que-va-m%C3%A1s-all%C3%A1-del-hambre>
- Goyes-Ortega, R., Morillo-Cano, J., Gómez-Martínez, N., & Tubón-Usca, I. (2022). Efectividad de la educación sanitaria para la prevención de enfermedades diarreicas agudas. *Boletín de Malariología y Salud Ambiental*, 62(5), 899-907. doi:<https://doi.org/10.52808/bmsa.7e6.625.003>
- Hartman, R., Cohen, A., Antoni, S., Mwenda, J., Weldegebriel, Weldegebriel, G., . . . Nakamura, T. (2022). Risk Factors for Mortality Among Children Younger Than Age 5 Years With Severe Diarrhea in Low- and Middle-income Countries: Findings From the World Health Organization-coordinated Global Rotavirus and Pediatric Diarrhea Surveillance Networks. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, 76(3), e1047-e1053. doi:<https://doi.org/10.1093/cid/ciac561>
- Hernández, A., Vargas, R., & Turpo, E. (2023). Determinants, inequalities, and spatial patterns of diarrhea in the Peruvian under-five population: findings from nationally representative survey data. *Front Public Health*, 11, 1170670. doi:<https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1170670>
- Higuera, A., Negrín, S., Veiga, F., Alonso, M., & Castellanos, G. (2023). Diarrea crónica en el niño. Diagnóstico causal. *Revista Cubana de Pediatría*, 50(4), Article 4. Recuperado el 21 de Febrero de 2025, de <https://revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/4905>

- Keely, S., & Barret, K. (2022). Intestinal secretory mechanisms and diarrhea. *American Journal of Physiology - Gastrointestinal and Liver Physiology*, 322(4), G405-G420. doi:<https://doi.org/10.1152/ajpgi.00316.2021>
- Kheir, M., Namkinga, L., Mbwele, B., Nkungu, M., & Omar, K. (2025). A Rapid Assessment of Knowledge, Attitudes and Practices of Mothers and Caregivers on Childhood Diarrhea in Zanzibar, Tanzania. *Journal of Biology and Life Science*, 16(2), 12-30. doi:<http://dx.doi.org/10.5296/jbls.v16i2.22378>.
- Lakew, G., Yirsaw, A., Bogale, E., Andarge, G., Getachew, D., Getachew, E., & Tareke, A. (2024). Diarrhea and its associated factors among children aged under five years in Madagascar, 2024: A multilevel logistic regression analysis. *BMC Public Health*, 24(1), 2910. doi:<https://doi.org/10.1186/s12889-024-20374-3>
- Liendro, Y., & Mendoza, A. (2020). *Intervención Educativa sobre Enfermedades Diarreicas Agudas para las madres de los niños de 0 a 5 en el Consultorio Popular La Floresta, Tucupita. Venezuela, 2018*. Recuperado el 21 de Febrero de 2025, de Sociedad Cubana de Educadores en Ciencias de la Salud de Holguin: <http://www.edumedholguin2020.sld.cu/index.php/edumedholguin/2020/paper/download/534/304>
- Machado, K. (2020). Uso de probióticos en el tratamiento y la prevención de diarrea aguda en niños. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 91(1), 35-45. doi:<https://doi.org/10.31134/ap.91.1.6>
- Mahapatra, T., Mahapatra, S., Datta, N., Raj, A., Bakshi, B., Banerjee, B., . . . Kanungo, S. (2021). Intervention to Improve Diarrhea-Related Knowledge and Practices Among Informal Healthcare Providers in Slums of Kolkata. *The Journal of Infectious Diseases*, 224(Suppl 7), S890-S900. doi:<https://doi.org/10.1093/infdis/jiab499>
- Manzoor, I., Saadia, M., & Muhammad, Y. (2022). Maternal Knowledge and Practices for Prevention of Acute Diarrheal Diseases in Children under 5 years of age. *Journal of University Collage of Medicine and Dentistry*, 1(2). doi:<https://doi.org/10.51846/jucmd.v1i2.1508>

- Meisenheimer, E., Epstein, C., & Thiel, D. (2022). Acute Diarrhea in Adult. *American Family Physician*, 106(1), 72-80. Recuperado el 21 de Febrero de 2025, de <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2022/0700/acute-diarrhea.html>
- Moreno, M. L. (2020). *Abordaje diagnóstico de la diarrea crónica*. Recuperado el 21 de Febrero de 2025, de <https://actagastro.org/abordaje-diagnostico-de-la-diarrea-cronica/>
- Naranjo- Hernandez, Y. (2019). Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. *Revista Archivo Médico de Camaguey*, 20(6), 814-825. Recuperado el 21 de Febrero de 2025, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000600814
- Nemeth, V., & Pfleghaar, N. (2024). *Diarrhea*. StatPearls Publishing. Recuperado el 21 de Febrero de 2025, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448082/>
- Ogbo, P., Bolajoko, A., & Soremekun, R. (2023). Barriers to acute management of diarrhea in the home setting: An explorative study of under-five caregivers in southwestern Nigeria. *American Journal of Pharmacotherapy and Pharmaceutical Sciences.*, 2. doi:https://doi:10.25259/AJPPS_2023_018
- Organización Mundial de la Salud. (7 de Marzo de 2024). *Enfermedades diarreicas*. Recuperado el 21 de Febrero de 2025, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>
- Ozer, E. (2022). Albert Bandura (1925-2021). *The American Psychologist*, 77(3), 483-484. doi:<https://doi.org/10.1037/amp0000981>
- Peñaherrera, C., Pinos, K., Preciado, G., & Quizhpi, M. (2023). *Enfermedad Diarreica aguda en Ecuador en el periodo 2017-2022. Revisión sistemática*. Cuenca: Red Editorial Latinoamericana de Investigación Contemporánea. doi:<https://doi.org/10.58995/lb.redlic.11.98>
- Perú, Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. (2022). *Número de episodios de diarreas agudas, Perú 2017 a 2022*. Recuperado el 21 de Febrero de 2025, de <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2022/SE31/edas.pdf>

- Perú, Ministerio de Salud. (28 de Diciembre de 2024). *¿Qué es la enfermedad diarreica aguda (EDA)?* Recuperado el 21 de Febrero de 2025, de Plataforma Digital del Estado Peruano: <https://www.gob.pe/21241-que-es-la-enfermedad-diarreica-aguda-eda>
- Ranjan, G., & Ranjan, R. (2020). A Study to assess the knowledge regarding Prevention of Diarrhea among mothers of under five children at selected Hospital of Bhubaneswar. *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 10(4), 445-448. doi:<https://doi.org/10.5958/2349-2996.2020.00094.4>
- Rybak, A., & Titomanlio, L. (2020). Diarrea aguda del niño. *EMC - Pediatría*, 55(1), 1-10. doi:[https://doi.org/10.1016/S1245-1789\(20\)43425-0](https://doi.org/10.1016/S1245-1789(20)43425-0)
- Saleh, A., Armishty, F., Hossam, P., Melhim, H., & Nawaf, Q. (2024). Mother's Knowledge, Attitude, and Practice Toward the Prevention and Home-Based Management of Diarrheal Disease Among Under-Five Children in Kurdistan Region of Iraq. *Cureus*, 16(12), e76186. doi:<https://doi.org/10.7759/cureus.76186>
- Sánchez-Jiménez, J., Cuadro, G., Díaz, M., & Silva, M. Á. (2022). *Programa Educativo para la prevención de parasitosis intestinal en niñas y niños menores de cinco años que asisten al Centro de Salud Tipo C Lasso, Cotopaxi, diciembre 2021-febrero 2022*. Recuperado el 21 de Febrero de 2025, de Escuela Politécnica del Chimborazo: <http://dspace.esepoch.edu.ec/bitstream/123456789/18044/1/20T01661.pdf>
- Savarino, E., Zingone, F., Barberio, B., Marasco, G., Akyuz, F., Akpınar, H., . . . Barbara, G. (2022). Functional bowel disorders with diarrhoea: Clinical guidelines of the United European Gastroenterology and European Society for Neurogastroenterology and Motility. *United European Gastroenterology Journal*, 10(6), 556-584. doi:<https://doi.org/10.1002/ueg2.12259>
- Soe, T., Laohasiriwong, W., Sornlorm, K., & Mahato, R. (2024). Hygiene practice and diarrhea prevalence among underfive children in Myanmar: a cross-sectional study. *BMC Pediatrics*, 24(675). doi:<https://doi.org/10.1186/s12887-024-05158-3>
- St. Jean, D., Chilyabanyama, O., Obvious, S., Asombang, M., Velu, R., Chibuye, M., . . . Simuyandi, M. (2022). Development of a diarrhoea severity scoring scale in a passive

- health facility-based surveillance system. *PLoS ONE*, 17(8), e0272981. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272981>
- Stamm, G.-M., Salvador, L. S., Greuter, T., Godat, S., & Schoepfer, A. (2022). Diagnostic différentiel et investigation de la diarrhée chronique. *Revue Medicale Suisse*, 18(793), 1578-1583. doi:<https://doi.org/10.53738/REVMED.2022.18.793.1578>
- Sultan , A., Wajid , S., Alhossan, A., Alrabiah, Z., Babelghaith, S., N. Al Arifi, M., & Alwhaibi , A. (2021). Assessment of Saudi Mother's Knowledge and Attitudes towards Childhood Diarrhea and Its Management. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(8), 3982. doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph18083982>
- Tahmeed , A., Mohammad Jobayer , C., Muhammad Waliur, R., Tahmina , A., Dilruba , A., Irin , P., . . . McGrath, C. (2021). Effect of 3 Days of Oral Azithromycin on Young Children With Acute Diarrhea in Low-Resource Settings: A Randomized Clinical Trial. *Jama Network Open*, 4(12), e2136726. doi:<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.36726>
- Tiro, A. (2020). *Health Education to prevent Diarrhea in Preschoolers*. IntechOpen. doi:<https://doi.org/10.5772/intechopen.86414>
- Vasquez Amao, S. I. (2021). *Factores de riesgo de las enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 Años en pandemia, Ica – Perú 2021*. Recuperado el 21 de Febrero de 2025, de Universidad César Vallejo: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/65964>
- Viegelmann, G., Dorji, J., Guo, X., & Lim, H. (2021). Approach to diarrhoeal disorders in children. *Singapore Medical Journal*, 62(12). doi:<https://doi.org/10.1155/2023/4628858>
- Wahab, M., & Faris, S. (2022). Mothers' Attitude about Treatment and Prevention of Diarrhea in Children Under Five Years at the Eastern AL Hamza city. *Pakistan Journal of Medical & Health Sciences*, 16(4), 881. doi:<https://doi.org/10.53350/pjmhs22164881>

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario sobre nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre la promoción y prevención de las enfermedades diarreicas agudas en la edad pediátrica

Autoras: Melanie y Blanca (2025)

Dimensión 1: Conocimientos sobre prevención de afecciones diarreicas

Instrucciones: Seleccione la respuesta que considere correcta para cada pregunta.

Preguntas y respuestas
¿Cuál es el método más efectivo para garantizar agua potable en el hogar?
Hervir el agua
Almacenar el agua en recipientes plásticos
Usar filtros de tela
No tratar el agua
¿Por qué es importante lavar las manos antes de preparar alimentos?
Evita la contaminación cruzada
Reduce el riesgo de infecciones gastrointestinales
Ambas son correctas
Ninguna de las anteriores
¿Cuáles son los principales síntomas de una afección diarreica en niños?
Fiebre alta y vómitos
Diarrea frecuente y deshidratación
Dolor muscular y tos
Ninguna de las anteriores
¿Qué prácticas son esenciales para prevenir infecciones gastrointestinales en casa?
Lavar manos y alimentos correctamente
Usar agua potable y eliminar residuos sólidos

Preguntas y respuestas
Ambas anteriores son correctas
Ninguna de las anteriores
¿Qué importancia tiene la vacunación en la prevención de afecciones diarreicas?
Previene infecciones graves
Solo reduce síntomas menores
No es relevante
Ninguna de las anteriores
¿Cuál es la forma correcta de almacenar alimentos perecederos?
En recipientes cerrados en el refrigerador
En bolsas de plástico a temperatura ambiente
En envases abiertos dentro del armario
Ninguna de las anteriores
¿Qué medidas de higiene son necesarias antes de consumir frutas y verduras?
Desinfectarlas adecuadamente
Lavarlas con agua potable
Ambas son correctas
Ninguna de las anteriores

Dimensión 2: Actitudes hacia la prevención de afecciones diarreicas

Instrucciones: Seleccione el grado en que está de acuerdo con las siguientes afirmaciones.

1 = Totalmente en desacuerdo

2 = En desacuerdo

3 = Neutral

4 = De acuerdo

5 = Totalmente de acuerdo

Afirmaciones	1	2	3	4	5
La higiene personal es clave para la salud de mis hijos.					
Participar en sesiones educativas mejora mi capacidad para cuidar la salud de mi familia.					
Estoy dispuesta a implementar cambios en mi hogar para prevenir afecciones diarreicas.					
Creo que involucrar a mis hijos en prácticas de higiene es fundamental.					
Valoro el lavado frecuente de manos como medida preventiva.					
Considero importante garantizar el acceso a agua potable en mi hogar.					
Estoy motivada a seguir las recomendaciones de los profesionales de salud.					

Dimensión 3: Prácticas relacionadas con la prevención de afecciones diarreicas

Instrucciones: Seleccione el grado en que realiza las siguientes prácticas.

1 = Nunca

2 = Rara vez

3 = A veces

4 = Frecuentemente

5 = Siempre

Afirmaciones	1	2	3	4	5
Lavo mis manos antes de preparar alimentos.					
Hervimos el agua antes de consumirla en casa.					
Desinfectamos frutas y verduras antes de comerlas.					
Almaceno correctamente los alimentos percederos.					
Uso utensilios limpios al preparar alimentos para mi familia					

Afirmaciones	1	2	3	4	5
. Atiendo de inmediato los síntomas de afecciones diarreicas en mis hijos.					
. Educo a mi hijo que se lave las mano antes de ingerir alimentos y después de ir al baño.					

Anexo 2. Consentimiento informado

Título del estudio: Intervención de enfermería en la promoción de la salud en afecciones diarreicas dirigida a padres de escolares que acuden al Centro de Desarrollo Infantil Quito Cuna de febrero a marzo de 2025.

Investigadoras: Melanie Nicole Álvarez Heredia

Blanca Estefania Montesdeoca Vaca

Institución responsable: Universidad Metropolitana del Ecuador

Estimado participante:

Me dirijo a usted para invitarlo a participar en un estudio que tiene como objetivo evaluar el impacto de una intervención educativa en la promoción de la salud y la prevención de afecciones diarreicas en padres de niños en edad escolar. Antes de decidir su participación, es importante que lea y comprenda la siguiente información sobre el estudio.

Descripción del estudio

El estudio constará de tres fases:

1. Aplicación de un cuestionario inicial para medir conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prevención de afecciones diarreicas.
2. Participación en tres sesiones educativas diseñadas para proporcionar información y herramientas prácticas sobre higiene, manejo de alimentos y cuidado del agua potable.
3. Aplicación de un cuestionario final para evaluar los cambios en sus conocimientos y prácticas.

Riesgos y beneficios

El estudio no presenta riesgos significativos para usted o su hijo. El tiempo invertido en las actividades educativas será mínimo, y el contenido está diseñado para beneficiar directamente a su familia, al ofrecerle información práctica y estrategias para prevenir enfermedades diarreicas.

Confidencialidad

Toda la información que proporcione será tratada con absoluta confidencialidad. Los datos se manejarán de forma anónima, y los resultados serán reportados de manera general, sin identificar a ningún participante.

Derechos del participante

- Su participación es completamente voluntaria.
- Puede retirarse del estudio en cualquier momento sin necesidad de justificar su decisión, y esto no afectará los servicios que reciba en el centro de salud.

- Se le responderá cualquier duda sobre el estudio antes, durante o después de su participación.

Principios éticos

Este estudio sigue los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki:

- **Autonomía:** Respeto por las personas, se garantizará su autonomía y se le pedirá su consentimiento informado de manera libre y voluntaria.
- **Beneficencia:** Se buscará maximizar los beneficios de su participación y minimizar cualquier inconveniente.
- **Justicia:** Todas las participantes serán tratadas de forma equitativa y respetuosa. Además, sus datos personales serán protegidos y utilizados únicamente para los fines del estudio. Si tiene alguna pregunta sobre este estudio, no dude en comunicarse con los investigadores responsables.

Declaración de consentimiento

Al firmar este documento, usted declara que:

1. Ha leído y comprendido la información proporcionada.
2. Ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y obtener respuestas satisfactorias.
3. Acepta participar voluntariamente en este estudio.

Firma de la participante: _____

Nombre completo: _____

Fecha: _____

Firma del investigador: _____

Nombre completo: _____

Fecha: _____