

## **Nivel de conocimientos sobre Enfermedades Diarreicas Agudas en una institución cerrada. 2013 - 2015.**

Mercy Hernández Placeres<sup>1</sup>, Yon Luis Trujillo Pérez<sup>2</sup>

1. Especialista de primer grado en Medicina General Integral. Policlínico Tula Aguilera. Consultorio Médico de la Familia # 31. Carretera Central Oeste km 3 La Rubia. [mercy1989@nauta.cu](mailto:mercy1989@nauta.cu).
2. Máster en Enfermedades Infecciosas. Especialista de primer grado en Medicina General integral y Gastroenterología. Profesor Asistente. Hospital Amalia Simoni. Departamento de Gastroenterología. Avenida Finlay km 3 ½ Carretera de Nuevitas. [rds@mad.cmw.sld.cu](mailto:rds@mad.cmw.sld.cu).

### **Resumen**

**Introducción:** La diarrea afecta a todas las edades y etnias, constituyendo una causa importante de morbilidad y mortalidad mundial y es multicausal. **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento sobre enfermedades diarreicas agudas en el Establecimiento Penitenciario Provincial Receptor, durante el período de octubre de 2013 a octubre de 2015. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional descriptivo. El universo de estudio estuvo constituido por los 140 internos que padecieron de un episodio de enfermedad diarreica aguda. La muestra quedó conformada por 60 mediante el programa EPIDAT. Una vez obtenido el consentimiento informado, se les aplicó un formulario, constituyendo la fuente primaria de información. **Resultados:** Se encontró el predominio el grupo etáreo correspondiente a la tercera década de la vida, así como del alto nivel de escolaridad, la mayoría de los internos no supieron reconocer la definición de la enfermedad (73,00%) y los factores de riesgos (42 casos). Con respecto a las vías de trasmisión hubo desconocimiento al responder correctamente en 42 pacientes, así como las complicaciones y medidas de prevención (48 casos y 27%) respectivamente. **Conclusiones:** Se concluye que existió un desconocimiento casi total en el nivel de conocimiento de las enfermedades diarreicas agudas en los internos.

**Palabras claves:** enfermedad diarreica aguda; nivel de conocimiento; internos.

## **Introducción**

La diarrea afecta a todas las edades y razas étnicas, constituyendo una causa importante de morbilidad y mortalidad mundial. En los países en vías de desarrollo, las de origen infeccioso representa la principal causa de mortalidad. Las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) constituyen, además, un problema socioeconómico.<sup>1-3</sup>

Según estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima entre 750 y 1000 millones de episodios diarreicos y cerca de 5 millones de defunciones anuales por esta causa, o sea unas 10 defunciones cada minuto, por lo que difícilmente otro problema de salud plantee una situación tan dramática.<sup>4-7</sup>

Las EDA, al igual que las enfermedades transmisibles están ligadas al desarrollo socioeconómico de los pueblos<sup>8</sup>, constituyen un aspecto importante a conocer teniendo en cuenta su alta incidencia en todo el mundo. Estudios recientes, muestran que existe inadecuado conocimiento sobre las mismas por lo que se recomiendan futuras estrategias de intervención comunitaria.<sup>9-11</sup>

Otros estudiosos del tema buscan estrategias que logren disminuir la mortalidad por enfermedades prevalentes (de causa infecciosa), con prioridad en las actividades de promoción. La existencia de poco dominio sobre el tema es directamente proporcional al aumento de la morbilidad y la mortalidad, de allí el valor que encierra elevar el nivel de conocimientos sobre estas enfermedades. La capacitación, logra mejorar las prácticas en la atención de casos de diarrea.<sup>12-15</sup>

Al conocer que en el Establecimiento Penitenciario Provincial Receptor las EDA han tenido un aumento progresivo en los últimos años (2012: 26 casos, 2013: 57 y 2014: 78), se decidió determinar el nivel de conocimiento de las mismas en dicha entidad durante el período de octubre de 2013 a octubre de 2015.

## **Material y métodos**

Se realizó un estudio observacional descriptivo en el centro de estudio y trabajo Establecimiento Penitenciario Provincial Receptor de los Servicios Médicos del MININT, en el período comprendido desde agosto del 2013 a octubre del 2015.

El universo de estudio estuvo constituido por los 140 internos de la institución que padecieron de un episodio de EDA. Los datos se obtuvieron del Departamento de

Estadísticas de Servicios Médicos del MININT. La muestra no probabilística quedó conformada por 60 pacientes mediante el programa EPIDAT, con un nivel de confiabilidad del 0,05, un error de 0,02 y prevalencia de un 10%.

Los datos fueron tomados del registro de historias clínicas del centro y de los controles estadísticos. La selección de la muestra se llevó a cabo a partir de los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Que tengan plena capacidad psíquico-mental.
- Que no estuvieran de tránsito en la unidad.
- Internos mayores de 20 años de edad.

Criterios de exclusión:

- Los que no pudieron asistir a más de dos encuentros.
- No desear continuar en la investigación.

### **Aspectos éticos.**

Este estudio se realizó siguiendo los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos enunciados en la Declaración de Helsinki, declarando que el presente trabajo de investigación se justificó por las posibilidades razonables en que la población penal podía beneficiarse de sus resultados.

Los datos recogidos en la encuesta se identificaron por numeración continua, no utilizándose nunca nombres y apellidos. El libro de encuestas quedó bajo la custodia de los autores.

Los resultados del presente estudio sólo serán divulgados en publicaciones y foros científicos, los que se expondrán siempre conservando el anonimato de los pacientes. Se tendrán en cuenta los principios éticos de confidencialidad de estos datos, manteniendo el secreto profesional.

La investigación se llevó a cabo previo consentimiento informado de cada paciente. Todos estos datos fueron procesados en una computadora Pentium 4, por el paquete Microsoft SPSS (Statistical Package for Social Science) 18.0 (2011) y posteriormente llevados a tablas para su discusión y obtención de resultados.

### **Resultados y discusión**

**Tabla 1. Distribución según grupos de edades.**

<b>Grupos de edades</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
20 – 29 años	5	8,33
30 -- 39 años	26	43,33
40 -- 49 años	22	36,67
50 -- 59 años	3	5,0
60 y más	4	6,67
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Encuesta.

La tabla 1 muestra la distribución de los pacientes según la edad donde predominó el grupo etáreo comprendido entre 30 y 39 años, seguido por los de 40 a 49 años lo que representó un 43,33% y 36,67% respectivamente.

De acuerdo con la edad de los pacientes, la mayor notificación se presentó en pacientes de la tercera década de la vida, hecho éste que se comportó de igual manera en trabajo realizado por Rey<sup>8</sup> y Díaz<sup>12</sup>.

Un estudio realizado en Colombia en el año 2011 coincidió con esta investigación siendo el grupo de edades en estudio más representativo el comprendido entre 30 39 años.<sup>10</sup>

**Tabla 2. Distribución según nivel de escolaridad de los pacientes en estudio.**

<b>Nivel de escolaridad</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Alta	53	88,33
Baja	7	11,67
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Encuesta.

En relación con la distribución de los internos según escolaridad (tabla 2), predominó la escolaridad evaluada de alta con 53 reclusos para un 88,33%, hubo correspondencia con Castillo y Ruiz<sup>13</sup> donde, a pesar que los internos presentaron un alto nivel de escolaridad, algunos refirieron no haber terminado los estudios secundarios lo que pudiese influir negativamente en la percepción de cualquier enfermedad o por el contrario romper el equilibrio salud enfermedad.

Contrario a los estudios de Marcos et al<sup>14</sup> y Pérez et al<sup>15</sup>, quienes encontraron en la población estudiada, aquellos que ni siquiera tenían los estudios primarios terminados, donde los autores aluden este hecho a síntomas como la pobreza, resultados de las características económicas y sociales de los países en vías de desarrollo, donde la población se circunscribe a ocupaciones laborales con fines económicos en edades tempranas, existiendo poco interés por la educación y en tal sentido vuelven a ser ellos los más afectados.

El nivel de escolaridad se comporta como un factor de riesgo en la pérdida del equilibrio del proceso salud enfermedad, en ocasiones al no presentar cierto nivel educacional hacen que se desconozcan múltiples manifestaciones de presentación de diversas enfermedades causando que este mal se encuentre latente o solapado, provocando la no identificación de su carácter perjudicial, así los convierte en seres con mayores probabilidades a enfermarse.

**Tabla 3. Nivel de conocimiento en relación a la definición de la enfermedad.**

<b>Nivel de conocimiento de la definición.</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Conocedor	16	26,67
No conocedor	44	73,33
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Encuesta.

Al observar la tabla 3 que se refiere a la definición de diarrea mencionada por los pacientes encuestados, se constata que el 73,33 % refirió no conocer la definición de la enfermedad. Estos resultados son similares a los reportados por Pérez et al<sup>15</sup> en su estudio realizado en el año 2012, sin embargo los resultados del presente estudio no coinciden con los De la Fuente<sup>16</sup>.

A pesar de los avances logrados en cuanto a la génesis, profilaxis y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda (EDA), ésta continúa siendo uno de los problemas más graves que enfrentan los países subdesarrollados<sup>17</sup>, ya que fallecen alrededor de cuatro a cinco millones de pacientes por esa causa, sobre todo procedentes de países de Asia, África y América Latina.<sup>18,19</sup> Aun cuando existen múltiples trabajos sobre el tema, en muy pocos se hace referencia al nivel de información inicial y el logrado respecto a la definición de diarrea.

**Tabla 4. Nivel de conocimiento en relación a los factores de riesgos asociada a la enfermedad.**

<b>Nivel de conocimiento de factores de riesgos</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Conocedor	21	35,0
No conocedor	39	65,0
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Encuesta.

En la tabla 4 se observa que la distribución de los pacientes según conocimiento de factores de riesgos solo 21 pacientes conocían los mismos constituyendo el 35,00 % del total.

Algunos factores de riesgo en el huésped lo constituyen: el estado nutricional (círculo vicioso diarrea-desnutrición-diarrea), las enfermedades previas de tipo anergizante, el saneamiento deficiente (carencia de agua potable, fecalismo), la falta de educación y hábitos higiénicos, la ignorancia o patrones culturales adversos (suspensión de alimentos, no aceptación de medidas sanitarias y de tratamiento oportuno del paciente), así como económicos (limitantes a la incorporación de obras de saneamiento, adquisición de nutrientes y búsqueda de atención médica).<sup>20</sup>

Las variables higiénicas sanitarias en íntima relación con el desarrollo económico y cultural de una población constituyen lugares importantes como factores de riesgo, situación fehacientemente demostrada en otros estudios<sup>19,20</sup>, si se pudiera intervenir y actuar modificando positivamente esas variables este riesgo disminuiría.<sup>19</sup>

A pesar de que existen muchos trabajos sobre el tema en cuestión, casi todos hacen alusión a los factores que predisponen a la EDA y en relación a esto, el estudio encontró resultados similares a los reportados por autores como Bell<sup>17</sup> quien alude que no existió una información adecuada en este acápite en la etapa de diagnóstico, lográndose cambios significativos en el nivel de conocimientos en relación a los factores que llevan al traste a padecer dicha entidad, demostrándose así que existía necesidad de mayor información acerca de tan importante tema.

En el trabajo de La Cruz<sup>18</sup> se muestra que antes de la intervención educativa el 40% refiere la causa fundamental de la diarrea a la etiología parasitaria, el 38% a la falta de higiene personal, el 50% al cuidado de los alimentos como: hervir el agua, lavar

cuidadosamente frutas y verduras, refrigerar y tapar los alimentos, consumirlos bien cocidos, entre otros. Estos resultados demuestran que se deben seguir realizando estrategias educativas con el fin de incrementar los conocimientos de la población en general.

Pérez et al<sup>15</sup> en su estudio también encontraron deficiencias en cuanto a la identificación por parte de los pacientes encuestados de aquellos elementos conductuales que constituyen factores de riesgo en la génesis y prolongación de los episodios diarreicos como lo son las restricciones dietéticas, el uso de medicamentos antimicrobianos y antidiarreicos, prácticas oscurantistas, como la cura del empacho o la administración de remedios.

Morin<sup>19</sup> en su estudio identificó también desconocimiento en lo referido a este tema, resultando importante destacar que el tratamiento inadecuado de los alimentos constituyó el elemento menos señalado como factor de riesgo en su grupo de estudio.

**Tabla 5: Nivel de conocimientos sobre las vías de transmisión.**

<b>Nivel de conocimiento</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Conocedor	18	30,0
No conocedor	42	70,0
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Encuesta.

En la tabla 5 que se refiere a las vías de trasmisión de diarrea mencionada por los pacientes encuestados, constatamos que el 30,00 % señaló la respuesta correcta.

Al evaluar este importante parámetro comprobamos que menos del tercio de los encuestados al inicio, las identificaron correctamente lo cual es una cifra muy baja pero que refleja cómo la labor educativa debe ir incrementando el conocimiento en estos aspectos, aunque la labor preventivo educativa es aún incipiente, lo cual es similar a los resultados encontrados por Márquez.<sup>20</sup>

En un estudio similar comprobamos también el bajo nivel de conocimientos de dicha población en estudio en cuanto a las vías de transmisión de las diarreas, donde, por ejemplo, la mala higiene de las manos fue señalada como un factor importante solo por el 3% de los encuestados inicialmente, cifra que en la encuesta final mejoró de modo muy discreto al 10 %.<sup>14</sup>

Las EDA son casi siempre infecciosas y de carácter autolimitante, los agentes causales generalmente se transmiten por vía fecal-oral y adoptan diversas modalidades, según los vehículos y las vías de transmisión. También puede transmitirse por la ingestión de alimentos contaminados o de agua, así como de otras bebidas o hielo, no expuestas a algún proceso de purificación.<sup>21,22</sup>

Varios comportamientos de las personas contribuyen a la propagación de los agentes enteropatógenos y por consiguiente incrementan el riesgo de contraer diarreas. Entre ellos podemos señalar: ausencia de lactancia materna exclusiva durante los 4 a 6 primeros meses de vida, guardar los alimentos a temperatura ambiente, no hervir el agua de consumo, no lavarse las manos después de defecar, después de limpiar las heces de los niños o de lavar los pañales y antes de servir los alimentos. También deben lavarse las manos antes y después de manipular los alimentos en la cocina.<sup>23</sup>

Existen factores del hospedero que aumentan la susceptibilidad a la diarrea asociados a la mayor incidencia, gravedad o duración de la misma entre los que se encuentran, no brindar lactancia materna, desnutrición, contraer el sarampión, inmunodeficiencia o inmunosupresión.<sup>24-26</sup>

**Tabla 6: Nivel de conocimientos sobre las complicaciones de la enfermedad.**

<b>Nivel de conocimiento</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Conocedor	12	20,0
No conocedor	48	80,0
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Encuesta.

En la tabla 6 se ofrecen los resultados en relación a este acápite, solo el 20,00 % las identificó. El conocimiento por parte de la población de las complicaciones que pueden presentarse en el curso de estos procesos morbosos es un elemento de vital importancia.

Basándonos en la alta morbilidad y mortalidad por estas enfermedades en la región, nos dimos a la tarea de precisar el nivel de conocimiento de los encuestados en relación con las principales complicaciones que pueden presentarse en su curso y evolución. Los resultados son similares a los reportados por García<sup>23</sup>, quien también encontró un nivel bajo de conocimientos en relación con las complicaciones más frecuentes durante un

episodio diarreico. Cervantes et al<sup>24</sup> en su investigación también demostraron que existe desconocimiento en cuanto a este aspecto.

**Tabla 7: Nivel de conocimientos sobre las medidas de prevención de la enfermedad.**

<b>Nivel de conocimiento</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Conocedor	27	45,0
No conocedor	33	55,0
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Encuesta.

En la tabla 7 se exponen los resultados en cuanto al dominio de las medidas de prevención que los encuestados tenían solo 27 casos fueron conocedores (45,00 %), e identificaron correctamente dichas medidas.

El dominio y correcta aplicación de las medidas de prevención constituyen unos de los pilares fundamentales que determinan una disminución en la frecuencia de la aparición de estas enfermedades, es por ello que se incluyó este acápite en la investigación donde se constataron resultados similares a los encontrados por autores como Díaz<sup>22</sup>. La investigación no guarda relación con los resultados obtenidos por otros autores como Cervantes et al<sup>24</sup> donde una mayor parte de la muestra presentó conocimientos razonables, lo cual ellos lo relacionan a la información continua que se le brinda a nuestro pueblo a través de los medios de comunicación masiva sobre temas relacionados con la salud.

El elemento más importante que posee un individuo es el conocimiento, para poder desarrollar la percepción de riesgo necesaria con el fin de proteger su salud, categoría utilizada en el tema de la prevención. A través de la investigación los internos se informaron adecuadamente que la EDA es una enfermedad que se puede transmitir de diferentes formas, así como cuáles eran las medidas que debían tener en cuenta para evitar la aparición de dicha enfermedad.

**Tabla 8: Nivel de conocimientos sobre la conducta a seguir ante una Enfermedad Diarreica Aguda.**

<b>Nivel de conocimiento</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Conocedor	21	35,0

No conocedor	39	65,0
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Encuesta.

Al analizarse el conocimiento que presentaron los internos en relación a la conducta a seguir ante una EDA (tabla 8), se constató que el 35% fueron conocedores, resultados estos similares a los reportados por otros autores<sup>17,21,24</sup>, donde en su diagnóstico inicial el 57% de sus pacientes estudiados fueron evaluados como no conocedores y muchos de ellos, peor aún, refirieron que tomaban remedios caseros y luego de realizada la intervención más del 80% eran conocedores de la conducta adecuada.

La medicación antidiarreica por iniciativa propia o recomendada por algún personal no médico también persiste en la población, con el fin de detener el episodio diarreico, se utiliza algún preparado farmacológico con este objetivo, y realmente se conoce que estos favorecen las complicaciones del proceso enteral, pero, además de las posibles acciones no deseables, ocupan tiempo al personal de salud e interfieren en la priorización de la alimentación y la rehidratación oral.

De acuerdo con ello, coincidimos con Mota y Leyva<sup>25</sup> quienes en su estudio encontraron resultados similares a los reportados por los autores, donde los pacientes reconocían como conducta a seguir la administración de diferentes medicamentos para la diarrea sin acudir al facultativo. Es meritorio señalar que los internos reconozcan cuando deben acudir al médico.

## **Conclusiones**

- Predominaron los reclusos con edades comprendidas entre 30 y 39 años de edad así como el alto grado de escolaridad.
- Antes de la intervención educativa los internos tenían bajo nivel de conocimiento en lo que respecta a la definición, factores de riesgos y vías de transmisión. Desconocían en casi su totalidad las medidas de prevención y conducta a seguir ante un cuadro diarreico agudo.
- Una vez que se aplicó el estudio de intervención se logró elevar el nivel de conocimientos de manera satisfactoria en relación a la enfermedad en casi la totalidad de los internos.

## Referencias bibliográficas

1. Valenciaga RJ, Sonería PM. Enfermedad Diarreica Aguda. En: Álvarez SR. Temas de Medicina General Integral Vol. II La Habana: Ciencias Médicas; 2008. p. 266-70.
2. Roca Goderich R, Smith V, Paz Presilla E. Temas de Medicina Interna Vol II. 4 ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2002. p. 177-83.
3. Hogue BA, Juncker T, Sack RB, Ali M, Aziz MA. Sustainability of a water sanitation and hygiene education project in rural Bangladesh: a 5-years follow-up. Bull WHO 2011; 74 (4): 431 – 7.
4. Pin Fold JV, Horan NJ. Measuring the effect of a hygiene behaviour. Intervention by indicators of behaviour and diarrhoeal disease. Trans Roy Soc Trop Med 2013; 90: 354- 60.
5. Curtis V, Kanki B. Happy healthy and hygiene: how to set up a hygiene promotion program. New York: UNICEF; 2011.
6. Curtis V. Domestic hygiene and diarrhoea: Pinpointing the problem. Trop Med Int Healt 2010; 5 (1): 22–32.
7. Cervantes Baute IC, Bosch Govea M, Armero Pérez G. Valoración del conocimiento de las madres sobre las diarreas y su prevención. Policlínico Docente "Victoria de Girón" Palma Soriano, Santiago de Cuba. Rev Cubana Enfermería 2011; 17(1)56-9.
8. Rey Camacho Y. Conocimiento de las enfermedades diarreicas agudas en un establecimiento penitenciario: Revista de Ciencias Médicas La Habana 2009; 15 (1).
9. Gutiérrez G, Guiscafré H, Reyes H, Pérez R, Vega R, Tomé P. Reducción de la mortalidad por enfermedades diarreicas agudas. Experiencias de un programa de investigación-acción. Salud Pública Méx 2001; 36:168-179.
10. Delgado MF, Sierra H, Calvache C, Ríos JA. Conocimientos maternos sobre signos de peligro en diarrea aguda en el marco de la estrategia AIEPI: Corporación Editora Médica del Valle Universidad del Valle, Cali, Colombia; 2011.

11. Zaca Peña E. Anuario Estadístico de Salud. La Habana: Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2014.
12. Díaz Puerto Y. Intervención Educativa para la prevención de las Enfermedades Diarreicas Agudas [Internet]. 2010 [citado 2014 Dic 09]. Disponible en: <http://tesis.cmw.sld.cu/pdf/1128-SFC-INTERVENCIÓN.pdf>.
13. Castillo Viltres A, Ruiz LM. Comportamiento del nivel de conocimiento de las enfermedades diarreicas agudas en nuestra área de salud [Internet]. 2011 [citado 2014 Dic 09]. Disponible en: <http://tesis.cmw.sld.cu/pdf/1128-SFC-INTERVENCIÓNEDA.pdf>.
14. Marcos L, Maco V. Enfermedad diarreica aguda. Nivel de conocimientos en un centro penitenciario en Sandía, Departamento de Puno. Perú. Enfermedades Infecciosas Latinoamericanas. 2008; 59(1-2):45-50.
15. Pérez Sánchez G, Fong Rodríguez HG, Fernández Ermus R, Sacerio Cruz M, Jones Llamas E. Modificación de conocimientos sobre enfermedades diarreicas agudas en escolares de la Secundaria Básica “Francisco Maceo Osorio”. MEDISAN [Internet]. 2012 Jul [citado 2014 Dic 09]; 16(7): 1053-1059. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102930192012000700005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192012000700005&lng=es).
16. De la Fuente Carbonel S. Efectividad de un programa educativo sobre Enfermedades Diarreicas Agudas. Trabajo para optar por el título de Máster en Atención Integral al niño. 2010, (1-2):75-9. Disponible en: <http://tesis.cmw.sld.cu/pdf/1128-SFC-EFECTIVIDAD.pdf>
17. Bell Alonso E. Modificación de conocimientos sobre la enfermedad diarreica aguda en un área de salud del municipio de II Frente. MEDISAN [revista en la Internet]. 2010 Nov [citado 2014 Dic 09]; 14(8): 1068-1075. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102930192010000800004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192010000800004&lng=es).
18. La Cruz Rengel MA, Calderón J, Angulo F, Mata A, Quintero Y. Conocimiento materno sobre estrategias básicas de prevención en enfermedad diarreica aguda. Arch Venez Puer Ped [Internet]. 2012 Dic [citado 2014 Dic 09]; 75(4):113117. Disponible en:

[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-064920120004000005&lng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-064920120004000005&lng=es).

19. Morín Báez R. Modificación de conocimiento sobre factores de riesgo de Enfermedad Diarreica Aguda [Internet]. 2009 [citado 2014 Dic 09]. Disponible en: <http://tesis.cmw.sld.cu/pdf/364-RMB-MODIFICACION.pdf>.
20. Márquez M. Propuesta de un programa educativo para la prevención de las enfermedades diarreicas agudas. [tesis]. Camagüey: Instituto Superior de Ciencias Médicas; 2005.
21. OPS. Avances en enfermedad diarreica y desequilibrio hidroelectrolítico. En: Memorias del V Congreso Internacional. México, DF: OPS, 2001; vol. 1:28- 32.
22. Díaz E. Propuesta de un Programa Educativo para la prevención de las Enfermedades Diarreicas Agudas. Trabajo para optar por el título de Especialista de primer grado en Medicina General Integral 2012; 25 (1):228.
23. García E. Epidemiología de las enfermedades diarreicas agudas. Rev Cubana Med Gen Integr 2010;5(1): 4868
24. Cervantes R, González Fernández MA. Programa de capacitación implementado en un área de salud sobre las EDA. Rev. Cubana Med Gen Integr 2010; 12(1):50-8.
25. Mota MF, Leyva S. El aprendizaje: la herramienta contra la diarrea. Bol Med Hosp Infan Mex. 2011; 8:317-9.
26. González Á. Modificación de conocimientos sobre la enfermedad diarreica aguda en un área de salud del municipio de Il Frente. MEDISAN [revista en la Internet]. 2010 Nov [citado 2014 Dic 09]; 14(8): 1068-1075. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-301920100008000004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-301920100008000004&lng=es).