



SEVER - SSA
REGISTRACION SANITARIA No. VIII

UNIVERSIDAD VERACRUZANA



DIRECCIÓN GENERAL DEL ÁREA ACADÉMICA
DE CIENCIAS DE LA SALUD
HOSPITAL GENERAL DE VERACRUZ
SECRETARIA DE SALUD

LAS PRÁCTICAS MATERNAS FRENTE A LA ENFERMEDAD DIARREICA EN EL MENOR DE CINCO AÑOS

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO EN LA ESPECIALIDAD DE:

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. ARMANDO MIRANDA TEPETLA

ASESORES:

DRA. MARÍA GRACIELA CARRILLO TOLEDO
DRA. MARÍA DEL CARMEN VILLALOBOS SAGRERO



H. VERACRUZ, VER.

FEBRERO 2005



**SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
 JURISDICCIÓN SANITARIA No. VIII
 JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN**

No. REG. J.S. No. VIII ___ 003

No. REG. C.E.I.F.R.H.S.I _____

AUTORIZACIÓN DE TESIS

TÍTULO DE TESIS DE INVESTIGACIÓN

LAS PRÁCTICAS MATERNAS FRENTE A LA ENFERMEDAD DIARREICA EN EL MENOR DE CINCO AÑOS

NOMBRE DEL INVESTIGADOR

DR. ARMANDO MIRANDA TEPETLA

FIRMA 

NOMBRE DE DIRECTOR DE TESIS

DRA. MARIA DEL CARMEN VILLALOBOS SAGRERO

FIRMA 

NOMBRE DEL ASESOR METODOLÓGICO


DRA. MARIA GRACIELA CARRILLO TOLEDO

FIRMA 

REVISADO POR COMITÉ LOCAL JURISDICCION SANITARIA No. VIII

FECHA: 18 DE NOVIEMBRE 2004

DICTAMEN: APROBADO



DRA. DOLORES PÉREZ ZUGAIDE
 JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
 JURISDICCIÓN SANITARIA No. VIII
 SECRETARIO TECNICO DEL COMITÉ LOCAL



DR. JESUS MANUEL FLORES GONZALI
 PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD

C C P SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN, XALAPA, VER
 C C P COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA No. VIII
 C.C.P. COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN DEL H.G.V

AGRADECIMIENTOS:

**A DIOS:
POR DARME LA OPORTUNIDAD DE VIVIR Y DISFRUTAR ESTA ETAPA
DE MI VIDA , PROFERSIONAL Y FAMILIAR.**

**A MI ESPOSA E HIJO:
RAZON DE MI EXISTENCIA Y MOVIL CONSTANTE DE SUPERACION.**

**A MI MADRE Y HERMANOS:
POR SU APOYO INCONDICINAL.**

**A MIS MAESTROS:
QUE HAN SIDO MI GUIA Y EJEMPLO POR SEGUIR**

**A MIS ASESORES:
QUE ME DEDICARON UNA PARTE DE SU VALIOSO TIEMPO PARA
ELABORAR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN , HACIENDO A UN
LADO SUS DEMAS ACTIVIDADES**

**AL DR. JESUS MANUEL FLORES GONZALEZ
A SU DEDICACION Y ESMERO COMO PROFESOR TITULAR DE LA
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.**

INDICE

CONTENIDO	PÀGS
RESUMEN.....	3
SUMMARY.....	4
INTRODUCCION.....	5
ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	6
MATERIAL Y METODOS.....	9
RESULTADOS.....	10
DISCUSION.....	18
CONCLUSIONES.....	19
BIBLIOGRAFIA.....	20

RESUMEN

LAS PRÁCTICAS MATERNAS FRENTE A LA ENFERMEDAD DIARREICA EN EL MENOR DE CINCO AÑOS

Miranda Tepella Armando, Carrillo Toledo Maria Graciela, Villalobos Sagrero Maria del Carmen, Jurisdicción Sanitaria No. VIII, Veracruz, Veracruz.

INTRODUCCIÓN.

La diarrea causa mundialmente 4.6 millones de muertes infantiles anuales, de las cuales 70% ocurren por deshidratación, complicación más frecuente y grave de la enfermedad. En el hogar, el manejo nutricional del niño enfermo está determinado por las ideas, las creencias y las prácticas de las madres, influenciada en forma importante por las indicaciones médicas.

OBJETIVO

Determinar las prácticas terapéuticas utilizadas por las madres de niños menores de cinco años con diarrea.

MATERIAL Y METODOS.

Se realizó una encuesta descriptiva en 150 usuarias del Centro de Salud No 7, madres de un menor de cinco años, del 1° de Septiembre al 1° de Diciembre del 2003. Se investigó el reconocimiento de los signos de alarma, el uso de VSO, automedicación, búsqueda de atención médica y suspensión de la alimentación. Se analizó con estadística descriptiva.

RESULTADOS

La media de edad fue de 26.32 ± 5.29 años, con prevalencia de un nivel escolar medio (77.9 %) y con ocupación predominante de labores domésticas. El 66 % de las madres automedican a sus hijos frente aun cuadro diarreico, lo cual coincide con el 2% de las que acuden oportunamente a la atención médica. El 28% reconoce datos de alarma y el 14% utiliza adecuadamente el suero oral. El 92% no suspende la alimentación a sus hijos.

CONCLUSIONES

A pesar de los múltiples esfuerzos del equipo médico y paramédico de las instituciones de Salud, aún prevalecen viejas prácticas que deben ser modificadas a partir de un mejor enfoque de atención en el Primer Nivel de Atención Médica.

SUMMARY

THE MATERNAL PRACTICES FOREHEAD TO DISEASE DIARRHEICA IN THE OF CHILDREN YOUNGER FIVE YEARS

Miranda Tepella Armando, Camillo Toledo Maria Graciela, Villalobos Sagrero Maria del Carmen, Sanitary Jurisdiction no. VIII, Veracruz, Veracruz.

INTRODUÇÃO.

The dearer cause 4, 6 million annual infantile deaths world-wide, of which 70% happen by dehydration, complication more frequents and burdens of the disease. In the home, the nutrition handling of the young patient this determining by the ideas, the beliefs and the practices of the mothers, influenced in important form by the medical indications.

OBJECTIVE

To determine the therapeutic practices used by the mothers of smaller children of five years with dearer.

MATERIAL and METODOS

A descriptive survey was made in 150 users of the Center of No.7 Health, mothers of a minor of five years, between 1° of September to 1° of December of the 2003. The recognition of the alarm signs, the use of VSO, auto medication, search of attention medical and suspensions of the feeding was investigated It was analyzed with descriptive statistic.

RESULTS

The age average was of $26,32 \pm 5,29$ years, with prevalence of an average scholastic level (77,9 %) and with predominant occupation of home workings 66 % of the mothers in front automedicant to their children even diarrheic picture, which agrees with 2% of which they go opportunely to the medical attention 28% recognize alarm data and 14% use the serum suitably oral life. 92% do not suspend the feeding to their children.

CONCLUSIONS

In spite of the multiple efforts of the medical equipment and paramedic of the institutions of Health, still prevail old practices that must be modified from a better approach of attention in the First Level of Medical Attention.

INTRODUCCIÓN

En México la mortalidad por diarrea sigue ocupando el primer lugar como enfermedad infecciosa, tanto en el grupo preescolar como en el infantil (menores de un año); dentro de este último grupo en particular tiene el tercer lugar, después de los padecimientos perinatales y congénitos. Durante 1993 se registraron 6 748 defunciones en el país por enfermedades diarreicas, de tal modo que la tasa de mortalidad infantil por esta causa fue de 60.4 por cada 100 000 menores de cinco años, mientras que en el estado de Veracruz fue de 54.4.^{1,2}

Diversas investigaciones indican que hay dos situaciones que impiden que esa terapia evite la deshidratación y los desenlaces fatales: la primera tiene que ver con el escaso uso del SHO, y la segunda, con el consumo de medicinas contraindicadas. Así, por ejemplo, la Encuesta sobre el Manejo Efectivo de los Casos de Diarrea de la Secretaría de Salud en Veracruz reporta que en este estado, en 1993, el uso de SHO en los episodios diarreicos fue de 56.7% y que de ese porcentaje sólo 60.9% lo usó adecuadamente.⁴ La misma encuesta, en el ámbito nacional, notifica que en 17.6% de los casos de diarrea se suministraron antidiarreicos y en 56.2% de los casos se utilizaron antibióticos, lo cual representa una cifra muy elevada considerando que la mayoría de las diarreas agudas se deben a infecciones virales autolimitadas cuya evolución no se modifica con el empleo de antibióticos.

Las razones por las cuales persisten las prácticas de medicación incorrecta y de no recurrir al SHO en la población han sido poco estudiadas. Algunas investigaciones han encontrado una relación significativa entre condiciones sociales y variables culturales, por un lado, y el rechazo del SHO, por el otro. Para nosotros fue importante conocer el significado que dan a sus prácticas las personas encargadas de atender a los niños con diarrea, para poder entender por qué muchas de ellas recurren a prácticas proscritas, y no llevan a cabo las que garantizarían el manejo correcto de la enfermedad. Se consideró que saber qué tan generalizada está esa situación y entender de dónde se deriva y cómo se reproduce por medio de las redes sociales sería de gran utilidad a los esfuerzos educativos del sector salud; se podrían incorporar los significados sociales que permiten a la familia relacionar el uso del SHO con la prevención de la deshidratación - desvinculándola del proceso curativo de la diarrea y entender lo innecesario de los medicamentos en las diarreas agudas.

Así, el objetivo de la investigación fue determinar las prácticas terapéuticas utilizadas durante los distintos episodios de diarrea reportados por las madres.

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Durante los últimos años en las políticas de salud, México ha hecho un énfasis sin precedente en los programas de atención al niño. A partir de la realización, en 1990, de la Cumbre Mundial en favor de la infancia, se pusieron en efecto estrategias enfocadas de manera prioritaria a la reducción de la mortalidad por enfermedad diarreica (ED) y por infecciones respiratorias agudas, a la ampliación de las coberturas de vacunación y al mejoramiento de las condiciones sanitarias.

En México, con base en diversas experiencias nacionales e internacionales, en el año de 1984 se inició el Programa Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Diarreicas. Desde entonces la magnitud y extensión de las actividades se han incrementado, pero no es sino hasta 1990 cuando adquirió carácter prioritario y, sobre todo, a partir de los compromisos de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia^{1,2,3,4,5}.

Como resultado, en el lapso de 1990 a 1996 se observó una importante aceleración en la tendencia descendente de la mortalidad infantil y preescolar por este padecimiento y se logró una reducción de 69.4%. Dicha tendencia no fue homogénea y muestra dos etapas: la primera, que comprende hasta 1993 y en la que el descenso fue mayor (56% en relación con 1990), derivado principalmente de un incremento en el uso de la terapia de hidratación oral (THO), de la mejoría de las condiciones sanitarias y de la intensificación de acciones para elevar la cobertura de vacunación antisarampionosa. En los años posteriores se observó una segunda etapa de descenso más lento, que probablemente estuvo relacionada con el efecto de consolidación de las acciones mencionadas.^{1,2,3}

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la diarrea es uno de los cinco principales problemas de salud pública mundial. En el cuadro agudo de la enfermedad existe pérdida de líquidos y nutrientes que de no ser manejada adecuadamente puede producir la muerte.^{3,4}

De tal suerte, diarrea y desnutrición son problemas prioritarios de salud pública, que afectan principalmente a los niños menores de cinco años de los países en desarrollo. La diarrea causa mundialmente 4.6 millones de muertes infantiles anuales, de las cuales 70% ocurren por deshidratación, complicación más frecuente y grave de la enfermedad. Además, los sobrevivientes ven afectado su crecimiento y desarrollo. Se ha mostrado que los episodios repetidos de diarrea llegan a causar un retardo hasta de 25% en el crecimiento en talla de los niños. Se considera que 184 millones de niños menores de cinco años en el mundo presentan déficit severo de peso como resultado de la interacción entre la desnutrición y las enfermedades infecciosas gastrointestinales y respiratorias. Se estima que 90% de la desnutrición es causada por déficit tanto en cantidad como en calidad de alimentos, lo que está determinado por factores socioeconómicos y culturales; las restantes causas se atribuyen a enfermedades de tipo infeccioso. La mortalidad por desnutrición se incrementa exponencialmente al disminuir el peso para la edad.^{1,2,3,4,5,6,7,8}

No obstante los avances logrados, el número de muertes por ED sigue siendo injustificadamente elevado; en 1995 esta enfermedad fue la cuarta causa de mortalidad infantil con una tasa de 127 por 100 000 nacidos vivos registrados, y la tercera en mortalidad preescolar (tasa de 15 por 100 000 niños de este grupo de edad). El problema fue más evidente en algunos estados del país con condiciones de pobreza extrema, como Chiapas y Oaxaca.^{2,3,5}

Esas cifras sugieren la existencia de problemas adicionales que favorecen la persistencia de defunciones prevenibles y que es posible que estén relacionados con deficiencias en el proceso de atención de los niños que fallecen por ED. Sin embargo, la identificación de este proceso es difícil, sobre todo en áreas rurales donde una elevada proporción de los niños muere en su hogar.^{3,4,6}

En el hogar, el manejo nutricional del niño enfermo está determinado por las ideas, las creencias y las prácticas de las madres, influenciadas en forma importante por las indicaciones médicas. En la conducta prescriptiva del médico influyen tanto sus conocimientos como sus creencias, entendiendo por creencias todos aquellos elementos del dominio cultural que el individuo utiliza sin comprobar. Estos elementos cognitivos influyen directamente en la conducta diaria de las personas, sin ser sometidas a comprobación empírica, aun en sus formas más simples.^{3,7,9,10}

La prevención y el control de las enfermedades diarreicas están relacionados con muy diversas circunstancias que, en conjunto, determinan el nivel de vida y bienestar de la población, entre cuyos elementos destacan la cultura y el nivel de escolaridad, el estado de nutrición, el saneamiento básico, el acceso a servicios de salud y la calidad de éstos.^{1,5,7,9,10,11,12,13,14}

Las razones por las cuales persisten las prácticas de medicación incorrecta y de no recurrir al Suero de Hidratación Oral en la población han sido poco estudiadas. Algunas investigaciones han encontrado una relación significativa entre condiciones sociales y variables culturales, por un lado, y el rechazo del SHO, por el otro. Por ejemplo, se afirma que: "las familias clasificadas como tradicionales rechazaron con mayor frecuencia este tipo de tratamiento" o que "las madres que tienden a subestimar la deshidratación son de nivel económico más bajo y tienen menor acceso a los servicios médicos y niños más desnutridos". Por otro lado, se ha descrito el proceso de toma de decisiones durante las enfermedades diarreicas para poder entender el manejo en el hogar por parte de la familia. A partir del reconocimiento de que el niño sufre de diarrea, las prácticas se dividen en dos fases: en la primera se realiza una serie de prácticas de auto atención esperando que se cure la enfermedad, en la segunda fase, el episodio se hace "público", es decir, la familia empieza a preocuparse porque no cede la enfermedad y determina que se requiere otro tipo de atención. El paso a la segunda fase se da en los casos en que no se ha detenido la diarrea (cabe recordar que la diarrea es autolimitada y dura de tres a cinco días) y empieza a complicarse con deshidratación. En esta fase se realiza una serie de prácticas curativas, delimitadas por la combinación de recursos que ofrece el entorno social con los que tiene la familia: medicación contraindicada recomendada por las redes de ayuda o farmacéuticos, así como acudir al médico privado, al tradicional o al institucional. Algunas madres que han tenido hijos severamente deshidratados han descrito cómo van combinando

indiscriminadamente las distintas prácticas conforme se agrava la situación. El patrón de estas combinaciones es el de utilizar todo tipo de recurso que se tiene a la mano y cada vez con mayor desesperación, pues lo que se hace no está solucionando el problema, no se está "curando" la diarrea. Se da entonces la paradoja de realizar toda una serie de prácticas para curar la diarrea que no es lo peligroso, en vez de prevenir la deshidratación, que es la que causa la muerte.^{7,8,9,10.,14,15,16}

MATERIAL Y METODOS

Se realizó una encuesta descriptiva, a un grupo de 150 usuarias del Centro de Salud No. 7, madres de un menor de cinco años y que acudieron por cualquier atención a dicha Unidad en el periodo comprendido de 1° de Septiembre al 1° de Diciembre del 2003.

Se incluyó a toda mujer con algún hijo menor de cinco años, de cualquier edad, credo, estado civil o lugar de residencia, solicitándoles su consentimiento para ser ingresada en este estudio y que reuniera los criterios de inclusión.

Se aplicó a cada mujer un cuestionario previamente elaborado, que constó de 15 reactivos, de respuestas dicotomicas y abiertas donde se investigaron las primeras acciones llevadas a cabo por las madres ante un cuadro diarreico de sus hijos. Calificamos variables como automedicación, supresión de alimentación durante el cuadro diarreico, conocimiento sobre deshidratación, utilización del Suero Vida Oral y Atención Médica Oportuna. Además de conocer las características socioculturales de la población en estudio, caracterizados por grado de escolaridad, ocupación, religión y edad.

Este estudio se llevó al cabo en un periodo aproximado de tres meses, al 100% de las mujeres asistentes al Centro de Salud No.7 del Puerto de Veracruz.

Se realizó una sola medición, recolectando los datos, los cuales fueron concentrados en una fuente primaria y posteriormente vaciados en una segunda fuente donde se realizó el análisis estadístico de tipo descriptivo.

RESULTADOS

Del total de madres entrevistadas, la X de edad fue de 26.32 ± 5.29 años, donde el rango de edad vario de 21.63 – 31.61 años. El mayor porcentaje fue casada o con unión libre (87.3%). El 68.6% solo tiene uno o dos hijos. (Tabla I)

La escolaridad mas frecuente fue secundaria (51.3%), con ocupación labores domesticas 90%. Predominó la religión católica (84.6%). (Tabla II)

El 66 % de las madres recurren a la automedicación durante un cuadro diarreico en sus hijos. (fig.1)

Casi ninguna de las madres (97%) busca atención médica oportuna para la diarrea de sus hijos (fig. 2)

Un gran porcentaje de las madres (72%) no identifica signos de alarma para deshidratación.(fig.3)

El 86% no utiliza el Suero Vida Oral en el tratamiento de sus hijos con diarrea (fig 4)

No suspenden la alimentación a sus hijos cuando presentan un cuadro diarreico el 92% de las madres.(fig.5)

TABLA I. CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES EN ESTUDIO N= 150

Característica	n	%
Grupos de edad (años)		
15 - 21	28	18.6
22 - 28	74	49.3
29 - 35	41	27.3
36 - 42	7	4.6
X ± DE	26.32 ± 5.29	
Rango	21.63 - 31.61	
Estado civil		
Casada	62	41.3
Unión libre	69	46
Soltera	19	12.6
No. Hijos		
1 a 2	103	68.6
3 a 4	44	29.3
más de 4	3	2

TABLA II CARACTERÍSTICAS SOCIO CULTURALES DE LAS MADRES

Característica	n	%
RELIGIÓN		
Católica	127	84.6
Testigo de Jehová	11	7.3
Bautista	7	4.6
Pentecostés	4	2.6
Ninguna	1	0.6
ESCOLARIDAD		
Ninguna	1	0.6
Primaria	26	17.3
Secundaria	77	51.3
Bachillerato	40	26.6
Profesional	6	4
OCUPACIÓN		
Labores Domesticas	135	90
Empleada	8	5.3
Estudiante	3	2
Otro	4	2.7

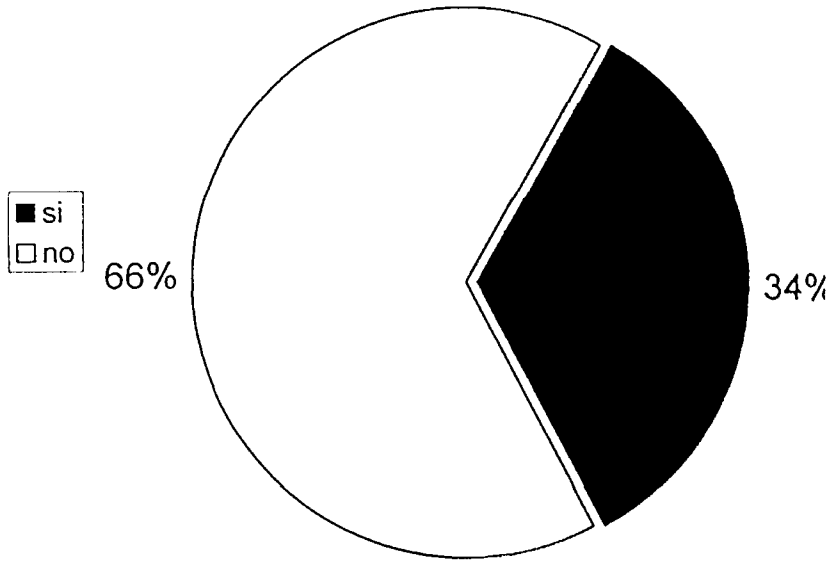


Fig. 1 FRECUENCIA RELATIVA DE LA AUTOMEDICACION DE LAS MADRES A SUS HIJOS

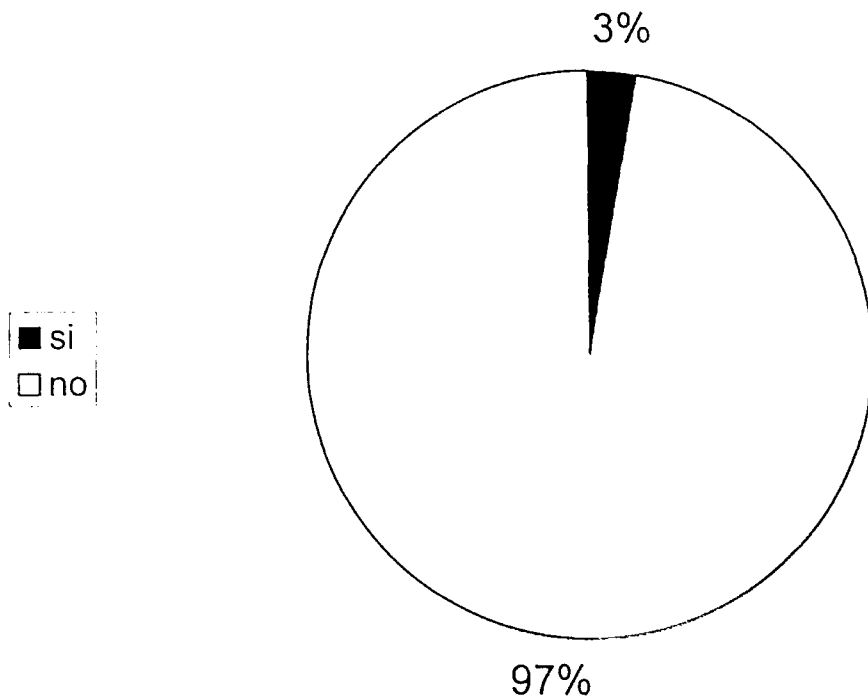


Fig. 2 PORCENTAJE DE LAS MADRES QUE BUSCAN ATENCIÓN MEDICA OPORTUNA

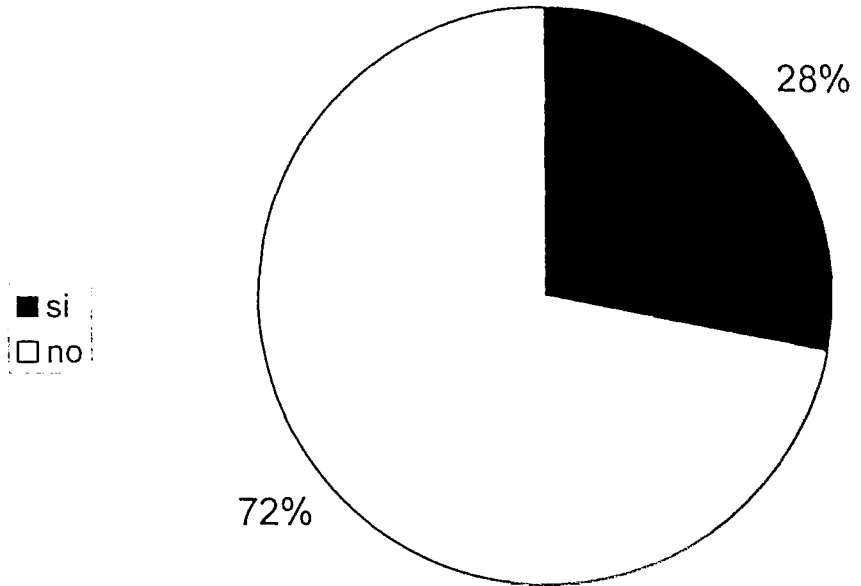


Fig. 3 FRECUENCIA RELATIVA DE LAS MADRES QUE IDENTIFICAN SIGNOS DE ALARMA DE DESHIDRATAACION

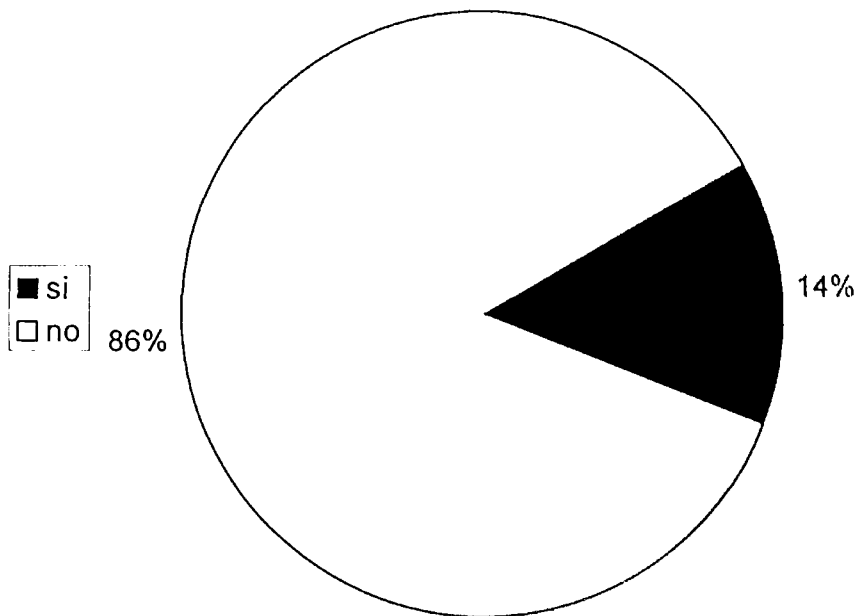


Fig. 4 FRECUENCIA RELATIVA DE LA UTILIZACIÓN DE VSO EN LA DIARREA

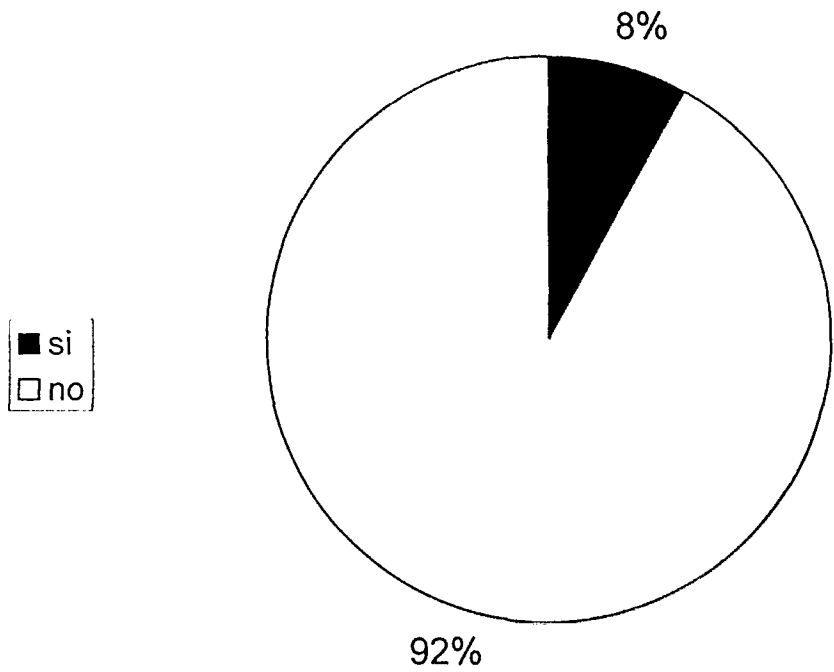


Fig. 5 FRECUENCIA RELATIVA DE LA SUSPENSIÓN DE ALIMENTOS DURANTE EL CUADRO DIARREICO

DISCUSIÓN

La EDA es una de las principales causas de morbilidad, mortalidad y mal nutrición infantil en los países en vía de desarrollo. En estos países la tasa de morbilidad en niños menores de 5 años es del 39%¹; siendo la contaminación fecal-oral el principal medio de transmisión de los microorganismos. Por otro lado, las complicaciones y muertes causadas por la diarrea en la población pediátrica ocurren con mayor frecuencia en los países en vías de desarrollo en los que los problemas de salud se incrementan por los bajos recursos para realizar los tratamientos.

En cuanto a la edad materna los diversos estudios coinciden con el realizado y se aproximan a la encontrada en esta investigación, manifestando una población joven.^{1,5,7,13}

Ningún trabajo revisado expone como factor el aspecto religioso, mismo que consideramos puede influir en la atención de los menores con un cuadro diarreico. Además el nivel cultural es abordado en forma muy sutil y no se especifican los niveles educativos, a diferencia de este en donde encontramos un nivel medio de suma importancia.^{2,6,7,8,9,15,17}

En este trabajo se encontraron porcentajes elevados de automedicación que corresponden a los esperados para cualquier enfermedad; sin embargo, algunos autores refieren una baja proporción de automedicación sobre todo de antibióticos. Nuestros resultados corresponden a los datos encontrados en un estudio realizado en Brasil y Lima en 1999 donde varió de un 30 a 100% en un total de 717 personas encuestadas.^{8,17,18}

En cuanto a la utilización de terapia de hidratación oral algunos estudios demuestran que a nivel rural es una práctica muy arraigada a diferencia de lo que encontramos a nivel urbano, sin embargo muy pocas prácticas son supervisadas por personal médico capacitado, lo que en algún momento puede influir directamente sobre la morbi-mortalidad de los menores.^{1,3,6,7,8,9,16}

Por lo anterior se refiere que no se busca una atención médica oportuna debido a que no consideró necesario, manifestando un desconocimiento de los signos o datos de deshidratación, mismos que también encontramos en nuestra investigación.^{1,3,6,7,8,9}

En cuanto a la alimentación si se marcó una gran diferencia ya que el resultado que obtuvimos fue muy positivo a diferencia de lo encontrado en algunos otros.^{6,7,8,9}

La mala educación para la salud y las condiciones socioculturales permiten que no se tenga una atención inmediata de calidad por los servicios médicos frente a un cuadro diarreico.¹⁹

CONCLUSIONES

- 1.- La utilización de medicamentos en forma indiscriminada por las madres, es la práctica que prevalece con mayor arraigo frente a una enfermedad diarreica aguda.
- 2.- El desconocimiento de los signos de deshidratación conllevan a una mala atención del cuadro diarreico, ya que sólo un bajo porcentaje de las madres acude oportunamente a atención médica de calidad.
- 3.- La utilización de Suero Oral como terapia o práctica es muy poco utilizada por las mujeres en el Puerto de Veracruz, en un menor de cinco años con cuadro diarreico.
- 4.- En cuanto a la supresión de alimentación es una práctica muy poco utilizada en esta ciudad ya que permite una adecuada dieta durante el proceso agudo.
- 5.- El Nivel socioeconómico y sociocultural de las mujeres encuestadas no es malo ya que un gran porcentaje concluyó el nivel medio educativo y algunas tienen una licenciatura, aunque la mayoría tiene su ocupación en casa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dr. Carlos Coronel Carvajal. Problemas identificados en el manejo de la Enfermedad Diarreica Aguda. Revista cubana de Medicina General Integral 2000;16(4): 340-345
2. Arturo M. Terrés Speziale; Lidia T. Casas Torres. Enfermedad Diarreica e intolerancia a la lactosa en México. Revista Medica del IMSS 2002;40 (4):329-341.
3. Selene Álvarez, Doctora en Sociología; Ma. Benita Cortés; Nora Díaz; Lucila Fernández; Anival Guerrero; James Gómez médicos con especialidad en Salud Publica y cols. Proceso Educativo sobre la Prevención de la Deshidratación por Enfermedades Diarreicas en Tlapacoyan, México. Salud Pública de México 1996; 38:167-177.
4. Gonzalo Gutiérrez, M.C., El Programa Nacional de Control de las Enfermedades Diarreicas: su impacto en la salud y en los servicios de salud. Salud Pública de México 1994; 36 (2).
5. Indicadores del SIISE Diarrea en menores de 5 años tratada con SRO Elaboración SIISE Sector Salud (SIISE) Derechos a la supervivencia (SINIÉZ) Subsector Salud de la niñez (SIISE)Acción social (SINIÉZ)
6. Martha Corral- Terrazas, MC, Homero Martínez MC, Samuel Flores Huerta MC, Ma. Ximena Duque-L.Lic. en Nutrición, Bernardo Turnbull Dr. En Fil., Margarita Levario-Carrillo MC. Creencias y Conocimientos de un grupo de Médicos sobre el Manejo de la alimentación del niño con Diarrea Aguda Salud Pública de México 2002;44(4):303-314.
7. Homero Martínez Salgado M.C., Silvia Diez Urdanivia Lic. En Nutr., Luz Maria Meneses Díaz T.S.. Alimentación sostenida durante la diarrea aguda en niños menores de cinco años. Salud Pública de México1998;40:141-149
8. Hortensia Reyes, M.C., Patricia Tomé M.C., Gonzalo Gutiérrez M.C., Leticia Rodríguez Enf. Sanit., Maribel Orozco M.C., Héctor Guiscafré M.C..La Mortalidad por Enfermedad Diarreica en México: ¿problema de acceso o de calidad de la atención?. Salud Pública de México 1998;40 (4):316-323
9. Felipe Mota Hernández, MC, Claudia Gutiérrez Camacho MC, Rosa Georgina Cabrales Martínez MC, Sofía Villa Contreras MC. Hidratación oral continua o a dosis fraccionadas en niños deshidratados por diarrea aguda. Salud Pública de México 2002;44(1):21-25
10. Alfredo Larrosa-Haro MC., Marcia Ruiz- Pérez MC., Sergio Aguilar Benavides Mc. Utilidad del estudio de las heces para el diagnostico y manejo de lactantes y preescolares con diarrea aguda. Salud Pública de México 2002;44 (4):328-334.
11. Felipe Mota Hernández MC., Claudia Gutiérrez Camacho MC., Sofía Villa Contreras MC., Juan Calva Mercado MC., Carlos f. Arias QFB.,Luis Padilla Noriega LIBB., Héctor Guiscafré Gallardo MC.. Pronostico de al Diarrea por Rotavirus. Salud Pública de México 2001;43 (6):524-528.

12. Dr. Carlos Castellanos Oñate, Dra. Ana V. Alfonso Hernández, Dr. Calixto Orozco Muñoz, Dra. Carmen R. Vera Noda, Dr. Gervasio Sánchez Iglesias y Dra. Aracelys García González La diarrea en el niño como causa de ingreso hospitalario Hospital General municipal de Placetas Villa Clara. *Medicentro* 2002;6(2)
13. Liliانا A. Cortés Ortiz, Q.F.B., Guadalupe Rodríguez Ángeles M.C., Eustolia A. Moreno Escobar, Q.F.B., Jesús Manuel Tenorio Lara, Q.F.B., Benita Pilar Torres Mandiego, Q.F.B., Edith Montiel Vásquez Q.F.B.. Brote causado por *Escherichia Coli* en Chalco, México. *Salud Pública de México* 2002;44:297-302
14. Fortino Solórzano Santos M.C., María Guadalupe Miranda Novales M.C. Resistencia de Bacterias respiratorias y entericas a antibióticos. *Salud Pública de México* 1998;40(6):510-516
15. Guadalupe Rodríguez Ángeles ,M.C. Principales Características y diagnóstico de los grupos patógenos de *Escherichia Coli*. *Salud Pública de México* 2002;44: 464-475
16. José Ignacio Santos Preciado B.Sc, M.C., Juan Pablo Villa Barragán M.C., Martha Angélica García Avilez M.C., Graciela León Álvarez M.C., Sonia Quezada Bolaños M.C., Roberto Tapia Conyer La transición Epidemiológica de las y los adolescentes en México *Salud Pública de México* 2003;45 supl.1:s140-s152
17. Mattar S, Hidalgo M, Vásquez E. Síndrome diarreico bacteriano. En: *Infecciones Hospitalarias* Malagón & Hernández, Editorial Médica Panamericana, Bogotá, Buenos Aires 1999, 2ed. 747-63
18. Martínez H, Calva J, Meneses LM, Viais H. Uso de bebidas y alimentos en el hogar durante la diarrea aguda del niño Estudio etnográfico en una zona rural mexicana. *Bol Med Hosp. Infant Méx.* 1991;44.235-242
19. Dirección General de Epidemiología. *Encuesta sobre el manejo efectivo de los casos de diarrea en el hogar.* México, D.F.: Consojo Nacional del Control de Enfermedades Diarreicas, Dirección General de Epidemiología, secretaria de Salud, 1994.