



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

**“ANÁLISIS DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN MENORES DE 5  
AÑOS CON SÍNDROME DIARREICO AGUDO DEL ÁREA DE  
PEDIATRÍA EN EL HOSPITAL DR. ABEL GILBERT PONTÓN DE LA  
CIUDAD DE GUAYAQUIL DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL  
AÑO 2012”.**

PREVIO LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

ELABORADO POR:

**DIANA ELIZABETH CABRERA ZAMORA**

GUAYAQUIL, SEPTIEMBRE DE 2012



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

## **CERTIFICACIÓN**

Certifico que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la Sra. Diana Elizabeth Cabrera Zamora como requerimiento parcial para la obtención del título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA.

Guayaquil, Septiembre de 2012

### **DIRECTORA:**

LCDA. ROSA MUÑOZ AUCAPIÑA

### **REVISADO POR:**

LCDA. ANA GONZÁLEZ

### **RESPONSABLE ACADÉMICO:**

MGS. NORA CARRERA ROJAS



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

YO, DIANA ELIZABETH CABRERA ZAMORA

DECLARO QUE:

El proyecto de grado denominado **Análisis de los cuidados de enfermería en menores de 5 años con síndrome diarreico agudo del área de pediatría en el Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil durante el primer trimestre del año 2012**”, ha sido desarrollada con base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía.

Consecuentemente este trabajo es de mi autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del proyecto de grado en mención.

Guayaquil, Septiembre de 2012

AUTORA

DIANA ELIZABETH CABRERA ZAMORA



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

## AUTORIZACIÓN

YO, DIANA ELIZABETH CABRERA ZAMORA

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación, en la biblioteca de la Institución del proyecto **Análisis de los cuidados de enfermería en menores de 5 años con síndrome diarreico agudo del área de pediatría en el Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil durante el primer trimestre del año 2012**”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y autoría.

Guayaquil, Septiembre de 2012

AUTORA

DIANA ELIZABETH CABRERA ZAMORA

## *DEDICATORIA*

Dedico esta tesis en primer lugar al hacedor de todas las cosas **DIOS** por derramar sobre mí bendiciones.

A mi Madre **Juanita Zamora** que con su paciencia logro incentivar me para mis logros.

A mis Hijos **Ninoska y Jericó**, quienes fueron inspiración cada momento de mi vida para realizar mis logros, que muchas veces no pude compartir momentos especiales de su vida, gracias por su amor y espera.

A mi Hermana **Gladys**, a pesar que no está cerca de mi pero con sus llamadas fue quien me impulso a seguir adelante sin decaer. Te quiero mucho.

**Diana Cabrera Zamora**

## *AGRADECIMIENTO*

A **DIOS** por darme la vida, salud, fortaleza, inteligencia y muchas bendiciones, porque sin la gracia de ÈL nada sería.

A mis Padres. **Benigno y Juana** por el apoyo incondicional que me brindaron gracias por la vida que me dieron.

A mis **Hijos** que con sus preguntas fueron fuente de fuerza para que cumpla mi meta propuesta. Los amo mis amores.

Infinitamente a mis Hermanos **Patricio, Gladys** que son constante con sus consejos para que siga adelante.

Quiero expresar mi gratitud a una persona muy importante que dio todo de él sin nada a cambio **Patricio Terán**, gracias por haber cuidado a mis hijos cuando no me encontraba en casa.

A mis **Amigas** por compartir alegrías y penas y por su apoyo incondicional.

A mi Directora de tesis **Lcda. Rosa Muñoz** que con su paciencia y sabiduría me guio.

A mi Lectora de tesis Lcda. **Ana González** gracias por su tiempo.

# CONTENIDO

CARATULA.....	I
CERTIFICACIÓN .....	II
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD.....	III
AUTORIZACIÓN .....	IV
<i>DEDICATORIA</i> .....	V
<i>AGRADECIMIENTO</i> .....	VI
ABREVIATURAS .....	XI
RESUMEN.....	XII
INTRODUCCIÓN .....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	2
OBJETIVO GENERAL .....	6
Objetivos Específicos.....	6
CAPITULO I.....	7
ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS .....	7
TIPOS DE DIARREA .....	8
TRANSMISIÓN DE LOS AGENTES QUE CAUSAN DIARREA.....	9
FACTORES DEL HOSPEDERO QUE INCREMENTAN LA SUSCEPTIBILIDAD A LAS DIARREAS .....	10
Edad .....	10
Causas .....	11

Causas específicas.....	12
AGENTES INFECCIOSOS IMPORTANTES.....	12
PATOGENIA DE LA DIARREA .....	13
Bacterias:.....	14
Virus:.....	14
Protozoarios: .....	14
Diarrea osmótica .....	15
Diarrea excretora.....	16
CAPÍTULO II .....	17
ASPECTOS CLÍNICOS DE LA DIARREA.....	17
Estado de hidratación: .....	17
Signos Claves:.....	18
Signos Valiosos:.....	18
Signos Corrientes: .....	19
Estado de nutrición: .....	19
Síndrome diarreico leve .....	21
Síndrome diarreico grave .....	21
DIAGNÓSTICO .....	22
CAPÍTULO III.....	25
PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SÍNDROME DIARREICO AGUDO.....	25

MEDIDAS DE PREVENCIÓN .....	25
LA DESHIDRATACIÓN .....	28
Causa.....	29
Síntomas.....	29
Evaluación de la Deshidratación en el Niño con Diarrea .....	30
Evaluación del Estado de Hidratación y Decisión del Plan de Tratamiento.....	31
Enseñar a la madre a reconocer los signos de deshidratación.....	32
ENFERMERÍA .....	36
Salud.....	36
Paciente .....	36
Necesidades.....	37
Generalidades.....	37
PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA .....	37
Cuidado .....	38
CUIDADO DE ENFERMERÍA .....	38
VALORACIÓN PACIENTE CON DIARREA.....	38
Examen Físico.....	38
Cuidados que realiza el personal de enfermería a niños menores de 5 años con síndrome diarreico agudo.....	39
MARCO LEGAL.....	41

ATENCIÓN INTEGRAL A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA (AIEPI).....	41
El contexto de la salud infantil.....	41
Antecedentes .....	43
Aspectos legales de la estrategia AIEPI.....	45
Objetivos y metas.....	45
Componentes.....	46
Contenidos .....	47
Situación actual .....	48
Avances regionales.....	49
Aprendizaje de AIEPI en enfermería .....	50
Competencias de enfermería en AIEPI.....	51
Vigilancia a la salud en AIEPI.....	52
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	55
MÉTODO.....	55
ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	58
CONCLUSIONES .....	78
VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN .....	79
Bibliografía .....	80

## **ABREVIATURAS**

**SRO:** Sales de Rehidratación Oral

**TRO:** Terapia de Rehidratación Oral.

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**AIEPI:** Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia.

**UNICEF:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud.

**SDA:** Síndrome Diarreico Agudo.

**INEC:** Instituto Nacional de Estadística y Censos.

## RESUMEN

Una causa muy frecuente de hospitalización es el Síndrome Diarreico Agudo. El objetivo de este trabajo es analizar los cuidados de enfermería en menores de 5 años con síndrome diarreico agudo en el Área de Pediatría en el Hospital Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil. Para poder representar una significativa estadística real de esta patología en esta población. Se indagó acerca de los cuidados que se les dan a los niños, Para ello se diseñó un estudio descriptivo-prospectivo transversal se empleo como área de investigación el Área de Pediatría del Hospital Abel Gilbert Pontón, se utilizó para la investigación una población de 80 niños menores de cinco años que habían sido ingresados con Diagnóstico de síndrome diarreico. De estos, se escogió una muestra de 45 niños menores de cinco años. Como conclusión se ha expuesto, los factores que influyen en el desarrollo de las diarreas son: Bajo nivel cultural, social y económico; vivienda insalubre, inapropiada eliminación de excretas y tratamiento de excrementos humanos; impureza de las aguas; diseminación de basura; contaminación de los alimentos; lactancia natural; inadecuada y deficiente alimentación complementaria; falta de higiene personal y doméstica; actitud frente a la enfermedad y en especial hacia las diarreas.

**Palabras clave:** diarrea, síndrome, cuidados, niños, enfermería.

## **ABSTRACT**

A very common cause of hospitalization is acute diarrhea. The aim of this paper is to analyze the nursing care of children under 5 years with acute diarrhea in the area of pediatrics at the hospital Abel Gilbert Ponton of the city of Guayaquil. To represent a significant real statistics of this disease in this population. We investigated variables such as age and origin, We designed a prospective cross-sectional descriptive study was used as a research area of the pediatric ward of the Hospital Abel Gilbert Ponton, was used to investigate a population of 80 children under five who had been admitted with diagnosis of diarrheal syndrome. Of these, we selected a sample of 45 children under five. In conclusion stated above, the factors that influence the development of diarrhea are: Low cultural, social and economic sub-standard housing, inadequate sewage disposal and treatment of human waste, impure water, awareness of litter pollution food; disadvantage breastfeeding; poor and dangerous complementary feeding, lack of personal and domestic hygiene, attitude toward the disease and especially to diarrhea. Keywords: diarrhea syndrome, nursing care, children under five years.

## INTRODUCCIÓN

El Síndrome diarreico agudo constituye un gran problema de salud pública en la mayoría de los países en desarrollo, es causa de importante morbimortalidad durante la infancia, especialmente por su relación con la desnutrición y los altos costos que implica para los sistemas de salud por su alta demanda de atenciones ambulatorias y hospitalizaciones. A menor edad del niño, hay mayor susceptibilidad de presentar diarrea, siendo ésta de mayor intensidad y con mayores posibilidades de producir deshidratación. A este hecho se asocia la mala calidad del agua y de alimentos, mayor exposición a agentes patógenos, debido a pésimas condiciones de vivienda, pobreza, desempleo, analfabetismo y malnutrición.

La diarrea, o lo que los médicos llaman Gastroenteritis, es una de las principales causas de muertes infantiles en el mundo superada sólo por las infecciones respiratorias agudas. Una de cada cuatro muertes infantiles se debe a la diarrea, que se lleva la vida de al menos 3 millones de niños cada año. De estas muertes, el 99,6 % tienen lugar en el Tercer Mundo, en donde uno de cada diez niños muere por diarrea antes de cumplir cinco años.

El Ecuador no escapa a esta realidad, esta problemática de salud me hizo llevar a cabo esta investigación en el Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón.

Se sustenta la investigación con un marco teórico de conocimientos científicos de las Enfermedades Diarreicas Agudas específicamente en los niños/as menores de 5 años.

Se visualiza la metodología empleada. Se discute la pregunta planteada en la investigación.

Por último se describe una propuesta alternativa diseñada como un Plan estratégico de capacitación para reducir las enfermedades acuden a Área de Pediatría del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En un informe del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) esto significa que al año 1, 5 millones de niños mueren con esta enfermedad que puede ser prevenida con limpieza y buena alimentación.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) las enfermedades diarreicas constituyen un problema de salud pública en el mundo, especialmente en los países en desarrollo, donde representan una importante causa de morbilidad y mortalidad en niños menores de 5 años. Se ha estimado que en África, Asia y América Latina cada año mueren alrededor de 3,3 millones de niños por este síndrome y ocurren más de mil millones de episodios.( R S V M, 2008).

Según un informe del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) esto significa que al año 1, 5 millones de niños mueren con esta enfermedad que puede ser prevenida con limpieza y buena alimentación. Rev. Chil. Pediatr, (2006).

La diarrea, es uno de los motivos más frecuentes de consulta en la práctica pediátrica ambulatoria. Está entre las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo, particularmente entre los niños que viven en medio de pobreza, educación insuficiente y saneamiento inadecuado. La diarrea es fuente constante de problemas de alimentación, la mayoría de ellos relacionados a mitos o creencias y es el principal responsable de la malnutrición calórico–proteica infantil y la morbilidad asociada a ella. (R S V M, 2008).

Un estudio realizado a 260 madres de niños menores de 5 años perteneciente al Policlínico Docente “Victoria De Girón” de palma soriano, los principales resultados fueron que la mayor parte de ellas consideraban que el parásito era la causa fundamental de las diarreas y que menos de un cuarto del total la relaciono con la falta de higiene, que ninguna restringió la lactancia materna y que casi

todas conocían la forma de preparación administración y uso de las sales de rehidratación oral. (D E MINSAL. P V E 2009).

A pesar de los avances logrados en cuanto a la profilaxis y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda (EDA), ésta continúa siendo uno de los problemas más graves que enfrentan los países subdesarrollados, ya que el 90 % ocurre en los menores de 5 año, de manera tal que fallecen alrededor de 4 a 5 millones de niños por esa causa, sobre todo procedentes de países de Asia, África y América Latina.

Los cuidados de enfermería cumplen una función primordial en la aplicación de disposiciones para la lucha contra las infecciones entéricas. Sin embargo, sólo alcanzan el grado de eficacia máxima cuando se sujetan a un plan general debidamente establecido. En el presente trabajo figura una relación de los objetivos, las tareas y los requisitos que ese plan reclama para el buen cumplimiento de la atención de enfermería en el control de las enfermedades entéricas. (Corteguera R. 2005).

La función de los servicios de cuidado de la salud tendiente a reducir la incidencia de las enfermedades diarreicas de la infancia, consiste, en esencia, en fomentar el aseo personal y doméstico, el manejo y conservación higiénicos de los alimentos y una nutrición sana y abundante. Por otra parte, los servicios de cuidado de la salud, considerados como un todo amplio, deben contribuir en grado excepcional e importante a reducir las defunciones por enfermedades diarreicas. Esta contribución se considerará, en primer lugar, con respecto a los fines del cuidado de los pacientes y, en segundo lugar, en cuanto a la organización de los programas para alcanzar estos objetivos.

La atención que se preste al cuidado de los pacientes es de suma importancia, por ser la base de las prioridades para la recuperación sin que existan otras complicaciones en el niño. (Wong, D. L. 1995).

En 2004, las enfermedades diarreicas fueron la tercera mayor causa de muerte en países de ingresos bajos, donde ocasionaron el 6,9% de los fallecimientos. Son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años, tras la neumonía.

De los 1,5 millones de niños que fallecieron por enfermedades diarreicas en 2004, el 80% tenían menos de dos años. (Organización Mundial De la Salud, 2009).

En países en desarrollo, los niños menores de tres años sufren, un promedio, tres episodios de diarrea al año. Cada episodio priva al niño de nutrientes necesarios para su crecimiento. En consecuencia, la diarrea es una importante causa de malnutrición, y los niños malnutridos son más propensos a enfermar por enfermedades diarreicas. (OMS, 2009).

El sector salud en Ecuador presenta múltiples problemas: financiamiento pobre, baja cobertura, distribución de los servicios de salud, modelo predominantemente curativo de atención, ineficiencia institucional, pobre regulación de servicios privados, entre otros.

En el 2010, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos, la mortalidad infantil es de 19,65 muertes/1.000 nacimientos niños menores de cinco años. La prevalencia de la Enfermedad Diarreica Aguda en menores de cinco años se mantiene en el 25%. (INEC).

El síndrome diarreico agudo tiene una alta incidencia en el Ecuador, al ser un país multicultural, multiétnico y en donde la población infantil es alta.

Este problema ha constituido una lucha importante de Salud Pública en el mundo; dichas enfermedades afectan a todos los grupos de edad, sin embargo los más vulnerables son los menores de 5 años.

Numerosos estudios han demostrado la relación existente entre la morbimortalidad por el síndrome diarreico agudo y variables socio económicas, lo que ha conllevado a algunos autores a considerarla como una enfermedad de tipo social ; coincidiendo en los múltiples factores que intervienen en su ocurrencia, como: bajo nivel de educación de las personas que cuidan los niños, malos hábitos higiénicos, deficiente servicios sanitarios de las viviendas, bajos ingresos económicos, servicios mínimos necesarios para alcanzar un nivel de vida adecuado y hacinamiento.

Durante la práctica de internado en el Área de Pediatría en el Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón ubicado en la ciudad de Guayaquil, en las calles 29 y Oriente, se evidencio el ingreso de aproximadamente 80 niños al mes con síndrome diarreico, se observo la falta de higiene, y los cuidados necesarios para poder disminuir este número de pacientes con esta patología, es muy evidente que en las familias de estos niños que presentaron síndrome diarreico, la mayoría son de extractos socioeconómicos bajos, al parecer no se aplica las medidas de higiene necesaria en el cuidado de los alimentos y en el lavado de manos , es claro que las infecciones son transmitida a través de la comida o agua contaminada, por vía oro fecal o a través de contacto de persona a persona como resultado de malas condiciones de higiene, sabemos que se pueden prevenir, para de esta forma evitar complicaciones que en ocasiones dejan como resultado la muerte de los menores con síndrome diarreico .

El Ministerio de Salud Publica tiene normas de atención del cuidado al niño con enfermedad diarreica aguda, de las cuales pude observar que no se llevan a cabo en su totalidad por parte del personal de enfermería a los niños internados en el Área de Pediatría del Hospital Dr. “Abel Gilbert Pontón” de Guayaquil.

Los cuidados de enfermería cumplen una función primordial en la aplicación de disposiciones para la lucha contra las infecciones entéricas.

Sin embargo, sólo alcanzan el grado de eficacia máxima cuando se sujetan a un plan general debidamente establecido.

En el presente trabajo figura una relación de los objetivos, las tareas y los requisitos que ese plan reclama para el buen cumplimiento de la atención de enfermería en el control de las enfermedades entéricas. (Wilson, D. 2009).

## **OBJETIVO GENERAL**

Analizar los cuidados de enfermería en menores de 5 años con síndrome diarreico agudo en el Área de pediatría en el hospital Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil.

### **Objetivos Específicos**

- Identificar los factores ambientales que influyen en el incremento de enfermedad de síndrome diarreico agudo en menores de 5 años de edad.
- Evidenciar los conocimientos de las madres de familia sobre los factores de riesgo que influyen en el incremento de enfermedad de síndrome diarreico agudo en menores de 5 años de edad.
- Identificar los cuidados de enfermería según normas de atención del Ministerio de Salud Pública en niños menores de 5 años con síndrome diarreico agudo.
- Dar a conocer por medio de un tríptico, los cuidados que se debe proporcionar al niño con enfermedad de síndrome diarreico agudo, resaltando las señales de alarma a las que debe estar atento/a.

# CAPITULO I

## ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS

En países en desarrollo las enfermedades diarreicas continúan siendo una de las principales causas de morbilidad en niños menores de cinco años. En promedio los niños padecen de 3.3 episodios de diarrea por año, pero en algunas áreas, el promedio pasa de nueve episodios anuales; es común que en donde estas enfermedades son frecuentes, los niños pasen el 15% de sus vidas con diarrea. (Monzon, 2006).

La diarrea es un signo que revela una alteración fisiopatológica de una o varias funciones del intestino (secreción, digestión, absorción o motilidad) y que en último término indica un trastorno del transporte intestinal de agua y electrolitos. La diarrea se define como el aumento de volumen, fluidez o frecuencia de las deposiciones en relación con el hábito intestinal normal de cada individuo. (Cermeñoa & Isabel, 2008)

Al revisar algunos textos básicos de pediatría, manuales para instrucción del personal de salud, tesis de actualización, o folletos de divulgación, no es clara la definición de la enfermedad de síndrome diarreico agudo.

Se encuentra situaciones confusas en las que tanto el personal de salud como la comunidad misma usan indistintamente diferentes términos, lo que hace prácticamente imposible hablar con un idioma común en este aspecto.

No hay una definición precisa y universalmente aceptada de lo que es un episodio diarreico.

El número de deposiciones hechas por una persona en un día depende de variadas circunstancias como son las características de la alimentación, la edad del paciente, el momento biológico y el momento patológico, las costumbres, el clima, para citar algunas. Cuando se dice que una persona tiene diarrea se entiende que sus evacuaciones contienen más agua de lo normal. (Corteguera R. 2005).

Por lo anterior y ateniéndonos a la sencillez optamos en nuestro ejercicio la definición recomendada por la OMS (2009):“Se define la diarrea como la eliminación de tres o más evacuaciones intestinales líquidas o blandas en un período de 24 horas”. (OMS, 2006).

Se considera diarrea el aumento en la frecuencia de las evacuaciones intestinales o variaciones en su consistencia (más líquida, por ejemplo) comparada con lo que la madre considera normal”.

La anterior es una definición operacional, reconociendo que es bastante complejo establecer cuál es la frecuencia y la consistencia consideradas normales de las heces de los humanos.

## **TIPOS DE DIARREA**

Con fines eminentemente clínicos y prácticos y a pesar de que la diarrea como tal constituye un síndrome más que una enfermedad, se considera que es posible clasificar a todos los pacientes que la padecen en uno de los tres siguientes cuadros sintomáticos, cada uno de los cuales tiene su patogenia definida y que exigen manejarse diferentemente:

### **Diarrea aguda líquida**

Su comienzo es inesperado y puede extenderse hasta los 13 días. Se presenta con evacuaciones líquidas o semilíquidas en número de tres o más, en diferente cantidad pero con tendencia, de acuerdo con la gravedad del cuadro, a constituirse en diarrea de alto gasto y por tanto muy deshidratante.

No hay evidencia de sangre, y se acompaña frecuentemente de vómitos, irritabilidad, disminución progresiva del apetito y poca fiebre.

Prácticamente todos los agentes etiológicos de la enfermedad la pueden ocasionar en cualquier momento de su evolución y en cualquier grado de compromiso, Su consecuencia inmediata es la deshidratación en todas sus modalidades de complejidad y gravedad.

## **Disentería**

Se tipifica por la presencia de sangre visible en las evacuaciones, acompañadas o no de moco y/o pus, con compromiso progresivo del estado general, estado febril, diferentes grados de toxicidad, y el niño puede en determinadas circunstancias presentar convulsiones y complicarse con el síndrome hemolítico urémico.

La Shigellosis (disentería bacilar) es la causante de la mayoría de las diarreas con sangre en niños. En cambio, en adultos jóvenes la causa más frecuente de disentería es la amebiasis, la cual en niños pequeños es eventual. La antibioticoterapia oportuna disminuye su gravedad y acorta la posibilidad de epidemias.

El síndrome disentérico con evacuaciones numerosas, de escasa cantidad, compuestas fundamentalmente de moco y sangre con poca materia fecal, casi siempre acompañadas de pujo, de tenesmo y de fiebre; la característica clínica observada en la mayoría de estos casos es el estado toxi-infeccioso.

## **Diarrea persistente**

Se denomina actualmente así a la enfermedad diarreica que se prolonga por 14 días o más. En el pasado recibía diferentes nombres, como crónica, recurrente, aguda prolongada, e intratable.

Se sabe que hasta un 5% de los niños afectados de diarrea la presentan. También se conoce que hasta un 20% de los episodios de diarrea corriente se tornan persistentes y que además es una muy importante causa de hospitalización, desnutrición y muerte.

## **TRANSMISIÓN DE LOS AGENTES QUE CAUSAN DIARREA**

Los agentes infecciosos productores de diarrea siguen la ruta fecal – oral (ano – mano - boca) como sería la ingestión de agua o alimentos contaminados con heces.

Algunos comportamientos y actitudes contribuyen al incremento del riesgo de que los niños sufran diarrea, como por ejemplo la no lactancia materna durante los 6 primeros meses de vida; el persistir con el biberón como instrumento seguro en la alimentación de los niños; beber agua contaminada con materia fecal; y la mala higiene personal especialmente cuando se cuida niños, tanto en la manipulación de sus pañales como en el manejo de sus alimentos.

## **FACTORES DEL HOSPEDERO QUE INCREMENTAN LA SUSCEPTIBILIDAD A LAS DIARREAS**

Son situaciones que se asocian a una mayor incidencia, duración y gravedad de la diarrea: la inmunodeficiencia temporal, la Inmunodeficiencia prolongada, la desnutrición y poco tiempo de alimentación con leche materna.

Puede presentarse con diferencias y similitudes según las características epidemiológicas y agentes etiológicos más frecuentes de cada país, sin embargo existen para todas las regiones dos factores fundamentales que condicionan la aparición y gravedad de la enfermedad; uno, los factores ambientales y dos, las condiciones de salud del niño. La OMS estima que cada año se presentan 1,300 millones de episodios de diarrea en niños menores de cinco años en países en desarrollo, que ocasionan 4 millones de muertes, se calcula que cada niño tiene de dos a tres episodios de diarrea al año, para una letalidad de 6%. (Garrido & Daimaris, 2011)

### **Edad**

La consulta por diarrea es muy frecuente en niños menores de 5 años y muy especialmente en niños que están entre los 6 y los 11 meses, porque precisamente éstos reflejan una serie de hechos que aumentan en ellos la posibilidad o riesgo de tener diarrea: disminución de anticuerpos adquiridos por la madre, ablactación precoz con alimentos posiblemente contaminados, inicio del gateo que los pone más en contacto con el suelo, y más objetos llevados a la boca (Durand y Pigney, 1963).

## Causas

La diarrea se puede atribuir a un gran número de causas específicas, mecanismos y factores predisponentes. Algunos de estos últimos y sus consecuencias fisiológicas son los siguientes:

1) Cuanto menor sea el niño, mayor será su propensión a la diarrea y la probabilidad de que sea grave.

2) Los niños mal nutridos o debilitados por enfermedades están más predispuestos a la diarrea, lo mismo los que padecen inmunodeficiencia

3) La carencia de agua limpia y de conocimientos higiénicos contribuyen a la contaminación, lo mismo al hacinamiento y las malas condiciones sanitarias, con instalaciones inadecuadas para la preparación y refrigeración de los alimentos. (wong, 1995).

Aproximadamente en el año 1970, un 20% a un 30% de los gérmenes productores de diarrea aguda eran identificados cuando se intentaba su búsqueda. Hoy, con técnicas de laboratorio adecuadas y con experiencias sobre todo cuando estos gérmenes se buscan sistemáticamente es posible identificarlo, en un 80% de los casos en centros de atención y hasta en un 50% en casos de diarrea leve en la comunidad.

La interpretación exacta de los coprocultivos de niños con diarrea es difícil porque la respuesta clínica del paciente a la contaminación de cada uno de estos gérmenes es diferente en cada caso. Unos manifiestan enfermedad grave, otros tienen síntomas leves e incluso hay niños que apenas hacen manifestaciones clínicas.

Se encuentran cultivos con varios gérmenes y se encuentran cultivos positivos en niños asintomáticos. Es difícil demostrar relación de causalidad.

Siendo lo menos importante en el manejo práctico de las diarreas identificar el germen específico al cual puede atribuirse una relación de causa/efecto.

### **Causas específicas**

Se puede establecer que hay bacterias, virus y protozoos causantes de la enfermedad, unos considerados más importantes y otros aceptados como menos importantes.

Para Wong son varios los factores que pueden producir diarrea en la población pediátrica, como síntoma de presentación o asociado. Es frecuente la ausencia de un diagnóstico etiológico específico. El síndrome diarreico agudo, es decir, el cambio repentino en la frecuencia y consistencia de las deposiciones, se suele deber a un proceso inflamatorio de origen infeccioso, pero también puede ser consecuencia de una reacción tóxica a la ingestión de tóxicos, a imprudencias en la alimentación, a infecciones fuera del tracto gastrointestinal. (Por ejemplo enfermedades contagiosas, infecciones de los aparatos respiratorios o urinario) y a tensión emocional. La mayoría son autolimitantes y cederán sin tratamiento específico, siempre que la deshidratación no cree complicaciones graves. El tratamiento con antibióticos es también una causa común de diarrea en los niños. (Wong, 1995).

### **AGENTES INFECCIOSOS IMPORTANTES**

Este campo de la etiología quizá es el más estudiado y por tanto abunda en novedades y bibliografía. En gracias a la brevedad y sencillez se anotan las conclusiones que en 2005 (y que no han sido modificadas por OMS/OPS) fueron resumidas de 40 estudios específicos sobre la etiología de las diarreas realizados en diferentes partes del mundo (73% en pacientes hospitalizados y 29% en comunidad abierta).

“Los enteropatógenos más frecuentes identificados en países en desarrollo son los Rotavirus, la ECET, la Shighella y el Campylobacter Jejuni. Salmonella, Vibrio parahemolítico, Vibrio cholerae.

Se ha demostrado que mientras más bajos son los niveles de saneamiento e higiene personal mayor es la importancia relativa de las bacterias en la etiología de las diarreas, en comparación con los virus. “Histológicamente se ha demostrado y observado que conforme mejora el desarrollo socioeconómico de los países con la disponibilidad de agua potable, la refrigeración doméstica y los medios adecuados para la distribución de desechos humanos y basuras, disminuye considerablemente la incidencia de la diarrea de origen bacteriano que es característica de la estación cálida y finalmente deja de ser importante, quedando únicamente la mayor incidencia de la diarrea durante la época fría que es causada principalmente por el rotavirus.”

## **PATOGENIA DE LA DIARREA**

Durante el proceso de absorción y digestión de nutrientes el intestino delgado moviliza varios litros de líquido (absorción y secreción) y este proceso puede verse entorpecido porque tanto bacterias como virus y protozoarios tienen propiedades virulentas que a ello conducen.

Los mecanismos son varios y están suficientemente descritos y estudiados. Sintéticamente se enumeran algunos:

## **Bacterias:**

Mediante mecanismos relacionados con adherencia a la mucosa, producción de toxinas que causan secreción intestinal, invasión a la mucosa, seguida de multiplicación bacteriana en la lámina propia y en los ganglios mesentéricos, tras locación de la mucosa intestinal seguida por infección generalizada.

## **Virus:**

Los rotavirus se replican dentro de las células epiteliales maduras que están en la porción superficial de las vellosidades intestinales con lo cual producen destrucción celular como también acortamiento de ellas, con la característica muy especial y fundamental de que no se afecta toda la superficie de la mucosa sino que la hace “ en parches “ (mosaico), dejando áreas indemnes que son realmente las que permiten en el tratamiento preventivo y en la rehidratación volver a situación normal de equilibrio entre la absorción y la secreción.

Las células de las criptas cuya función es la secreción no son atacadas.

Las células destruidas son reemplazadas por células nuevas provenientes de las criptas: Todo esto mediante un proceso que puede ser favorecido o estropeado por la presencia o ausencia de la alimentación y siempre favorecido por la presencia y acción de los componentes de las Sales de Rehidratación Oral (SRO).

## **Protozoarios:**

Las lesiones intestinales que ocasionan, los protozoarios tienen que ver con adherencia y/o invasión a la mucosa. Se sabe que la Giardia lamblia y el Cryptosporidium se adhieren a la mucosa del epitelio intestinal delgado produciendo acortamiento de las vellosidades. Sin embargo no se conoce con

certeza el mecanismo mediante el cual la Giardia ocasiona diarrea, inclusive hay autores que dudan de si la produce. Han explicado que podría ser por efectos de toxinas o que la diarrea es una respuesta inmune mediada por linfocitos T o que se debe a la mala absorción intestinal causada por daño directo a la mucosa. Del Cryptosporidium lo único que se sabe hasta ahora con certeza es que es un agente importante de diarrea pero se conoce muy poco del mecanismo. (Román, Barrio, & López, 2008)

En cualquier caso de los citados en esta parte, la diarrea se produce cuando es rebasada la capacidad de absorción del colon. Los lactantes normalmente excretan de 5 a 10 gramos por kilo de heces diarias, de los cuales entre el 60 y el 95% es agua. En ciertas clases de infección (Rotavirus, ECET) la secreción del líquido a la luz intestinal puede aumentar hasta 20 veces.

Para efectos eminentemente prácticos es conveniente recordar que las diarreas también se deben considerar desde el punto de vista osmolar para lo cual existen dos grandes grupos:

### **Diarrea osmótica**

Se produce cuando hay componentes de la dieta que no se absorben (la lactosa, por ejemplo). Estos efectos se relacionan con la disminución de la superficie de absorción que producen infecciones como las ocasionadas por el rotavirus y algunas bacterias. Dicho en forma práctica, en este tipo de diarrea las deposiciones cesan al dejar de comer.

## **Diarrea excretora**

Se presenta cuando el intestino continúa secretando agua y electrolitos; se relaciona muy posiblemente con la presencia de ciertas sustancias en el lumen intestinal que podrían designarse como secretagogos: algunos ejemplos serían las toxinas bacterianas, ciertos laxantes, alguna forma de sales biliares y ácidos grasos.

Clásicamente las deposiciones de este tipo de diarrea continúan, así se deje de comer.

## CAPÍTULO II

### ASPECTOS CLÍNICOS DE LA DIARREA

Cuando un paciente es llevado a consulta porque tiene diarrea, debe evaluarse con mucho cuidado antes de decidir su tratamiento. Como siempre se dice, si se dedica unos buenos minutos al interrogatorio sobre detalles fundamentales alrededor de la enfermedad diarreica, observando características grandes y explorando signos específicos se puede llegar a un diagnóstico operacional, de acción inmediata con un porcentaje alto de certeza y por tanto la decisión que se tome en el caso, será la justa. Deducido de lo anterior, pensemos que lo prioritario es definir de manera ágil algunos aspectos, así:

#### **Estado de hidratación:**

Su definición es relatada sistemáticamente en todos los textos que tengan que ver con niños; hay variedad de clasificaciones pero la actualidad exige que el médico general especialmente disponga de un método rápido y sencillo para hacerlo. Por esto hablamos aquí de la forma como la OMS y la estrategia AIEPI la clasifican con ese objetivo. Más detalles, en las bibliografías recomendadas el lector podrían ampliar y recordar.

Es preciso preguntar sobre ciertas características que, de existir, ayudan a identificar a los pacientes que tienen mayor riesgo de deshidratarse o que ya esté comprometida su hidratación.

Hay que interrogar, sobre el vómito, la fiebre, las características de las deposiciones en las últimas horas, la ingesta de alimentos, la recepción de

líquidos, la presencia de otras personas con diarrea en la familia, la historia de iguales episodios en el pasado inmediato del paciente, medicamentos suministrados, conocimiento del Suero Oral. (salud, 2012).

Es preciso inspeccionar cómo llega el niño al consultorio, qué impresión se forma el médico de él: ¿está alerta, intranquilo, hipnótico, comatoso, distendido o cianótico?

Estos aspectos como para señalar lo más práctico y usual y rápido.

Es importante establecer en la exploración física la presencia de SIGNOS CLAVES o CARDINALES de la deshidratación, así como la presencia de SIGNOS VALIOSOS.

### **Signos Claves:**

Su presencia única o acompañados de otros permite ubicar al paciente en estado de deshidratación grave: un niño comatoso, hipotónico, que bebe mal o no es capaz de beber, en quien el pliegue cutáneo desaparece muy lentamente, con tiempo de llenado capilar de más de 5 segundos, pulso radial filiforme o demasiado débil, y presión arterial baja.

### **Signos Valiosos:**

Dos de éstos, acompañados de uno clave, permiten situar al paciente en estado de deshidratación evidente pero no grave. Son: intranquilidad, irritabilidad, sed, que bebe rápido y ávidamente, el pliegue cutáneo desaparece lentamente.

## **Signos Corrientes:**

Su presencia es habitual en niños mínimamente deshidratados o inminentemente deshidratados y que deben motivar especialmente acciones preventivas y educativas. Son: ojos hundidos, lágrimas ausentes, mucosas secas, algo de sed, poca orina. (Elorza, 1995).

Si acompañan dos de éstos a un signo valioso, hay deshidratación no grave. Si acompañan dos de éstos a un clave, hay deshidratación grave. Hay que anotar que el estado comatoso implica choque hipovolémico.

Los términos “deshidratación moderada” y “deshidratación leve” ya no se emplean actualmente porque de acuerdo a las pautas ya establecidas y aceptadas, desorientan el tratamiento oportuno.

Ambos se incluyen en la clasificación de “deshidratación” que comprende cualquier intensidad de deshidratación que no se considera dentro del rango actual de grave. Esto tiene muchas implicaciones de manejo como se verá más adelante.

## **Estado de nutrición:**

Si se revisa la literatura al respecto parecería dispendiosa su evaluación y cuantificación; pero se hace sencillo si uno se atiene a lo recomendado de manera ágil funcional actualmente por la Estrategia AIEPI.

Un niño enfermo puede estar desnutrido pero el médico o la familia tal vez no identifican el problema; cuando existe diarrea con desnutrición el riesgo de morir se aumenta. Por lo anterior, reconocer y tratar al niño desnutrido puede ayudar a prevenir numerosas enfermedades graves y la muerte.

Dos son las formas que adopta, en general, la desnutrición:

- La proteico- calórica que cuando es avanzada produce edemas.
- La marasmática que no se produce por déficit en el consumo calórico especialmente; es el niño demasiado, enflaquecido en forma notable.

Entonces para establecer el estado de nutrición de un niño diarreico de manera bastante práctica se necesita solamente:

- Establecer si hay emaciación visible.
- Verificar si hay edema en los pies.
- Determinar el peso para su edad.
- Determinar el peso para su talla.

Utilizando las gráficas de la NCHS (Servicio Nacional de Salud de los Estados Unidos) que ya son muy conocidas y aceptadas, se establece rápidamente en la gráfica de peso, que cuando el punto de medición queda situado justo en el percentil 3 o por debajo de la curva inferior, el niño tiene bajo peso para su edad. Usando la gráfica de talla se establece que hay talla baja para la edad cuando el punto está justamente en el percentil 3 o por debajo de la curva inferior.

Hay autores que clasifican el síndrome diarreico de dos formas, teniendo en cuenta el punto inmediatamente anterior:

## **Síndrome diarreico leve**

En estos enfermos no hay trastornos de la perfusión periférica. Por lo general éstos no presentan sepsis y no están deshidratados o bien la deshidratación que tienen sólo refiere un tratamiento rutinario con hidratación oral.

## **Síndrome diarreico grave**

El cuadro diarreico tiene que considerarse “grave” si el organismo utiliza mecanismos compensatorios de la función circulatoria aún tan elemental como la taquicardia y la taquipnea.

La “gravedad” se refiere a que hay inminencia de que se desarrolle choque o que éste ya está presente. Por tanto el diagnóstico de la gravedad de la diarrea no sólo debe depender de la cantidad de las pérdidas hídricas sino que debe apoyarse en evaluaciones múltiples de parámetros básicos: frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, estado de alerta, presión arterial, diuresis horaria, cifras de bicarbonato.

Hasta aquí se han citado algunas cosas importantes a considerar así sea brevemente en el área de lo agregado al cuadro clínico diarreico pero se enfatiza que la desnutrición es la patología más frecuente.

También es importante tener en cuenta el concepto de “diarrea parenteral” que no es aceptado universalmente pero que a su favor tiene autores de variada procedencia y que en el caso de la experiencia del autor ha permitido manejar más funcionalmente a muchos pacientes.

Se llama Diarrea Parenteral a aquel proceso diarreico o foco infeccioso de localización claramente extra intestinal y no existen manifestaciones clínicas de afección intestinal habitual. Tal es el caso de las diarreas que se presentan como síntoma inicial o único de infección como suele presentarse en la neumonía, en la sepsis, en la meningitis, en la otitis media, en la infección de vías urinarias y otras.

Conviene en estas situaciones hacer un balance sereno sobre la intervención a realizar puesto que no se debe descuidar lo uno en desmedro de lo otro, es decir, hay que tratar la infección extra intestinal y salvaguardar al tiempo el advenimiento de la deshidratación por diarrea, y no en tiempos diferentes.

## **DIAGNÓSTICO**

Las enfermedades diarreicas comprenden un amplio espectro de síntomas y además pueden ser ocasionadas por una gran variedad de gérmenes. Esto hace que su diagnóstico no sea de certeza sino de acción, funcional y eminentemente clínico.

Por lo anterior, se insiste en aspectos fundamentales para establecer, en un cuadro diarreico, un diagnóstico aproximado con buenas posibilidades de acierto en la mejoría del paciente:

### **Historia clínica**

Una cuidadosa y detallada historia puede aumentar la posibilidad de acercamiento a una presunción de gravedad, y de situaciones ambientales y domiciliarias que darían factibilidad o dificultad en el seguimiento.

Así mismo, en un alto porcentaje una historia clínica integral le permitirá al clínico elaborar un buen plan de manejo.

La etiología no es lo más importante pero con un interrogatorio preciso es mucha la cercanía que se puede lograr. Por esto hay que preguntar sobre el patrón y las características de las evacuaciones como el olor, el color, la cantidad, la frecuencia, la consistencia y la presencia de moco y/o sangre y/o residuos alimentarios.

La edad del paciente se debe tomar en consideración siempre, dado que es un parámetro para decidir si la diarrea está relacionada con el aparato digestivo.

Es importante preguntar por el tiempo de inicio pues algunos microorganismos son de comienzo fulminante (*V. cholerae*, Rotavirus, *Shigella*) por lo que se hace de vital importancia comenzar tempranamente su tratamiento. Puede decirse de manera general que los gérmenes que producen diarrea son de evolución lenta.

La presencia de fiebre es buena utilidad diagnóstica: Es frecuente en infecciones por *Shigella* y *Salmonella typhi*. El rotavirus produce fiebre elevada de inicio súbito. En cambio es variable y de poca intensidad cuando el agente es la ECEH.

Los microorganismos que producen toxinas casi nunca originan fiebre. La presencia de vómitos es importante tenerla en cuenta pues gérmenes como la

Shigella y el Rotavirus los presentan al principio y desempeñan un papel importante en la producción de deshidratación.

El dolor abdominal tipo cólico se asocia con *Salmonella typhi* y con *Campylobacter*. En la giardiasis aparece el cólico con una frecuencia del 61%. Si el dolor aparece en forma de “retortijones” junto con evacuaciones escasas y con sangre o nulas debe considerarse un origen no infeccioso como la invaginación.

La información que logre captarse, acerca del ambiente y las condiciones sanitarias es importante en la aproximación del diagnóstico, este debe tratar de hacerse frente a la posible etiología.

## **CAPÍTULO III**

### **PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SÍNDROME DIARREICO AGUDO**

#### **MEDIDAS DE PREVENCIÓN**

- La lactancia materna como factor importante para la reducción de la incidencia por diarreas en los niños menores de seis meses.
- El uso de agua potable.
- La eliminación adecuada de excretas.
- El lavado de manos y el manejo correcto de las heces, en niños con diarrea.

Las tareas específicas efectivas para prevenir las enfermedades diarreicas, son:

- Cloración del agua y procedimientos de desinfección.
- Lactancia materna exclusiva, durante los primeros cuatro a seis meses de vida.
- Mejoramiento de las prácticas de ablactación, a partir de los cuatro a seis meses de edad.
- Promoción de la higiene en el hogar, con énfasis en el lavado de manos, manejo higiénico de los alimentos y la eliminación correcta de las excretas en niños con diarrea.
- Administración de vitamina "A" como suplemento, que juega un papel central en la resistencia inmunológica a la infección.

La atención eficaz y oportuna de la enfermedad diarreica comprende tres acciones principales:

- La administración de líquidos en forma de té, agua de frutas, cocimientos de cereal y Suero Oral.
- Mantener la alimentación habitual.

Para evitar por un lado la deshidratación y por el otro la desnutrición.

- La tercera es que la madre identifique oportunamente la presencia de complicaciones.

El manejo de los casos de enfermedades diarreicas se basa en tres planes generales de tratamiento:

### **Plan A:**

Para pacientes con enfermedad diarreica sin deshidratación con atención en el hogar:

- Continuar con la alimentación habitual.
- Aumentar la ingesta de los líquidos de uso regular en el hogar así como Vida Suero Oral.

Capacitar a la madre para reconocer los signos de deshidratación y otros de alarma por enfermedades diarreicas: (sed intensa, poca ingesta de líquidos y alimentos, numerosas heces líquidas, fiebre, vómito y sangre en las evacuaciones), con el propósito de que acuda nuevamente a solicitar atención médica en forma oportuna.

## **Plan B:**

Para pacientes con diarrea y deshidratación con atención en la unidad de salud:

- Administrar Vida Suero Oral 100 ml por kilogramo de peso, en dosis fraccionadas cada 30 minutos durante cuatro horas.
- Si el paciente presenta vómito, esperar 10 minutos e intentar otra vez la hidratación oral, más lentamente.
- Al mejorar el estado de hidratación, pasar al Plan A. En caso contrario, repetir el Plan B por otras cuatro horas, de no existir mejoría pasar al Plan C.

Si los vómitos persisten, existe rechazo al Vida Suero Oral, o gasto fecal elevado (más de 10 g/kg/hora o más de tres evacuaciones por hora) se hidratará con sonda nasogástrica, a razón de 20 a 30 ml de Vida Suero Oral por kilogramo de peso, por hora).

## **Plan C:**

Para pacientes con choque hipovolémico por deshidratación:

Inicie inmediatamente administración de líquidos por vía intravenosa, con solución Hartmann; si no se encuentra disponible, use solución salina isotónica al 0.9. (Organización Panamericana de la Salud, 2008)

## LA DESHIDRATACIÓN

Se define como un estado de balance hídrico negativo. La causa más frecuente en niños son las pérdidas en forma de diarrea y vómitos. En el mundo mueren al año casi 5 millones de niños menores de 5 años por pérdidas causadas por gastroenteritis. Con menos frecuencia la deshidratación se debe a entradas inadecuadas de líquido por falta de aporte o pérdida de la sed. Las características del niño lo hacen más susceptible a la deshidratación:

- Relación superficie/masa corporal (5/1) mayor, lo que provoca pérdidas superiores.
- Su riñón tiene menos capacidad para excretar cargas de solutos, por lo que requieren más cantidad de agua.
- Mayor porcentaje de espacio extracelular, donde se aloja el agua más lábil o fácilmente intercambiable.
- Un recambio diario de agua corporal mayor (25% del agua corporal total en el lactante y 6% en el adulto).

Niños con deshidratación leves y algunos con moderadas pueden rehidratarse por ésta vía. Por ello el tratamiento por vía parenteral en pacientes deshidratados o con riesgo de deshidratación se reduce a: existencia de alteraciones de la circulación periférica o shock, lactante con menos de 4,5 kilos de peso o menor de 3 meses, incapacidad para la ingesta oral suficiente (letargo, vómitos o anomalía anatómica), incapacidad para incrementar el peso o disminución a pesar de ingesta de líquidos y todas las deshidrataciones graves y la mayoría de las moderadas.

En general, el niño deshidratado se trata en la planta de pediatría. Sólo se justifica su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivo Pediátrico UCIP, si

existen signos de shock al ingreso o en el caso de deshidratación hipotónica severa (natremia menor de 120 mEq/L) o hipertónica (sodio mayor de 150 mEq/L).

## **Causa**

En condiciones normales, todos perdemos agua de nuestro cuerpo a diario a través del sudor, las lágrimas, la orina y las heces. En una persona sana, esa agua se repone al beber líquidos y comer alimentos que contengan agua. Cuando una persona se pone enferma debido a la fiebre, la diarrea o los vómitos, o cuando alguien se expone demasiado al sol la deshidratación sucede. Se produce cuando el cuerpo pierde agua y sales del cuerpo esenciales como sodio, potasio, bicarbonato de calcio y fosfatos.

En ocasiones, la deshidratación puede ser causada por fármacos como los diuréticos, que agotan los líquidos y los electrolitos del cuerpo. Cual sea su causa, la deshidratación debe tratarse lo antes posible.

## **Síntomas**

A continuación se enumeran los síntomas más comunes de la deshidratación. Sin embargo, cada individuo puede experimentarlos de una forma diferente. Los síntomas pueden incluir:

- Sed.
- Micciones menos frecuentes.
- Piel seca.
- Fatiga.
- Aturdimiento.
- Mareo.

- Confusión.
- Boca y mucosas secas.
- Aumento en el ritmo cardiaco y de la respiración.

En los niños, los síntomas adicionales pueden incluir:

- Boca y lengua secas.
- No le salen lágrimas cuando llora.
- No moja los pañales durante más de 3 horas.
- Ojos, mejillas o abdomen hundidos.
- Fiebre alta.
- Apatía.
- Irritabilidad.
- Piel que no vuelve a su sitio al pellizcarla y soltarla.

Los síntomas de la deshidratación pueden parecerse a los de otras condiciones o problemas médicos. Siempre consulte a su médico para el diagnóstico. (Organización Panamericana de la Salud, 2008).

### **Evaluación de la Deshidratación en el Niño con Diarrea**

- Situación A: Hay pérdidas de líquidos pero aún no hay signos ni síntomas de deshidratación.
- Situación B: Hay uno o más signos de deshidratación, pero ninguno de gravedad.
- Situación C: Hay signos de deshidratación grave.

## **Evaluación del Estado de Hidratación y Decisión del Plan de Tratamiento.**

De acuerdo a la evaluación del estado de hidratación se pueden presentar tres situaciones:

A) Hidratado.

B) Deshidratado.

C) Deshidratado grave, los cuales pueden recibir tres planes de tratamiento llamados A, B y C. (Cuadro. 1).

Tratamiento endovenoso

### **Terapia de rehidratación oral**

Indicaciones de la Terapia de Rehidratación Oral:

- Prevenir la deshidratación, con el suministro de SRO desde el inicio de la diarrea, reponiendo las pérdidas de agua y de electrolitos.
- Tratar la deshidratación leve o moderada, con el suministro de SRO durante 3 a 4 horas reponiendo las pérdidas acumuladas de agua y electrolitos.
- Tratar la deshidratación grave, con rehidratación intravenosa por 3 horas complementada con 2 o 3 horas de terapia de rehidratación oral (TRO). (Román, Barrio, & López, 2008).

## **Ventajas de la Terapia de Rehidratación Oral**

El 95 % de los pacientes deshidratados por diarrea, pueden hidratarse con Terapia de Rehidratación Oral.

- Participación activa de la madre en el tratamiento del niño.
- Disminuye la tasa de letalidad intra-hospitalaria por diarrea, entre un 40 a un 50 %.
- Disminuye un 60 % las admisiones hospitalarias, reduciendo los costos hospitalarios hasta un 80 %.
- Disminuye la mortalidad por diarrea y el número de visitas del niño al hospital.
- Al mejorar el manejo de la hidratación y la alimentación del niño con diarrea, se evita la desnutrición, que generalmente acompaña a estos casos.
- Es un procedimiento sencillo de aplicar, por lo que cualquier persona puede ser entrenada para su uso.
- Es económica, pues el costo de un sobre esta alrededor de un dólar USA, en comparación con el tratamiento intravenoso, el cual es más costoso y necesita de personal entrenado para su aplicación. (Román, Barrio, & López, 2008).

### **Enseñar a la madre a reconocer los signos de deshidratación.**

¿Cuándo consultar?

Cuando el paciente no mejora en 2 días.

Cuando presenta:

- Evacuaciones líquidas muy abundantes y frecuentes.
- Sangre en las heces.
- Vómitos a repetición, más de 4 en una hora.
- Signos de deshidratación, como sed intensa.
- Come o bebe poco.
- Hipertermia de 39 °C.

## **Avances en Rehidratación Oral**

Como la SRO no ha resuelto la duración ni la intensidad de la diarrea, se hace necesario pensar que otros transportadores pudieran ser introducidos en el intestino, sin modificar la carga osmótica y facilitando la absorción. Por ésta razón se han hecho trabajos utilizando alimentos como maíz, arroz, papas, trigo como fuente de carbohidratos se concluye que suero de reposición oral (SRO) con base de alimentos debe ser usada en países en desarrollo porque es adaptable a las costumbres y efectiva en reducir el número de evacuaciones.

El arroz se utiliza: 50 - 60 gr de harina de arroz disuelto en 1 litro de agua, se lleva al fuego por la evaporación el cereal se mezcla con el agua, se mueve constantemente hasta que aparezcan burbujas (6 - 7 min), luego se retira de la candela y se le agregan las sales.

Para la papa se usan 200 gr, hervida en forma de puré en un litro de agua, luego se le agregan las sales.

Recientemente se ha estudiado la utilidad de componentes solubles de ZINC, en una solución de rehidratación oral, como agente antioxidante, en los niños con diarrea.

Disminuye el daño oxidativo producido por los radicales libres, incluyendo el óxido nítrico, responsables de ciertos tipos de diarrea y mala absorción intestinal.

## **Ventajas de Solución Oral más Cereal**

Los líquidos proveen agua, sal, glucosa, proteínas y aminoácidos derivados de la digestión del almidón del cereal, los cuales efectivamente promueven la absorción del agua y electrolitos.

Estos fluidos son tan efectivos como el suero de rehidratación oral más azúcar y quizás eficientes, promoviendo la reducción del volumen de las heces y acortando la duración de la diarrea, a pesar de que la magnitud de esto requiere investigación.

Existe menos riesgo de hipertonía peligrosa que con el suero de rehidratación oral (SRO) + azúcar ya que el almidón del cereal cocinado contribuye a una baja osmolaridad.

Se asegura el aporte completo de sodio, al dar cantidades adecuadas de fluidos, esto previene la pérdida urinaria y fecal de potasio (lo cual ocurriría si las pérdidas de sodio no son repuestas), con hipovolemia y la consecuente excreción de potasio por estímulo de la aldosterona.

Los fluidos proveen almidón, proteínas y sodio al mismo tiempo, asegurando una absorción óptima de agua y sodio, incluso cuando no se ingieren más alimentos.

### **Plan B:**

Se utiliza cuando hay enfermedad diarreica aguda con algún grado de deshidratación, el mismo debe realizarse en un centro de salud con la colaboración de la madre.

Exclusivamente con suero de reposición oral (SRO), en cuatro a seis horas, a dosis de 50 a 100 ml/kg a libre demanda, si el paciente no se puede pesar, preferiblemente con taza o cucharilla. Si el niño mama, no suspenda la lactancia durante la rehidratación. Evaluar al niño frecuentemente, cada hora, hasta que esté completamente hidratado.

Tomar las decisiones oportunas, adoptando el tratamiento adecuado, por ejemplo si el niño no puede rehidratarse por vía oral, el uso de gastroclisis.

Al completarse la hidratación, continuar con el plan A, en el hogar.

Si el niño vomita durante la rehidratación, esperar un poco, 10 minutos, y continuar la rehidratación lentamente. Si los vómitos continúan puede utilizarse la sonda nasogástrica para continuar con la rehidratación con el suero oral, a la dosis de 5 gotas/kg/min aumentándola cada 15 min.

Nunca deben usarse antieméticos.

Si el niño no se ha hidratado a las 4 horas puede repetirse el plan B, si los signos de deshidratación empeoran se puede pasar al plan C.

## **ENFERMERÍA**

### **Definición**

Henderson define la a enfermería. Como ayuda al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), y que él realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad y el conocimiento necesarios, asimismo, es preciso realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible.

### **Salud**

Para Henderson no tiene ninguna definición de salud, pero en sus obras utilizaba salud como sinónimo de dependencia. Menciono muchas definiciones de salud procedentes de varias fuentes, entre ella la de la Organización Mundial de la Salud. Consideraba que la salud dependía de las personas para satisfacer por si mismo las 14 necesidades básicas sin ayuda. Afirmaba: es más importante la calidad de la salud que la vida en sí misma, ese margen de energía mental/física que permite trabajar del modo más eficaz y alcanzar el nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Henderson define el **entorno** como conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida.

### **Paciente**

Henderson considera que el paciente es un individuo que precisaba ayuda para recuperar su salud y su independencia, o para tener una muerte tranquila. La mente y el cuerpo son inseparables. de igual forma, el paciente y su familia son una unidad.

## **Necesidades**

Henderson identifico 14 necesidades básicas del paciente como:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger ropa adecuada; vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura dentro de los límites normales, adecuando la ropa modificando el entorno.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesiones a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participa en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

## **Generalidades**

La definición de enfermería de Henderson resulta general, ya que tiene un planteamiento amplio. Intenta incluir la función de las enfermeras y todos los pacientes en las diferentes relaciones y grados de interdependencia.

## **PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA**

### **Definición**

El Proceso de Enfermería es el sistema de la práctica de enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud.

## **Cuidado**

El cuidado del paciente ha sido tradicionalmente visto por las enfermeras y el público como propio de la profesión de enfermería. Sin embargo, el incremento en la tecnología y especializaciones en diferentes áreas específicas ha contribuido a la despersonalización del cuidado de la salud en nuestra sociedad actual.

## **CUIDADO DE ENFERMERÍA**

Como foco de la responsabilidad social de la enfermera. Con frecuencia en la literatura y diferentes foros de los profesionales de enfermería se identifica a esta disciplina como una ciencia y un arte; ciencia por el conocimientos teórico conceptual surgido de la investigación y arte por la necesidad de las enfermeras de sensibilizarse a la experiencia humana tanto de las personas que cuida como de ella misma al momento de interrelacionarse.

## **VALORACIÓN PACIENTE CON DIARREA**

### **Examen Físico**

Peso actual, estado general, estado nutricional, temperatura corporal, presión arterial, frecuencia y tipo respiratorio relleno subungueal > o < de 3 segundos.

### **Estado de Hidratación**

- Estado general del paciente: animado o alerta, irritable, somnoliento, inconsciente.
- Grado de desnutrición
- Tiene lágrimas cuando llora
- Sus ojos normales, hundidos, muy secos, y hundidos.
- Su boca esta húmeda, seca o muy seca.
- Su respiración es normal, más rápida de lo normal, muy rápida.

Se explora

- El signo del pliegue
- Se palpa fontanela
- El llenado capilar
- Toma de la temperatura
- Control de peso.

## **En sector TRO**

Participación conjunta con el médico en la realización de los controles horarios y en la labor docente con las madres.

### **Cuidados que realiza el personal de enfermería a niños menores de 5 años con síndrome diarreico agudo.**

- Conocer cómo evaluar a una niña o niño con diarrea
- Reconocer signos de deshidratación
- Clasificar y tratar la diarrea según signos de peligro y estado de hidratación

- Evaluar al niño con síndrome diarreico
- Valorar el estado nutricional
- Utilizar el plan de tratamiento según las normas del MSP
- Plan A
- Plan B
- Plan C
- Plan D
- Educar a las madres en cuanto a la alimentación del Niño con diarrea
- Promover la lactancia materna
- Prohibir la alimentación con biberones
- Enfatizar en la importancia del lavado de manos
- Educar como mantener los alimentos en buenas condiciones
- Recalcar la necesidad de tomar el agua hervida
- Educar como se debe administrar antibióticos
- Dar consejerías de acuerdo a la patología

## **MARCO LEGAL**

### **ATENCIÓN INTEGRAL A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA (AIEPI)**

Una serie de tecnologías y métodos para lograr el cuidado integral desde antes del nacimiento, el manejo de las patologías más frecuentes, y que además enfoca aspectos relativos al crecimiento y desarrollo saludables y evalúa la posibilidad de maltrato infantil en los niños/niñas menores de cinco años de edad, y cuyo “objetivo es reducir la mortalidad infantil y preescolar”.

#### **El contexto de la salud infantil**

Para poder intervenir en un determinado problema de salud, es necesario comprender la realidad social compleja y diversa. Su conocimiento y las acciones de salud deben contextualizarse considerando las historias y experiencias de vida particulares, en contextos y momentos históricos diferentes.

Así, la experiencia cotidiana de las personas, su modo de vivir la vida, de pensarla, su subjetividad, es central en la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI). Esto justifica que el conocimiento y las acciones en el campo de la salud, se realicen a partir de un acercamiento, un diálogo que ayude a construir nuevas oportunidades conjuntamente con las personas, familias y comunidades y no solo desde la óptica de los trabajadores de la salud.

Desde el punto de vista teórico se tiene como base la salud como proceso socio-biológico y no como fenómeno únicamente biológico. El fenómeno social incorpora “las condiciones de vida de cada grupo de población”, a las cuales se suman el trabajo y supervivencia. Estas condiciones son la forma particular de participación de los grupos en la reproducción general de la sociedad y en la estructura de producción.

Las condiciones de vida y de trabajo traducen las dimensiones económicas, ecológica, de conciencia y de conducta con las cuales interactúa la dimensión biológica del ser humano. En estas mismas condiciones operan las acciones sociales y los servicios de salud y bienestar.

La salud es un producto de procesos de fortalecimiento y desgaste del cuerpo que se manifiesta en los individuos como percepción relativa de bienestar físico, mental y espiritual y se concibe como proceso que cambia en función de las condiciones de vida y trabajo de las personas y las familias, en consecuencia, la salud no se vive de igual manera por todos y hay maneras diferentes de enfermar y morir, condicionadas por la desigualdad en el acceso a la alimentación, actividad, vivienda, vestido, seguridad, descanso y afecto, así como la realización personal, las posibilidades de educación y de participación ciudadana.

La salud de las personas en general, y la de las niñas/os en particular, es un derecho humano exclusivo, puesto en evidencia en la Convención sobre los Derechos del Niño (Resolución 44/25, Naciones Unidas, Ginebra, noviembre 1989) y ratificado como tal en los instrumentos legales de cada país. Esto supone ser obligatorio y su vigilancia y exigencia constantes. Pero, la realidad muestra que no ocurre de esta manera.

La salud es un derecho que no se vive con equidad. La desigualdad en obtener una buena salud tiene origen en los problemas económicos que provocan entre otras, desigualdades de género, etnia y generación.

La combinación de la experiencia con las lecciones aprendidas en el desarrollo de acciones a favor de la infancia y la necesidad de profundizar y ampliar las acciones para facilitar y mejorar la calidad de atención a la niña y niño, permitió a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), desarrollar una estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI).

La estrategia se diseñó como herramienta para la atención de las niñas/os forma integrada, haciendo énfasis en los problemas graves y comunes que afectan su salud.

## **Antecedentes**

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) es una estrategia elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Presentada en 1996 como estrategia para mejorar la salud en la niñez. Enfoca la atención de los menores de cinco años en su estado de salud más que en las enfermedades que ocasionalmente pueden afectarlos.

De este modo, reduce las oportunidades perdidas de detección precoz y tratamiento de enfermedades que pueden pasar inadvertidas para los padres y para

el personal de salud, con el consiguiente riesgo de agravarse y de presentar complicaciones.

La AIEPI incorpora un fuerte contenido preventivo y de promoción de la salud como parte de la atención. Así contribuye, entre otros beneficios, a aumentar la cobertura de vacunación y a mejorar el conocimiento, las prácticas de cuidado y atención de los menores de cinco años en el hogar, de forma de contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables.

La AIEPI es una estrategia que integra las medidas disponibles para la prevención de enfermedades y problemas de salud durante la niñez, para su detección precoz, tratamiento efectivo, y para la promoción de hábitos de vida saludables de la familia y la comunidad.

AIEPI puede ser aplicada por el personal de salud como por otras personas que tienen a su cargo el cuidado y atención de niños/as menores de cinco años, entre ellos, los padres.

Brinda los conocimientos y habilidades para evaluar en forma secuencial e integrada la condición de salud del niño y, de esta manera, detectar las enfermedades o problemas frecuentemente, según el perfil epidemiológico de cada lugar. A partir de esta evaluación, la AIEPI brinda instrucciones claras sobre la clasificación de las enfermedades y problemas, y establece el tratamiento que debe administrarse para cada una de ellas. La estrategia contiene las indicaciones para controlar la evolución del tratamiento, para identificar la necesidad de aplicar medidas de prevención, para informar, educar a los padres sobre la prevención y promoción de la salud infantil.

## **Aspectos legales de la estrategia AIEPI**

Se asegura la necesaria y oportuna atención a los recién nacidos o nacidas, a los niños o niñas menores de 5 años en las enfermedades comprendidas en la estrategia de atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), y sus complicaciones todo ello según normas vigentes del Ministerio de Salud Pública.

Las actividades de la estrategia de atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), deben registrarse en los formularios MSP. HCU – FORM. AIEPI 01\02 o en el AIEPI 02\02 ( Guía de Registro para la atención de los niños \ as de 1 semana a 2 meses y de 2 meses a 4 años)

## **Objetivos y metas**

La Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia tiene tres objetivos:

- Reducir la mortalidad en la infancia.
- Reducir la incidencia, gravedad de las enfermedades y problemas de salud que afectan a los niños/as.
- Mejorar el crecimiento y desarrollo durante los primeros años de vida de los niños/as.

En la Región de las Américas, OPS ha propuesto una meta específica para la implementación y fortalecimiento de la estrategia AIEPI, que fue lanzada en 1999 como la iniciativa Niños Sanos: la Meta de 2002, que propone reducir en

100.000 el número de muertes de menores de cinco años del continente americano durante el período 1999-2002.

## **Componentes**

La implementación de la estrategia AIEPI tiene tres componentes:

1. Mejorar el desempeño del personal de salud para la atención de los menores de cinco años y sus familias (componente de personal de salud).
  2. Mejorar la organización y el funcionamiento de los servicios de salud para brindar una atención eficiente y de calidad adecuada (componente de servicios de salud).
  3. Mejorar los conocimientos y las prácticas de las familias para el cuidado y atención de las niñas y niños en el hogar (componente comunitario).
- Para mejorar el desempeño del personal de salud AIEPI brinda un conjunto de instrumentos prácticos entre los que pueden mencionarse:
    - Cuadros para la evaluación, clasificación y tratamiento de los menores de cinco años y materiales de capacitación sobre los cuadros.
    - Guías para el seguimiento del personal de salud para apoyarlo en la efectiva aplicación de la estrategia AIEPI.
    - Materiales de capacitación para mejorar la comunicación con los padres durante la evaluación de sus hijos, para brindar las indicaciones de tratamiento de los problemas, y para promover prácticas de crecimiento y desarrollo saludables.

Para mejorar la organización y el funcionamiento de los servicios de salud, el AIEPI dispone de un conjunto de instrumentos prácticos entre los que pueden mencionarse:

- Guías para la evaluación de la atención de menores de cinco años en servicios de salud del primer nivel y en hospitales de referencia.
- Materiales de capacitación para la elaboración de planes locales para implementación, seguimiento y evaluación de AIEPI.
- Curso de capacitación para mejorar la disponibilidad de suministros y medicamentos para la aplicación de AIEPI.
- Protocolos de investigación epidemiológica y operativa sobre AIEPI.
- Guías para la evaluación de resultados de la aplicación de AIEPI.

Para mejorar los conocimientos y prácticas de los padres respecto del cuidado y atención de los menores de cinco años, AIEPI dispone de distintos instrumentos prácticos, entre los que pueden mencionarse:

- Dieciséis prácticas familiares clave para el crecimiento y desarrollo saludables.
- Guía para el desarrollo de proyectos comunitarios AIEPI.
- Guías para la evaluación de la atención de menores de cinco años en servicios de salud del primer nivel y en hospitales de referencia.

## **Contenidos**

La estrategia se ha ampliado y en la actualidad se está finalizando la elaboración de cuadros complementarios para la atención de la mayoría de los problemas de salud y enfermedades que afectan a los menores de cinco años. De este modo, AIEPI incluye los siguientes contenidos: (CUADRO. 2).

Entre los contenidos adicionales que se encuentran en diferentes fases de implementación, se pueden mencionar los siguientes:

- Perinatal/neonatal.
- Asma y síndrome bronco-obstructivo.
- Desarrollo.
- Salud oral.
- Maltrato, violencia y accidentes.
- Diabetes y obesidad.

## **Situación actual**

La Organización Panamericana de la Salud estima que todos los años aproximadamente medio millón de niños/as mueren antes de alcanzar los cinco años de edad. Se estima que aproximadamente el 27% de estas muertes se debe a enfermedades infecciosas y a trastornos nutricionales, lo que representa más de 150.000 defunciones anuales de menores de cinco años en todo el continente americano. Entre estas enfermedades, las enfermedades respiratorias, y principalmente la neumonía, y las enfermedades diarreicas, son las causas principales de mortalidad.

La información disponible sobre enfermedades durante los primeros cinco años de vida también muestran que las enfermedades infecciosas y los trastornos nutricionales continúan siendo la principal razón para la pérdida de la condición de salud, y por esta razón resultan determinantes en cuanto a las posibilidades de crecimiento y desarrollo saludables de los niños y niñas desde que nacen y hasta los cinco años de edad.

La mayoría de las enfermedades infecciosas que continúan afectando la salud de la niñez y que son responsables de más de 150.000 muertes anuales en el continente americano, puede ser prevenida o efectivamente tratada mediante la aplicación de intervenciones sencillas y de bajo costo. Sin embargo, miles de familias aún no disponen de acceso a estas intervenciones, o carecen de los conocimientos y de la práctica que les permitiría aplicarlas en el hogar y la comunidad.

Con base en esta situación, durante los primeros años de la década de los 90, OMS y UNICEF trabajaron en conjunto para diseñar una estrategia que integre todas las intervenciones de prevención, de tratamiento y de promoción de la salud que pueden contribuir a reducir la mortalidad y la morbilidad en la niñez y a fomentar mejores condiciones para la salud y el desarrollo de los niños y niñas durante sus primeros cinco años de edad: AIEPI—Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. (Organización Mundial de la Salud, 1996).

## **Avances regionales**

Hasta fines de 2001, diecisiete países de América Latina y el Caribe habían adoptado e implementado la estrategia (AIEPI) Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. En estos países, se concentra el 52% de la población menor de cinco años del continente; pero en ellos ocurre el 75% de las muertes anuales en este grupo de edad.

Otros países participaron en la implementación de AIEPI, contribuyendo con modelos de atención ya en ejecución, tomando parte del proceso de diseño e incorporación de nuevos componentes, y analizando la contribución que AIEPI puede realizar a las acciones ya existentes para la atención y cuidado de la infancia y la niñez.

Todos los países se adhirieron a la iniciativa "Niños Sanos: la Meta de 2002" (lanzamiento oficial de la iniciativa, diciembre 1 de 1999); y en 10 de ellos, se realizaron lanzamientos nacionales y locales con el fin de fomentar la participación institucional y comunitaria para acelerar la velocidad de descenso de la mortalidad, mediante la aplicación de la estrategia AIEPI. (Organización Mundial de la Salud, 1996)

### **Aprendizaje de AIEPI en enfermería**

El cuidar es la esencia de la enfermería, la cual se ejecuta a través de una serie de acciones de cuidado dirigidos a otro ser humano o grupos con afecciones físicas reales o potenciales, con el fin de mejorar o aliviar las molestias y/o dolencias generadas por el proceso de enfermedad o a mantener la salud; por esto, las personas que ejercen esta profesión deben poseer el conocimiento y la capacidad intelectual que le permita resolver, comunicarse y reflexionar críticamente, sobre los problemas inherentes o que alteren la salud de las personas que cuidan. Las enfermeras/os prestan servicios de salud a la persona, la familia y la comunidad y coordinan sus servicios con los de otros grupos organizados.

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), establecida en 1996 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se constituye en la principal herramienta para mejorar la salud de la niñez ya que aborda los principales problemas de salud de la niña y niño, asegura, la identificación precoz de los menores gravemente enfermos con enfoque de riesgo, responde a la demanda actual de atención de la población y es eficaz en función de costos.

La enfermera/o es una persona que ha completado un programa de educación de enfermería básica y general, y que ha sido habilitada por la autoridad reguladora pertinente a ejercer la enfermería en su país. La formación de enfermería básica es un programa de estudios formalmente reconocidos que proporciona primero, un fundamento amplio y sólido en las ciencias para el ejercicio general de la enfermería, y segundo, el papel de liderazgo dentro de la educación de pre y posgrado para el ejercicio especializado o avanzado de la enfermería. (Organización Mundial de la Salud, 1996)

## **Competencias de enfermería en AIEPI**

Desde hace varios años se está trabajando en el fortalecimiento de las capacidades institucionales de los sistemas de salud para el desarrollo de procesos y programas de educación permanente, que incluyen enfoque de competencias. Este enfoque trata de impulsar activamente el desarrollo de la capacidad institucional en gestión de recursos humanos, incluyendo el desarrollo de las nuevas competencias del personal derivadas de los cambios en los modelos de atención y de las nuevas funciones institucionales.

Los tres objetivos que se buscan referentes al desarrollo humano son: el crecimiento, la equidad social, y la sustentabilidad, a través de una relación armoniosa con el medio ambiente.

El desarrollo de competencias se contextualiza en un marco de desarrollo humano, aprendizaje permanente y en el desarrollo integral en cada persona, así como a un desarrollo organizacional dentro de las instituciones.

Las competencias constituyen, en la actualidad, una conceptualización y un modo de operar que permite mejor articulación entre gestión, trabajo y educación. La competencia tiene que ver con una combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes conducentes a un desempeño adecuado y oportuno en diversos escenarios.

## **Vigilancia a la salud en AIEPI**

La vigilancia a la salud incorpora una forma de actuar que tiene como objetivo el constante monitoreo del proceso salud-enfermedad de los grupos sociales. En este caso, el profesional de salud debe ir más allá del problema inmediato que puede manifestarse a través de un determinado problema de salud para incorporar las acciones de detección precoz de los problemas, buscando actuar sobre las necesidades de salud. Se trata de una nueva dimensión de la práctica en salud que integra los procesos de vida como un todo.

En ese sentido, las acciones en Salud Colectiva deben dar lugar a entender la forma como la población usuaria de los servicios de salud entiende el proceso salud-enfermedad, individualmente o en los grupos sociales.

Entendiéndose que la enfermedad no está sometida de forma única a la exposición de un agente etiológico, o a la exposición de algunos factores, es necesario entregar a la población información de cómo opera la salud y la enfermedad, es decir, como se originan efectivamente.

AIEPI no se suscribe de forma exclusiva a esos aspectos, sino busca ir más allá a través del conocimiento y monitoreo de la situación social y de la salud de

la familia, así como de intervenciones y consejería sobre las necesidades presentadas, la visita domiciliaria es un instrumento clave para la vigilancia de la salud dentro de la estrategia AIEPI.

La práctica de la Salud Colectiva es un acercamiento con las personas y sus modos de “enfrentar la vida”, principalmente a través de las visitas y de la atención domiciliaria, prácticas importantes de los profesionales que actúan junto a la comunidad y para el equipo de salud como un todo.

La visita domiciliaria es una intervención que posibilita el conocimiento de los determinantes del proceso salud- enfermedad en el ámbito familiar para proporcionar intervenciones apropiadas a la realidad de vida. Es decir, la visita domiciliaria posibilita a la enfermera/o identificar cómo se comportan en familia, las formas de trabajo y vida de los miembros que la componen, cuáles patrones de apoyo se desarrollan en el interior del universo familiar y cómo estos pueden contribuir para el proceso de prevención, curación y recuperación de sus enfermedades.

Además de buscar la identificación de esa unión y fortaleza familiar, la práctica de la visita domiciliaria comprende también entender las funciones sociales, económicas, ideológicas y de reproducción de la fuerza de trabajo de la familia en la sociedad.

Al permitir que esos aspectos sean evaluados, la visita domiciliaria:

- Posibilita la comprensión de las posibles dificultades financieras y sociales que las familias tienen para la calidad de vida de sus miembros.

- Permite identificar las familias con mayores riesgos sociales de enfermar y morir y menores posibilidades para el enfrentamiento a estos problemas.
- Permite organizar el acceso a los servicios de salud para la atención de esas familias. De esta forma, la enfermera/o que actúa en la comunidad estará actuando también en la construcción del principio de la equidad.
- Permite identificar los elementos que pueden fortalecer a las familias en su proceso salud-enfermedad.

En la implementación de la estrategia AIEPI es fundamental priorizar la visita domiciliaría para las familias cuyas niñas y niños hayan sido clasificados con algún problema de mayor gravedad (color rojo), para las que no asisten a las consultas de seguimiento y para los que tuvieron una clasificación por algún problema prevalente más de dos veces el año (color amarillo).

En la perspectiva de la vigilancia a la salud, la unidad de salud debe mantener los registros de todas las niñas y niños atendidos a través de la estrategia AIEPI para producir información del proceso salud-enfermedad infantil. Se debe llevar la vigilancia epidemiológica y cada semestre se elabore un informe sobre los problemas de salud frecuentes para que se organicen discusiones con los líderes comunitarios acerca de las causas de los problemas identificados y cómo enfrentarlos a partir de la articulación con la comunidad. Solo así los profesionales estarán actuando para promover la salud. (Organización Mundial de la Salud, 1996).

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son los cuidados de enfermería que proveen a niños menores de 5 años de edad con síndrome diarreicos del Área de Pediatría del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón?

## **MÉTODO**

### **Justificación de la elección del método**

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal con el objetivo de identificar los factores de riesgo que influyen en el incremento de enfermedades de Síndrome Diarreico Agudo (SDA) detectadas en menores de 5 años de edad que acuden al Área de Pediatría del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón de la provincia del Guayas durante el primer trimestre del año 2012.

### **Diseño de la Investigación**

Los elementos estudiados y la fundamentación teórica del problema. El plan de acción para alcanzar los objetivos. (Pineda & Eva, 2008).

### **Universo**

El universo lo constituyen 80 niños menores de 5 años atendidos con síndrome diarreico en el primer trimestre del año 2012 del área de pediatría del Hospital Abel Gilbert Pontón.

### **Muestra**

Se realizó entrevistas a 45 madres de los niños con Síndrome Diarreico Agudo que se encontraban hospitalizados en el área de pediatría durante el primer trimestre del año 2012.

## Las técnicas de recolección de Información

### Métodos

Los métodos y técnicas que se utilizamos los hemos resumido en los siguientes:

**Método científico:** me permitió a través de la conceptualización situar la determinación de objetivos para el establecimiento de la relación causa y efecto en el campo de la investigación.

**Método descriptivo:** determinó una situación problemática que posteriormente permitió establecer un problema de investigación.

**Método inductivo deductivo:** La inducción la realice como una forma de razonamiento, por medio de la cual pasaremos de los conocimientos particulares a un conocimiento más general y la deducción fue una forma de razonamiento, mediante la cual pasamos de un conocimiento general a otro de menor generalidad.

Técnicas de recolección de información.

### Recolección de la información se utilizó:

#### Técnicas primarias:

- Entrevista a las madres de los menores de 5 años.
- Entrevista al personal de enfermería del área de pediatría.

#### Técnicas secundarias:

- Análisis de contenidos bibliográficos.
- Lecturas científicas.
- Revisión de Historias clínicas de los pacientes menores de 5 años de edad con diagnóstico de enfermedad diarreica aguda.

## **Procedimiento**

Se utilizo para procesar la información como métodos teóricos la revisión documental, el análisis y la síntesis; se realizó la comparación, la revisión documental con los resultados obtenidos en la investigación y los encontrados por otros autores.

En esta parte de la ejecución del proceso de investigación se cumplió con las siguientes actividades:

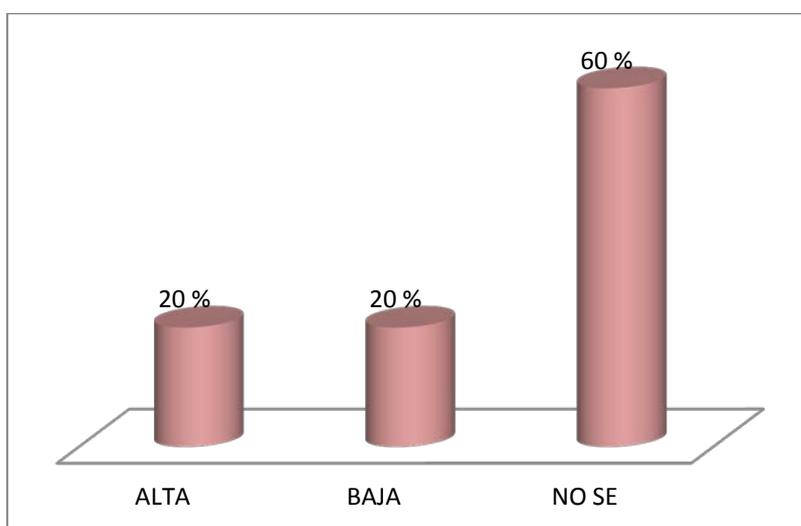
- Par la recolección de información, realice entrevista a cada uno de los autores directos en la investigación que componen la muestra, mediante los instrumentos previamente construidos con preguntas que permitieron obtener los datos necesarios para dar respuesta a los problemas planteados.
- Una vez recolectada la información procedí a tabular, utilizando tablas de frecuencias, cuadros ilustrativos y representaciones gráficas.

## ANÁLISIS DE RESULTADOS

Tabulación e interpretación de datos proporcionados por el Personal de enfermería que labora en el área de pediatría del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón.

### GRÁFICO N.º 1

Conocimiento de las enfermeras acerca de la tasa morbilidad en menores de 5 años con síndrome diarreico agudo.



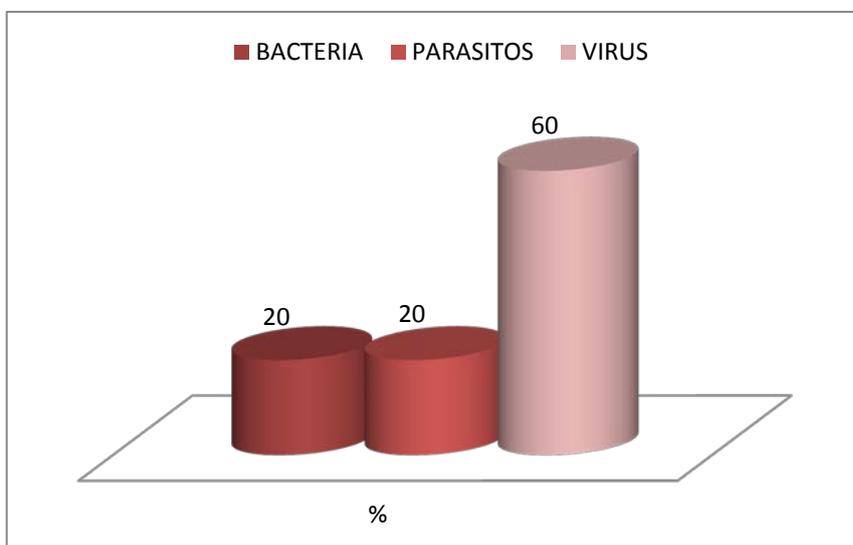
Fuente: Hospital "Dr. Abel Gilbert Pontón.

Elaborado: Diana Elizabeth Cabrera Zamora.

**Análisis:** En este indicador podemos ver que el Personal de enfermería refiere no conocer la tasa de morbilidad, es importante señalar que el 60% de este personal desconoce este antecedente, el 20 % tiene baja y solo el 20% restante conoce la tasa de morbilidad, lo cual nos da la pauta del desinterés en conocer las consecuencias del síndrome diarreico, ya que más de la mitad excluye la tasa de morbilidad en los niños/as menor de 5 años con enfermedad diarreica aguda.

## GRÁFICO N.º 2

Agentes causales comunes que producen el síndrome diarreico agudo en niños/as menores de 5 años de edad.



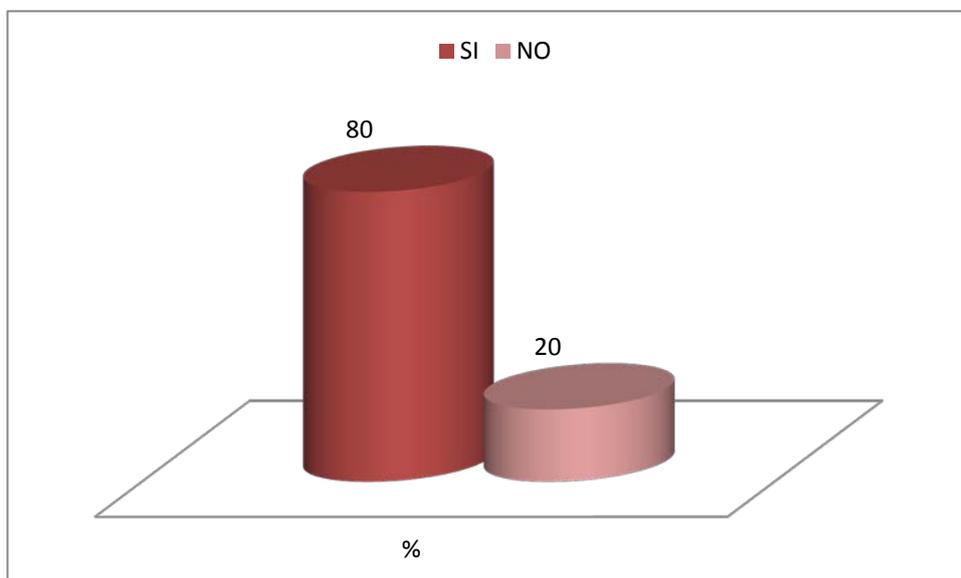
Fuente: Hospital Abel Gilbert

Elaborado: Diana Elizabeth Cabrera Zamora.

**Análisis:** En este análisis muestra que el personal de enfermería describe los agentes causales más comunes del SDA como: el 60% viral, el 20% se debe a la parasitosis y el 20% restante nos dice que es bacteriano. Por lo que El virus infecta los enterocitos del intestino, disminuye la actividad de las enzimas que digieren los azúcares, y disminuye la reabsorción del sodio y del agua en el intestino. Lo que produce un exceso de fluidos en la luz intestinal, que tiene como consecuencia una diarrea acuosa.

### GRÁFICO N.º 3

Estrategia AIEPI



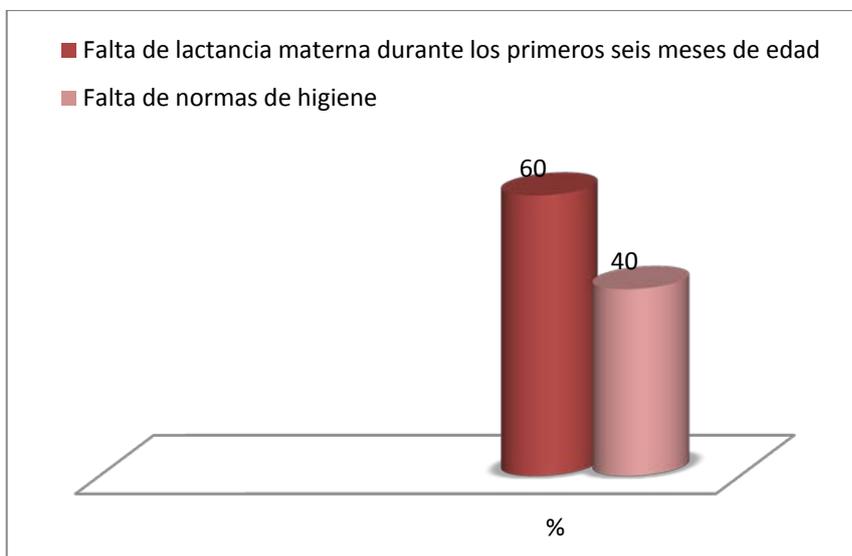
Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón.

Elaborado: Diana Elizabeth Cabrera Zamora.

**Análisis:** En este indicador podemos observar que el Personal de enfermería si conoce la estrategia AIEPI, lo que constituye una fortaleza en la calidad de atención del niño/a, así lo manifiestan el 80% del personal encuestado, el 20% manifiesta no conocer. Es prioridad enfocar este punto ya que este programa de AIEPI es una estrategia que integra todas las medidas disponibles para la prevención de enfermedades y problemas de salud durante la niñez, para su detección precoz y tratamiento efectivo, y para la promoción de hábitos de vida saludables en la familia y la comunidad

## GRÁFICO N.º 4

Factores de riesgo a los que se les atribuye la enfermedad diarreica aguda.



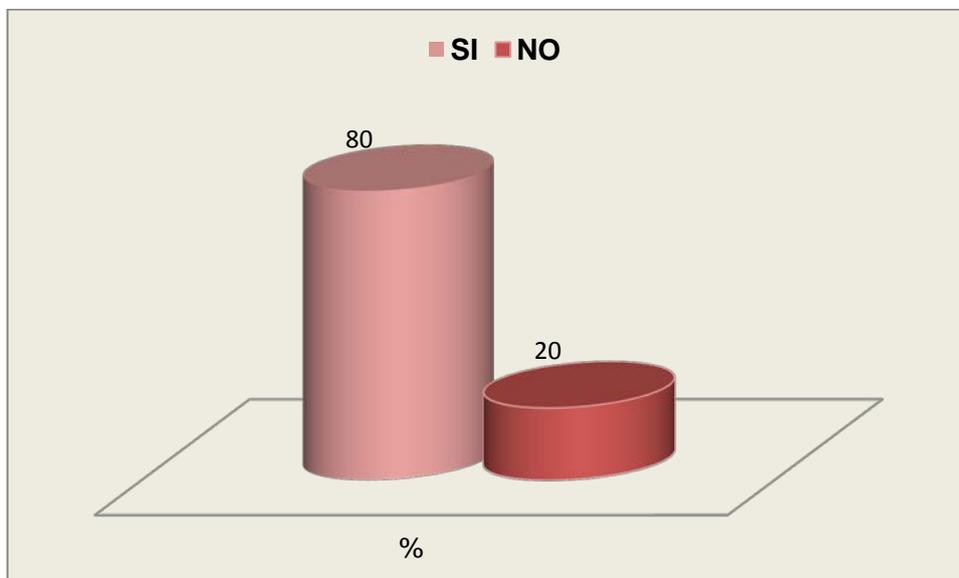
Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón.

Elaborado: Diana Elizabeth Cabrera Zamora.

**Análisis:** En este indicador tratamos que el 60% del personal de enfermería, indicar que la falta de lactancia materna durante los primeros 6 meses de edad es uno de los principales factores de riesgo que influyen en el incremento del síndrome diarreico agudo detectadas en niños/as menores de 5 años de edad. El 40% menciona como factor de riesgo la falta de normas de higiene. Porque nos dice las normas de salud pública, que la lactancia materna exclusiva hasta el 6 mes, a libre demanda de día y de noche por las múltiples ventajas inmunológicas, psicológicas, económicas y nutricionales irremplazables. (Ecuador, 2008)

## GRÁFICO N.º 5

Conocimiento de las madres de los niños/as menores de 5 años de edad sobre el síndrome diarreico agudo.



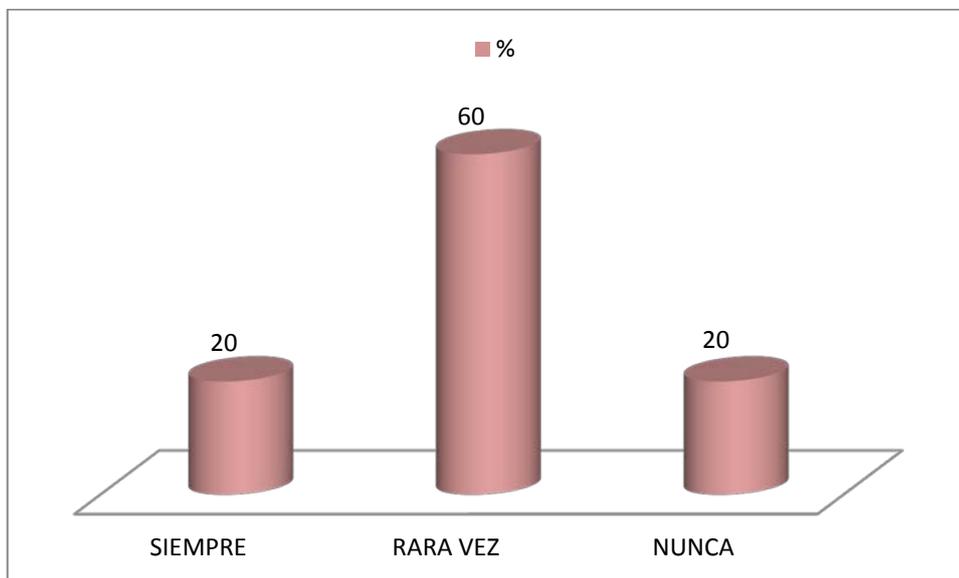
Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón.

Elaborado: Diana Elizabeth Cabrera Zamora.

**Análisis:** En este indicador obtenemos que el 20 % indica no conocer mientras que el 80% del Personal de enfermería refiere que la falta de conocimiento de los padres de los niños/as menores de 5 años de edad sobre el síndrome diarreico agudo y su complicación si influye en la incidencia de la enfermedad. Lo que ha conllevado algunos autores a considerarla como una enfermedad de tipo social ; coincidiendo en los múltiples factores que intervienen en su ocurrencia, tales como: bajo nivel educacional de las personas que cuidan los niños, malos hábitos higiénicos, deficiente servicios sanitarios de las viviendas, bajos ingresos económicos, servicios mínimos necesarios para alcanzar un nivel de vida adecuado y hacinamiento.

## GRÁFICO N.º 6

Frecuencia de consejería a las madres de los menores de 5 años de edad con diagnóstico de síndrome diarreico agudo.



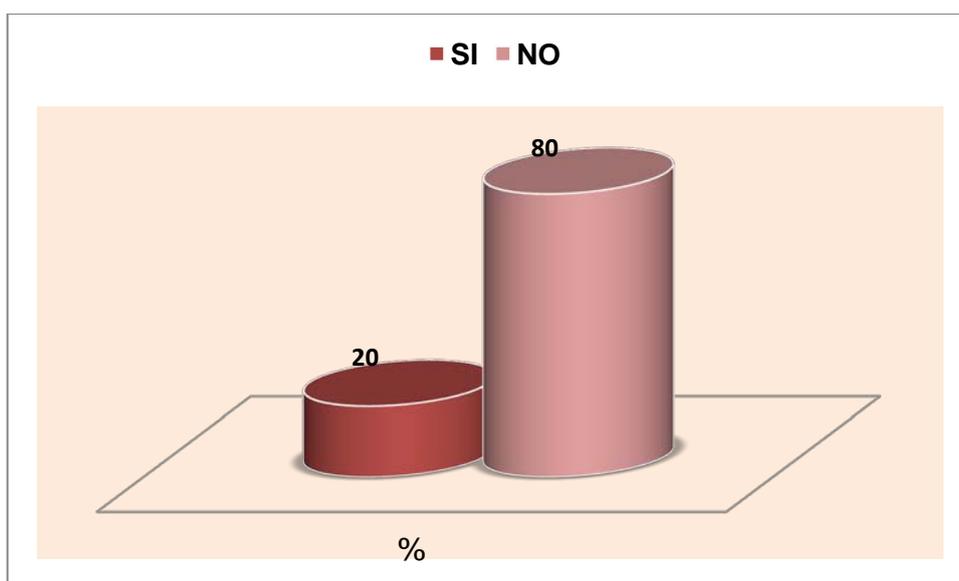
Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón.

Elaborado: Diana Elizabeth Cabrera Zamora.

**Análisis:** En este gráfico nos podemos dar cuenta que el 60% del personal de enfermería encuestado refiere que rara vez brinda asesoría y/o consejería a las madres de los niños/as menores de 5 años de edad con diagnóstico de síndrome diarreico. Lo que indica una problemática para que estas madres desconozcan las medidas de prevención, ya que no se las educa sobre la enfermedad cuando la prevención la realiza la enfermera por medio de sus consejerías, charlas.

## GRÁFICO N.º 7

Plan escrito de educación continua dirigida a las madres de familia sobre la prevención de enfermedades diarreicas aguda.



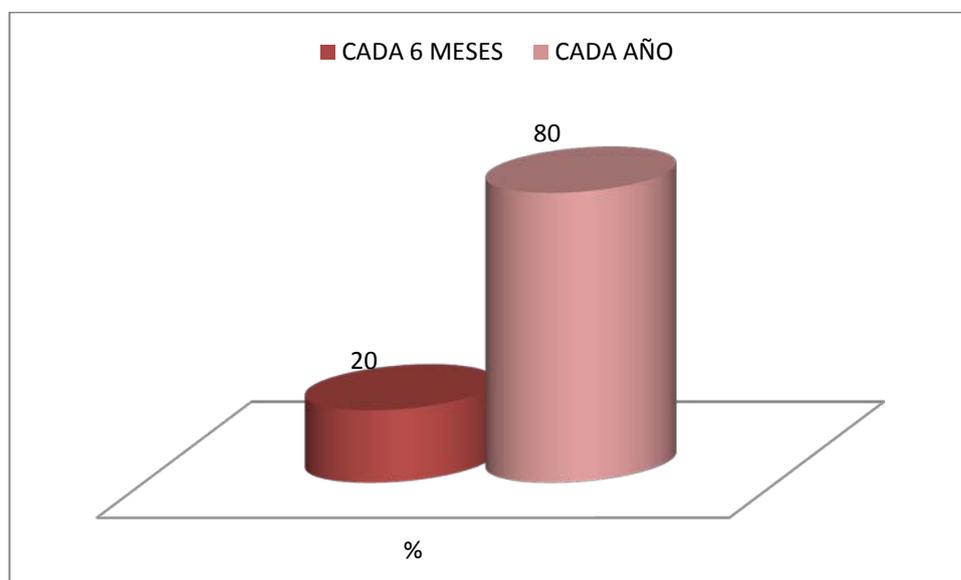
Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón.

Elaborado: Diana Elizabeth Cabrera Zamora.

**Análisis:** Sabemos que el 20% mencionó que existía un plan y el resto que fue el 80% del Personal de enfermería manifestó que en la unidad no existe un plan escrito de educación continua dirigida a los padres de familia y comunidad que contribuya a la prevención de las enfermedades diarreicas aguda en los niños/as menores de 5 años de edad. Cuando en todo establecimiento de salud existe un plan de educación pero por desconocimiento o desinterés de las enfermeras en aplicarlo siendo este una norma de salud pública al cuidado del menor.

## GRÁFICO N.º 8

Frecuencia se dan capacitaciones sobre el manejo de las enfermedades diarreicas agudas y la estrategia AIEPI.



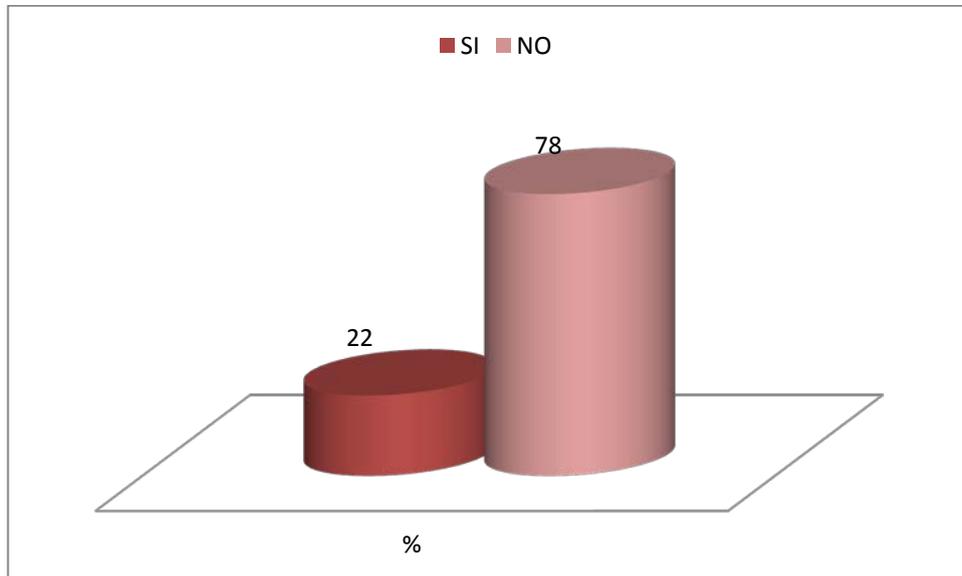
Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón.

Elaborado: Diana Elizabeth Cabrera Zamora.

**Análisis:** Se identifica que el 20% dice que las capacitaciones las reciben cada 6 meses, el restante que es el 80% del Personal de enfermería encuestado refiere que las capacitaciones sobre el manejo de las enfermedades diarreicas agudas y la estrategia AIEPI se las realiza cada año. Por lo tanto no todas asisten por horarios y desconocen la frecuencia de las capacitaciones. Esto puede perjudicar en la actualización de las enfermeras ya que la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) ofrece su componente comunitario para apoyar el mejoramiento de las prácticas con la familia y comunidad, a través de herramientas sencillas y de bajo costo, busca mejorar el cuidado y atención del menor. Además, proporciona el conocimiento necesario para saber cuándo y dónde buscar ayuda.

## GRÁFICO N.º 9

Agentes infecciosos que causan la enfermedad diarreica aguda.



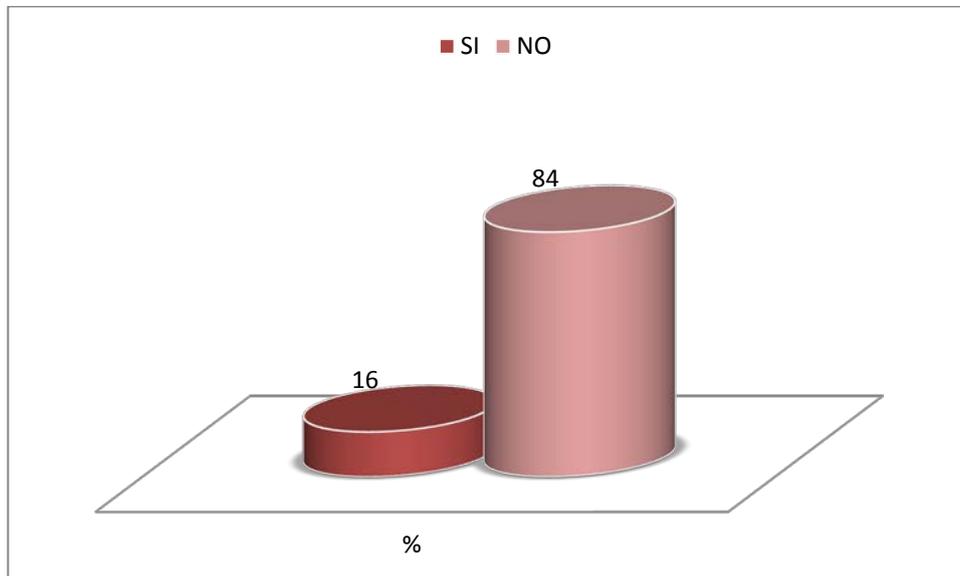
Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón.

Elaborado: Diana Elizabeth Cabrera Zamora.

**Análisis:** En este análisis el resultado es que el 78% de las madres no conocían los agentes infecciosos que causan la enfermedad diarreica aguda, mientras que tan solo un 22% si conocían, y mencionaron que era por bacterias. En este sentido este resultado nos da la pauta para que el personal de enfermería aborde a la madre para orientarla sobre los agentes infecciosos que causan la enfermedad diarreica, debemos enfatizar que evitamos con una higiene correcta.

## GRÁFICO N.º10

Signos y Síntomas de alarma de la enfermedad diarreica aguda.



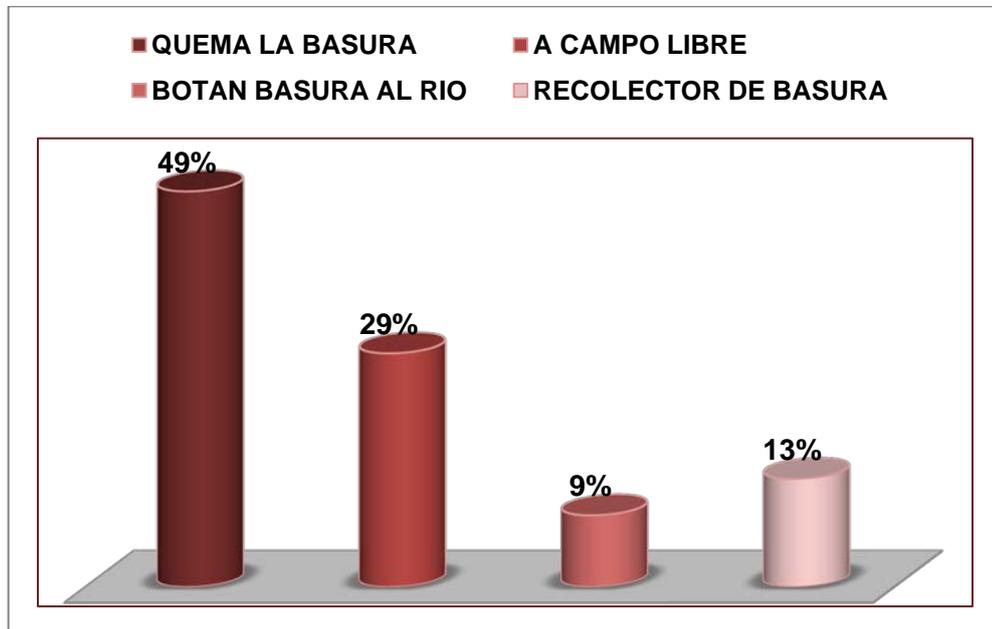
Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón.

Elaborado: Diana Elizabeth Cabrera Zamora.

**Análisis:** Los resultados presentados arrojan que el 84% de las madres no conocían los signos y síntomas de alarma del síndrome diarreico, y tan solo el 16% si conocían. Con respecto a esto es otro punto que las enfermera debemos trabajar con la madre educándolas en cuáles son los síntomas de la enfermedad de síndrome diarreico agudo, para de esta manera prevenir complicaciones, como la deshidratación.

## GRÁFICO N. 011

La disposición de la basura.



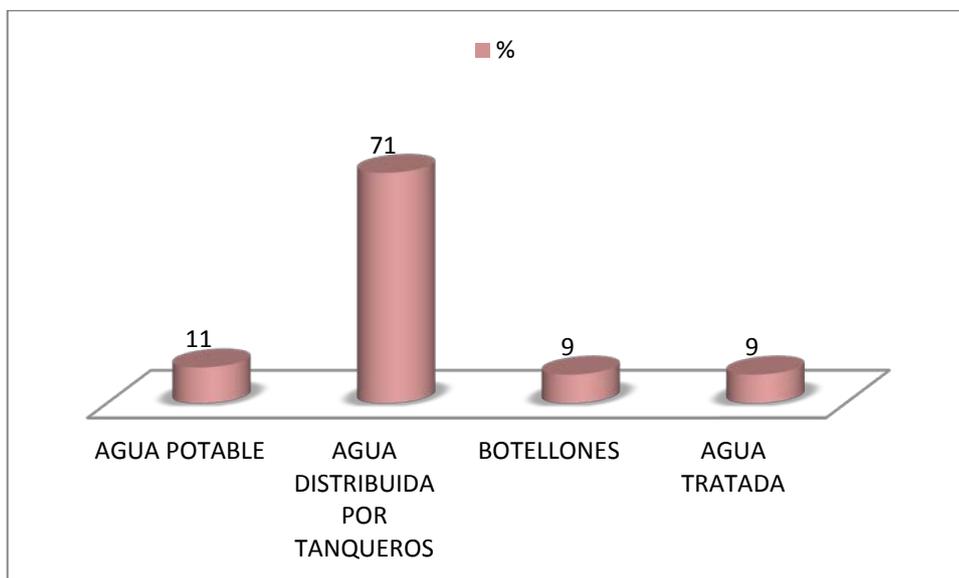
Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón.

Elaborado: Diana Elizabeth Cabrera Zamora.

**Análisis:** En los resultados arroja que el 49% de las madres de familia queman la basura, el 29% la arroja a campo libre, el 13% la llevan por medio del recolector de basura, y el 9% bota la basura al río. Estos antecedentes han sido tomados en cuenta, porque permiten conocer los factores socio-culturales que influyen en la prevención de enfermedad de síndrome diarreico agudo, así como también, las acciones que realizan los profesionales de enfermería en la orientación de las medidas preventivas dirigidas a las madres sobre las pautas a seguir en la prevención de los Síndromes Diarreicos en niños menores de 5 años que ingresan.

## GRÁFICO N.º12

El agua para el consumo diario.



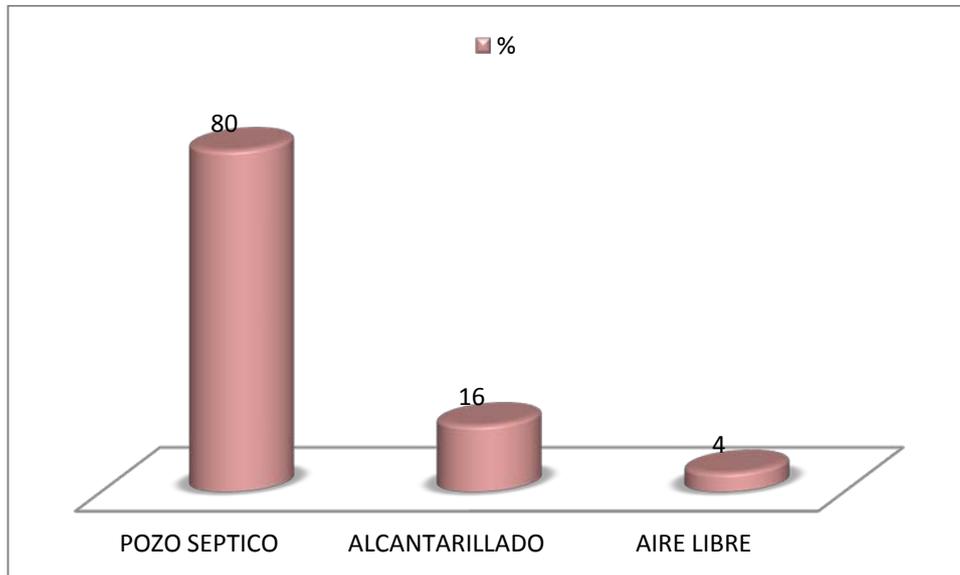
Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón.

Elaborado: Diana Elizabeth Cabrera Zamora.

**Análisis:** En este gráfico nos indica que el 71 % de las madres de familia consumen agua distribuidas por tanqueros, el 11% consumen agua potable, el 9% consume agua de botellones y el 9% restante consume agua tratada. La causa que me demostró que en aquellos niños que beben agua de tanqueros sumando a que no la hierven. Son más propensos a enfermarse por eso Hervir el agua es una medida de prevención para eliminar los posibles microorganismos.

## GRÁFICO N. °13

Eliminación de excretas.



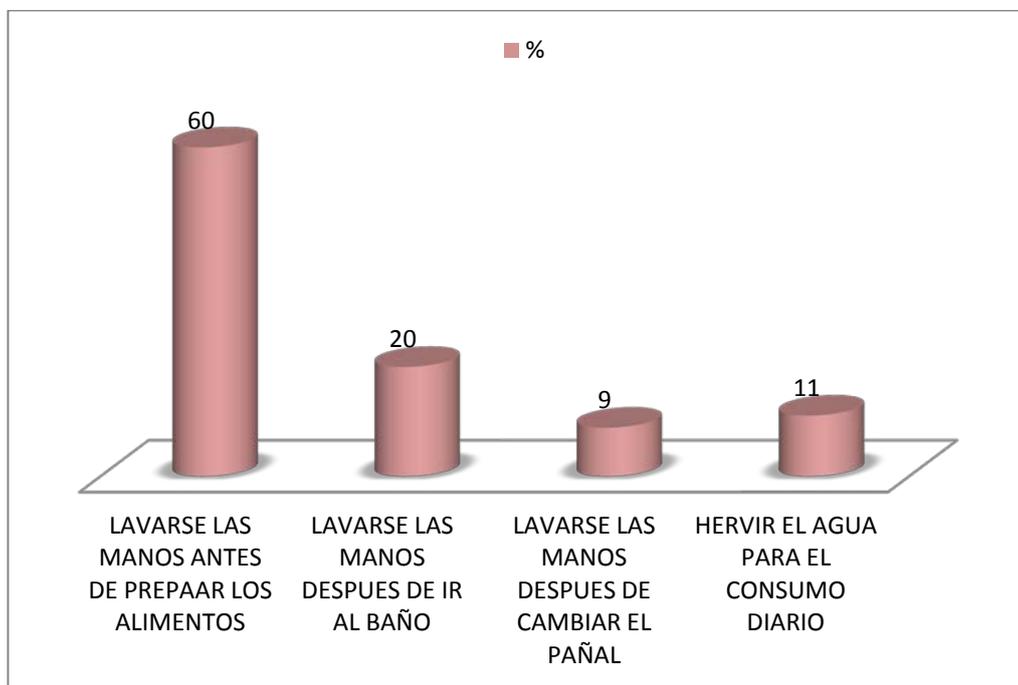
Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón.

Elaborado: Diana Elizabeth Cabrera Zamora.

**Análisis:** En este indicador se proporciona que el 80% de las Madres de familia eliminan las excretas en pozo séptico, el 16% tienen alcantarillado mientras que el 4% realizan la eliminación de excretas al aire libre. lo que da la pauta para educar de las medidas de prevención en su hogar para mejorar la eliminación segura de las heces humanas para prevenir la diarrea este desconocimiento pone en riesgo la salud.

## GRÁFICO N.º14

Normas de higiene para evitar la enfermedad diarreica.



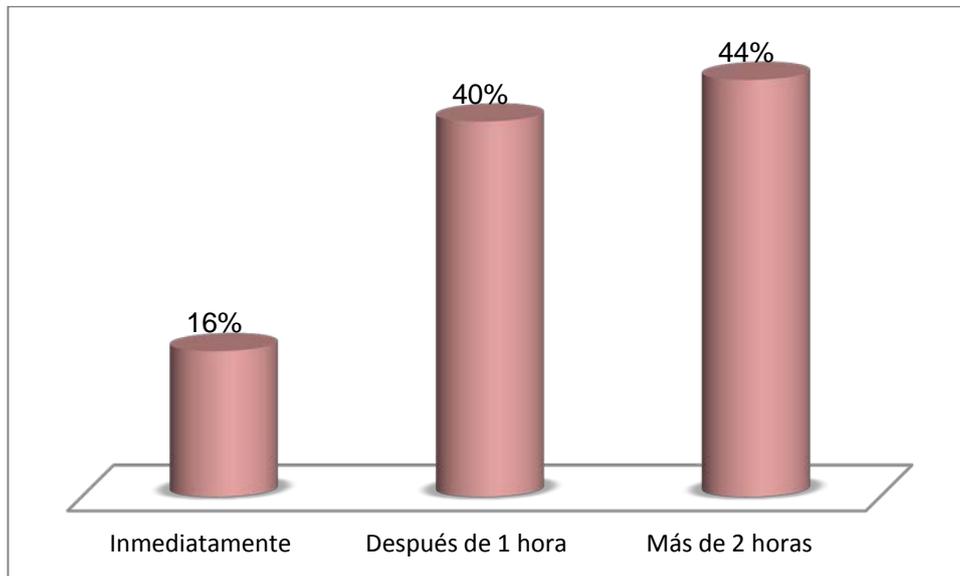
Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón.

Elaborado: Diana Elizabeth Cabrera Zamora.

**Análisis:** En este análisis observamos que como normas de higiene para evitar la enfermedad diarreica en su hijo/a el 60% de las madres se lava las manos antes de preparar los alimentos el 20% se lava las manos después de ir al baño, el 11% si hierve el agua para el consumo diario y el 9% se lava las manos después de cambiar el pañal. Por lo tanto, esto nos da la pauta en trabajar en la prevención ya que en estos casos de infección son transmitidas por vía oro fecal y no solo con lavarse las manos al preparar los alimentos.

## GRÁFICO N.º 15

Inicio de la lactancia materna.



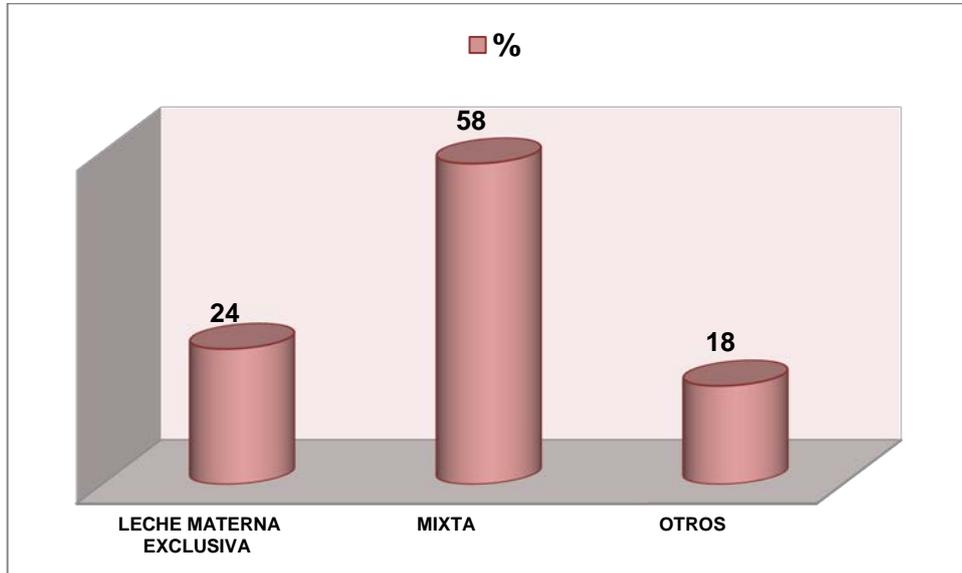
Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón.

Elaborado: Diana Elizabeth Cabrera Zamora.

**Análisis:** Se identifica que el 44% de las madres refieren que iniciaron la lactancia materna más de 2 horas, el 40% después de 1 hora y un 16% inmediatamente. Por lo tanto Las normas de la atención de la niñez dice que como enfermeras se debe fomentar el apego precoz colocando inmediatamente al pecho materno para iniciar una lactancia exitosa. Lo que esto favorece en la prevención de enfermedades diarreicas cuando se inicia inmediatamente la lactancia.

## GRÁFICO N.º 16

Alimentación los primeros seis meses de edad.



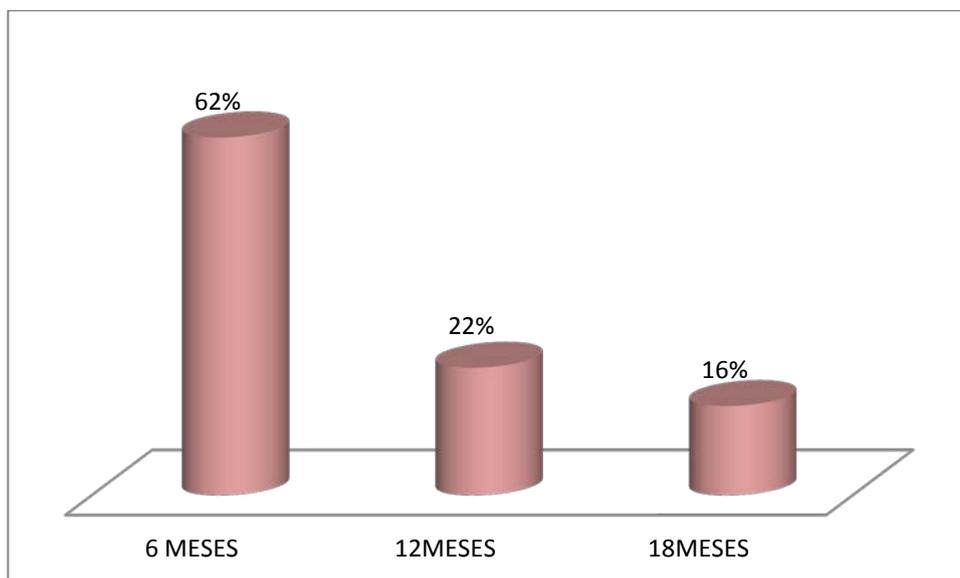
Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón.

Elaborado: Diana Elizabeth Cabrera Zamora.

**Análisis:** En este análisis nos podemos dar cuenta que el predominio de una alimentación mixta se refleja en un 58% de las madres encuestadas y solo el 24% dio lactancia materna exclusiva, y el 18% indica que con otros alimentos. Sabemos que las normas nos dice que como enfermeras debemos abordar a las madres para enseñar que la leche materna debe ser y es exclusiva y la importancia de mantener la lactancia materna hasta los 2 años de edad. Porque la leche materna sigue siendo un excelente aporte de calorías y nutrientes. Tiene un contenido de grasa relativamente alto comparada con la mayoría de los alimentos complementarios. Es una fuente clave de energía y ácidos grasos esenciales, que tienen una relación directa con el desarrollo cerebral de los niños y sigue siendo el alimento más completo desde el punto de vista nutricional.

## GRÁFICO N.º 17

Tiempo de amamantamiento.



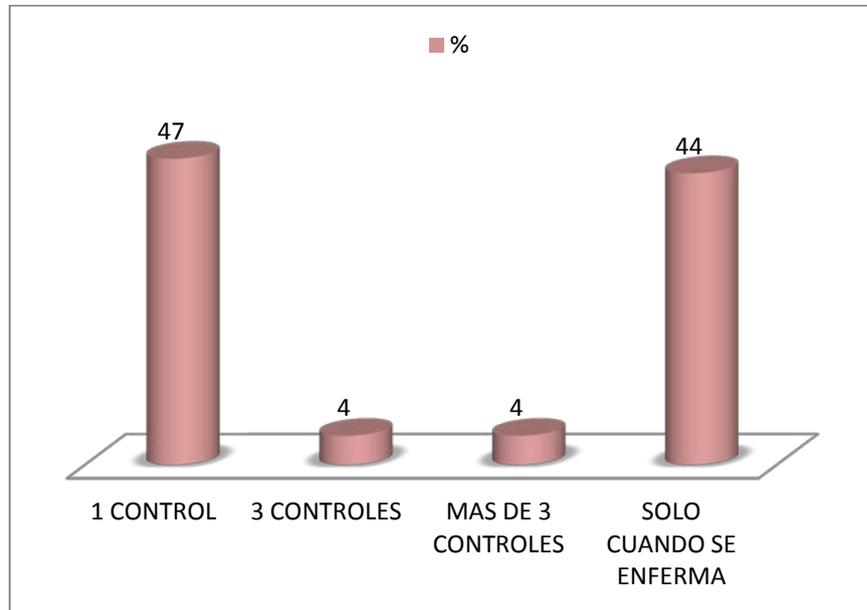
Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón.

Elaborado: Diana Elizabeth Cabrera Zamora.

**Análisis:** En este indicador señala que el 62 % de las madres dio de lactar a su hijo/a hasta los 6 meses de edad, el 22% menciona que dio de lactar hasta los 12 meses y el 16% dice que hasta los 18 meses de edad dio de lactar. Cuando las normas de la atención a la niñez nos dice la importancia de la leche materna continúa hasta los 6 meses, y con alimentos complementarios desde los 6 meses hasta los 2 años según esquema del Ministerio de Salud Pública.

## GRÁFICO N.º 18

Control médico en el año.



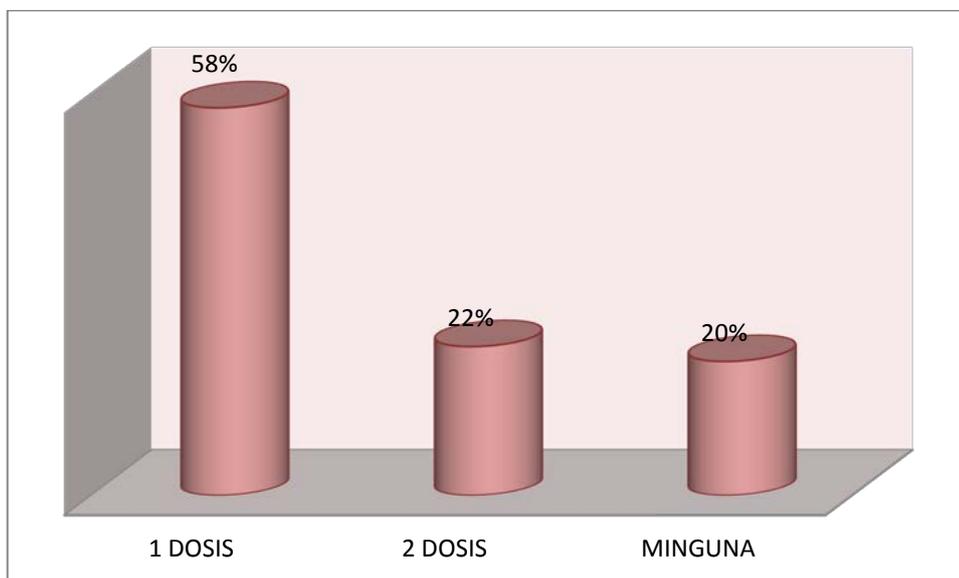
Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón.

Elaborado: Diana Elizabeth Cabrera Zamora.

**Análisis:** Al analizar el indicador de la frecuencia con que asisten las madres a la unidad por control médico, manifestaron que el 47% acude al médico a 1 control al año con su hijo, solo cuando se enferma el 44%, el 4% dice que 3 controles y el otro 4% más de 3 controles. Es por eso la importancia que la enfermera debe explicar como lo establece las normas que el enfoque de la prevención de salud, con motivación, educación y participación de la madre, indica que control óptimo es un control mensual durante los primeros 24 meses, un control semestral entre los 24 a 60 meses de vida.

## GRÁFICO N.º 19

Dosis de la vacuna rotavirus.



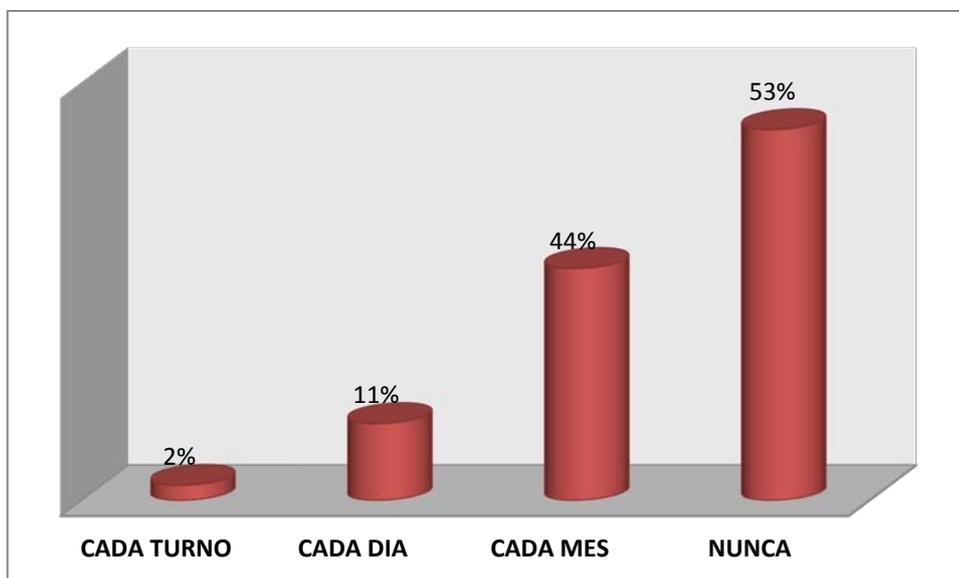
Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón.

Elaborado: Diana Elizabeth Cabrera Zamora.

**Análisis:** En este indicador observamos que el 58% de los niños han recibido 1 dosis de la vacuna ROTAVIRUS, el 22% 2 dosis, mientras que el 20% no ha recibido ninguna dosis. Es importante que las madres hagan conciencia de que el mantener sus hijos sanos depende entre otros, del cumplimiento del esquema de inmunización a fin de reducir la ventana de vulnerabilidad de los niños.

## GRÁFICO N.º20

Frecuencia del personal de salud le ha brindado charlas, en la unidad de salud.



Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón.

Elaborado: Diana Elizabeth Cabrera Zamora.

**Análisis:** Al estudiar indica que el 53% de las madres manifiestan no haber recibido charlas, conferencia, consejería u otro tipo de información sobre las enfermedades diarreicas agudas en la unidad de salud, el 44% cada mes, el 11% manifiestan que reciben consejerías cada día y el otro 2% dice que recibe cada turno. Por lo tanto Enfermería como educadora de la salud debe constantemente dar consejería y/o charlas, porque así se educa a las madres de los menores para prevenir complicaciones a futuro.

## CONCLUSIONES

Antes mi pregunta planteada Cuáles son los cuidados de enfermería que proveen a niños menores de 5 años de edad con síndrome diarreicos como resultado se obtiene que los cuidados de enfermería no se llevan a cabo empezando con las medidas de prevención en cuanto a los cuidados en el hospital que deben tener las madres de los niños menores de 5 años de edad

Al realizar la entrevista se pudo evidenciar que las madres de los menores hospitalizados en dicho Hospital eran adolescentes lo cual influye la falta de interés en los cuidados que puedan tener a sus hijos.

Se identifico como el grupo de mayor riesgo a los niños que provienen de un nivel socioeconómico bajo.

Es evidente que la disposición de basura a campo libre, la eliminación de excreta que se realiza en pozos sépticos, el consumo de agua distribuida por tanqueros influye en el incremento de enfermedades diarreicas agudas.

En lo que respecta al Personal de Salud la desmotivación por falta de capacitaciones se evidencia en la ausencia de planes de educación continúa, aunque se encuentra normalizada por el Ministerio de salud no se realizan de acuerdo a las normativas establecidas.

## **VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN**

En este trabajo se puede mencionar como limitación La edad de las madres entrevistadas (adolescentes) en ocasiones impedía la consejería realizada acerca de la higiene y medidas de prevención para evitar la diarrea. además se podría considerar que se debería investigar a futuro el papel de la enfermera en el cuidado que debe proporcionar al niño menor de 5 años con diarrea aguda y proponer un Plan estratégico de capacitación dirigido a los padres de familia que contribuya a reducir las enfermedades diarreicas agudas en los niños/as menores de 5 años que acuden al Área de Pediatría Del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón.

## Bibliografía

1. Afazani, A., & Daniel, M. (2007). *sap.org.ar*. Obtenido de diarreagu.pdf: [www.honcode.com](http://www.honcode.com)
2. Alfaro, R. (2007). *Aplicacion del Proceso Enfermero*. Barcelona-España: Elsevier.
3. Aurenty, L., & Lopez Ma.Graciela, A. (2010). *Imbiomed*. Obtenido de <http://www.imbiomed.com>
4. Barreda, P. (2008). *Pedialtraldía*. Obtenido de <http://www.pedialtraldia.cl.com>
5. Bernal, C. A. (2007). *Metodología de Investigacion* . México: PEARSON.
6. Bustos, G., & Ludmila. (2010). *Enfermería Maternoinfantil y Neonatal*. Argentina : Corpus.
7. Cermeño Rafael, M. N. (2008). *Revista de la Sociedad Venezolana de Microbiología*. Obtenido de <http://www.fisterra.com>
8. Cermeño, F. (2007). Incidencia de las Diarreas. *Revista de la Sociedad Venezolana de Microbiología* , 28.
9. Cermeñoa, J., & Isabel, H. (2008). Etiología de diarrea aguda en niños menores de 5 años. *Revista de la Sociedad Venezolana* .
10. Cervantes, I. d., & Bosh Mariela, g. (2006). *Revista Cubana Med*. Obtenido de <http://www.revcuba.com>
11. Costa i Pagès, J. (2010). *guiasalud.es*. Obtenido de <http://www.guiasalud.es.com>
12. Cristian. (15 de Abril de 2008). *Compendiodenfermería*. Obtenido de <http://www.compendiodenfermeria.com>
13. Direccion Nacional de Fomento y Proteccion de la Salud. (1993). *Manual de Normas para el Control de Enfermedades Diarreicas y Manejo Clínico del Paciente con Cólera*. Ecuador: OPS/OMS,UNICEF y AID.

14. Dr. Perez, O. (2007). *scielosp*. Obtenido de [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-10182002000200006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-10182002000200006&script=sci_arttext)
15. Ecuador, M. d. (2008). *Normas de Atención a la Niñez: Dirección Nacional de Promoción y Atención Integral de Salud*. Ministerio de Salud Pública.
16. Elorza. (1995). *Manual de Enfermería*. Colombia: Zamora.
17. Elorza, G. (2000). *Diccionario Medico*. Bogotá: Zamora.
18. Fernandez, C., & Aguilera, M. G. (31 de abril de 2011). *Imbiomed*. Obtenido de <http://www.imbiomed.com>
19. Ford, S. (Octubre de 2008). *Enfermería.pdf*. Obtenido de <http://www.uach.mx/enfermeria.com>
20. Garrido, L., & Daimaris, R. (2011). *Imbiomed*. Obtenido de <http://www.imbiomed.com>
21. González, M. (Agosto de 2008). *scielosp*. Obtenido de [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342008000400001](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000400001)
22. Investigadores, T. d. (Abril de 2011). *blogspot.com*. Obtenido de [www.tesisdeinvestigacion.com](http://www.tesisdeinvestigacion.com/cuidados-deenfermeria-en-los.html)
23. Leyva, L. (septiembre de 2008). *arizona.edu*. Obtenido de Proceso de la Enfermería Aplicado al Lactante con Alteraciones Nutricionales.: <http://www.reeme.arizano.edu.com>
24. Leyva, S. (2009). *Imbiomed*. Obtenido de <http://www.imbiomed.com>
25. Maryericks, C. (Marzo de 2007). *biblioteca.udo*. Obtenido de <http://www.biblioteca.udo.ec.ve>
26. modelos, T. y. (s.f.). *aibarra.org*. Obtenido de [tendenciaymodelos.doc: http://www.honcode.com](http://www.honcode.com/tendenciaymodelos.doc)
27. Monzon, R. (2006). *medigaphc*. Obtenido de <http://www.medigaphic.com>
28. Morín, B. (2007). *Rev. chil. infectol.* v.19. Obtenido de [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-10182002000200006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-10182002000200006&script=sci_arttext)

29. Organización Mundial de la Salud. (Agosto de 2009). *OMS Enfermedades diarreicas*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/index.html>
30. Organización Mundial de la Salud. (1996). *Sobre Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)*. Obtenido de <http://www.paho.org/spanish/hcp/hct/imci/imci-aiapi.htm>
31. Organización Panamericana de la Salud. (2008). *“Tratamiento de la diarrea: Manual Clínico para los Servicios de Salud”*. Obtenido de [http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/tratamiento\\_diarrea\\_lr.pdf](http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/tratamiento_diarrea_lr.pdf)
32. Pineda, E., & Eva, A. (2008). *Metodología de la Investigación*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
33. Román, E., Barrio, J., & López, J. (2008). *Diarrea Aguda*. Obtenido de [http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/diarrea\\_ag.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/diarrea_ag.pdf)
34. Salud, O. M. (2009). *Index*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre.com>
35. Salud, O. M. (Agosto de 2009). *Index.html*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre.com>
36. salud, o. m. (2012). *Tratamiento Clínico de la Diarrea Aguda*. Obtenido de <http://www.who.int/matero>
37. THALCAVE. (Junio de 2009). *Intramed.med*. Obtenido de [accumalaga.es: www.hon.ch.com](http://www.hon.ch.com)
38. wilson, D. (2009). *Manual de Enfermería Pediátrica*. México: Mc Graw Hill.
39. wong, D. (1995). *Enfermería Pediátrica*. Madrid: Mosby.

# ANEXOS

### Cuadro # 1

#### Evaluación del estado de hidratación de un paciente con diarrea

Signos	Plan A	Plan B	Plan C
Definición	Leve inaparente	Moderada o clínica	Grave
Pérdida de agua corporal	Menos de 50 ml/kg peso o menos de 5% del peso	50 a 100 ml/kg peso ó 6 a 9% del peso	100 ml/kg peso o más (10% o más del peso)
Condición general	Bien, alerta	Irritable	Letárgico o inconsciente
Globo ocular	Normales	Algo hundidos	Muy hundidos y secos
Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
Mucosa oral	Húmeda	Seca	Muy Seca
Sed	Paciente bebe normalmente	Paciente bebe con avidez, sediento	Paciente bebe mal o no es capaz de hacerlo
Pliegue cutáneo	Vuelve a lo normal rápidamente	Se retrae lentamente < 2s	Se retrae muy lentamente > 2s
Tratamiento	Plan A	Plan B	Plan C
			
Rehidratación oral	Mucosa húmeda, lágrimas	Ojos hundidos, mucosa seca	Terapia intravenosa

## PLAN ADMINISTRATIVO

### Recursos humanos:

**Autora:** Diana Elizabeth Cabrera Zamora

**Asesora:** Lcda. Rosa Muñoz Aucapiña

Menores de 5 años con síndrome diarreico

### Recursos Financieros:

RUBRO	CANTIDAD	TOTAL
Suministro de oficina		20
Procesamiento de información		40
Gastos de fotocopias		10
Insumo para la computadora		50
Movilización		20
Pendrive	1	10
Anillado		10
Empastado		10
<b>TOTAL</b>		<b>170</b>



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERÍA "SAN VICENTE DE PAÚL"

Ficha de entrevista aplicada al Personal de Salud que labora en el área de pediatría del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón.

Datos Informativos:

Lugar: Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón

Entrevistador:.....

Fecha:.....

1.- ¿Sabe usted cual es la tasa de morbilidad en los niños/as menores de 5 anos con síndrome diarreico agudo en el Hospital?

Alta

Baja

No sé

2.- ¿Cuáles son los tipos de agentes causales más comunes que producen el síndrome diarreico en niños/as menores de 5 años de edad?

Bacterias

Parásitos

Virus

3.- ¿Conoce usted de la estrategia AIEPI?

Si

No

4.- ¿Cuál de los factores de riesgo cree usted que influyen en el incremento del síndrome diarreico agudo, detectadas en niños/as menores de 5 años de edad?

Falta de lactancia materna durante los primeros seis meses de edad

Falta de normas de higiene

5.- ¿Cree usted que la falta de conocimiento de las madres de los niños/as menores de 5 años de edad sobre el síndrome diarreico agudo y su complicación influye en la incidencia de la enfermedad ?

Si

No

6.- ¿Con que frecuencia se brinda asesoría y/o consejería a las madres de los niños/as menores de 5 años de edad ingresados con diagnostico de EDA?

Siempre

Casi siempre

Nunca

7.- ¿Existe en la unidad un plan escrito de educación continua dirigida a los padres de familia y comunidad sobre la prevención de enfermedades diarreicas aguda en los niños/as menores de 5 años de edad?

Si

No

8.- ¿Con que frecuencia se dan capacitaciones sobre el manejo del síndrome diarreico agudo y la estrategia AEIPI?

Cada 6 meses

Cada año



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERÍA "SAN VICENTE DE PAÚL"

Ficha de entrevista aplicada a las madres de familia que acuden al área de pediatría del Hospital Abel Gilbert Pontón.

**Encuestas con el objetivo de:** Identificar los conocimientos de las madres sobre aspectos relacionados a la diarrea, específicamente aquellos sobre sus causas, signos, tratamiento y prevención.

1.- ¿Conoce usted los agentes infecciosos que causan el síndrome diarreico agudo?, si su respuesta es afirmativa mencione los agentes.

Si

No

2.- ¿Conoce usted los signos y síntomas de alarma del síndrome diarreico agudo?, si su respuesta es afirmativa menciones tres de ellos.

Si

No

3.- ¿La disposición de la basura la realizan mediante?

Queman basura

A campo libre

Botan basura al rio

Recolector de basura

4.- ¿El agua para el consumo diario de la familia es?

Agua potable

Agua distribuida por tanqueros

Agua de botellones

Agua tratada

5.- ¿De qué forma elimina usted las excretas en su vivienda?

Pozo séptico

Alcantarillado

Aire libre

6.- ¿Qué normas de higiene utiliza usted para evitar la enfermedad diarreica en si hijo/a?

Lavarse las manos antes de preparar los alimentos

Lavarse las manos después de ir al baño

Lavarse las manos después de cambiar el pañal

Hervir el agua para el consumo diario

7.- ¿Cuándo inicio la lactancia materna en su hijo/a?

Inmediatamente

Después de 1 hora

Más de 2 horas

8.- ¿Durante los primeros seis meses de edad de su hijo/a lo alimentaba con?

Leche materna exclusiva

Mixta

Otros

9.- ¿Hasta qué edad dio de lactar a su hijo/a?

6 meses

12 meses

18 meses

10.- ¿Con que frecuencia acude con su hijo/a a realizar el control médico en el año?

1 control

3 controles

Más de 3 controles

Solo cuando se enferma

11.- ¿Cuántas dosis de la vacuna ROTAVIRUS recibió su hijo/a?

1 dosis

2 dosis

Ninguna

12.- ¿Con que frecuencia el personal de salud le ha brindado charlas, conferencia, consejería u otro tipo de información sobre las enfermedades diarreicas agudas en la unidad de salud?

Cada turno

Cada día

Cada mes

Nunca

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

ACTIVIDADES	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
APROBACIÓN DEL ANTEPROYECTO	■	■	■																					
ENTREVISTA CON EL DIRECTOR DE TESIS					■	■																		
CORRECCION DEL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA							■	■																
ENTREVISTA CON EL DIRECTOR DE TESIS							■	■	■															
RECOGIDA DE INFORMACIÓN	■	■	■	■	■	■	■	■	■															
MARCO TEÓRICO									■	■	■													
REALIZACIÓN DE ENTREVISTAS									■	■	■	■												
INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS											■	■												
CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIÓN											■	■	■	■										
ENTREVISTA CON EL DIRECTOR DE TESIS													■	■	■	■								
CORRECCIÓN													■	■	■	■								
ENTREVISTA CON EL LECTOR																	■							
CORRECCIÓN																		■	■					