UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS

"COMPLICACIONES GRAVES DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS Y PROPUESTA DE PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AÑO 2013"

TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE MAGÍSTER EN EMERGENCIAS MÉDICAS

AUTORA:

LCDA. MILAURA BRAVO BRAVO

TUTORA:

DRA. ISABEL RÍOS SAAVEDRA

2014

GUAYAQUIL - ECUADOR

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS
TELEFAX: 042-289086
Guayaquil - Ecuador

OfEG#177- PROY

Agosto 21 de 2014

Licenciada
Milaura Janeth Bravo Bravo
MAESTRÍA EN EMERGENCIAS MÉDICAS
Ciudad.-

De mis consideraciones:

Por medio del presente oficio comunico a usted, que su **PROYECTO** de investigación titulado:

"COMPLICACIONES GRAVES DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS Y PROPUESTA DE PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA. AÑO 2013 ".

Tutor de tesis: Dra. Isabel Ríos Saavedra, MSc.

Ha sido aprobado por la Dirección de esta Escuela de Graduados, el día **20 de agosto del 2014**, por lo tanto puede continuar con la ejecución del **Borrador Final**.
Revisor: Dra. Clara Jaime

APROBADO BORRADOR DE TESIS 3/Sep/2014
Dra. Jaime

Atentamente,

Dr. Ernesto Cartagena Cárdenas
DIRECTOR
ESCUELA DE GRADUADOS

C. archivo

Informe interesado
05-09-14

Revisado y Aprobado:	Dr. Ernesto Cartagena C.
Elaborado:	Natalia Salazar S.

Porto viejo, 27 de Agosto de 2014

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS

Dra. Isabel Ríos Saavedra
TUTORA DE TESIS.

CERTIFICO

La presente investigación titulada **"Complicaciones Graves de la Enfermedad Diarreica Aguda en Niños menores de cinco años y propuesta de Protocolo de atención de Enfermería año 2013"** fue revisada y autorizada bajo mi dirección, reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometida a la evaluación y revisión ante el tribunal respectivo.

Dra. Isabel Ríos Saavedra
DIRECTORA DE TESIS

Dirección: Portoviejo Calle Rocafuerte
Teléfono: 0992783817
Correo: isario68@hotmail.com

Ministerio de Salud Pública

DIRECCION DISTRITAL 13D06- JUNÍN- BOLIVAR- SALUD

CERTIFICACION

El suscrito Director del Hospital Dr. Aníbal González Álava, Certifica:

Que la Licenciada ***BRAVO BRAVO MILAURA JANETH****, con cedula de ciudadanía No 1304756354, realizó trabajo de investigación de su tema de tesis "COMPLICACIONES GRAVES DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS Y PROPUESTA DE PROTOCOLO DE ATENCION DE ENFERMERIA AÑO 2013.*

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA HOSPITAL DR. ANIBAL GONZALEZ ALAVA CALCETA

Dr. Fernando Montes Ferrin
DIRECTOR

Calceta, 6 de agosto del 2014

Calle: Chile entre Ricaurte y Granda Centeno
Teléfonos: 2-685980- 2685149 Ext. 116

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS

“COMPLICACIONES GRAVES DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS Y PROPUESTA DE PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AÑO 2013”

TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE MAGÍSTER EN EMERGENCIAS MÉDICAS

AUTOR (A):

LCDA. MILAURA BRAVO BRAVO

TUTORA:

DRA. ISABEL RIOS SAAVEDRA

2014
GUAYAQUIL – ECUADOR

AUTORÍA

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación “Complicaciones graves de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años y propuesta de protocolo de atención de enfermería año 2013”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo investigativo.

AUTORA

.....

LCDA. MILAURA BRAVO BRAVO

AGRADECIMIENTO

Al término de esta investigación, quiero expresar mis más profundos y sinceros agradecimientos:
A Dios por darme fortaleza, fuerzas y sabiduría para culminar mi carrera.

Quiero expresar mi agradecimiento y compromiso a la Universidad de Guayaquil que me abrió las puertas para que en ella inicie mi camino hacia la excelencia.

De manera especial a la Dra. Isabel Rios Directora de tesis, gracias por su apoyo, confianza y sugerencias, hizo que esta tesis resultara de una manera exitosa.

A mis Catedráticos por compartir algo tan valioso como es el conocimiento durante todos estos años en la Facultad de la Salud. Gracias por intervenir y brindar la formación que ahora gozo.

MILAURA BRAVO

DEDICATORIA

A mi Dios, que me dio la fortaleza espiritual, salud y sabiduría para culminar mi carrera.

A mi madre Sra. Victoria Bravo Quiroz, a quien le debo todo lo que soy gracias a su cariño, guía y apoyo incondicional he llegado a terminar mis estudios profesionales, sobre todo la motivación para poder seguir creciendo a nivel profesional.

A mi hijo Luis Alejandro Santana Bravo que es el pilar fundamental, gracias por su apoyo y comprensión durante todo este proceso de mi carrera.

A mis hermanas(os), gracias por estar conmigo y ayudarme siempre de una u otra manera.

MILAURA BRAVO

ÍNDICE

RESUMEN	vi
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	3
OBJETIVO GENERAL	3
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
JUSTIFICACIÓN	4
HIPÓTESIS	5
VARIABLES	5
DEPENDIENTE	5
INDEPENDIENTES	5
INTERVINIENTE	5
MARCO TEÓRICO	6
MATERIALES Y MÉTODOS	33
MATERIALES	33
LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN	33
PERÍODO DE LA INVESTIGACIÓN	33
RECURSOS EMPLEADOS	33
RECURSOS HUMANOS	33
RECURSOS FÍSICOS	33
UNIVERSO Y MUESTRA	33
UNIVERSO	33
TAMAÑO MUESTRA	33
INSTRUMENTO DE LA INVESTIGACIÓN	34
MÉTODOS	34
TIPO DE INVESTIGACIÓN	34
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	34
CONCLUSIÓN	54
RECOMENDACIONES	55
BIBLIOGRAFÍA	56
ANEXOS	60

RESUMEN

La diarrea es una enfermedad intestinal generalmente infecciosa y autolimitada, caracterizada por evacuaciones líquidas o disminuidas de consistencia y frecuentes, casi siempre en número mayor a tres en 24 horas con evolución menor de dos semanas. Las enfermedades diarreicas agudas constituyen un problema de salud en la comunidad que trae como consecuencia deshidratación y/o muerte por los malos hábitos alimenticios los que conllevan a problemas familiares por parte de los padres. Es importante en este cuadro tomar en cuenta la atención de enfermería, mediante la evaluación de la atención de enfermería para que el paciente pueda recuperarse rápidamente. El objetivo es proponer un protocolo de atención de enfermería en niños menores de cinco años con complicaciones de enfermedad diarreica aguda, en base a la incidencia, filiación, factores de riesgo, la calidad y calidez de atención de enfermería. Se utilizó la ficha clínica, encuesta interna y externa a pacientes, familiares, y personal de enfermería. El universo estuvo constituido por 115 pacientes que ingresaron al Área de Emergencia del Hospital Aníbal González Álava durante el periodo de la investigación y la muestra por 100 pacientes con enfermedades diarreicas agudas complicadas. La prevalencia de niños con diarreas y que estuvieron complicados fue en los meses de febrero, abril y junio en un 0,21, el género que predomino fue el sexo femenino en un 44% entre las edades comprendidas de 13 a 23 meses de edad, siendo procedencia urbana, el 37% presentaron de 4 a 6 veces diarrea y en un 28% emesis y el 65% presentaron hipertermia y el 55% de las madres, controlaron la fiebre, los mismos que fueron alimentado con leche materna en un 75%. Finalmente se presentó un protocolo de atención de enfermería en niños menores de cinco años con enfermedades diarreicas agudas en base a los resultados y se dará a conocer a las autoridades pertinentes para su aplicación

PALABRAS CLAVES:

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDAS – NIÑOS- MENORES 5 AÑOS– FACTORES DE RIESGO – PROTOCOLO – ENFERMERIA

SUMARY

The diarrhea is a generally infectious intestinal illness and autolimitada, characterized by liquid or diminished evacuations of consistency and frequent, almost always in more number at three in 24 hours with evolution smaller than two weeks. The Illnesses Sharp Diarrheic constitutes a problem of health in the community that he/she results in dehydration y/o death for the bad nutritious habits what bears family problems on the part of the parents. It is important in this square to take into account the infirmary attention, by means of the evaluation of the infirmary attention so that the patient can recover quickly. The objective is to Propose a protocol of infirmary attention in children smaller than five years with complications of Illness Sharp Diarrheic, based on the incidence, filiation, factors of risk and the quality and warmth of infirmary attention. The clinical record was used, it interviews it interns and external to patient, family, and personal of infirmary. The universe was constituted by 115 patients that entered to the Area of Emergency of the Hospital Aníbal González Álava during the period of the investigation and the sample by 100 patients with illnesses complicated sharp Diarrheic. The prevalence of children with diarrheas and that they were complicated it was in the months of February, April and June in a 0,70, the gender that I prevail was the feminine sex in 44% among the ages understood de 13 to 23 months of age, being urban origin, 37% presented from 4 to 6 times diarrhea and in 25% emesis and 65% they presented hyperthermia and 55% of the mothers, they controlled the fever, the same ones that were fed with maternal milk in 75%. Finally a protocol of infirmary attention was presented in children smaller than five years with illnesses sharp diarrheic based on the results and it will be given to know to the pertinent authorities for its application

KEY WORDS:

ILLNESS SHARP DIARRHEIC - CHILDREN - SMALLER FIVE YEARS - FACTORS OF RISK - PROTOCOL - INFIRMARY

INTRODUCCIÓN

La enfermedad diarreica aguda (EDA) es un problema de salud común en la población, sobre todo en los países en vía de desarrollo es una enfermedad generalmente autolimitada que obedece a múltiples etiologías.

En los países subdesarrollados se reporta que la diarrea es un a causa frecuente y predominante de muertes en niños menores de 5 años. la tasa de incidencia de EDA en niños menores de 5 años se calcula 5 millones de muertes por diarreas por año en menores de 5 años en países subdesarrollados. La tasa de mortalidad por diarrea para el grupo pediátrico se estimó en 1.623 por 100.000 niños para los niños del tercer mundo, contra 2.3 por 100.000 niños en países desarrollados.

Se estima que del total de muertes que ocurren por diarrea en todo el mundo, más del 90% ocurren en menores de 5 años y son causadas por diarreas diferentes al cólera.

En Colombia a pesar de los logros alcanzados en la última década, las enfermedades Diarreicas Agudas, continúan ocupando los primeros lugares de morbilidad y mortalidad en la población menor de 5 años, especialmente en los Gobiernos autónomos descentralizados municipales con menor grado de desarrollo.

La tasa de mortalidad por Enfermedades Diarreicas Agudas en la población menor de cinco años, ha disminuido considerablemente, de 225,0 a31.7

Por 100.000 habitantes entre 1981 y 1995. Con la mortalidad no ha ocurrido lo mismo. La tendencia es al aumento, de 110.0 a 113.5 por 1.000 habitantes entre 2000. En las dos últimas décadas, la EDA ha sido objeto de considerable atención mundial y se han dirigido los esfuerzos a estas afecciones.

Particularmente se ha enfatizado en el uso de las SRO, que además de ser baratas, previenen la deshidratación, que es la principal causa de mortalidad en niños y ancianos con esta enfermedad. A pesar de la evidencia de eficacia y seguridad de SRO, estas son subutilizadas, y el manejo de la EDA, varía considerablemente entre los países en vía de desarrollo y los desarrollados. Errores tales como el no uso de SRO, la utilización de rehidratación IV en casos deshidratados leves o moderados, la supresión de la vía oral de manera inapropiada, y el abuso de antimicrobianos y antidiarreicos ,son todavía cometidos a diarios por médicos y personal de salud en general.

Siendo la ciudad de Calceta una población en riego por estar dispersa, con una población cuyas madres son analfabetas obtienen un grado de escolaridad bajo, lo que no les permite tener normas de higiene, cuidados de sus hogares, tratar adecuadamente los desechos y las excretas, además de presentar problemas de deshidratación y desnutrición, es una población pobre económicamente, por lo que acuden al centro de salud más cercano que en este caso es el Hospital Aníbal González Álava, que en un inicio fue creado como básico para dar acogida a la población, pero por problemas de recursos humanos y financieros.

Actualmente funciona brindando atención ambulatoria de consulta externa en medicina general, pediatría, ginecología, obstetricia, odontología, laboratorio, farmacia y hospitalización, en donde a diario se atienden en promedio 100 pacientes, de los cuales 10 presentan cuadros de diarrea aguda con deshidratación GI y GII a más de desnutrición, por lo que es de suma importancia la elaboración de protocolos de atención sobre hidratación y consejería en nutrición que actualmente no existe en el hospital.

El universo está constituido por todos los niños menores de 5 años que asisten al hospital de calceta por EDA de enero a junio del 2012 a cuyos padres se les realizara una encuesta socio demográfica y una ficha clínica

más los datos que se necesitaran para esta investigación, los mismos que serán tabulados metodológicamente, se trata de una investigación prospectivo descriptiva. Una vez tabulado los datos se elaborara un protocolo de atención en enfermería. Los datos obtenidos serán puestos en conocimiento de los directivos del hospital, al igual que el protocolo de atención en enfermería para que sirva de guía y modelo en esta área de afluencia.

TEMA

"Complicaciones graves de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años y propuesta de protocolo de atención de enfermería año 2013"

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

- Proponer un protocolo mediante la atención de enfermería para niños menores de cinco años con complicaciones de Enfermedad Diarreica Aguda, para disminuir la morbi.mortalidad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar la prevalencia de complicaciones por enfermedad diarreica aguda.
2. Identificar los factores de riesgo y complicaciones de la enfermedad diarreica aguda.
3. Valorar el grado de educación de los padres acerca de la enfermedad diarreica aguda.
4. Valorar interna y externamente la calidad de atención de enfermería.
5. Diseñar un protocolo de atención de enfermería en Enfermedades Diarreicas Agudas.

JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades que afecta a la población menor de cinco años constituyen un problema de salud por su impacto sobre la calidad de vida del afectado, su repercusión sobre la familia. Para poder enfrentarlo se hace necesaria la integración de diversos factores, tanto del sistema de salud, como de la educación especial y de la comunidad. El manejo de este problema requiere de un conocimiento sistemático de su comportamiento, la calidad de la atención que recibe el usuario.

La causa principal de muerte es la deshidratación, la cual resulta por la pérdida de líquidos y electrolitos. Otras causas de muerte son la disentería, la desnutrición y otras infecciones graves. Las enfermedades diarreicas también afectan a otros grupos de población.

Por lo cual es fundamental elaborar un protocolo de atención en enfermería y diseñar un programa educativo para la incidencia de esta enfermedad, lo mismo que es prevenible, encaminada tanto en el personal de enfermería como en los familiares y de esta forma mejorar la calidad de vida de los niños menores de 5 años, quienes serán los más beneficiados.

Los resultados de este estudio, servirán para que las autoridades sanitarias tengan un conocimiento significativo y real sobre la morbi-mortalidad del síndrome diarreico agudo en grupos vulnerables como son los niños/as de 1 a 4 años, que afecta principalmente a los países en vías de desarrollo como el nuestro, para que por medio de ello, se puedan generar en el futuro medidas preventivas congruentes con la realidad local que beneficien tanto a los niños como a sus familias.

Para realizar este estudio de investigación, se cuenta con los recursos materiales bibliográficos, estadísticos, económicos, metodológicos y de

especialistas pediátricos, necesarios para el desarrollo y ejecución del mismo.

HIPÓTESIS

Aplicando un protocolo de atención de enfermería a niños menores de 5 años con enfermedades diarreicas agudas, se proveerá una mejor atención al paciente que presenta la patología la cual lograra disminuir la incidencia y complicaciones.

VARIABLES

Independiente

Niños/as menores de cinco años con enfermedades diarreicas agudas

Dependiente

Protocolo de Atención de Enfermería

Interviniente

Incidencia
Filiación
Factores de riesgo
Complicaciones
Calidad de atención

1. MARCO TEÓRICO

Las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años, y ocasionan la muerte de 760 000 millones de niños cada año. En todo el mundo se producen unos 1 700 millones de casos de enfermedades diarreicas cada año.

En todo el mundo, 780 millones de personas carecen de acceso al agua potable, y 2 500 millones a sistemas de saneamiento apropiados.

Los niños menores de 5 años en los países en desarrollo son los más afectados y representan el 90 por ciento de los 1.8 millones de muertes anuales por causa de diarrea, principalmente en países subdesarrollados. En América Latina y el Caribe aproximadamente 77.600 niños menores de 5 años mueren cada año de diarrea y las consecuencias de la misma, lo que significa más de 200 muertes diarias. Si bien 16 de los 33 países en dicha región están en buen camino para lograr los objetivos de desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas respecto a saneamiento y agua limpia, tienen todavía que cubrir las necesidades de saneamiento de 8,4 millones de personas, y en el caso del agua potable de 6,1 millones[32].

Hace unos 25 o 30 años, la EDA, fue la causa básica de la muerte de muchos niños (menores de 5 años, especialmente menores de 1 año) en Manizales, Colombia y el Mundo; el mejor acceso a servicios y el conocimiento de que lo más importante es la HIDRATACION, hicieron la diferencia con lo que encontramos hoy.

En 2012, no se presentaron muertes por deshidratación y diarrea en Manizales. Se piensa que un 88% de las enfermedades diarreicas son producto de un abastecimiento de agua insalubre y de un saneamiento y una higiene deficientes. La mejora del abastecimiento de agua reduce entre un 6% y un 21% la morbilidad por diarrea, si se contabilizan las consecuencias graves.

En América Latina y Asia las mayores tasas de mortalidad entre menores de 5 años se registran de los 0 - 11 meses y 12 - 23 meses, con tasas superiores a 20

muertes/1000 niños/año. El grupo de 2 - 4 años tiene tasas de mortalidad alrededor de 5 muertes/1000 niños/año[34].

Para la Organización Panamericana de la Salud en el Ecuador esta situación refleja una acumulación epidemiológica entre enfermedades transmisibles y crónicas degenerativas.

La enfermedad diarreica aguda tiene una alta incidencia en el Ecuador, al ser un país multicultural, multiétnico y en donde la población infantil. En el 2010, según el INEC, 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%[23].

Datos de la Dirección Nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud del Ecuador:

- 9 de cada 10 niños recibieron medicación para tratar la enfermedad diarreica.
- Casi 38% recibió antibióticos sin razón.
- 54% recibió anti diarreicos (no se debe hacer).
- 45% recibió remedios caseros.

DEFINICIONES.

No existe una definición uniforme de las enfermedades diarreicas agudas. La Academia Americana de Pediatría la define como una enfermedad de comienzo rápido, caracterizada por incremento en el número de evacuaciones al día, y alteración en la consistencia de las heces fecales, que puede ir o no acompañado de otros síntomas como los vómitos, las náuseas, el dolor abdominal o la fiebre.

“Se define diarrea o enfermedad diarreica, desde el punto de vista operativo, a la presencia de heces líquidas en número de 3 ó más en 24 horas. Se denomina diarrea aguda cuando el episodio tiene una duración menor de 14 días y diarrea persistente cuando la duración es mayor o igual a 14 días”[2].

CAUSAS DE LAS DIARREAS

Entre las causas más frecuentes se señalan la desalimentación, la mala manipulación y contaminación de los alimentos, las condiciones higiénico-sanitarias deficientes, los cambios estacionales, el uso de medicamentos, la alergia alimentaria y algunos agentes infecciosos como son los virus (rota virus), los parásitos (amebas, giardias, cryptosporidium), y las bacterias (salmonella, shigella, Escherichia coli, yersinia, Campylobacter, vibrios, aeromonas y plesiomonas). En más de la mitad de los casos de diarreas no se identifican patógenos[8].

Los agentes etiológicos más comunes y ampliamente difundidos en el mundo son los virus (especialmente rota virus) que causan del 70 al 80 % de las diarreas infecciosas en el mundo desarrollado, las bacterias ocupan entre el 10 y 20 % de los casos, y los parásitos, como la giardia, ocupan el 10 %.

La distribución es afectada por los cambios climáticos y las estaciones del año, siendo más frecuente los rota virus en el invierno.

Otros factores que incrementan el riesgo de EDA incluyen las condiciones de los centros de atención de día, las condiciones higiénico-sanitarias desfavorables, el bajo peso al nacer, algunos enfermedades de base o intercurrentes como el hipertiroidismo, la diverticulosis de colon, el colon irritable y las enfermedades inmunosupresoras, entre otras”[13].

El manejo de los casos de diarrea consta de cinco pasos:

- Evaluar y determinar el estado de hidratación y la presencia de otros problemas asociados a la diarrea.
- Rehidratar al paciente por vía oral o endovenosa y vigilarlo muy de cerca.
- Mantener al paciente hidratado, reemplazando las pérdidas de volumen a volumen con solución de Suero rehidratante oral (SRO).
- Administrar un antibiótico oral, solo en caso de disentería y cólera grave.

- Manejo de la diarrea en el hogar que incluya educación y prevención.

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA): es todo proceso mórbido, cualquiera que sea su causa que tiene entre sus síntomas más importantes las diarreas y puede acompañarse o no de trastornos hidroelectrolíticos y del equilibrio ácido básico.

CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA: Desde el punto de vista práctico, los cuadros de diarrea se clasifican:

POR EL TIEMPO

Diarrea aguda, aquella diarrea que dura menos de 14 días

Diarrea persistente, si la diarrea dura 14 días o más

POR LAS CARACTERÍSTICAS MICROSCÓPICAS

Diarrea acuosa. - Heces líquidas sin sangre, se le puede asociar: vómitos, fiebre, disminución del apetito. El 90 % de los casos de diarrea son de este tipo, generalmente remite espontáneamente antes de una semana.

Diarrea disentérica. - Heces líquidas con sangre, se puede acompañar de: fiebre elevada, mal estado general, pujo y tenesmo, convulsiones en ocasiones. 5 – 10 % de los casos de diarrea son de este tipo.

Diarrea persistente.- Ocurre en menos del 5 % de los casos. Factores de riesgo: no haber recibido lactancia materna, menor de tres años, desnutrición, sarampión reciente, manejo inadecuado de la diarrea aguda.

FISIOPATOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD DIARREA: Alrededor de un 50 % de los episodios de enfermedad diarreica aguda son causados por virus, en particular rota virus. De un 20% a 30 % de las diarreas son consideradas de etiología bacteriana.

Desde el punto de vista fisiopatológico se distinguen tres eventos que producen la sintomatología clínica: presencia de malabsorción, aumento en la secreción intestinal de líquidos e inflamación. Además, es aceptado que cada germen pueda producir la enfermedad por uno o varios de los mecanismos mencionados.

Infección: La diarrea es un síntoma de infecciones ocasionadas por muy diversos organismos bacterianos, víricos y parásitos, la mayoría de los cuales se transmiten por agua con contaminación fecal. La infección es más común cuando hay escasez de agua limpia para beber, cocinar y lavar. Las dos causas más comunes de enfermedades diarreicas en países en desarrollo son los rotavirus y Escherichia coli.

Los agentes infecciosos que causan diarrea, generalmente se transmiten por vía fecal-oral. No es necesaria la práctica rutinaria de realizar exámenes de laboratorio para identificar al agente causal, de una diarrea aguda, excepto con fines epidemiológicos, como en el caso del cólera[4].

Malnutrición: Los niños que mueren por diarrea suelen padecer malnutrición subyacente, lo que les hace más vulnerables a las enfermedades diarreicas. A su vez, cada episodio de diarrea empeora su estado nutricional. La diarrea es la segunda mayor causa de malnutrición en niños menores de cinco años.

Fuente de agua: El agua contaminada con heces humanas procedentes, por ejemplo, de aguas residuales, fosas sépticas o letrinas, es particularmente peligrosa. Las heces de animales también contienen microorganismos capaces de ocasionar enfermedades diarreicas.

Otras causas: Las enfermedades diarreicas pueden también transmitirse de persona a persona, en particular en condiciones de higiene personal deficiente. Los alimentos elaborados o almacenados en condiciones antihigiénicas son otra causa principal de diarrea. Los alimentos pueden

contaminarse por el agua de riego, y también pueden ocasionar enfermedades diarreicas el pescado y marisco de aguas contaminadas.

La mayoría de microorganismos que producen diarrea entran por vía oral, llegando luego al intestino para adherirse e iniciar la enfermedad. Los mecanismos de adhesión a la vellosidad intestinal son variados en cada bacteria o parásito. De forma regular involucran la presencia de moléculas similares entre sí llamadas adhesivas u otras llamadas lectinas, que interactúan con sustancias de la vellosidad intestinal produciendo la adhesión del germen. De allí en adelante se inicia la cascada de eventos que se terminarán con la aparición de la sintomatología clínica.

Malabsorción: Entre los gérmenes que producen diarrea por malabsorción están incluidos, rota virus, giardia y otras formas de E.coli como la enteropatógena. Ellos tienen un gran poder de adhesión y daño de las membranas de las microvellosidades con la consecuente alteración en la absorción; adicionalmente estos y otros microorganismos tienen la capacidad de producir citotoxinas muy potentes, capaces de desencadenar diversas respuestas inmunitarias letales para la célula. Dentro de estas últimas se encuentran la tóxina de Shigella, de E. coli enterohemorrágica y de Entamoeba histolytica.

Estas tóxinas también pueden contribuir a desencadenar el tercer evento patológico asociado a diarrea que es la inflamación.

Todo lo anterior produce un cuadro clínico muy sintomático caracterizado por flatulencia, cólico, deposiciones líquidas a veces con moco, sangre y deshidratación, que en casos avanzados es capaz de comprometer la vida del individuo. De manera adicional, la enfermedad diarreica puede producir alteraciones de la motilidad intestinal, debido al aumento de hormonas y péptidos como la motilina.

Agentes infecciosos más importantes:

- **Bacterias:** Shighella, Escherichia coli enterotóxica (ECET), Escherichia colienteropatógena (ECEP), Escherichia coli Enterohemorrágica (ECEH) y Campylobacter jejuni.
- **Virus:** Rotavirus y adenovirus atípicos.
- **Protozoos:** Giardia lamblia, Cryptosporidium sp.

Agentes infecciosos menos importantes:

- **Bacterias:** Salmonella sp., Yersinia enterocolítica, Aeromonas hidrophila, Escherichia coli enteroinvasiva (ECEI), Vibrio cholerae (muy importante en otras regiones).
- **Virus:** Virus pequeños, Astrovirus, Calicivirus.
- **Protozoos:** Entamoeba histolytica

Factores que aumentan la incidencia, severidad y duración de la diarrea.

Algunos otros factores que se han visto asociados con un aumento de la incidencia, severidad o duración de los episodios diarreicos incluyen:

Desnutrición: es particularmente importante en los niños con desnutrición severa.

Episodio reciente o actual de parotiditis: Los episodios de diarrea o disentería son más frecuentes o severos en los niños con historia o parotiditis en las últimas 4 semanas. Esto parece ser el resultado de un compromiso inmunológico producido por el virus.

Inmunodeficiencia o inmunodepresión: esto puede ser el resultado temporal de algunas infecciones virales o el efecto prolongado de un problema de fondo.

Cuando el compromiso inmunológico es severo, la diarrea puede ser ocasionada por patógenos inusuales y puede ser prolongada[29].

COMPLICACIONES DE LA DIARREA AGUDA

Deshidratación con acidosis: es la complicación más común de la diarrea aguda. La mayoría de las diarreas que causan excesivas pérdidas de líquidos resultan en una concentración isotónica de los espacios corporales (isonatremia). En niños desnutridos o con diarrea crónica o repetida, tiende a producirse hiponatremia. La deshidratación hipernatrémica, por otra parte, se ve raramente en la actualidad y su tratamiento requiere de una corrección de la deshidratación más lenta y controlada[5].

El grado de deshidratación se mide en una escala de tres:

Deshidratación incipiente: sin signos ni síntomas.

Deshidratación moderada: Sed, comportamiento inquieto o irritable, reducción de la elasticidad de la piel, ojos hundidos

Deshidratación grave: los síntomas se agravan choque, con pérdida parcial del conocimiento, falta de diuresis, extremidades frías y húmedas, pulso rápido y débil, tensión arterial baja o no detectable, y palidez.

La deshidratación grave puede ocasionar la muerte si no se restituyen al organismo el agua y los electrolitos perdidos, ya sea mediante una solución de sales de rehidratación oral (SRO), o mediante infusión intravenosa.

Complicaciones digestivas: Íleo paralítico, invaginación intestinal, enteritis necrotizante, neumatosis quística intestinal, peritonitis, apendicitis, déficit transitorio de disacaridasas, enteropatía perdedora de proteínas.

Otras Complicaciones: renales, infección urinaria, trombosis de la vena porta, necrosis cortical bilateral, papilitis necrotizante, síndrome hemolítico urémico.

Complicaciones neurológicas: meningoencefalitis tóxica, meningoencefalitis purulenta, trombosis de los senos venosos, absceso cerebral.

Complicaciones cardiovasculares: se encuentran miocarditis y shock, hematológicas: septicemia, endocrinas; insuficiencia suprarrenal aguda, etc.

Complicaciones Iatrogénicas: superinfección, disbacteriosis, intoxicación hídrica, hipernatremia, infección por trocar, aporte insuficiente de líquido, uso prolongado de venoclisis, infección cruzada por mala manipulación del paciente.

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

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.

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[26].

ATENCIÓN EN LA EMERGENCIA

Fundamentos e importancia de la terapia de hidratación oral. La cantidad de agua del organismo, varía según la edad. Al nacimiento representa el 75% del peso corporal y al año de edad llega al 60%. Durante la diarrea, se pierden cantidades variables de agua y sales.

“En la década de los 60 se efectuaron diversos estudios que llevaron al descubrimiento del transporte ligado de glucosa y sodio a nivel del intestino delgado que, durante la diarrea, permanece intacto. Esto fue considerado por la Organización Mundial de la Salud como, potencialmente, el mayor avance médico durante el presente siglo.

El descubrimiento fundamentó el uso de la terapia de hidratación oral (THO) que en 1971 fue recomendada por la misma organización para su uso en el tratamiento de los casos de deshidratación por diarrea aguda.

La THO consiste en la administración de líquidos por vía oral para prevenir o tratar la deshidratación causada por diarrea. Los líquidos pueden ser los de uso común en el hogar o una solución apropiada, segura y efectiva, que permita corregir la deshidratación.

“La fórmula actual, en polvo para preparar con un litro de agua la solución recomendada por OMS/UNICEF, se presenta en sobre hermético de aluminio laminado para garantizar su estabilidad y durabilidad con 27.9 g, y recibe el nombre de "Suero Oral". El sobre contiene[21]:

Cloruro de sodio	3.5 g
Citrato trisódico, dihidratado	2.9 g
Cloruro de potasio	1.5 g
Glucosa	20.0 g

Cuando el sobre de Suero Oral se disuelve en un litro de agua, la mezcla se denomina solución de hidratación oral y contiene:

Sodio	90 mmol/L
Cloruros	80 mmol/L
Potasio	20 mmol/L
Citrato	10 mmol/L
Glucosa	110 mmol/L

La solución tiene una osmolaridad de 310 mmol/lt que es similar a la del plasma humano, por lo que es absorbido rápidamente por el organismo”

“Cuando un niño se deshidrata por diarrea, la administración de 100 ml/Kg de "Suero Oral", compensa las pérdidas de agua por heces (40 ml/Kg), orina (30 ml/Kg), sudoración y respiración (12 ml/Kg.). El volumen restante corrige la deshidratación”.

El tratamiento eficaz de sujetos con diarrea en las unidades de salud (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Consultorios) comprende:

- a) Evaluación correcta del paciente.
- b) Selección adecuada del tratamiento: Oral o intravenoso.
- c) Continuar la alimentación habitual, en especial la lactancia materna.
- d) Realimentación temprana en pacientes deshidratados.
- e) Uso correcto de antimicrobianos.

- f) No usar otros fármacos (antidiarreicos o antieméticos).
- g) Educación de la madre para continuar la terapéutica en el hogar[30].

TRATAMIENTO

“El manejo de los casos de enfermedades diarreicas se basan en tres planes generales de tratamiento[25]:

Plan A

- Pacientes con enfermedad diarreica sin deshidratación
- Continuar la alimentación habitual.
- Aumentar la ingesta de los líquidos de uso regular en el hogar así como "Vida Suero Oral": ofrecer media taza (75 ml) a menores de un año y una entera (150 ml) a mayores de un año, después de cada evacuación, a cucharadas o mediante sorbos pequeños.

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 fin de que si se presenta, acuda nuevamente en demanda de atención médica.

Plan B

Pacientes con diarrea y deshidratación (Con dos o más signos de deshidratación)

Administrar 100 ml por kilo de peso, de Vida Suero Oral, durante cuatro horas; dosis fraccionada, cada 30 minutos.

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, o pasar al Plan "C".

Si los vómitos persisten, existe rechazo al suero oral, o gasto fecal elevado (más de 10g/kg/h o más de tres evacuaciones por hora), se hidratará con sonda nasogástrica, a razón de 20-30 ml/kg/hora.

Plan C

Pacientes con estado de choque hipovolémico a causa de deshidratación por diarrea.

En el caso de que se presente choque hipovolémico por deshidratación se aplicará el siguiente esquema de tratamiento.

USO DE ANTIMICROBIANOS.

Los antimicrobianos no son de utilidad en el tratamiento de las enfermedades diarreicas que no se acompañan de sangre. Por otra parte, su uso puede propiciar que la enfermedad se prolongue, además de ocasionar resistencias bacterianas.

Los antimicrobianos sólo están indicados en casos de diarrea por: Shigella sp, Entamoeba histolytica, Giardia lambia y Vibrio cholerae.

El abuso de los medicamentos puede provocar problemas de diarrea crónica, llegando a durar más de un mes, siendo tratado por diferentes médicos lo que lleva a complicar su cuadro sobre el estado nutricional y demás índices de salud del niño, además de producir un gasto económico innecesario, derivado de múltiples consultas, deambulación por diferentes médicos y duplicación de exámenes.

La diarrea asociada a antibióticos puede producir la erradicación de la flora intestinal que coopera en el rescate y recuperación de hidratos de carbono no absorbidos en el lumen intestinal, además de producir una sobreinfección por clostridium difficile, bacteria que se implanta en el intestino grueso al ser

eliminada la flora residente llegando a producir incluso una colitis pseudomembranosa.

Por estas razones se recomienda el uso adecuado de los medicamentos sin abusar de los mismos, a continuación presentamos un resumen del uso correcto de los antimicrobianos.

USO DE ANTIMICROBIANOS EN LAS ENFERMEDADES DIARREICAS

DIAGNÓSTICO	MEDICAMENTO DE ELECCIÓN	ALTERNATIVA
Disentería por Shigella	Trimetoprim 10 mg/kg/día con sulfametoxazol 50 mg/Kg/día, divididos en dos dosis diarias durante 5 días, vía oral.	Ampicilina 100 mg/kg/día divididos en cuatro veces al día, durante 5 días, vía oral.
Amibiasis intestinal	Metronidazol 30 mg/kg/día divididos en tres dosis al día, por 10 días, vía oral.	Clorhidrato de dihidroemetina. 1.0 a 1.5 mg/kg/día, por cinco días, vía intramuscular.
Giardiasis intestinal*	Metronidazol 15 mg/kg/día, repartidos en tres dosis al día, durante cinco días, vía oral.	Furazolidona 7.0 mg/kg/día, dividido en cuatro dosis al día, por 7 a 10 días, vía oral.
Cólera **	Eritromicina 30 mg/kg/día, repartidos en tres dosis al día, durante tres días, vía oral.	Trimetoprim con sulfametoxazol 8-10 mg/kg/día de trimetoprim, divididos en dos dosis al día, durante tres días, vía oral.

* “Requiere la identificación de trofozoítos en heces; la búsqueda por laboratorio sólo está indicada en caso de brotes epidémicos o en niños con diarrea persistente[30].

** Deberá considerarse como un caso sospechoso de cólera, todo niño menor de cinco años con evacuaciones líquidas menor a cinco días, y que viva en áreas donde se ha comprobado la circulación del Vibrio cholerae“

TERAPIA NUTRICIONAL EN LA DIARREA

La atención de un niño con diarrea en la consulta externa, se acompaña de diagnóstico del estado de nutrición. En caso de desnutrición igual o mayor al 25% de déficit del peso para la edad, el paciente será incluido en un programa local de recuperación nutricional. Existe una relación compleja entre diarrea, desnutrición e integridad intestinal.

La desnutrición en modelos animales, compromete significativamente la función de barrera de la mucosa intestinal, altera la actividad enzimática de las células de las microvellosidades y disminuye su capacidad absortiva. odas estas alteraciones son experimentadas con mayor severidad en niños con desnutrición previa, quienes en general viven en países en vías de desarrollo.

La desnutrición además aumenta la susceptibilidad de estos pacientes para adquirir nuevas infecciones gastrointestinales, las cuales, nuevamente, contribuyen a la lesión e inflamación de la mucosa con peor malabsorción y mayor deterioro nutricional.

Todos estos eventos crean entonces un círculo vicioso que puede ser cortado mediante una realimentación precoz y adecuada del niño afecto de diarrea aguda. El concepto de " reposo intestinal", bajo el cual se mantenía a los pacientes en ayuno por tiempo prolongado, debe abandonarse. La realimentación precoz es fundamental incluso en niños bien nutridos provenientes de países desarrollados.

El nutriente más importante sigue siendo la leche materna, existe controversia, sin embargo, sobre cuál sería la fórmula láctea más efectiva a

utilizar en niños que no pueden beneficiarse de la alimentación natural. Las fórmulas infantiles estándar, que contienen lactosa y provenientes de la leche de vaca, pueden usarse sin problema en la mayoría de los casos de diarrea aguda, aún en infecciones por rota virus, donde se afectan severamente las células productoras de lactasa.

Los alimentos sólidos deben también añadirse en los casos apropiados una vez cumplida satisfactoriamente la fase inicial de rehidratación de 4 - 6 horas. Es necesario recalcar la importancia de la reintroducción precoz de alimentos después de este tiempo.

Los alimentos a recomendar se basan en los disponibles a nivel local, respetando ciertas tendencias culturales propias de cada comunidad. Son alimentos generalmente bien tolerados cereales como arroz, sémola y maíz, hortalizas como zanahorias y papas, frutas como plátano, manzana y guayaba; carnes como pollo y pescado, administrando en forma fraccionada, varias comidas pequeñas al día. A cada porción de comida puede añadirse una cucharadita de aceite para incrementar su contenido calórico.

Durante las dos semanas posteriores al episodio diarreico, es recomendable ofrecer una cantidad mayor de alimentos para buscar una mejor y más rápida recuperación nutricional.

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[11].

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.

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 de las personas en general, y la de las niñas y niños en particular, es un derecho humano inalienable, 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 una herramienta que permite la atención de las niñas y niños en forma integrada, haciendo énfasis en los problemas más graves y comunes que afectan su salud.

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), que fue presentada en 1996 como la principal 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.

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

La estrategia también contiene las indicaciones para controlar la evolución del tratamiento, para identificar la necesidad de aplicar medidas de prevención y aplicarlas, y para informar y educar a los padres sobre la prevención y promoción de la salud infantil.

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)

AIEPI tiene tres objetivos:

1. Reducir la mortalidad en la infancia.
2. Reducir la incidencia y gravedad de las enfermedades y problemas de salud que afectan a los niños y niñas.
3. Mejorar el crecimiento y desarrollo durante los primeros años de vida de los niños y niñas.

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.

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) [40].

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[27].

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 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[41].

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.

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.

Objetivos del proceso de enfermería: Los objetivos del proceso de enfermería en AIEPI están dirigidos al paciente. Enfermera/o y comunidad:

Para el paciente:

- Permitir la participación activa del paciente y su familia en los cuidados que se realizan en las diferentes etapas del proceso.
- Mantener el bienestar del paciente a un nivel óptimo.
- Garantizar la mejor calidad de vida del paciente y su familia durante el mayor tiempo posible.
- Realizar prácticas de auto cuidado.

Para la enfermera/o:

- Aumentar la satisfacción en el trabajo.
- Fomentar la relación enfermera paciente.

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.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como Proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución) ; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica[3].

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

- Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores
- Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LA DIARREA: La diarrea conjuntamente con el estreñimiento, no es una enfermedad, es un síntoma de algún trastorno cuya gravedad dependerá de la causa que lo origine. La diarrea se caracteriza por la evacuación frecuente de heces acuosas, sin formar, lo que provoca una excasa absorción de los nutrientes, electrolitos y de los líquidos. Puede ir o no acompañada de dolor, debilidad, náuseas, vómitos, espasmos abdominales, fiebre o pérdida de apetito.

Puede ser aguda o crónica. La primera de aparición repentina, suele durar uno o dos días. La segunda suele prolongarse más tiempo, suele ser síntoma de un trastorno más serio.

El trastorno puede tener origen en la dieta, infecciones, medicamentos , enfermedades crónicas , estrés emocional.

Cuidados de enfermería en niños/as con enfermedad diarreica aguda.

1. Recibir al niño por un personal capacitado valorando el estado del mismo así como orientar a la madre las normas de la sala.
2. Educación, orientación y apoyo psicológico al niño y familiares ya que se encuentran en un medio desconocido para los mismos.
3. Pesar y tallar al niño con la técnica correcta es imprescindible para el cálculo de la medicación.
4. Mantener higiene personal y ambiental en estos niños es muy importante para evitar las complicaciones y las infecciones cruzadas, es por eso que la técnica correcta del lavado de manos en el personal de enfermería, antes y después de la manipulación de estos niños, en cada tratamiento que se realice así como también en las madres, el baño diario es importante no se debe realizar con la técnica de inmersión.
5. Si es necesario canalizar vena se debe de hacer con la técnica correcta, siguiendo los principios de asepsia y antisepsia.
6. Al instalar la venoclisis si es indicada se debe tener estricto cumplimiento en el cálculo del goteo y rótulo que refleje la cantidad de líquidos y electrólitos, fecha, hora, escala y personas que lo preparará e instalará.
7. Mantener limpia la cuna o cama del niño con el cambio de ropa las veces que sean necesarias (desinfección concurrente) así como eliminar cualquier tipo de suciedad y movilizarlo para evitar escaras o úlceras por decúbito, cuando el niño es muy pequeño y no puede movilizarse.
8. Mantener las medidas establecidas para la limpieza y fregado de pisos, paredes, cunas, camas, mesitas y otros (desinfección terminal).
9. Ofrecer rehidratación oral, *EN CASO* que el niño no tenga vómitos, se le dará 2 onzas por cada deposición líquida.
10. Observar estrictamente a los niños prematuros y desnutridos para evitar hipoglucemias.
11. Realizar las técnicas correctas y adecuadas en la administración de alimentos para valorar tolerancia, alergia y otros.

12. El servicio de EDA debe de ajustarse a las normas orientadas para los mismos y la enfermera jefa de sala deberá cooperar con el resto del equipo de salud en su cumplimiento.
13. Anotación correcta en la HC de las observaciones y cumplimiento de lo que se realiza al niño con letra clara y legible.
14. Mantener ablactación correcta. En el destete comenzar la aglactación con cereales simples (arroz o avena), puré de viandas (papa, malanga y plátano) en cantidades normales para la edad y siempre a partir de los 6 meses.
15. Ejecutar medidas antitérmicas si son necesarias.
16. Llevar el control del balance hídrico por vía parenteral o enteral, así como los egresos de líquidos producidos por diarreas y diuresis.
17. Anotar el número y consistencia de las deposiciones.
18. Vigilar el estado de hidratación, palpando la fontanela anterior y valorando los globos oculares, el estado de humedad de la mucosa bucal y presencia o no de pliegue cutáneo.
19. Vigilar y anotar vómitos y presencia de distensión abdominal (íleo paralítico).
20. Pesar y tallar al niño para valorar las pérdidas producidas por las diarreas.
21. Vigilar, anotar y comunicar sangramiento a cualquier nivel.
22. Controlar y exigir la toma de muestras para exámenes de laboratorio[16].

Cuidados de enfermería en niños con enfermedad diarreica persistente.

1. Trasladar al paciente al hospital si es menor de 6 meses o presenta deshidratación.
2. Enseñar a la madre a alimentar a su hijo, y no suspender los alimentos. Excepto.
3. Dar la mitad de la cantidad usual de leche.
4. Sustituir la leche por el yogurt.
5. Asegurar la ingesta calórica completa, dándole 6 comidas al día, y adicionarle aceite vegetal, leguminosas, carne y pescado.
6. Orientar asistencia a consulta a los 5 días.
7. En el caso que el niño continúe con diarrea remitirlo al hospital.

8. Educación sanitaria a la madre en cuanto a.

De eliminarse la diarrea.

- Continuar los mismos alimentos de dieta regular.
- Orientar que a la semana debe reanudar gradualmente los alimentos con leche animal o fórmula láctea.
- Ofrecer comida adicional diaria durante 1 mes como mínimo.
- Cumplir con el tratamiento médico dietético con el objetivo de garantizar una adecuada alimentación y aumento de peso.

En el país, existen pocas unidades móviles con tecnología de punta y personal capacitado, con el fin de brindar una atención en el sitio de la emergencia, y durante su traslado a una unidad médica.

Los convenios necesarios con las redes de emergencias médicas ya establecidas en el país, no se dan en forma integral, ya que existen unidades de salud que no brindan atención médica inmediata, sino cumplen con un sinnúmero de trámites.

Se debe impulsar las gestiones pendientes para lograr la aprobación del “Nuevo Código de la Salud”, el cual enfoca y actualiza las normas para cada uno de los grandes capítulos relacionados con la Salud Pública, de las personas y de los riesgos por el ambiente.

Al propender establecer un Sistema único de información en Salud, para que permita disponer información confiable y oportuna hará que se tome decisiones oportunas y de esta manera los informes estadísticos sean reforzados para el conocimiento nacional sobre los indicadores de salud.

Se debe anticipar los procesos de atención a los programas de control de enfermedades de alto riesgo epidemiológico y de inmunizaciones, con el fin de iniciar oportunamente la ejecución de los mismos.

Ampliar las coberturas en inmunizaciones y promocionar la salud ambiental, enfocada especialmente a la vigilancia de la calidad del agua y de los factores ambientales determinantes.

Deben continuar reforzando la vigilancia epidemiológica y los programas de promoción y prevención en todos los niveles con especial énfasis en aquellas zonas amenazadas por las estaciones invernales, fenómenos naturales o con riesgos de epidemias como dengue, malaria, influenza aviar, rabia, leishmaniasis y oncocercosis.

Continuar apoyando la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita continuando con el pago por las prestaciones brindadas tanto en las Unidades del MSP, como en aquellas que han realizado convenios de gestión y fomentar la participación de los Comités de Gestión Local.

MARCO LEGAL

- **CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ECUADOR, 2008.**

Para la realización de esta investigación de toma en consideración los derechos del buen vivir, establece:

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

2. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 MATERIALES

2.1.1 LUGAR DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación se realizó en el servicio de emergencia del Hospital Aníbal González Álava de Calceta.

2.1.2 PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN

El periodo de la investigación fue de enero a junio del 2013.

2.1.3 RECURSOS EMPLEADOS

2.1.3.1 Talentos Humanos

- La investigadora
- Tutora

2.1.3.2 Recursos Físicos

- Computadora
- Impresora
- Hojas de papel bond
- Tinta de la impresora
- Bolígrafos

2.1.4 UNIVERSO Y MUESTRA

El universo estuvo constituido por todos los niños menores de cinco años que acuden al Área de Emergencia del hospital Dr. Aníbal González Álava durante el periodo de la investigación que fueron 215 y la muestra 100 menores de cinco años que presentaron enfermedades diarreicas agudas, complicadas.

3.1.4.1.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Niños menores de cinco años que presentan complicaciones graves de enfermedad diarreica aguda que acuden al Área de Emergencia del hospital Dr. Aníbal González Álava.

2.1.4.2.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Niños menores de cinco años que no presentaron complicaciones graves de enfermedad diarreica aguda que acudieron al Área de Emergencia del hospital Dr. Aníbal González Álava.

2.1.5. INSTRUMENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Para identificar a los usuarios, se usaron las historias clínicas, exámenes de laboratorio, examen físico realizado y la encuesta estructurada que se elaboró en base a los objetivos formulados.

2.2 MÉTODOS

2.2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Fue un trabajo

- Explorativo
- Descriptivo
- Correlacional

2.2.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACION

- No experimental

Se estudió a todos los pacientes que asistan al área de Emergencia del Hospital Aníbal González Álava y con el personal de enfermería que labora, se aplicó la encuesta y guía de observación para verificar los objetivos planteados y las variables.

3.1 CUADRO DE ANÁLISIS

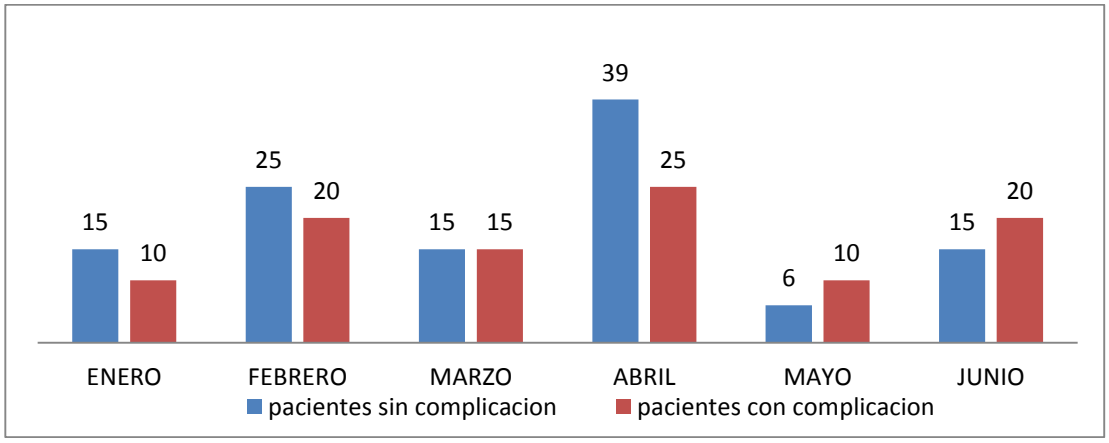
CUADRO N° 1

PREVALENCIA DE COMPLICACIONES POR ENFERMEDAD DIARREICA

PREVALENCIA	PACIENTES SIN COMPLICACIÓN			PACIENTES CON COMPLICACIÓN		
	F	%	PREVALENCIA	F	%	PREVALENCIA
ENERO	15	13	0,13	10	10	0,10
FEBRERO	25	22	0,22	20	20	0,20
MARZO	15	13	0,13	15	15	0,15
ABRIL	39	34	0,34	25	25	0,21
MAYO	6	5	0.5	10	10	0,10
JUNIO	15	13	0,13	20	20	0,20
TOTAL	**115**	**100**	**1,00**	**100**	**100**	**1,00**

Fuente: Estadística "Hospital Aníbal González Álava"
Elaboración: Lcda. Milaura Bravo Bravo

GRÁFICO N° 1



ANÁLISIS La prevalencia de niños con diarreas y que estuvieron complicados fue en los meses de febrero, abril y junio, prevaleciendo mas en el mes de abril en un 0,21.

Cabe indicar que se debe a que son meses de invierno y cuando comienza el ingreso a guarderías, ya que hay cambios alimenticios e higiénicos.

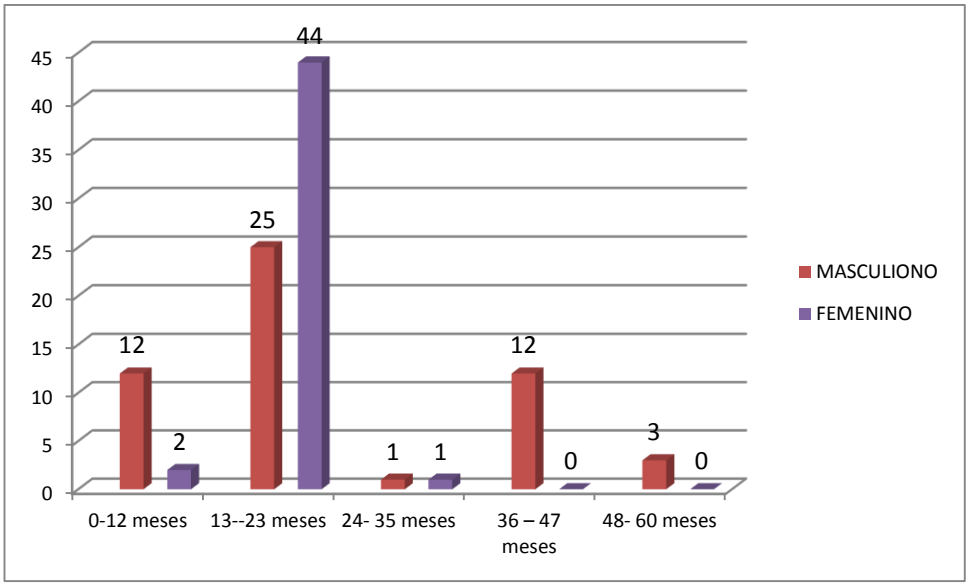
CUADRO Nº 2

EDAD Y GÉNERO DE LOS NIÑOS MENORES 5 AÑOS CON ENFERMEDAD DIARREICA

EDAD	MASCULINO		FEMENINO	
	F	%	F	%
0-12 meses	12	12	2	2
13--23 meses	25	25	44	44
24- 35 meses	1	1	1	1
36 – 47 meses	12	12		
48- 60 meses	3	3		
TOTAL	**53**	**53**	**47**	**47**

Fuente: Encuesta aplicada Madres
Elaborado por: Lcda. Milaura Bravo Bravo

GRÁFICO N° 2



ANÁLISIS: El género que más predomino fue el sexo femenino en un 44% entre las edades comprendidas de13 a 23 meses de edad.

Los menores de cinco años, son individuos vulnerables, a presentar enfermedades diarreicas, aun mas cuando comienza el destete y la ingestión de alimentos sólidos.

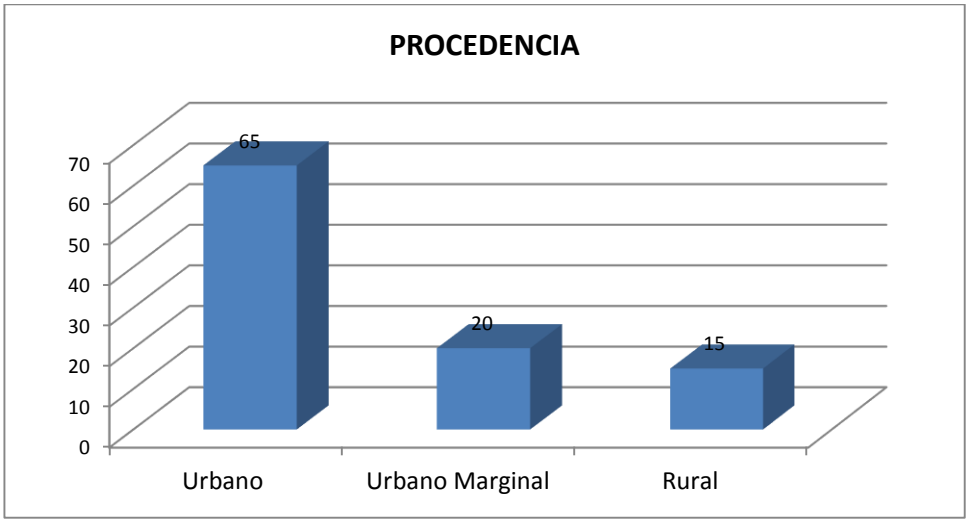
CUADRO Nº 3

PROCEDENCIA DE LOS NIÑOS MENORES 5 AÑOS CON ENFERMEDAD DIARREICA

PROCEDENCIA	F	%
Urbano	65	65
Urbano Marginal	20	20
Rural	15	15
TOTAL	**100**	**100**

Fuente: Encuesta aplicada Madres
Elaborado por: Lcda. Milaura Bravo Bravo

GRÁFICO N° 3



ANÁLISIS: El 65% de los menores de cinco años que presentaron complicaciones por enfermedad diarreica aguda, eran de procedencia urbana.

Todos los menores de cinco años, aunque vivan en áreas con que se cuentan con los servicios básicos, también presentan la enfermedad.

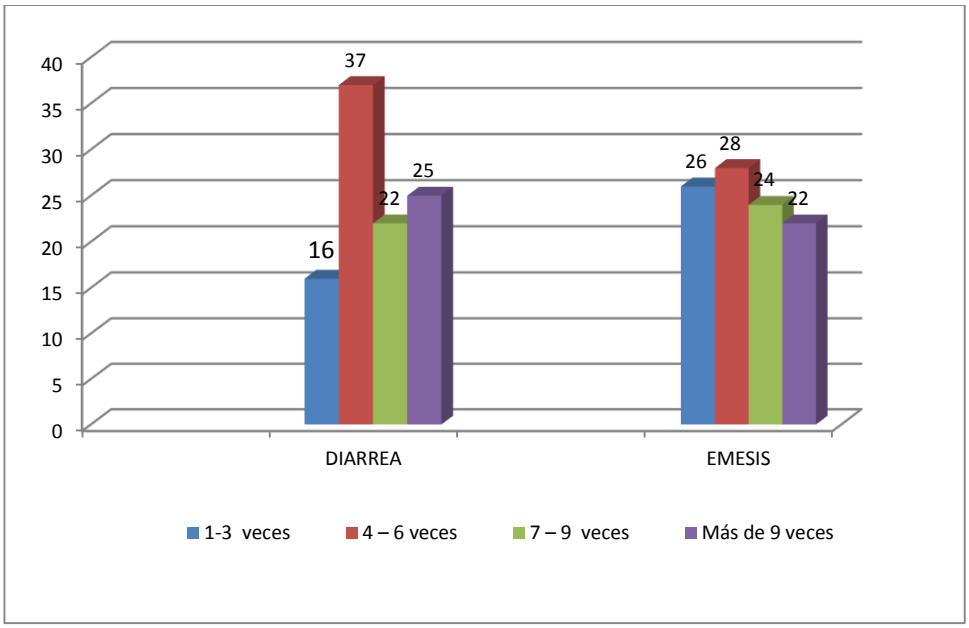
CUADRO Nº 4

DISTRIBUCIÓN DE DIARREA Y EMESIS EN NIÑOS MENORES 5 AÑOS CON ENFERMEDAD DIARREICA

NÚMERO	DIARREA		EMESIS	
	F	%	F	%
1-3 veces	16	16	26	26
4 – 6 veces	37	37	28	28
7 – 9 veces	22	22	24	24
Más de 9 veces	25	25	22	22
TOTAL	**100**	**100**	**100**	**100**

Fuente: Encuesta aplicada Madres
Elaborado por: Lcda. Milaura Bravo Bravo

GRÁFICO N° 4



ANÁLISIS: Los menores de cinco años, presentaron el 37% de 4 a 6 veces diarrea y en un 28% emesis.

Las evacuaciones liquidas como el vómito, trae como consecuencia el signo más visible como es la deshidratación, lo que en ocasiones si no es tratada a tiempo puede causas la mortalidad del menor.

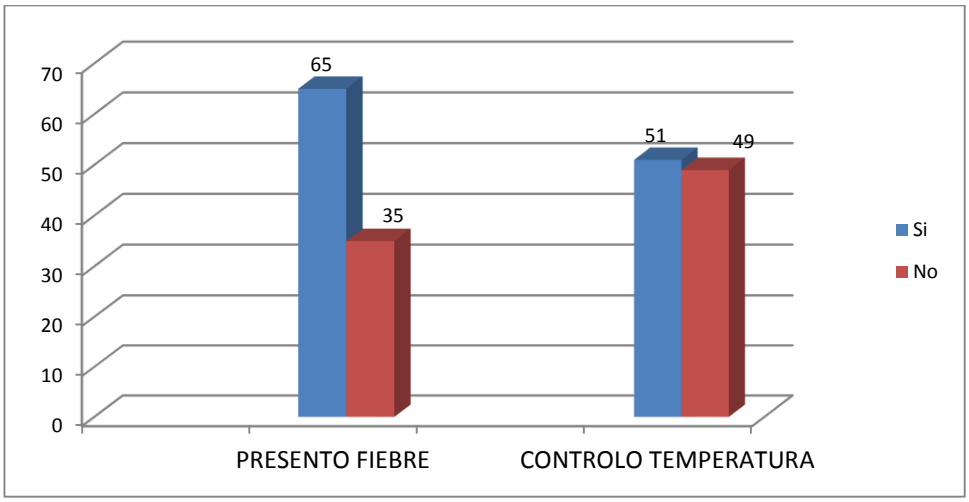
CUADRO Nº 5

CONTROL Y MANEJO DE LA FIEBRE QUE TUVIERON LAS MADRES DE LOS NIÑOS MENORES 5 AÑOS CON ENFERMEDAD DIARREICA

ALTERNATIVAS	PRESENTO FIEBRE		CONTROLO TEMPERATURA	
	F	%	F	%
Si	73	65	51	51
No	27	35	49	49
TOTAL	**100**	**100**	**100**	**100**

Fuente: Encuesta aplicada Madres
Elaborado por: Lcda. Milaura Bravo Bravo

GRÁFICO N° 5



ANÁLISIS: El 65% de los menores de cinco años presentaron hipertermia y el 51% de las madres, controlaron la fiebre.

La fiebre es un medio del organismo de demostrar que algo está pasando, además se debe manejar a tiempo, ya que pueden los menores de cinco años, llegar a convulsionar.

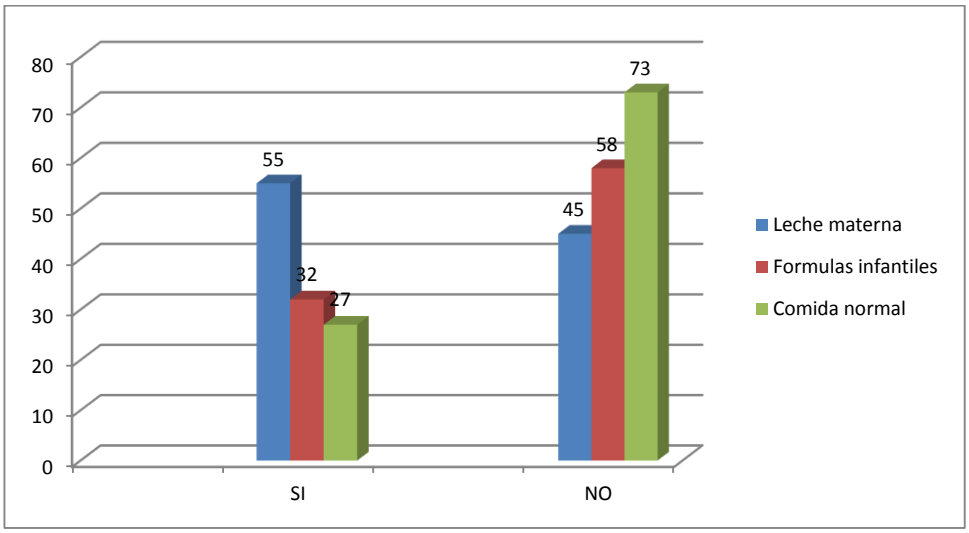
CUADRO Nº 6

ALIMENTACIÓN QUE RECIBIERON LOS NIÑOS MENORES 5 AÑOS CON ENFERMERDAD DIARREICA

ALIMENTACIÓN	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Leche materna	55	55	45	45	100	100
Formulas infantiles	32	32	58	58	100	100
Comida normal	27	27	73	73	100	100

Fuente: Encuesta aplicada Madres
Elaborado por: Lcda. Milaura Bravo Bravo

GRÁFICO N° 6



ANÁLISIS: El menor de cinco años que presento enfermedad diarreica, si fue alimentado con leche materna en un 55%.

La lactancia materna es fundamental para el menor de seis meses, ya que de esta manera se le proporciona anticuerpos al niño y se evita alguna enfermedades inmunoprevenibles.

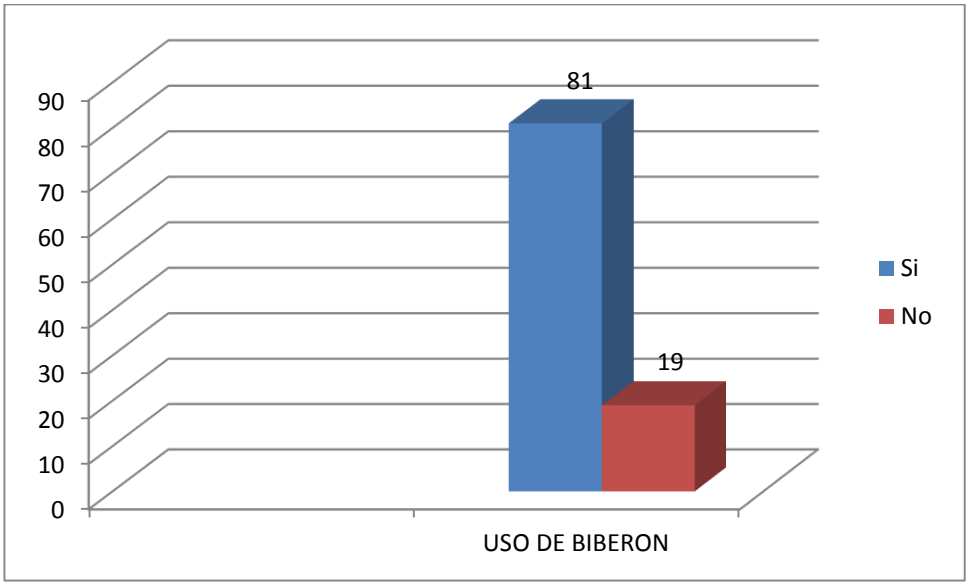
CUADRO Nº 7

USO DE BIBERÓN DE LOS NIÑOS MENORES 5 AÑOS CON ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

ALTERNATIVAS	F	%
Si	81	81
No	19	19
TOTAL	**100**	**100**

Fuente: Encuesta aplicada Madres
Elaborado por: Lcda. Milaura Bravo Bravo

GRÁFICO N° 7



ANÁLISIS: El 81% de los menores de cinco años usan biberón, para recibir líquidos.

Aunque se brinde educación sobre el uso del biberón, existen muchas madres que lo utilizan por facilidad porque tienen que ausentarse de sus hogares.

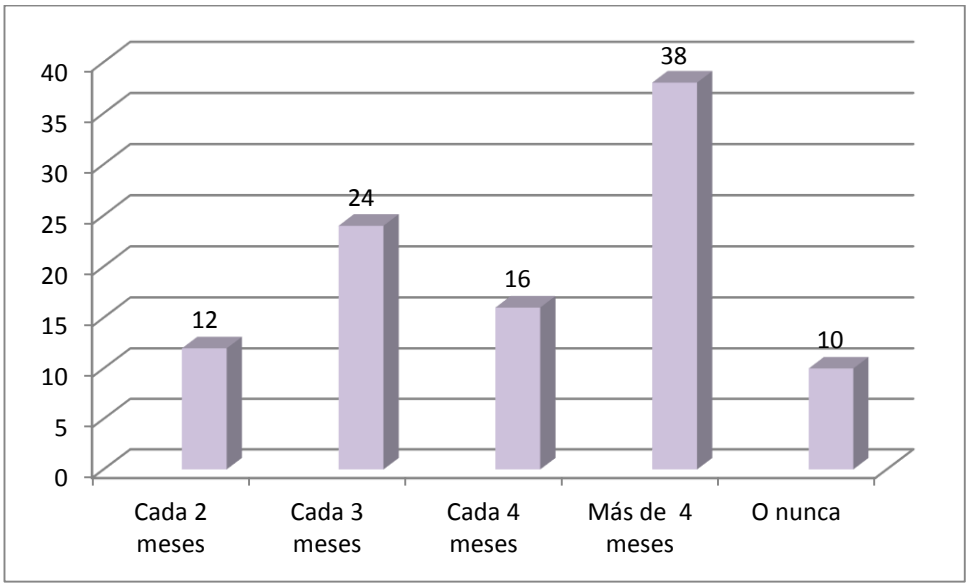
CUADRO Nº 8

CAMBIO DE BIBERÓN QUE REALIZAN LAS MADRES DE LOS MENORES 5 AÑOS CON ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

ALTERNATIVAS	F	%
Cada 2 meses	12	12
Cada 3 meses	24	24
Cada 4 meses	16	16
Más de 4 meses	38	38
O nunca	10	10
TOTAL	**100**	**100**

Fuente: Encuesta aplicada Madres
Elaborado por: Lcda. Milaura Bravo Bravo

GRÁFICO N° 8



ANÁLISIS: El 38% de las madres indicaron que el tetero lo cambian más de cuatro meses.

El uso continuo del biberón trae como consecuencia el desgaste del mismo, aun mas cuando no se realiza una buena higiene de los mismos, hace que sean más propenso a presentar enfermedad diarreica aguda.

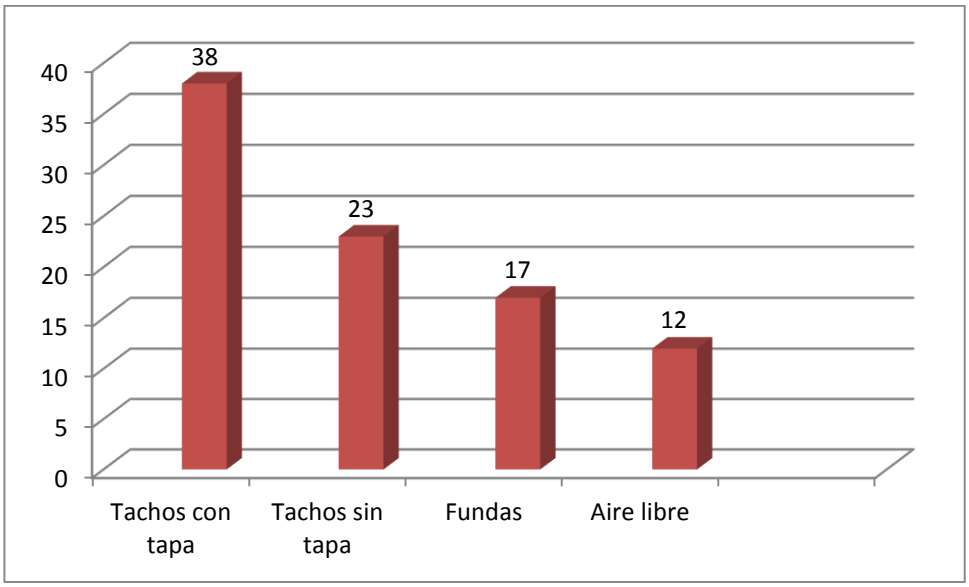
CUADRO Nº 9

MANIPULACIÓN DE DESECHOS INTRADOMICILIARIOS QUE REALIZAN LAS MADRES DE LOS MENORES 5 AÑOS CON ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

MANIPULACION	F	%
Tachos con tapa	38	38
Tachos sin tapa	23	23
Fundas	17	17
Aire libre	12	12
TOTAL	**100**	**100**

Fuente: Encuesta aplicada Madres
Elaborado por: Lcda. Milaura Bravo Bravo

GRÁFICO N° 9



ANÁLISIS: El 38% de las madres de los menores de cinco años indicaron que los desechos intradomiciliarios los recipientes permanecen cubiertos.

Los desechos que se generan en los hogares, emanan malos olores, aun mas cuando no se realiza el reciclaje, ya que en ocasiones la recolección de los desechos es esporádica.

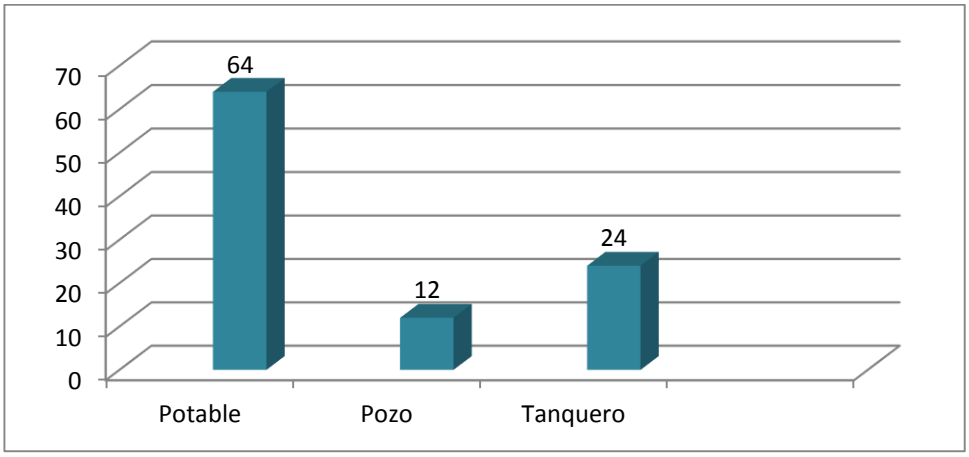
CUADRO Nº 10

ABASTECIMIENTO DE AGUA QUE REALIZAN LAS MADRES DE LOS DE LOS MENORES 5 AÑOS CON ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

ALTERNATIVAS	F	%
Potable	64	64
Pozo	12	12
Tanquero	24	24
TOTAL	**100**	**100**

Fuente: Encuesta aplicada Madres
Elaborado por: Lcda. Milaura Bravo Bravo

GRÁFICO N° 10



ANÁLISIS: El 64% de las madres de los menores de cinco años indicaron, que el agua para el consumo humano la obtienen mediante la potabilización.

El consumo de agua seguro, hace que la familia y los niños, no presenten problemas gastrointestinales, ya que es el medio por donde se contagian con mayor facilidad, ya que la utilizan para el consumo humano y satisfacer las necesidades de higiene.

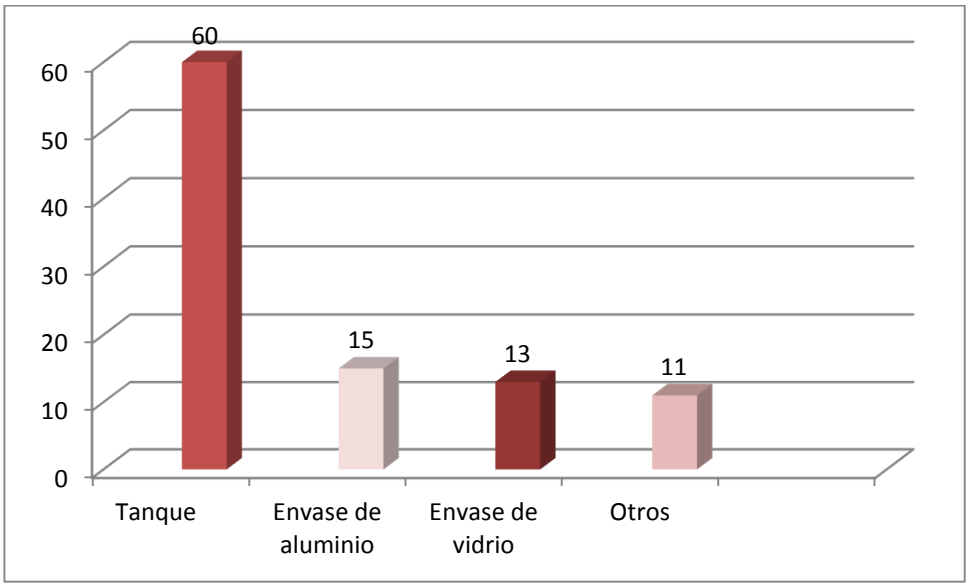
CUADRO Nº 11

ALMACENAMIENTO DE AGUA QUE REALIZAN LAS MADRES DE LOS DE LOS MENORES 5 AÑOS CON ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

ALTERNATIVAS	F	%
Tanque	60	60
Envase de aluminio	15	15
Envase de vidrio	13	13
Otros	12	11
TOTAL	**100**	**100**

Fuente: Encuesta aplicada Madres
Elaborado por: Lcda. Milaura Bravo Bravo

GRÁFICO N° 11



ANÁLISIS: El 60% de las madres de los menores de cinco años indicaron, que el agua para el consumo la almacenan en tanque, porque en ocasiones hay escasez.

El líquido vital, en toda la provincia hay escasez, aun mas, siendo un cantón que en época de invierno sufre de inundaciones, y en ocasiones hasta hay deterioro de tuberías que transporta el agua a los domicilios.

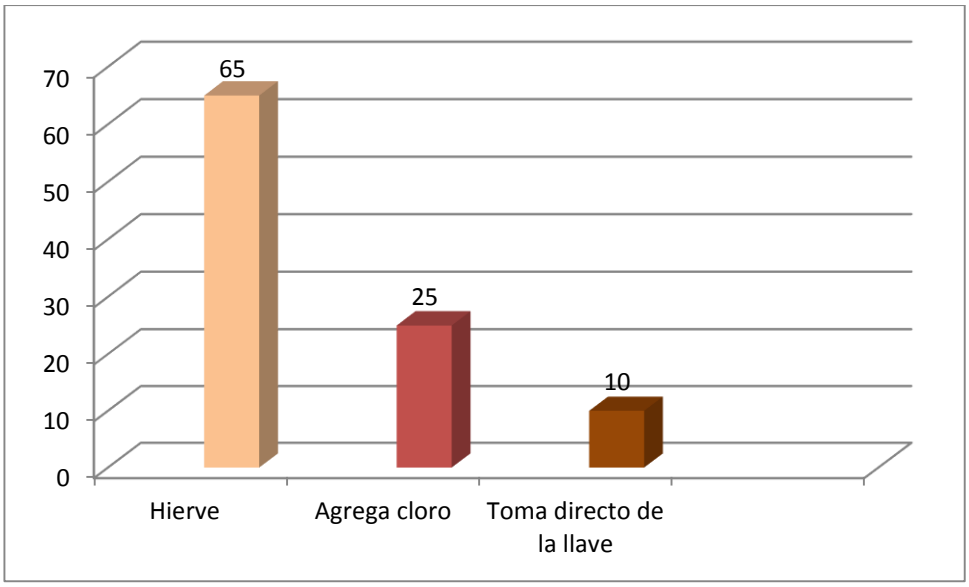
CUADRO Nº 12

TRATAMIENTO DEL AGUA QUE REALIZAN LAS MADRES DE LOS MENORES 5 AÑOS CON ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

ALTERNATIVAS	F	%
Hierve	65	65
Agrega cloro	25	25
Toma directo de la llave	10	10
TOTAL	**100**	**100**

Fuente: Encuesta aplicada Madres
Elaborado por: Lcda. Milaura Bravo Bravo

GRÁFICO N° 12



ANÁLISIS: El 65% de las madres de los menores de cinco años indicaron, que el agua para el consumo humano la hierven.

Uno de los medios para que el agua sea segura, debe recibir un tratamiento y las madres lo hacen con la ebullición, para de esta manera eliminar microorganismos que puedan causar problemas gastrointestinales.

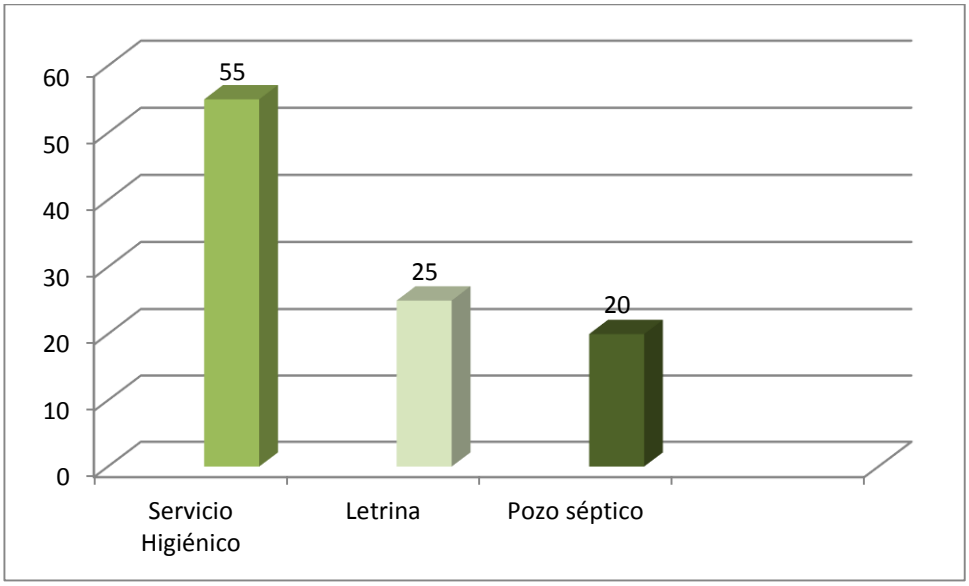
CUADRO Nº 13

DISPOSICIÓN DE EXCRETAS, QUE REALIZAN LAS MADRES DE LOS MENORES 5 AÑOS CON ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

ALTERNATIVAS	F	%
Servicio Higiénico	55	55
Letrina	25	25
Pozo séptico	20	20
TOTAL	**100**	**100**

Fuente: Encuesta aplicada Madres
Elaborado por: Lcda. Milaura Bravo Bravo

GRÁFICO N° 13



ANÁLISIS: El 55% de las madres de los menores de cinco años indicaron, que la eliminación de excretas la realizan por el servicio higiénico.

La eliminación correcta de las excretas, hace que no exista la predisposición de ser un fómite de contaminación en el hogar y medio ambiente, previniendo morbilidades que son infectocontagiosas.

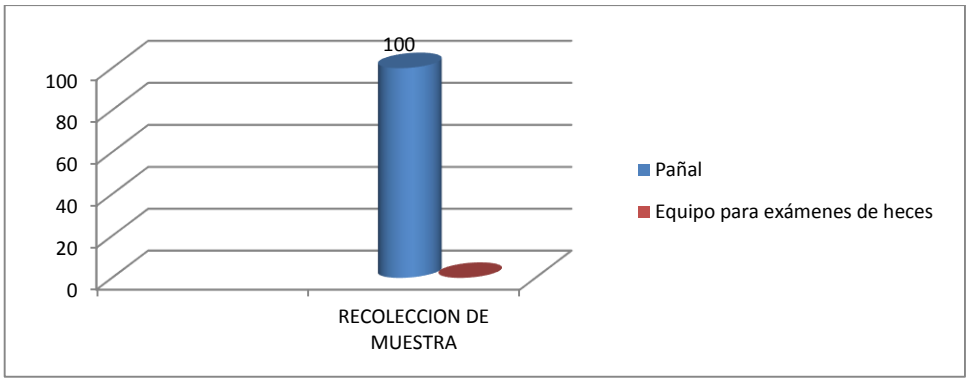
CUADRO Nº 14

OBTENCION DE LA MUESTRA DE HECES EN EL NIÑO MENOR 5 AÑOS CON ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA.

ALTERNATIVAS	F	%
Pañal	100	100
Equipo para exámenes de heces	0	0
TOTAL	**100**	**100**

Fuente: Encuesta aplicada Madres
Elaborado por: Lcda. Milaura Bravo Bravo

GRÁFICO N° 14



ANÁLISIS: El 100% de las madres de los menores de cinco años indicaron, que la muestra de las heces del niño el personal de enfermería la obtuvieron del pañal.

El menor de cinco años realiza sus deposiciones en pañal o la lencería, y de esta manera se puede obtener una muestra segura para realizar un diagnóstico precoz.

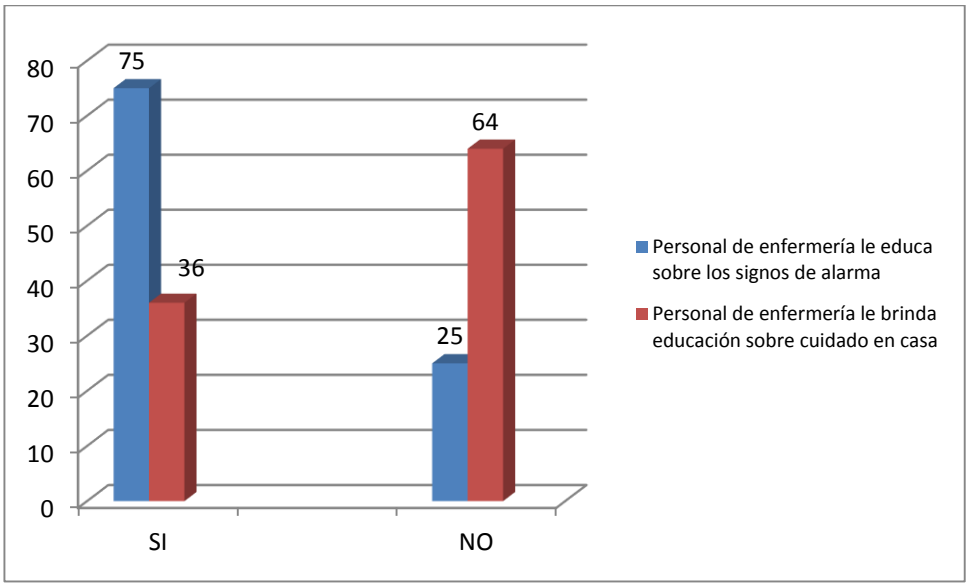
CUADRO Nº 15

CALIDAD DE ATENCIÓN QUE BRINDA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA AL MENOR DE 5 AÑOS CON ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

Frecuencia / Calidad	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Personal de enfermería le educa sobre los signos de alarma	75	75	25	25	100	100
Personal de enfermería le brinda educación sobre cuidado en casa	36	36	64	64	100	100

Fuente: Encuesta aplicada Madres
Elaborado por: Lcda. Milaura Bravo Bravo

GRÁFICO N° 15



ANÁLISIS: El 75% de las madres de los menores de cinco años indicaron, que el personal de enfermería las educa sobre los signos de alarma y el 36% sobre los cuidados en casa.

La educación que se brinde a los clientes que acuden a una unidad operativa, es un medio de evaluación que se le realiza al personal de enfermería, ya que cuando se educa a los individuos se está haciendo prevención y promoción de la salud.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA PARA EL MENOR DE CINCO AÑOS

DEFINICIÓN: La diarrea es un síndrome clínico de etiología diversa que se acompaña de la expulsión de heces de menor consistencia de lo normal y a menudo con vómito, fiebre y pérdida de apetito, también puede ser producida por la ingestión de fármacos o tóxinas, que causan alteración en la función intestinal, intolerancia a algunos alimentos, entre otros.

OBJETIVO: Mantener la alimentación durante la diarrea y la convalecencia

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

- Desequilibrio hidroelectrolítico relacionado con la diarrea y la pérdida del líquido extracelular.
- Posibilidad de infecciones adicionales relacionadas con el estado de debilitamiento y los trastornos del estado nutricional.
- Alteración del estado nutricional relacionado con la mala absorción.
- Malestar relacionado con los efectos de la enfermedad y el tratamiento.

Actividades:

- Administrar líquidos y electrolitos según prescripción médica.
- Pesar al paciente todos los días para tener una guía de las necesidades específicas de líquidos y su estado.
- Cuando se dan alimentos por la boca y líquido IV al mismo tiempo, es necesario controlar el volumen prescrito para evitar sobrecarga circulatoria.
- Evitar la diseminación de la infección, utilizando técnicas adecuadas para el lavado de las manos y el uso de bata, según normas de bioseguridad del hospital.
- Colocar los pañales en las bolsas de infecciosos una vez usados por el niño.

- Aislar al niño con diarrea hasta tanto no se determine la causa (los gérmenes pueden diseminarse rápidamente y con facilidad en lactantes y pequeños), esto se hace según norma del hospital.
- Si la diarrea es leve pueden administrarse soluciones de electrolitos por vía bucal.
- Aumentarse lentamente líquidos de puros, como agua con sabores de gelatinas, a la fórmula de 50% hasta la dieta regular. En niños mayores pueden aumentarse con mayor rapidez.
- Cuando se aumenta la dieta, observar si hay vómitos o más heces y comunicarlo de inmediato.
- No deben reanudarse los alimentos, ni aumentarlos con rapidez, porque puede sobrevenir la diarrea.
- Control de signos vitales con frecuencia, especialmente la fiebre.
- Anotar las características y número de evacuaciones.
- Anotar la actividad, grado de conciencia y signos neurológicos.
- Observar si hay vómitos: Frecuencia y características.
- Anotar la diuresis: cantidad, frecuencia y características.
- Vigilar presencia de edema.
- Valorar la conducta del niño para determinar cómo se siente: la alimentación y el sueño tranquilo indican que está bastante bien.
- El llanto o las piernas flexionadas sobre el abdomen suelen indicar dolor.

DISCUSION

En el Hospital Básico Aníbal González de Calceta, la prevalencia de niños/as con diarreas, y que estuvieron complicados fue en los meses de febrero, abril y junio en un 0,21, .

El género que predomino fue el sexo femenino en un 44% entre las edades comprendidas de 13 a 23 meses de edad y 65% de los menores de cinco años que presentaron complicaciones por enfermedad diarreica aguda, eran de procedencia urbana. Cabe indicar que los menores de cinco años, son individuos vulnerables, a presentar enfermedades diarreicas, aun mas cuando comienza el destete y la ingestión de alimentos sólidos, sea el lugar de residencia ya que en todo ambiente las enfermedades diarreicas están presentes.

Dentro los signos adversos de los menores de cinco años, que presentaron fue el 37% de 4 a 6 veces diarrea y en un 28% emesis, estas dos adversidades trae como consecuencia que el niño pierda líquido y por ende se presente la deshidratación y desnutrición, ya que si no son atendidos a tiempo puede aumentar la mortalidad.

El 65% de los menores de cinco años presentaron hipertermia y el 51% de las madres, controlaron la fiebre. Este signo es un medio del organismo de demostrar que algo está pasando, además se debe manejar a tiempo, ya que pueden los menores de cinco años, llegar a convulsionar y quedar secuelas en su organismo principalmente en la degeneración de las neuronas.

Todo menor de cinco años que presento enfermedad diarreica, las madres no dejaron de alimentarlo con leche materna en un 55%, ya que la lactancia materna es fundamental para el menor de seis meses, ya que de esta manera se le proporciona anticuerpos al niño y se evita alguna enfermedades inmunoprevenibles, pero también reciben líquidos en biberón cabe indicar que no tienen la costumbre de cambiarlo en forma continua, ya

que en la encuesta el 38% de las madres indicaron que el tetero lo cambian más de cuatro meses.

El uso continuo del biberón trae como consecuencia el desgaste del mismo, aun mas cuando no se realiza una buena higiene de los mismos, hace que sean más propensos a presentar enfermedad diarreica aguda.

El 38% de las madres de los menores de cinco años indicaron que los desechos intradomiciliarios los recipientes permanecen cubiertos, así como el 64% de las madres indicaron, que el agua para el consumo humano la obtienen mediante la potabilización, para el consumo la almacenan en tanque, porque en ocasiones hay escasez, además para ingestión diaria la hierven, para de esta manera se vuelva segura.

El 55% de las madres de los menores de cinco años indicaron, que la eliminación de excretas la realizan por el servicio higiénico, esto se debe porque habitan en el área urbana y de esta manera se evita la contaminación del medio ambiente, previniendo morbilidades que son infectocontagiosas.

El 100% de las madres de los menores de cinco años indicaron, que la muestra de las heces del niño el personal de enfermería la obtuvieron del pañal y el 75% de las madres de los menores de cinco años indicaron, que el personal de enfermería las educa sobre los signos de alarma y el 36% sobre los cuidados en casa. La educación que se brinde a los clientes que acuden a una unidad operativa, es un medio de evaluación al personal de enfermería, ya que cuando se educa a los individuos se está haciendo prevención y promoción de la salud.

CONCLUSIONES

- La prevalencia de niños con diarreas y que estuvieron complicados fue en los meses de febrero, abril y junio en un 0,21, el género que más predomino fue el sexo femenino en un 44% entre las edades comprendidas de 13 a 23 meses de edad, siendo procedencia urbana.
- Los menores de cinco años, presentaron el 37% de 4 a 6 veces diarrea y en un 28% emesis y el 65% presentaron hipertermia y el 51% de las madres, controlaron la fiebre, los mismos que fueron alimentado con leche materna en un 55%.
- El 81% de los menores de cinco años usan biberón, para recibir líquidos, el mismo que realizan su cambio más de cuatro meses.
- Los desechos intradomiciliarios, en un 38%, las madres cubren los recipientes, el consumo del agua el 64% la obtienen mediante la potabilización, la almacenan en tanques y la hierven.
- El 55% de las madres de los menores de cinco años indicaron, que la eliminación de excretas la realizan por el servicio higiénico.
- El 100% de las madres de los menores de cinco años indicaron, que la muestra de las heces del niño el personal de enfermería la obtuvieron del pañal.
- El 75% de las madres de los menores de cinco años indicaron, que el personal de enfermería las educa sobre los signos de alarma y el 36% sobre los cuidados en casa.

i

RECOMENDACIONES

- Al Hospital Aníbal González Álava, que en el área de emergencia se refuerce el personal profesional de enfermería, ya que existe déficit del mismo, y de esta manera se podrá mejora la calidad de atención del usuario que asiste a calmar sus dolencias.
- Al equipo multidisciplinario, que apliquen las normas de las enfermedades diarreicas, para de esta manera exista protocolización en el manejo del niño, y no exista complicaciones irreversibles.
- Promocionar el uso del SRO, mediante la educación continua, a las madres de familia, para evitar la deshidratación.
- A las madres de los menores de cinco años, que asistan a la unidad de salud para recibir tratamiento oportuno para los menores con problemas de EDA.
- Que el Equipo de Salud realice seguimiento para exista continuidad del tratamiento y no se presente complicaciones futuras como es la desnutrición infantil.

4. – BIBLIOGRAFÍA

1. Alcalde Martín, Gómez López L, Carrascal Arranz MI, Blanco del Val, et al. Gastroenteritis aguda en pacientes hospitalizados. Estudio evolutivo de 14 años. An Esp Peditr 2002.
2. ARTAG. Definiciones de diarrea. Londres 2004
3. BRUNNER, S. 2005. Enfermería Médico Quirúrgico. Décima edición. Editorial Interamericana McGraw-Hill. Madrid. España. Vol. 1.p.1265-1320
4. CUBA. Ministerio de Salud Pública. Programa de lucha contra la gastroenteritis. MINSAP 2003
5. GALÁN SÁNCHEZ F, Téllez Pérez F, Tejada Cabrera M y Rodríguez Ramos C. Protocolo diagnóstico y terapéutico del paciente con diarrea aguda. Medicine 2000.
6. GARCÍA GIL D, Arizcorreta Yarza A, Ramos García-neto C y Girón González JA. Tratamiento del síndrome diarreico. Medicine 2000.
7. GONZÁLEZ BARBOTEO J y Madruga Galán F. Diarreas agudas. Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias par Residentes. Complejo Hospitalario de Toledo. 2003.
8. HARRISON. Principios de medicina interna. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana, 1998.
9. MARTÍNEZ Sierra MC, Peña Ojeda JA, Prieto García JL y Rendón Unzeta P. Síndrome diarreico. Medicine 2000.
10. MONTERO Pérez FJ, Riog GarcíaJJ, Jiménez Murillo L y Calderón de la Barca Gázquez JM. Gastroenteritis aguda. Medicina de Urgencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de actuación. 3ª ed. Madrid. Elsevier España S.A. 2004.
11. MSP. Normas de atencion a la niñez. Quito 2005
12. PRIETO Garcia JL, Tejada Cabrera M, Peña Ojeda JA y Soria de la Cruz MJ. Criterios de derivación de pacientes con diarrea o con vómitos a la consulta especializada. Medicine 2000.
13. RIVERON Corteguera RL. Estrategias y causas de reducción de la mortalidad por diarrea. Bol of Panam. 2005

14. TÉLLEZ PÉREZ F, Tinoco Racero I, Galán Sánchez F y Girón González JA. Gastroenteritis infecciosas. Infecciones bacterianas, víricas y parasitosis intestinales. Medicine 2000.
15. TEWEL Sadosty A y Browne BJ. Vómito, diarrea y estreñimiento. Medicina de Urgencias. 5ª ed. McGraw-Hill Interamericana editores, S.A. 2002; vol. 1.
16. VAL PÉREZ Martín J, Martín Mir ML y Botella Esteban MT. Protocolo diagnóstico terapéutico del paciente con vómitos. Medicine 2000.

Direcciones electrónicas

17. Anuario Estadístico del MINSAP. [sitio de internet] 2005. Acceso 311 de octubre de 2005. Disponible en URL: http://www.sld.cu/sitios/dne/
18. La diarrea Aguda en la Infancia. Disponible en http://escuela.med.puc.cl.Departamentos/Pediatria/Pediat
19. Frontera de Fogel J. Diarrea Crónica. [sitio de internet], 2003. Acceso el 27 de octubre 2005.Disponible en URL: http://www.tupediatra.com/temas.htma
20. Régimen de moderación de estímulos intestinales. Disponible en http://www.zonadiet.com/adecintestinal.htm http://www.monografias.com/trabajos32/diarreas/diarreas.shtml#ixzz2FAxTF5kC
21. UNICEF, OMS , UNESCO, FNUAP, Para la vida 3ra edición, Pág.: 76, 77
22. JARANDILLA Juan Carlos, Pediatría 2da edición 2008 Pág.: 225
23. INSTITUTO Nacional de Estadística, INE, ENCUESTAS DE MEJORAMIENTO DE CONDICIONES DE VIDA(MECOVI 1999 - 2002), ENCUESTA CONTINUA DE HOGARES 2003 -2004, ENCUESTA DE HOGARES 2006-www.ine.qov.bo
24. DAIN Alberto L, Manuel de Infectologia, 4ta edición 2005 Pág. 43
25. PREVENCIÓN y Control de Enfermedades Diarreicas Agudas y Respiratorias Agudas. Fuente www.guerrero.gob.mx/programasgobierno

26. Busto Aguiar Ricardo (2007). Morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda en lactantes contra lactancia materna. Revista Electrónica 2007. http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol6%202007/.
27. Cáceres Diana Carolina, Estrada Eduardo, De Antonio Rodrigo, Peláez Dioselina (enero 2005). La enfermedad diarreica aguda. Un reto para la salud pública en Colombia, 17 (1), 6-14. http://journal.paho.org/?a_ID=244
28. Comunicación Social (2008).Prevención de Enfermedades Diarreicas Agudas. San Luis Potosí. http://www.slp.gob.mx/ver_noticia.cfm?id_cont1=5603.
29. Criterios técnicos y Recomendaciones Basadas en evidencias para la construcción de Guias Practicas Clinicas para el primer y segundo nivel de atención. Agosto 2005.http://www.ccss.sa.cr/
30. Escobar Picasso Emilio, Espina Huerta Enrique, Moreira Ríos Mauro Nono (2006). El Niño Enfermo. Tratado de Pediatría, Manual Moderno, Vol.II
31. Francisco Delgado Mario, Hernán Sierra Carlos, Calvache Andrés, José Ríos María Ángela, Mosquera catalina, salas Ingrid, Agredo Francisco, Meneses Rubiel. Conocimientos maternos sobre Signos de Peligro en Diarrea Aguda. En el marco de la estrategia AIEPI. Colombia Médica (2006).http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol37No4/pdf/v37n4a06.pdf.
32. Gutiérrez Camacho Claudia (2004). Intervención educativa para el manejo efectivo de diarrea en el hogar. Bol.Med.Hosp.Infant.Mex., 61 (1), 19-28 http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462004000100003&lng=es&nrm=iso
33. Navarro Dianora, Jaen Domingo (2004). Enfermedad Diarreica Aguda. Guía para la Prevención y tratamiento.http://www.infomedonline.org.ve/infomedonl

34. Enfermedad_diarreica_aguda.pdfra la prevención y tratamiento de la diarrea y la deshidratación.Rodríguez Torres Teresa (2008), Gastroenterología. Medicina Preventiva y Salud Pública.http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/902/1/Comportamientoclinico-y-epidemiologico-de-las-diarreas-en-el-Hospital-Fousseyni-Daou-deKayes.html
35. Ruiz de Villa Martínez Yoycet, Guerrero Soler Cecilia, Álvarez Curtis José, Leyva Alberti Teresita, Medina Ali Frank Ernesto. (2004). Diarrea Persistente. Principales Causas y Factores Asociados a Nuestro Medio. Revista Trimestral. http://www.ciencias.holguin.cu/2004/Septiembre/articulos/ARTI6.htm
36. Sepúlveda Jaime, Bustreo Flavia, Tapia Roberto, Rivera Juan (2007). Aumento de la sobrevida en menores de cinco años en México. La estrategia diagonal Salud Pública Méx. 2007. http://www.insp.mx/rsp/_files/File/2007/supl%201/11-Aumento.pdf
37. Servicios de salud de Veracruz dirección de planeación y desarrollo explicación a la variación de los avances de las acciones del programa operativo anual (2006 enero). 216 01 02 detectar y controlar enfermedades diarreicas aguda.
38. Zermeño Infante Jorge, Manlio Fabio, rivera Beltrones, guerrero Torres José Gildardo, Cleominio Renan, Zoreda Novelo. (2007). Ley General de Salud.
39. http://sesver.ssaver.gob.mx/pls/portal/docs/page/inicio/transparencia/pag_transparencia/planes_y_programa/pag_poa/pag_poa_2006/explicacion%20enero%2006.pdf
40. Villalpando G a, Mezquila V, García G R .Pautas de actuación de auxiliar de enfermería en el área de urgencias pediátricas. Revista Electrónica Internacional para el cuidado de pacientes críticos .Issn 1578-5963; 01. 2004.
41. Sastre PM, Varca H, Del sol A M. Aplicación del proceso de atención de Enfermería a lactantes de un área de salud. Rev. Cub. Enfermería 2003; 19 (3):1-3.

ANEXOS

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Encuesta

Este cuestionario forma parte de una investigación cuyo objetivo es Proponer un protocolo de atención de enfermería para niños menores de 5 años que presentan S.D.A, en el Área de emergencia del HOSPITAL DR. ANÍBAL GONZÁLEZ ÁLAVA, ENERO A JUNIO DEL 2012.

El cuestionario dirigido a las madres de familias de los niños ingresados en el área de emergencia durante dicho periodo.

Edad: ..... Sexo: .....

Por favor coloque una cruz sobre la pregunta que usted crea correcta.

Procedencia:

Urbano ☐ Urbano Marginal ☐ Rural ☐

SÍNDROME DIARREICO AGUDO

Cuántas veces su hijo/a realizaba la diarrea en el día?

1-3		4-6		6-7		7-9	9 o más

Cuántas veces su hijo/a realizaba en el día vomito?

Ninguna		1-3		4-6		7-9	9 o más

Presento fiebre su niño?

Si	
No	

¿Le tomó la temperatura?

Si	
No	

¿Qué tipo de alimentación recibe su niño?

	SI	NO
Leche materna		
Fórmulas infantiles		
Comida normal		
Otras		

Cada cuanto tiempo cambia la mamila de su bebe?

Cada 2 meses	
Cada 3 meses	
Cada 4 meses	
Más de 4 meses	
O nunca	

¿La basura en su casa la colocan en:

Tachos con tapa ☐ Tachos sin tapa ☐

Fundas ☐ Aire libre ☐

ALMACENAMIENTO DE AGUA

¿Usted almacena el agua que bebe en:

Tanque ☐ Envase de aluminio ☐

Envase de vidrio ☐ Otros ☐

¿Antes de beber el agua usted:

Hierve ☐ Agrega cloro ☐ Toma directo de la llave ☐

ELIMINACIÓN DE HECES FECALES

¿La casa posee:

Servicio Higiénico ☐ Letrina ☐

Pozo séptico ☐ Aire libre ☐

¿La muestra de heces el personal de enfermería la obtuvo del:

Pañal ☐ Bidet ☐

¿El personal de enfermería le educa sobre los signos de alarma?

Si ☐ No ☐

¿El personal de enfermería le brinda educación sobre cómo debe cuidar su niño en la casa?

Si No

HOSPITAL DR. ANIBAL GONZALEZ ALAVA

EFERENCIA Y
EFERENCIA

Presidencia de la República del Ecuador

Plan Nacional de Ciencia y Tecnología

SENESCYT
SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR, CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIAY TECNOLOGIA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS		
TÍTULO Y SUBTÍTULO: COMPLICACIONES GRAVES DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS Y PROPUESTA DE PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA AÑO 2013		
AUTORA: LIC. MILAURA JANETH BRAVO BRAVO	TUTORA: DRA ISABEL RIOS SAVEEDRA REVISOR: DRA.CLARA JAIME GAMEZ	
INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil	FACULTAD: de Ciencias Médicas	
CARRERA: MAESTRÍA EN EMERGENCIAS MEDICAS		
FECHA DE PUBLICACIÓN: 20 DE OCTUBRE 2014	No. DE PÁGS: (63)	
AREAS TEMATICAS: SALUD		
PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD DIRREICA AGUDA -NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS-FACTORES DE RIESGO-PROTOCOLO-ENFERMERIA		
RESUMEN: LA DIARREA ES UNA ENFERMEDAD INTESTINAL GENERALMENTE INFECCIOSA Y AUTOLIMITADA, CARACTERIZADAS POR EVACUACIONES LIQUIDAS O DISMINUIDAS DE CONSISTENCIA Y FRECUENTES, CASI SIEMPRE EN NUMERO MAYOR A TRES EN 24 HORAS CON EVOLUCION MENOR DE 2 SEMANAS.LAS ENFERMEDADES DIRREICAS AGUDAS CONSTITUYEN UN PROBLEMA DE SALUD EN LA COMUNIDAD QUE TRAE COMO CONSECUENCIA DESHIDRATACION Y/O MUERTE POR LOS MALOS HABITOS ALIMENTICIOS.		
No. DE REGISTRO	No. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	X SI	NO
CONTACTO CON AUTOR:	Teléfono: 0991555825	E-mail: Milaura21@hotmail.es
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre: SECRETARIA DE LA ESCUELA DE GRADUADOS	
	Teléfono: 2- 288086	
	E-mail: egraduadosug@hotmail.com	