

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**PLAN DE PREVENCIÓN DE DIARREA EN NIÑOS MENORES DE 36  
MESES DE EDAD EN EL DISTRITO DE LA CRUZ, TUMBES 2018**

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA  
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN CRECIMIENTO,  
DESARROLLO DEL NIÑO Y ESTIMULACION DE LA PRIMERA  
INFANCIA**

**MANUELITA DE JESÚS CHERRE LLENQUE**

**Callao - 2019**  
**PERÚ**



## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DR. FELIX ALFREDO GUERRERO ROLDAN PRESIDENTE
- LIC. ESP. YRENE ZENAIDA BLAS SANCHO SECRETARIA
- DR. CESAR MIGUEL GUEVARA LLACZA VOCAL

**ASESORA:** DRA. TOMASA VERONICA CAJAS BRAVO

Nº de Libro: 03

Nº de Acta: 04-2019

**Fecha de Aprobación de la tesis:** 22 de Junio del 2019

**Resolución de Consejo Universitario** N° 245-2018-D/FCS, de fecha 30 de Octubre del 2018, de Jurado Evaluador de la Tesis para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.



## **INDICE**

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>2</b>
<b>I.- DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA</b>	<b>4</b>
<b>II.- MARCO TEÓRICO</b>	<b>7</b>
<b>2.1.- ANTECEDENTES</b>	<b>7</b>
<b>2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES</b>	<b>7</b>
<b>2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES</b>	<b>10</b>
<b>2.2.- MARCO CONCEPTUAL-</b>	<b>12</b>
<b>2.2.1. BASE TEORICA</b>	<b>12</b>
<b>2.2.2. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS</b>	<b>31</b>
<b>III. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.</b>	<b>32</b>
<b>3.1. PLAN DE INTERVENCION</b>	<b>33</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>40</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>41</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	<b>42</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>47</b>

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad Diarreica Aguda (EDA), es un gran problema de salud pública en los países en vía de desarrollo y morbilidad es elevada en la infancia. Investigaciones recientes reportan que en poblaciones de niños menores de cinco años. Existen dos millones de hospitalizaciones y 25 millones de consultas con elevadas cifras de mortalidad asociada a esta infección (1, 2)

En los países subdesarrollados se reporta que esta enfermedad es con mayor frecuencia la causante principal de muertes en niños de 5 años a menos (2). En el año 2010 en los Estados Unidos la incidencia de EDA en pequeños con edad menor de 5 años es de 1,3 a 2,3 acontecimientos por año, y anualmente esta afección lleva a la muerte a más de 300 pequeños. El 10% de los pacientes que ingresan cada año por diarrea son de este grupo etario, y el gasto económico directo en los nosocomios y en las consultas ambulatorias se evalúa que anualmente puede llegar a ser más de \$2 billones por año. Al año se reportan en Estados Unidos 200 millones a más casos de EDA (3)

Las diarreas son un síntoma común a varias enfermedades y motivo frecuente de consulta médica. Es un problema de Salud Pública en los países en desarrollo, por su alta carga de morbilidad y mortalidad. En muchos países puede verse una frecuencia estacional, es decir es más frecuente en los meses de verano.

La definición precisa de diarreas es difícil de dar, ya que la frecuencia de las deposiciones varía de acuerdo con patrones socioeconómicos y culturales establecidos y las condiciones higiénicas desempeñan un papel fundamental. Son más frecuentes en los países donde predominan las

condiciones de vida desfavorables, con hacinamiento, falta de agua potable y deficiente cobertura de los servicios de salud. Estos hechos se pueden prevenir con el conocimiento materno adecuado sobre aspectos relacionados a diarrea, signos de peligro y las medidas precoces a seguir.

Las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años, y ocasionan la muerte de 525 000 niños cada año. En el pasado, la deshidratación grave y la pérdida de líquidos eran las principales causas de muerte por diarrea. En la actualidad es probable que otras causas, como las infecciones bacterianas septicémicas, sean responsables de una proporción cada vez mayor de muertes relacionadas con la diarrea. Los niños malnutridos o inmunodeprimidos son los que presentan mayor riesgo de enfermedades diarreicas potencialmente mortales. En la región de las Américas, las enfermedades diarreicas se encuentran entre las cinco primeras causas de muerte en todas las edades en 17 países (2)

En relación a este problema y ver la importancia sobre el manejo de la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), decidí realizar mi Trabajo Académico teniendo como objetivo: Desarrollar actividades de intervención de enfermería en la prevención de las diarreas en niños menores de 5 años de edad del distrito de la cruz- Tumbes, durante el año 2018

El presente trabajo académico consta de Introducción, además de III capítulos: Primer capítulo, descripción de la situación problemática, segundo Capítulo marco teórico en lo que se encuentran los antecedentes y marco conceptual y el tercer Capítulo que es ya el desarrollo de actividades para plan de mejoramiento en relación a la situación problemática, que es. el plan de intervención en sí.

## **CAPITULO I**

### **DESCRIPCION DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

Las enfermedades diarreicas son una causa principal de mortalidad y morbilidad en la niñez en el mundo, y por lo general son consecuencia de la exposición a alimentos o agua contaminados. En todo el mundo, 780 millones de personas carecen de acceso al agua potable, y 2500 millones a sistemas de saneamiento apropiados. La diarrea causada por infecciones es frecuente en países en desarrollo.

En países de ingresos bajos, los niños menores de tres años sufren, de promedio, tres episodios de diarrea al año. Cada episodio priva al niño de nutrientes necesarios para su crecimiento. En consecuencia, la diarrea es una importante causa de malnutrición, y los niños malnutridos son más propensos a enfermar por enfermedades diarreicas. La diarrea se define como el paso de tres o más deposiciones líquidas por día (o pasaje más frecuente de lo que es normal para el individuo). Frecuentes descargas de heces formadas no es la diarrea, ni es el paso de heces "pastosos" sueltos por los bebés alimentados con leche materna.

Es generalmente un síntoma de afectación infecciosa del tracto intestinal, puede ser causada por bacterias, virus y parasitarios. La infección se consigue a través de la ingestión de agua y alimentos contaminados o de persona a persona por la falta de hábitos higiénicos.

En el caso del Perú, UNICEF estimó una mortalidad infantil específica por enfermedad diarreica de 10%, de acuerdo a datos de libre acceso publicados en su página web (7). Dicha tasa es mayor al promedio mundial y posiciona al país entre aquellos que reportaron mayor



mortalidad por enfermedad diarreica en la región de las Américas (8). Pese a que organizaciones como UNICEF y OMS han realizado esfuerzos aunados para definir en una declaración conjunta <sup>(9)</sup> aquellas intervenciones de eficacia probada para el manejo de la diarrea aguda infantil, aplicables desde una perspectiva doméstica o basada en la comunidad (10), como son el empleo de las sales de rehidratación oral de baja osmolaridad, los suplementos de zinc, el incremento de fluidos y la continuación de la dieta (11); estas medidas no están siendo utilizadas en la suficiente magnitud en nuestro país <sup>(10)</sup>, convirtiéndose en potenciales contribuyentes del incremento de la mortalidad por deshidratación <sup>(7)</sup>.

En el 2013 a nivel nacional se notificaron 1 067 055 episodios de diarrea aguda, de los cuales 1 023 739 (95,9 %) fueron acuosas y 43 316 (4,1 %) disintéricas. La tasa acumulada de EDA fue 35,0 episodios por cada 1000 habitantes. La tasa de EDA en menores de 5 años fue de 175,8 por 1000 niños menores de 5 años. (2)

Un estudio que se realizó en el Perú demostró la relación entre la diarrea y la talla de los niños. Se observó que el efecto de la diarrea en la talla tiene un retraso de al menos 2 meses, que la diarrea en los primeros 6 meses de vida se relaciona con déficits de crecimiento permanentes, mientras que en edades posteriores se vieron efectos transitorios en la talla. (3)

Las diarreas constituyen una causa de mortalidad infantil en nuestro país, a causa de la vigencia de factores sociales prevenibles relacionadas al poco acceso al servicio de agua potable, eliminación inapropiada de excretas, así como hábitos de higiene inadecuados. (4)

Sin embargo si bien la mortalidad disminuyó en los últimos años, la incidencia

Muestra un descenso lento aun en los menores de 5 años. (5)

Ante este problema de prevalencia mundial se han desarrollado trabajos de investigación donde se pone en evidencia el bajo nivel de conocimiento materno sobre diarreas, así en Cuba en el 2001 en la región de Palma de Soriano, en el 2009 en la Habana, en el 2004 en el hospital Infantil en México, en un hospital de Popayán, Colombia de ha desarrollado estudios similares y en el Perú el 2013 se realizó un estudio en un asentamiento humano del departamento de Ica donde se concluye que el conocimiento materno en el manejo de la diarrea, es regular, continua la creencia de prohibir la lactancia materna, de que son los parásitos la causa principal y que debe usarse antibióticos para un adecuado tratamiento. (7)

Aun con la presencia, y difusión de los servicios de salud en la población, no se consigue del todo la atención precoz y oportuna de los casos de diarrea, siendo del desconocimiento de los padres el causal de demora y por ende de mayor complicaciones en la población menor de 5 años, se ha evidenciado la asistencia a centros de atención tradicional (curanderos u otros) o inicio de terapéutica sin evaluación médica y que además puede resultar toxica.(7)

Estos hechos se pueden prevenir con el conocimiento materno adecuado sobre aspectos relacionados a diarrea, signos de peligro y las medidas precoces a seguir.

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

Se ha podido encontrar trabajos en relación a la variable de estudio

#### ANTECEDENTES INTERNACIONALES

**Camacho** (Ecuador-2014) realizó un estudio llamado “Conocimientos preventivos maternos orientados a la atención integrada de Enfermedades Diarreicas Agudas en Niños Menores de 5 Años de edad de la comunidad de Anchiliví del Cantón Salcedo” en la Provincia de Cotopaxi, Ecuador; durante el período junio - agosto del 2013. Tuvo como objetivo valorar el nivel de conocimiento de las madres sobre las medidas preventivas hacia enfermedades diarreicas agudas (EDA) en niños menores de 5 años. Se realizó un estudio transversal prospectivo en 170 madres. Se analizan variables moderadoras previamente establecidas. Los resultados muestran que las mujeres jóvenes tienen mejor nivel educativo (84,1%) que las adultas; mismas que tienen mejores prácticas higiénicas, correcto uso del agua de consumo en relación a las analfabetas. Se aplica Chi cuadrado ( $\chi^2$ ) obteniéndose  $p=0.0149$  con lo que se comprueba que los conocimientos preventivos maternos permiten la aplicación de medidas adecuadas para la EDA. El 59% de las madres no han recibido información sobre prevención de la EDA. El 100% de la población tiene acceso a los servicios de salud, lo que se demuestra en la cobertura de vacunas. Las madres instruidas saben utilizar el SRO, y cuando deben acudir a control, no así las analfabetas. Se concluye estableciendo la relación entre edad y nivel de instrucción, obteniéndose diferencias estadísticamente significativas, lo que nos demuestra que las madres jóvenes tienen mejor nivel educativo.

**Zevallos, M., et al ( 2014-Quito )** realizó un estudio en “Conocimientos y prácticas de los padres sobre la prevención y manejo de la deshidratación por diarrea aguda en niños menores de 5 años que asisten a centros de desarrollo infantil públicos y privados en el sector del valle de Cumbayá de la ciudad de Quito durante los meses mayo y junio del 2014” con el objetivo de analizar los factores (socioeconómicos y de disponibilidad y acceso a información) que afectan los conocimientos y prácticas de los padres en la prevención y manejo de la deshidratación en niños menores de 5 años que cursan con cuadros de diarrea aguda. Entre los resultados se obtuvo que el 49,3% de los padres de familia refirieron tener una instrucción superior, y el 50,7% restante indicó tener una instrucción menor, en cuanto a los conocimientos y prácticas de los padres de familia el 59,6% administraba sales de rehidratación, y 12,6% bebidas para deportistas. Tan solo 28,8% de los padres administraron de manera correcta los líquidos a sus hijos, y el 40% de ellos aun utilizaban soluciones que no cumplían con la osmolaridad recomendada. Se concluyó que nivel socioeconómico mayor va de la mano de un nivel de instrucción superior, y estos a su vez, están claramente asociados a un mejor manejo y por ende a una menor morbilidad infantil. (14)

**Abreau, Baracaldo y Naranjo (México- 2014),** realizó un estudio sobre Conocimiento, actitudes y Prácticas de cuidadores de niños menores de 5 años asociados a prevalencia de Diarrea en la ciudad de México, que tuvo como objetivo Caracterizar los conocimientos, actitudes y Prácticas de cuidadores de niños menores de 5 años asociados a prevalencia de Diarrea. Se realizó un muestreo por conglomerados en la comuna norte de la ciudad de Bucaramanga y se aplicó un Fue un estudio de tipo observacional, descriptivo de cohorte transversal, correlacionar Las conclusiones dieron que el 49% de los cuidadores encuestados han manifestado que sus niños han tenido al menos un caso de diarrea en los

últimos 6 meses. El grado de conocimiento que tienen los cuidadores es bajo. Se encontró relación estadísticamente relevante entre la edad del cuidador, régimen de aseguramiento con los síntomas diarreicos, y prevalencia de diarreas en niños menores de 5 años.<sup>(21)</sup>

**Lapeira & Acosta** (Colombia-2014) realizaron un estudio llamado “Conocimientos y prácticas sobre enfermedades diarreicas y respiratorias entre madres de una institución de salud”, su objetivo general fue determinar los conocimientos y prácticas sobre enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas que poseen las madres de niños menores de cinco años asistentes a una institución de salud de la ciudad de Santa Marta, Colombia de Enero – Junio 2014. La metodología implicó un estudio 11 cuantitativo de características descriptivas y corte trasversal cuya muestra estuvo conformada por 114 madres de niños menores de cinco años. Quienes acudieron a urgencias a un centro de salud de la ciudad de Santa Marta por presentar EDA y/o IRA. Los resultados muestran que los niños menores de cinco años y dentro de estos los lactantes de 0 a 12 meses son más vulnerables a padecer de EDA e IRA. Se concluye afirmando que la mortalidad por IRA y EDA es más frecuente en aquellos niños que abandonaron la lactancia materna antes de los primeros seis meses de vida y en su aparición inciden las condiciones de vida desfavorables como hacinamiento, deficiente atención médica y bajo ingreso económico

**Reyes & Rey** (la Habana-Cuba-2009) realizaron un estudio titulado “conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención en el Policlínico Docente Emilia De Córdoba, San Nicolás, La Habana Cuba. El objetivo fue determinar el conocimiento que tienen las madres de niños menores de cinco años sobre la enfermedad diarreica aguda y su prevención. El método utilizado fue de tipo descriptivo con corte trasversal, y se realizó durante el mes de diciembre del 2006. Se confeccionó un cuestionario según los objetivos propuestos. El grupo

evaluado se constituyó por 453 madres de un universo de 499, del que fueron excluidas todas las que no quisieron participar en la investigación. El resultado muestra el predominio del grupo de madres entre 18 a 23 años 183 (40.04%), la escolaridad de la mayoría (51.21%) fue nivel primario y 37.08% con nivel secundario. Las conclusiones señalan que existe un desconocimiento por parte de las madres en cuanto a los hábitos higiénicos para prevenir las enfermedades diarreicas agudas. El tratamiento considerado por las madres fue el uso de las sales de rehidratación oral y el Novatropín; además, se restringió el huevo, el pescado y la lactancia artificial. Se identificaron como complicaciones más frecuentes la deshidratación y la sepsis urinaria. En general el nivel de conocimiento de las madres sobre las enfermedades diarreicas agudas y su prevención fue insuficiente.

#### **ANTECEDENTES NACIONALES:**

**Matta wily y Ortega Tatiana (Lima - 2012)** llevaron a cabo un estudio titulado "Conocimiento sobre medidas preventivas y prácticas de las madres sobre EDA y su relación con características socio demográficas". Cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre medidas preventivas y Practicas sobre EDA en el hogar, Con resultados: respecto al nivel de conocimiento sobre enfermedad diarreica aguda la mayor proporción de las madres tienen nivel de conocimiento medio (66,3%) y el 16% presentó un nivel de conocimiento bajo. Con respecto al nivel de conocimiento según las dimensiones: en la dimensión enfermedad diarreica aguda predominó el nivel de conocimiento alto con un 48,5%; en las dimensiones medidas preventivas y prácticas en el hogar, el nivel de conocimiento medio se presentó en el 65,1% y 63,3% respectivamente. Con respecto al nivel de conocimiento según grado de

instrucción, edad y ocupación no se presentó asociación significativa. < 13> (25)

**Palacios** (Lambayeque,2007) realizó el trabajo de investigación “Factores predisponentes de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años del distrito de Moche – Lambayeque, durante el periodo agosto - diciembre 2007”, el objetivo general del presente estudio fue determinar los factores que predisponen a las enfermedades diarreicas agudas, para lo cual se realizó un ex post facto, utilizando estudios realizados en diferentes partes del país y las prevalencias obtenidas, la población estuvo formada por 40 familias que presentaran niños menores de 5 años, en los que la mayoría de los factores de saneamiento básico y de higiene son los responsables del número de episodios de diarreas en sus niños, por lo cual concluye que los factores ambientales y de higiene son determinantes en que los niños menores de 5 años contraigan enfermedades diarreicas agudas.(42)

**Flores** (2007) en Lima, realizó el trabajo de investigación titulado “Nivel de conocimiento sobre EDA y su relación con las prácticas acerca de las medidas de prevención en las madres de los niños menores de 5 años, hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia”, de la población en estudio, se encontró que si existe relación entre los conocimientos y las practicas acerca de de las medidas de prevención de EDA que tienen las madres de niños menores de 5 años encontrándose que el 93.76 por ciento de madres tienen un nivel de conocimiento medio y bajo sobre las medidas de prevención de EDA y las practicas que emplean son regular con un 68.75 por ciento seguida de las malas prácticas con un porcentaje de 15.633 por ciento.(41)

## **2.2.- MARCO CONCEPTUAL**

**2.2.1 ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA:** La OMS ha descrito a la EDA como la existencia de 3 o más deposiciones en un día, a lo que se le agrega la reducción de la consistencia normal y con un curso menor a 14 días. La enfermedad diarreica aguda (EDA) se puede dar en cualquier etapa de la vida, pero la etapa que tiene una mayor predisposición a desarrollar la enfermedad y que son más susceptibles a que se compliquen como sepsis, deshidratación y muerte son los lactantes y pequeños menores de cinco años. La reducción de la consistencia de las deposiciones en niño es el diagnóstico más importante y sobre todo en los lactantes que normalmente tienen una cifra cuantiosa de deposiciones.<sup>14</sup> Esta enfermedad casi siempre se autolimita y puede atacar diversos órganos produciendo una inflamación de la mucosa, si es del estómago junto con la inflamación del intestino delgado se le denomina gastroenteritis, si solo es del intestino delgado se denomina enteritis, tiene diversa etiología, lo que lleva a un cambio de la consistencia de las heces que pueden volverse laxas o acuosas. La enfermedad diarreica aguda está entre los problemas primordiales que dañan a la población infantil y que lleva a un requerimiento significativo de la demanda de los servicios de salud. Se estima que siete de cada diez pequeños de 5 años a menos han presentado este padecimiento. (10) Esta es una de las patologías que forman parte de los problemas más significativos de morbilidad infantil, y los países en vías de desarrollo son los más perjudicados. Se puede encontrar tres mecanismos de transmisión: mediante los alimentos, por medio del agua y de persona a persona (16).

**2.2.2 ETIOLOGÍA:** La enfermedad diarreica aguda es una enfermedad que se debe a la presencia de virus, bacterias u hongos, y la capacidad patogénica es dependiente a la cantidad de estos y a su capacidad de fijación, enterotóxica, invasiva o citotóxica. Mayormente se debe a:



Campylobacter, Salmonella y Shigella, las cuales son responsables del 80% de las infecciones.

♣ **Virus:** Los principales son:

- a) Rotavirus,
- b) adenovirus entéricos y
- c) virus con un diámetro de 20 a 30nm.

♣ **Bacterias:** Las principales son:

E. coli, Salmonella, Shigella, Campylobacter jejuni, Clostridium difficile, V. cholerae.

♣ **Parásitos:** Provocan diarreas en menor intensidad, pero frecuentemente se encuentra en el estado de portador asintomático. Tenemos: Entamoeba histolytica, Giardia lamblia, Cryptosporidium, Isospora y Balantidium coli.

♣ **Hongos:** Se encuentran en pacientes inmunodeprimidos y el más común es la Candida albicans (17)

**2.2.3 FISIOPATOLOGÍA** La diarrea, se produce cuando hay cambios en el paso de los fluidos y los electrolitos en el intestino delgado y/o grueso. El enterocito, tiene varios transportadores los cuales se encuentran en el espacio intraluminal y en el intersticio, donde se movilizan azúcares y iones, los cuales producen la absorción de nutrientes y mantiene el equilibrio eléctrico adecuado (18) (11) Para que se pueda secretar cloro se debe tener señales intracelulares y extracelulares, y necesita del AMPc, GMPc, calcio intracelular en las proteínas que lo transporta y en los canales de cloro, que se ubican a la altura de las criptas en el intestino delgado. Las células endocrinas, paracrinas e inmunes regulan el intercambio mucosal e intestinal las cuales obedecen al sistema nervioso entérico, por neuronas secretomotoras que finalizan en la lámina propia y fomenta el avance de iones Cl a la luz intestinal, por medio de una difusión pasiva de Na<sup>+</sup> y agua por la intensificación de la osmolaridad intraluminal(34). Los intermediadores primordiales en la respuesta

neuroendocrina son: el péptido intestinal vasoactivo, la 5-hidroxitriptamina y la acetilcolina(18) . Se puede catalogar en tres mecanismos:

**a. Diarrea osmótica:** se debe a que hay una importante carga de solutos osmóticamente activos los cuales aumentan el traslado del contenido acuoso en dirección a la luz intestinal. Es una diarrea secundaria producida por la intolerancia a azúcares o por el uso de laxantes osmóticos(18)

**b. Diarrea secretora:** Ataca en casi el 70% de los casos a niños. Se produce por la toxina A del cólera, que se une a receptores definidos en el enterocito, activa la adenilciclase que aumenta los niveles del AMP-c intracelular aumentando la secreción de Cl, y transporta volúmenes considerables de agua y sodio. En una enteritis por rotavirus, la toxina NSP4 es la responsable de la hipersecreción, que lleva al aumento de los niveles de calcio intracelular activando los canales de Cl (18)

**c. Diarrea invasiva:** Ocurre cuando el patógeno se adhiere al enterocito, y cuando llega al espacio intracelular, provoca la apoptosis de las uniones intercelulares, comienza a replicarse en el interior de la célula o en el espacio intersticial, lesionando la mucosa. Se produce por Shigella, Campilobacter, E. histolytica y Clostridium (18)

#### **2.2.4. CLASIFICACIÓN DE LA DIARREA INFECCIOSA AGUDA**

La diarrea infecciosa aguda es aquella que tiene una duración menor de 14 días. Actualmente se clasifica de manera práctica en diarrea acuosa y diarrea con sangre (24)

##### **DIARREA ACUOSA**

La diarrea acuosa puede ser secretora u osmótica y la diarrea con sangre puede ser invasiva o no invasiva.

## **DIARREA SECRETORA**

Se define como un cuadro diarreico, aquél que es el resultado del movimiento neto de agua y electrólitos desde la mucosa intestinal hasta el lumen, y cuyo volumen excede los 10 mL/kg/día y cuya osmolaridad es similar al plasma.

La diarrea secretora es una diarrea acuosa abundante que produce deshidratación con trastornos del equilibrio hidroelectrolítico y ácido básico y es producida principalmente por el *Vibrio cholerae* y la *Echerichia coli* enterotoxigénica (24)

## **DIARREA OSMÓTICA**

La diarrea osmótica es aquélla que se produce por un incremento de Carbohidratos en el lumen intestinal, como consecuencia de lesiones en forma de parches en las vellosidades intestinales y por la invasión de los enterocitos de la vellosidad y la posterior aglutinación de las vellosidades afectadas

La necrosis de la porción superior (apex) de las vellosidades da lugar a que en un período de 12 a 40 horas, los enterocitos de las criptas, que son enterocitos secretores, cubran totalmente la vellosidad y den lugar a áreas donde hay secreción de líquidos y la absorción están disminuidos o ausentes. En la medida que las lesiones se hacen más extensas tendrá lugar una menor absorción y se aumentará la secreción. Este mecanismo de producción de diarrea osmótica es el que provocan los agentes virales, principalmente los rotavirus. (30)

Otro mecanismo de producción de diarrea osmótica es el que ocurre por la adhesión de algunos protozoos al "borde en cepillo" del enterocito que bloquean la entrada de agua, electrólitos y micronutrientes lo que produce un exceso de carbohidratos a nivel del lumen intestinal, que son atacados por las bacterias con producción de ácido láctico, lo cual da lugar a una diarrea ácida que se traduce clínicamente por un marcado eritema

perianal. Los parásitos que con mayor frecuencia presentan este tipo de diarrea con acentuada malabsorción a los carbohidratos son la *Giardia lamblia*, *Cryptosporidium parvum*, *Ciclospora cayetanensis* y los Microsporidios, aunque los pacientes inmunosuprimidos presentan un componente de hipersecreción.

También puede producirse una diarrea osmótica cuando se ingiere una sustancia osmóticamente activa de pobre absorción, esto puede suceder cuando se administran purgantes como el sulfato de magnesia. Si la sustancia es ingerida con una solución isotónica, el agua y los solutos pasan por el intestino sin absorberse, y esto da lugar a la diarrea osmótica. Este tipo de diarrea se puede observar en los pacientes con malabsorción a los disacáridos (lactosa) y en lactantes alimentados con el seno materno (exceso de lactosa) o cuando se administran grandes cantidades de leche animal o leches muy concentradas. (31)

### **DIARREA CON SANGRE**

La diarrea con sangre se presenta con una elevada frecuencia en niños menores de 5 años. Constituye un problema de salud en los países subdesarrollados y puede expresarse con manifestaciones clínicas severas que pueden llevar al paciente a la muerte y, en otras ocasiones, su cuadro clínico es más benigno por tener sus agentes causales una vida autolimitada. De una manera práctica, la diarrea con sangre puede ser invasiva y no invasiva.

### **DIARREA CON SANGRE INVASIVA**

La diarrea con sangre invasiva tiene como prototipo a la *Shigella*, aunque también puede ser producida por otros agentes bacterianos enteropatógenos como son: *Escherichia coli* enteroinvasiva, *Salmonella*, *Campylobacter jejuni*, *Yersinia enterocolitica* y *Vibrio parahemolyticus*.

## **DIARREA CON SANGRE NO INVASIVA**

La diarrea con sangre no invasiva tiene como prototipo a la *Escherichia coli* enterohemorrágica (ECEH). Los primeros estudios de este tipo de *Escherichia coli* se realizaron en 1983, cuando se asociaron cepas de *Escherichia coli* del serotipo O157H7 raramente encontradas con anterioridad, con un brote de una nueva enfermedad, la colitis hemorrágica, caracterizada por diarrea con abundante sangre y sin fiebre. Estudios realizados posteriormente pusieron de manifiesto que dichas cepas pueden producir también un síndrome hemolítico urémico y llevar a una insuficiencia renal aguda. (31)

En los últimos años se han producido numerosos brotes de esta enfermedad en EE.UU. y Canadá vinculados principalmente con la ingestión de leche no pasteurizada y hamburguesas no bien cocinadas, elaboradas con carne de vacunos.

Existen estudios que indican que el ganado vacuno es el principal reservorio de ECEH, por lo que la colitis hemorrágica por ECEH O157H7 es considerada como una zoonosis.

Las cepas de serotipo O157H7 elaboran 2 potentes citotoxinas que destruyen las células Vero, por lo que reciben el nombre de verotoxinas (VT-1 y VT-2). Estas toxinas están relacionadas, biológica y estructuralmente, con la toxina Shiga sintetizada por la *Shigella dysenteriae* tipo I (SdI) por lo que se propuso la denominación de toxinas similares a la toxina Shiga (SLT-1 y SLT-2).

El aspecto clínico más relevante de la ECEH es su habilidad para causar el síndrome hemolítico urémico, caracterizado por anemia microangiopática, trombocitopenia e insuficiencia renal. La ECEH presenta 3 mecanismos patogénicos característicos:

- Adherencia mediada por un plásmido que codifica sus fimbrias.
- Lesiones de unión y destrucciones esfaceladas idénticas a las que produce la ECEP y mediadas por un gene cromosomal similar a la ECEP

- Producción de 1 ó 2 toxinas similares a la toxina elaborada por la Shigella disenterías tipo 1 y denominadas toxinas parecidas a la toxina Shiga I y II (SLT-1 y SLT-2). También se les ha dado el nombre de verotoxina I y II (VT-1 y VT-2) por su capacidad de destruir las células Vero en cultivos de tejidos. Estas toxinas inhiben la síntesis de proteínas y causan daño directo a la célula epitelial del intestino (31)

**2.2.5. TRATAMIENTO:** Actualmente se utiliza las SRO como tratamiento primordial en pequeños con EDA. La más recomendada son las SRO hipotónicas, porque poseen un aproximado de 60 mmol/l de Na<sup>+</sup> o también las soluciones de osmolaridad reducida con 75 mmol/l de Na<sup>+</sup> que es recomendada por la OMS. Deben ser iniciadas tan pronto como sea posible, y se recomienda que sean administradas fraccionadamente, en dosis reducidas, cada 2-3 minutos (24), (15) Las dosis que se aconsejan son: sin deshidratación, de 10 ml/kg en cada deposición que realice, de 2 ml/kg por cada vómito que presente, con consumo libre fragmentada entre cada ocasión. En la deshidratación leve, más 10 ml/kg en cada deposición, se da de 30-50 ml/kg en cuatro horas, y lograr recuperar la pérdida. En deshidratación moderada, 75-100 ml/kg para resarcir la pérdida. Si el paciente no tolera por vía oral se de pasar a la administración de SRO por sonda nasogástrica en lugar de una vía intravenosa (25). La rehidratación intravenosa se realiza solo en niños en los que no se les puede o no toleran la administración de los líquidos por vía oral (25). Científicamente no hay certeza sobre la terapia nutricional. Los niños que no presentan deshidratación deben mantener su alimentación habitual, pero, si se encuentra deshidratación, se aconseja un tiempo de ayuno (con administración de SRO) 4-6 horas como máximo antes de retomar la alimentación (25) .En lactantes que reciben lactancia materna, no se les debe retirar ya que reduce la fuerza y el tiempo de la enfermedad (26). En niños mayores la comida es normal, pero evitando

las comidas ricas en azúcares refinados o las comidas muy grasosas. No se debe utilizar fármacos como los antieméticos y antibióticos debido a que la mayoría de los casos se deben a virus y algunos casos son por bacterias que se suelen autolimitar (27). Se llega a utilizar la ciprofloxacina como tratamiento empírico de primera línea en pacientes donde se sospeche de diarrea invasiva con deterioro del estado general, y se usa este antibiótico se utiliza en primera línea en pacientes con diarrea aguda por Shigella. La azitromicina es una terapia de segunda línea. La OMS sugiere utilizar suplementos de zinc en los niños con EDA (28), (16)

- Plan A

Dar "vida suero oral" VSO de la siguiente manera:

Dar una taza 150 ml después de cada evacuación en niños mayores de un año y media taza (75ml) después de cada evacuación en niños menores de un año, se ofrece a cucharaditas o sorbos, se realiza en el domicilio.

- Plan B

El suero oral se administra a razón de 100 ml por kilogramo de peso en cuatro horas. La dosis se fracciona en tomas cada 30 minutos y se ofrece lentamente con taza y cucharita para no sobrepasar la capacidad gástrica y así disminuir la probabilidad del vomito. La rehidratación con este plan puede durar de 2 a 8 horas en el hospital.

- Plan C

Es el plan de rehidratación intravenosa que se emplea en la deshidratación severa, se utiliza solución salina al 0.9% en un esquema para tres horas

Primera hora, 50 ml por kilogramo por hora

Segunda hora, 25 ml por kilogramo por hora

Tercera hora, 25 ml por kilogramo por hora (3)

## **MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD DIARREICA.**

Explicarle a la madre que ella puede evitar otros episodios de la diarrea y por consiguiente para reducir las muertes, evitadas por el manejo adecuado de los casos. Intervenciones de eficacia comprobada:

Lactancia materna exclusiva los seis primeros meses de vida

Prácticas de destete adecuadas.

Empleo de agua abundante para la higiene personal, empleo de agua limpia protegida de contaminación

Buenos hábitos de higiene con los alimentos y en general Lavado de manos con jabón

Uso de adecuado servicio sanitario o letrinas

Eliminación correcta de pañales con deposiciones

Continuar con lactancia materna

Cumplir con el calendario de vacunación (Sarampión y rotavirus<sup>(39)</sup>)

## **ROL DE LA ENFERMERA EN LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA.**

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 (SRO) ó solución poli electrolítica si es necesario.

Administrar un antibiótico oral, solo en caso de disentería y cólera grave y que este prescrito por el médico.

Educación a la madre en cuanto a la EDA (causas, prevención, complicación, tratamiento en casa, etc<sup>(39)</sup>)



## **MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LA MADRE.**

- Proteger el agua potable de posibles fuentes de infección y en todos los casos hervirla antes del consumo
- Se debe disponer de inodoro o letrinas limpias
- Lavar bien los juguetes que utiliza el niño
- Eliminar el uso de biberones
- Fomentar la higiene en la preparación y conservación de alimentos.
  - Lavarse las manos antes y después de ir al baño, antes de preparar los alimentos y después de cambiar los pañales al niño.
- Esquema de vacunación completa
- Mantener un buen aseo e higiene en casa para la prevención de enfermedades (39)

## **CUIDADOS DE ENFERMERÍA.**

- Lavado de manos antes y después de atender a cada paciente (40)
- Administrar a cada niño el plan de tratamiento correspondiente
- Vigilar signos de alarma en la diarrea tales como: ojos hundidos, mucosas secas, signo del pliegue positivo, convulsiones, llanto sin lágrimas del niño; de presentarse algunos de ellos actuar inmediatamente de acuerdo al plan de tratamiento  
Brindar consejería de prevención sobre EDAS en las madres de los niños menores de cinco años.
- Fomentar la lactancia materna en menores de seis meses con EDA leve (40)

## **CUIDADOS DE LA MADRE A UN NIÑO CON EDA EN CASA.**

- Lavado de manos ante la preparación de sus alimentos, ayuda a eliminar los microorganismos y prevenir la aparición de enfermedades.

- Continuar con la lactancia materna es importante porque proporciona los nutrientes y componentes esenciales para un crecimiento y desarrollo óptimo del niño.
- Brindarle sopitas libres de grasa ayudara a desinflamar el intestino y el colon, así como disminuir el peristaltismo intestinal
- Administrarle líquidos orales. El agua es la fuente de vida que constituye el 60% del peso corporal y es el electrolito más importante de restitución en problemas gastrointestinales como la EDA.
- Administrar suero de rehidratación oral casero; es el primer tratamiento de elección en los casos de EDA nos proporciona electrolitos para evitar la deshidratación. Mantener un ambiente de cuidado del niño limpio, ayudara a conservar la salud (40).

### **COMPLICACIONES DE LA DIARREA.**

Según la Organización Mundial de la Salud se presentarán las siguientes complicaciones en la diarrea:

- Deshidratación
- Desnutrición
- Insuficiencia renal aguda
- Crisis convulsiva
- Trastornos electrolíticos
- Acidosis metabólica (15)

### **CONOCIMIENTO DE LA MADRE.**

Es el conjunto de información almacenada que poseen todas las madres de familia, que lo adquieren a través de la experiencia, o el aprendizaje mediante métodos científicos. Conjunto de ideas básicas sobre cuidados de un determinado tema aplicados en su vida diaria y/o a sus hijos expresados a través de palabras, actitudes y prácticas - Avalos, 2007<sup>1</sup> (33)

## **PRÁCTICAS**

La OPS, 2013 práctica es evaluada conjuntamente mediante la observación de las habilidades correctas que realiza el sujeto para el logro de sus objetivos. La práctica es el ejercicio de un conjunto de habilidades y destrezas adquiridas por medio de la experiencia, la cual puede ser valorada a través de la observación o expresada a través del lenguaje

Según Avalos – 2007 dice que La práctica se mide a través de la experiencia. Así por ejemplo como la mujer al tener mayor número de hijos, tendrá mayor experiencia debido a que va a estar reiteradamente expuesta a una situación que puede estar relacionada con el cuidado de la salud de su hijo, y a su vez tener mayor número de contactos con el personal de salud, lo cual va a contribuir a que se afiancen conductas frente a esas situaciones y lleguen a formar parte de su aprendizaje y por lo tanto de sus conocimientos y comportamientos.

Las prácticas como formas de hacer y/o decir que surgen de la interrelación espacio temporal de tres elementos; competencias, sentido y materialidades. Las competencias, conjunto de saberes prácticos y habilidades que hacen posible la realización de una práctica. Esto implica no solo los saberes relativos a la ejecución de una práctica por parte de un actor (por ejemplo, manejar un automóvil o escribir en un computador), sino también a los saberes sobre los cuales es posible evaluar cuándo una práctica está bien realizada por otros.

El sentido, hace referencia al conjunto amplio de aspectos afectivos, valoraciones y repertorios culturales sobre el cual se establece el significado y necesidad de una práctica para quienes las ejecutan. Esto comprende, entre otras cosas, los repertorios de valoración de las actividades (lo deseable, lo bueno), <sup>(35)</sup> así como el conjunto de significados, creencias y emociones asociados a una práctica concreta. Materialidades, estas abarcan la totalidad de las herramientas,

infraestructuras y recursos que participan de la realización de una práctica.

**NIÑO:** Según la Unicef el niño es una persona menor de dieciocho años, biológicamente inmaduro protegido por los derechos humanos. el niño es el ser humano considerado de la infancia a la pubertad. la infancia es comprendida como una construcción social. se reconoce el carácter natural de la infancia, pero integrado en un contexto social y cultural. se comprueba que en cada sociedad aparece como un componente de la estructura y también con una dimensión cultural específica y diferente de otras sociedades. la infancia es una variable del análisis social. no puede ser entendida separadamente de otras variables como el género, la clase o la etnia. Cuando se analizan estas variables interrelacionadas se comprueba que existen muchas infancias, por lo tanto, que no es un fenómeno único y universal. las relaciones sociales de las niñas y los niños son valiosas para estudiarlas por sí mismas, independiente de la perspectiva de las personas adultas las enfermedades más frecuentes en los niños menores de cinco años son las infecciones respiratorias agudas entre ellas se menciona a la neumonía como la más frecuente, las edas (enfermedades diarreicas agudas), la anemia como consecuencia de la desnutrición, las complicaciones por parto prematuro, la asfixia perinatal, la malaria y el paludismo (17)

#### **CRITERIOS DE GRAVEDAD Y NECESIDAD DE HOSPITALIZACIÓN:**

No existen criterios de admisión establecidos para la GEA y las recomendaciones

Para iniciar tratamiento hospitalario son derivadas del consenso ESPGHAN/ESPID2 y comprenden:

— Shock.

- Deshidratación grave (> 9% del peso corporal).
- Alteraciones neurológicas (letargo, crisis convulsivas, etc.).
- Vómitos persistentes o biliares.
- Problemas sociales que impidan el manejo adecuado en el domicilio.
- Fracaso del tratamiento con SRO.
- Sospecha de proceso quirúrgico.

## **REHIDRATACIÓN ORAL**

El descubrimiento del transporte acoplado de sodio y glucosa en la superficie

Apical de las vellosidades del intestino delgado y su influencia sobre la absorción de agua y solutos llevó al desarrollo de las soluciones de rehidratación oral (SRO), que sigue siendo la primera línea de tratamiento de la diarrea aguda y de peso  $\geq 10\%$ . Una simplificación del modelo, con solo cuatro de las diez empezarse lo antes posible desde el inicio de los síntomas<sup>1</sup>. Sin embargo, a pesar de la eficacia probada de la SRO, sigue siendo subutilizada. Además, aunque la utilización de la SRO está extendida en todo el mundo, todavía no se ha estandarizado la composición y se emplean diferentes composiciones según el país. Los esfuerzos de los últimos años han estado fundamentalmente dirigidos a realizar una rigurosa investigación respecto a las evidencias disponibles para obtener la SRO más adecuada con un equilibrio de eficacia, seguridad y aplicabilidad, así como a tratar de mejorar su composición mediante la adición de algunos elementos con el objetivo de incrementar sus propiedades. De todas las modificaciones potenciales que se han explorado, la que ha tenido mayor efecto sobre el tratamiento de los casos de diarrea ha sido la reducción de la osmolaridad

Respecto a la SRO propuesta originalmente por la Organización Mundial de la

Salud (OMS); es decir, una SRO con menor concentración de sodio y glucosa. (24)

## **PROMOCIÓN Y MEDIDAS SALUDABLE**

El desconocimiento de la población en general sobre las medidas de prevención y sus consecuencias e importancia para el desarrollo infantil, de su futuro y del país, es crítico. Se deben implementar actividades colectivas masivas adecuadas a ámbito rural y urbano, para sensibilizar a la población y dar a conocer medidas prácticas y fáciles de aplicar en el hogar para corregir y prevenir la diarrea.. (Sesiones educativas y demostrativas de preparación de alimentos (2)

## **HOGARES CON AGUA SEGURA**

El agua tiene una estrecha relación con la vida de las personas pues es un agente esencial de salud o enfermedad. Si está contaminada se convierte en uno de los principales vehículos de transmisión de enfermedades, afectando a los grupos más desprotegidos de la población, entre ellos a niños y niñas. Se entiende como agua tratada, aquella que proviene o no de la red pública y a la cual le dan algún tratamiento en el hogar antes de beberla, hirviéndola, clasificándola, desinfectándola o consumiéndola de manera embotellada (2).

## **TEORIA DE ENFERMERIA**

### **TEORÍA VIRGINIA HENDERSON**

Virginia Henderson, mediante su teoría plantea que la Enfermería no solo debe valorar las necesidades del paciente sino también las condiciones y los estados patológicos que la alteran (20).

Para ella la enfermería es: “Ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de actividades que contribuyan a su salud y su bienestar, recuperación o a lograr una muerte digna. Actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios.

Hacerle que ayude a lograr su independencia a la mayor brevedad posible”. La prioridad del enfermero es ayudar a las personas y sus familiares (que ella consideraba como una unidad). Por lo tanto el enfermero es dueño de la atención. En los postulados que sostienen el modelo, descubrimos el punto de vista del paciente que recibe los cuidados del personal de enfermería (20).

Para Henderson, la enfermería es una profesión independiente cuya función principal es ayudar, pero esa labor no la hace en solitario sino formando parte del equipo sanitario. Es una profesión que necesita y posee conocimientos biológicos y en ciencias sociales. El enfermero también sabe hacer frente a las nuevas necesidades de salud pública y sabe evaluar las necesidades humanas (20)

### **TEORÍA DEL MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LA NOLA PENDER:**

La Teoría de Nola Pender se basa en el modelo de promoción de la salud refiere es un intento de ilustrar la naturaleza multifacética de las personas que interactúan con el entorno, intentando así alcanzar un estado de salud. La función singular de la enfermería es asistir al individuo sano o enfermo en la realización de las actividades que contribuyen a la conservación de la salud o la recuperación o la muerte. Este modelo identifica en el individuo factores cognitivo perceptuales, los cuales son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales y son entendidos como aquellas concepciones, creencias e ideas que tienen las personas sobre la salud. Esto las lleva o induce a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud (36)

El modelo de promoción de la salud por Nola J. Pender mantiene su actualidad, pues integra las perspectivas de enfermería y de las ciencias conductuales sobre los factores que influyen en las conductas de salud, constituye una guía para la exploración de los procesos biopsicosociales complejos que motivan a los individuos a realizar conductas dirigidas a elevar el nivel de salud, ilustra la naturaleza multidimensional de las personas que interactúan con el medio ambiente en busca de su salud, considera a la salud un estado positivo de alto nivel, y lo asume como objetivo hacia el cual se esfuerza el individuo. Identifico la promoción de la salud como el objetivo del siglo XXI. En la situación actual para la lucha contra la enfermedad diarreica aguda y sus consecuencias, la enfermera como profesional de equipo de salud juega un rol muy importante ya que mediante sus acciones preventivas promocionales que desarrolla en todos los niveles de atención debe promover la participación activa de las madres de los niños menores de 5 años.

### **TEORÍA DEL CUIDADO DE FLORENCE NIGHTINGALE**

La enfermedad era un proceso reparador, una reacción contra las condiciones que se encuentra la persona. El contagio y la contaminación se dan por medio de sustancias orgánicas procedentes del paciente y/o el entorno. Las enfermeras que proporcionaban atención sanitaria preventiva debían tener una preparación más amplia, toda mujer debe recibir preparación para cuidar un enfermo, las intervenciones adecuadas sobre el entorno podrían evitar las enfermedades. Considera la salud pública como un aspecto importante para tratar temas tales como: agua potable, no diarrea. La enfermera tiene la capacidad de manipular el entorno hospitalario en busca de la pronta recuperación del paciente y también juega un papel fundamental en el entorno comunitario, a esto se debe la gran labor que se realiza actualmente por parte la enfermería en salud pública 37



## **ACTIVIDADES DEL CUIDADO DE ENFERMERIA EN LA PREVENCIÓN DE LA DIARREA**

- Ayudar al/a la paciente a identificar las practicas sobre la salud que desea cambiar:
- Mantener la lactancia materna exclusiva por 6 meses
- Evitar el destete precoz
- Educación Sanitaria a las madres para mejorar sus conocimientos dietéticos, no dar más de un litro de leche al día, buena preparación de la leche.
- Mantener las medidas de higiene en el hogar.
- Promover la asistencia a las consultas programadas.

### **Dietético en la diarrea aguda:**

- Mantener la lactancia materna
- Se debe interrumpir el consumo del alimento o fármaco responsable.
- Proporcionar una ingesta adecuada de líquidos y electrolitos con la finalidad de lograr la repleción de volumen y mantenerla. En estos casos esta indicadas las sales de rehidratación oral
- La rehidratación se basa en la restitución de la cantidad de agua, glucosa y electrolitos que se pierden a causa de la diarrea y es la primera medida a poner en marcha una vez diagnosticada.

La OMS y la UNICEF recomiendan la siguiente fórmula de rehidratación por vía oral:

- Agua, 1 litro
- Glucosa 20 gramos
- Cloruro sódico, 3,5 gramos
- Cloruro potásico, 1,5 gramos
- Bicarbonato sódico, 2,5 gramos

Esta fórmula está comercializada en todos los países del mundo de forma estándar, en sobrecitos que hay que verter en una jarra con un litro de agua, agitar hasta su disolución y comenzar a beber inmediatamente, en pequeñas cantidades cada 1-2 horas. Pero a falta de esta posibilidad, existe el recurso de preparar una fórmula muy similar en casa, con lo siguiente:

- Agua, 1 litro
- Azúcar (para la glucosa), dos cucharadas soperas
- Sal (para el cloruro sódico), media cucharada de café
- Bicarbonato, media cucharada de café
- El zumo de un limón mediano (para el potasio)

En casos menos graves se pueden consumir jugos de frutas u otras bebidas capaces de corregir la depleción de volumen, Ej. Bebidas carbonatadas descafeinadas, té y caldo con pan tostado.

- La ingesta nutricional se ve con frecuencia limitada, por tanto la dieta aporta de forma transitoria una cantidad suficiente de nutrientes en comparación con los Aportes Dietéticos Recomendados (ADR).
- Modificar la dieta para mayor comodidad del paciente.

Cuando la diarrea ha comenzado a ceder y se ha restaurado el volumen de líquido se puede iniciar la alimentación, la progresión de una dieta blanda baja en grasa y fibra dietética hasta una normal se debe extender durante 2 o 3 días, según tolerancia.

Las comidas frecuentes y poco copiosas se toleran mejor y contribuyen a una ingesta nutricional más adecuada, la leche y sus derivados se añaden con precaución en casos de diarrea infecciosa ya que puede haber lesionado la mucosa de intestino delgado y producirse una disminución transitoria de la actividad de la lactasa.

## **ALIMENTOS PROHIBIDOS EN LAS DIARREAS:**

- Se evitará la fibra vegetal ya que aumenta el volumen intestinal y estimula el peristaltismo, es decir, la motilidad intestinal.
- Se suprimirán los guisos, fritos, embutidos y salados porque irritan la mucosa digestiva.
- Se evitarán las grasas por ser de digestión prolongada
- Se evitarán los estimulantes del reflejo gástrico y del peristaltismo: café, zumos de naranja azucarados.

## **2.3.- DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

**DIARREA:** realización de tres o más deposiciones sueltas o líquidas por día (o pasaje más frecuente de lo que es normal para el individuo).

**DESHIDRATACIÓN:** pérdida de agua y electrolitos (sodio, cloruro, potasio y bicarbonato) en heces líquidas y vómitos principalmente. (42)

**SUERO DE REHIDRATACIÓN ORAL:** soluciones que contienen sodio, potasio y glucosa, que se utilizan para la reposición de líquidos y electrolitos vía oral.

**PREVENCIÓN:** Es el conjunto de actos y medidas que se ponen en marcha para reducir la aparición de riesgos ligados a enfermedades o a ciertos comportamientos nocivos para la salud (19).

**SUPLEMENTO:** Los suplementos alimenticios son nutrientes, los cuales se adicionan a la dieta para corregir o prevenir deficiencias de vitaminas y minerales, en ocasiones sirven en la recuperación del paciente que sufre alguna enfermedad o ha sido sometido a una intervención quirúrgica, así como para mejorar el estado general de salud. (13)

### **III. PLAN DE INTERVENCION**

#### **3.1. JUSTIFICACIÓN**

El presente trabajo brindara aporte sobre la intervención en las medidas preventivas hacia los niños menores de 5 años de edad que acuden por enfermedad diarreica aguda del Centro de salud de la Cruz– Tumbes y así poder implementar estrategias para la prevención, medidas correctivas y formas de tratamiento en casa para la diarrea aguda sin deshidratación. Beneficiará a las madres y a los niños menores de 5 años con episodios de diarrea aguda que acuden al Centro de salud de la Cruz - Tumbes, ya que a través del estudio los profesionales de enfermería nos involucraremos a mejorar los Conocimientos y Actitudes a las madres sobre la prevención de la diarrea aguda en el hogar a través de sesiones educativas en los Puestos y/o Centros de salud, en la comunidad y en la Familia. Así mismo sesiones demostrativa de Lavado de manos, La cual será en beneficio de los niños y niñas de la zona de intervención.

La enfermedad diarreica aguda es considerada aun como una de las principales causas de muerte en niños menores de 5 años (UNICEF; 2016), según datos brindados por UNICEF, se estima que esta patología causaría el 9% de fallecimientos en menores de 5 años a nivel mundial durante el año 2015, lo cual representaría aproximadamente 1400 muertes infantiles por día y más de medio millón de decesos infantiles en el periodo de un año( UNICEF,2014).

En el caso de Perú, UNICEF estimo una mortalidad infantil especifica por enfermedad diarreica de 10%, de acuerdo a datos de libre acceso publicados en su página web (UNICEF, 2016),dicha tasa es mayor al promedio mundial y posiciona al país entre aquellos que reportaron mayor mortalidad en EDA en la región de las Américas(UNICEF-2014).

La finalidad del Plan de intervención de PREVENCIÓN DE LA DIARREA EN EL HOGAR EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD EN EL CENTRO DE SALUD LA CRUZ, es fortalecer los conocimientos y actitudes en las madres de los niños menores de cinco años con Diarrea aguda, así mismo implementar actividades que faciliten en las madres el cuidado de diarrea y evitar sus complicaciones por la mala práctica y/o manejo inadecuado en el hogar, por lo tanto el personal de Salud implementara acciones de consejería, educación y orientación a las madres lo que evitara inadecuadas prácticas de cuidado en el hogar. Para una mejor salud en los menores de 5 años de edad

### **3.2. OBJETIVO:**

#### **3.2.1. OBJETIVO GENERAL:**

- Desarrollar actividades de intervención de enfermería en la prevención de las diarreas en niños menores de 5 años de edad del distrito de la cruz- Tumbes, durante el año 2018.

#### **3.2. 2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Coordinar con el equipo multidisciplinario de la ESNP y Etapa Niño del C: Salud de la Cruz y dirigentes de la comunidad para desarrollar efectivamente las actividades preventivo-promocionales.
- Sensibilizar a la población de la jurisdicción del Salud La Cruz acerca de la importancia de la identificación oportuna de casos de Enfermedad Diarreica Aguda.
- Capacitar al personal de salud sobre la identificación de factores de riesgo para la mortalidad por Eda y orientar la definición de intervenciones.

- Difundir, Promover y fortalecer las medidas preventivas del manejo efectivo en el hogar.
- Realizar seguimiento de los casos de diarrea aguda en niños menores de cinco años en el Centro de salud de la Cruz-Tumbes, en los meses Junio-Diciembre-2018

### **3.3. METAS:**

- Reducir un 20 % de la mortalidad por enfermedad diarreica en menores de 5 años de edad en relación con la mortalidad de años anteriores( de 13 al 10%)con énfasis en los barrios de alto y muy alto riesgo del distrito de la Cruz
- Contribuir en reducir la mortalidad infantil de 5 a 51 por mil nacidos vivos en el ámbito
- Reducir el número de casos de Diarrea con complicaciones en el Centro de Salud de la Cruz

### 3.4. PROGRAMACION DE ACTIVIDADES.

ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	META	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
Fortalecimiento de las coordinaciones e intervención en la población de la jurisdicción para actividades preventivos-promocionales en Lactancia materna exclusiva los seis primeros meses de vida y Medidas preventivas Sobre EDA	Mediante reuniones.	Programar reuniones con los actores sociales de la comunidad, con el fin de determinar las actividades con la comunidad.  .....	participación del 80% de los Actores sociales  10 reuniones	Primera y segunda semana de Julio	Med.Roció Ordinola Luna Lic.Enf. Manuelita de J. Cherre Llenque Tec.Enf.Idalina.Bustamante Tafur Tec. Enf Marilu Rosales Jiménez
Brindar consejería de Prevención de EDAS en las madres de los niños menores de 5 años, madres cuidadoras de Cuna Mas y del CEVICO  Sensibilizar a las madres para Mantener las	Talleres. Y charlas educativas  Pasacalles, marcha con	Presentación de diapositivas y de Guías del AIEPI - MINSA  Elaboración de carteles trípticos y dípticos de	participación al 100% de las madres	Primera y tercera semana de cada mes agosto Setiembre Octubre Noviembre	Med.Roció Ordinola Luna Lic. Enf. Manuelita de J. Cherre Llenque Tec.Enf.Idalina.Bustamante Tafur Tec. Enf Marilú Rosales Jiménez

medidas de higiene en el hogar	carteles, dípticos, tríptico	prevención de EDAS			Agentes comunitarios
Capacitación a las madres de la jurisdicción de la Cruz, Madres cuidadoras de Cuna Mas y del CEVICO, acerca de Buenos hábitos de higiene con los alimentos y en general Lavado de manos con jabón	Sesiones educativas y sesiones demostrativas	Con la guía de práctica de lavado de manos realizando la técnica correcta. y Diapositivas sobre medidas de higiene en preparación de alimentos.	Capacitar al 100% a las madres sobre buenos hábitos de higiene con los alimentos	segunda y cuarta semana durante los meses de Setiembre Octubre Noviembre	Med.Roció Ordinola Luna Lic. Enf. Manuelita de J. Cherre Llenque Tec.Enf.Idalina.Bustamante Tafur Tec. Enf Marilú Rosales Jiménez Agentes comunitarios
Difusión de mensajes educativos acerca de la importancia de la prevención en diarrea a los niños menores de 5	Entrevistas, spot publicitarios mensajes televisivos-radiales y redes sociales	Videos Cds,USb, Faceboock, tuitar, watsap	Mensajes al 80% a la población	Agosto Setiembre Octubre Noviembre Diciembre	Med.Roció Ordinola Luna Lic. Enf. Manuelita de J. Cherre Llenque Tec.Enf.Idalina.Bustamante Tafur



años de edad.  Visitas de Seguimiento a las familias con niños menores de 5 años que presenten EDA.	Reuniones en familias con niños menores de 5 años	Carnet de Vacunas. Historias clínicas Dípticos y trípticos Ficha familiar Cuadernos de Visitas	100% de viviendas	1 y 2 semana de Julio 2018	Tec. Enf Marilú Rosales Jiménez Agentes comunitarios  Lic. En Enfermera
Expoferia sobre prevención de EDAS	Sesiones demostrativas y educativas	Retroproyector, diapositivas	Participación al 100% de la población	Noviembre Diciembre	personal de Salud del establecimiento y los actores sociales

### 3.5 RECURSOS:

#### RECURSOS MATERIALES

DESCRIPCION	CANTIDAD
Gigantografía	i unidad
Retroproyector	i unidad
Laptop	
USB	1 unidad
Televisor	1 unidad
Equipo de sonido	1 unidad
Puntero	1 unidad
Dípticos- trípticos	100 unidades
Papel bond	500 unidades
Tablero	05 unidades
Cartulina blanca	10 unidades
Cartulina de colores	15 unidades
Plumones gruesos de colores	10 unidades
Sillas	30 unidades
Mesa pequeña	01 unidad
Mesa grande	01 unidad
Jabón líquido	01 frasco
Agua	01 bidón grande
Papel toalla	03 unidades
Tina pequeña	01 unidad

#### RECURSOS HUMANOS

- Medico. Roció del pilar Ordinola Luna

- Lic. Enf. Manuelita de Jesús Cherre Llenque
- Tec. Enf. Idalina Bustamante Tafur
- Tec. Enf Marilú Rosales Jiménez
- Agentes comunitarios

### **3.6. EJECUCION**

- Para la realización del plan de intervención educativa se realizó la recolección de información, análisis y elaboración del plan de actividades para ello se realizó las reuniones con los actores sociales.
- Se llevó a cabo las sesiones Educativas y Demostrativas del tema, mediante las Charlas y Talleres
- Se realizó las visitas domiciliarias a los niños con problemas de EDA.
- Se realizó la Expo feria a la población del Distrito.

### **3.7. EVALUACION**

- La intervención fue realizada en un 70%, se realizó la evaluación en las familias con niños menores de 5 años y madres que recibieron las charlas, talleres y visitas domiciliarias, y aún queda por continuar con el seguimiento de los casos y evaluar su recuperación al 100% conjuntamente con las actividades programadas.

## CONCLUSIONES

- En el distrito de la Cruz se identificó un total de 58 casos de diarrea en niños menores de 36 meses de edad durante los meses de Junio a Diciembre 2018.
- El grupo etario más afectado de niños con diarrea fueron los de niños menores de 3 años.
- El caso de diarrea realizado en el Centro de Salud de la Cruz se identificó que la madre no posee conocimientos y prácticas adecuadas del cuidado de la niña y/o niño con diarrea.
- Es de suma importancia las visitas domiciliarias y seguimiento del control del crecimiento y desarrollo y así evitar la aparición de enfermedades prevalentes de la infancia
- La intervención educativa resulta ser una estrategia que permite ampliar nuestros cuidados de enfermería de manera individualizada.
- La experiencia profesional y la preparación adecuada, permiten que el Enfermero desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar una atención de calidad, eficiente, oportuno y seguro al paciente

## RECOMENDACIONES

- Realizar permanentemente la promoción de salud y educación en la prevención de la diarrea, principalmente en niños, para que así no afecte en el normal desarrollo del niño.
- El personal de Salud debe enfatizar en el seguimiento de las madres de los niños menores de 36 meses que presenten diarrea a través de las visitas domiciliarias.
- Dentro de una institución es imprescindible la medicina preventiva, sin embargo las estrategias y el esfuerzo es limitado en ocasiones por recursos económicos o falta de información. Es necesario establecer una manera de identificar patologías comunes en la población, principalmente en la de riesgo
- Fortalecer las actividades preventivas promocionales en la institución, así como los conocimientos de los profesionales en el cuidado de la diarrea y estrategias de educación para las madres de niños en la prevención de Diarrea en el niño.
- Se recomienda hacer un seguimiento al grupo de riesgo materno identificado, a fin de realizar la valoración del grado de conocimiento sobre el tema luego de haberles brindado la información adecuada.
- Realizar trabajos de investigación del tema , y poner más énfasis sobre estos temas en este grupo etareo

## VII.- REFERENCIALES

1. Rodríguez, M. Fernández Ermus, R. Sacerio Cruz, M. Jones Llamas, E. Modificación de conocimientos sobre EDAS en escolares de la Secundaria Básica "Francisco Maceo Osorio". MEDISAN [Internet]. Jul 2012 [citado 10 Ene2013];16(7). Disponible: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol\\_16\\_7\\_12/san05712.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_16_7_12/san05712.htm)
2. . Fuentes Díaz Z, Rodríguez Salazar O, Salazar Diez M, Rodríguez Hernández O. Factores de riesgo de las EDAS en menores de cinco años. AMC [Internet]. 2008 Abr [citado 10 Ene 2013];12(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102502552008000200004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552008000200004&lng=es).
3. Ghimir Madhu E, Pradhan Vardhan Y, Maskey Mahesh K. Communitybased interventions for diarrhoeal diseases and acute respiratory infections in Nepal. Bull World Health Organ [Internet]. 2010 [citado 11 Ene2013];88(3). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2828786/>
4. Aldereguía H .J. Nuevas orientaciones de la Salud Pública Socialista: Principales aspectos. Rev. Cub. Sal. Pub. 1988;
5. Anuario Estadístico del MINSAP. [sitio de internet] 2005. Acceso 31 de octubre de 2005. Disponible en URL: <http://www.sld.cu/sitios/dne/>
6. Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM. Diarreas Agudas. En: Nelson WE, editores. Tratado de Pediatría. 15 edición. La Habana: Ecimed;2000.V.1.p:
7. Afzalpurker RG, Schiller LR, et al. The self-limited nature of chronic idiopathic diarrhoea. N Engl. J. Med 327: 1849,1992
8. Black RE: Persistent diarrhea in children of developing countries Pediatr Infect Dis J 12: 751,1993
9. La diarrea Aguda en la Infancia. Disponible en <http://escuela.med.puc.cl/Departamentos/Pediatrica/Pediat>

10. Alparo Herrera Indhira. En su investigación titulada “Factores de riesgo para EDA con deshidratación grave en pacientes de 2 meses a 5 años”. En revista sociedad boliviana pediátrica 2014; 53 (2): 65 – 70.
11. Molina Rivera Silvia Helen. En su investigación titulada “Factores asociados a Deshidratación en pequeños de 5 años a menos con EDA atendidos en el Hospital San José 2013-2015”. Para Optar El Título Profesional de Médico Cirujano. Lima-Perú 2016.
12. Régimen de moderación de estímulos intestinales. Disponible en <http://www.zonadiet.com/adecintestinal.htm>
13. Househen KC, Bowie DC, Mann MD, et al: Factors influencing the duration of acute diarrhea disease in infancy. J Pediatr Gastroenterol. Nutr 10:37,1990
14. Cevallos, M., Gallegos, P. Conocimientos y prácticas de los padres sobre la prevención y manejo de la deshidratación por diarrea aguda en niños menores de 5 años que asisten a centros de desarrollo infantil públicos y privados en el sector del valle de Cumbayá de la ciudad de Quito durante los meses mayo y junio del 2014. [Tesis de grado] Ecuador. Pontificia Universidad Católica Del Ecuador. 2014.
15. Blanco, F. EDA En: Manual de diagnóstico y terapéutica en pediatría. Costa Rica. Editorial de la universidad de Costa Rica. 2003; p. 166
16. Torrus, D. enfermedades diarreicas de transmisión hídrica. El cólera como paradigma de EDA. En: Medicina humanitaria. España. Editorial Díaz de Santos. 2005; p. 267.
17. Cubero, I., Machado, I., Fernández, E. Deshidratación aguda en pediatría. Actualización del protocolo de rehidratación en el SUE, Bol. SPAO 2013; 7 (4) 148- 153.
18. Marin, A., Jaramillo, B., Gómez, R., Gómez, U. Manual de pediatría ambulatoria / Manual of Ambulatory Pediatrics. Bogotá. Editorial Medica Internacional. 2008; p:265.

19. Organización Mundial de la Salud. Las enfermedades diarreicas. Nota descriptiva N°330. Abril 2013.
20. Ordoñez L., Situación Epidemiológica de las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) en el Perú, 2013. 2014; 23 (07): 138 - 142. William C., Effects of Acute Diarrhea on Linear Growth in Peruvian Children. Revisado en: American Journal of Epidemiology [revista en internet]. Junio 2001. Volume 157, Issue 2, Pp.166-175.
- 21.4. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) – 2012. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/Libro.pdf>
22. Ordoñez L., Situación Epidemiológica de las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) en el Perú, I Trimestre 2014. Bol Epidemiol (Lima). 2014; 23 (17): 336- 342.
23. Sylvia B., Luis E., Daniel R., Samuel V. and David J., Manejo en los hogares de la diarrea infantil: un estudio de base poblacional en Nicaragua.
24. Jhonnell Alarco, J.; Aguirre-Cuadros, Eduardo Y Álvarez Andrade, Esmilinia V. Conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención en un asentamiento humano de la provincia de Ica, Perú. Rev Clin Med Fam [online]. 2013, vol.6, n.1, pp. 25-31. ISSN 1699-695X
25. Vásquez, Lina; Herrera, Demian Y Segura, Mabel. Conocimientos sobre hidratación oral por las madres de pacientes de 1 a 5 años de vida con enfermedad diarreica aguda: República Dominicana. Horiz. Med. [online]. 2014, vol.14, n.3, pp. 24-27. 46
26. Reyes-Tur Y, Rey-Camacho Y. Conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención. Revista de Ciencias Médicas de La Habana [revista en Internet]. 2009 [citado 2015 Nov 8]; 15(1): [aprox. 9 p.].



Disponible

en:

<http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/418>

- 27..Cervantes Baute, Isidra De La Caridad; Bosch Govea, Mariela y Armero Pérez, Graciela. Valoración del conocimiento de las madres sobre las diarreas y su prevención. Rev Cubana Enfermer [online]. 2001, vol.17, n.1, pp. 56-59.
- 28.Famara S., Hsin-Jung H., Jane C-J. C., El uso de sales de rehidratación oral en la gestión de los niños menores de 5 años y de edad con diarrea en Gambia: conocimientos, actitudes y prácticas, .Nutrition, Volume 29, Issu
- 29..Jornal A., Eduardo A., Esmilsinia V., Conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención en un asentamiento humano de la provincia de Ica, Perú, Rev Clín Med Fam 2013; 6 (1): 25-31 Nursing and Midwifery Studies. 2013 March; 1(3): 158-62.
- 30..Ogunrinde OG., Raji T., Owolabi OA., Anigo KM., Conocimientos, actitudes y prácticas de manejo en el hogar de la diarrea infantil entre los cuidadores de niños menores de 5 años con enfermedad diarreica en el noroeste de Nigeria Department of Paediatrics, Ahmadu Bello University, Zaria, Nigeria, J Trop Pediatr. 2012 Apr;58(2):143-6. doi: 10.1093/tropej/fmr048.
- 31.. María A., Janeth C., Francis A., Alexandra M. Yelitza Quintero, Conocimiento materno sobre estrategias básicas de prevención en enfermedad diarreica aguda, Archivos Venezolanos De Puericultura Y Pediatría 2012; Vol 75 (4): 113-117 . Mukhtar A., Mohamed I., Pathiyil R., Una encuesta de conocimiento de las madres acerca de la diarrea infantil y su manejo en una comunidad marginada de Morang, Nepal, Australasian Medical Journal [AMJ 2011,
- 32.Enfermedades diarreicas agudas en los menores de un año, MEDICIEGO 2010; 16(1)

- 33.. Custodio D., Custodio H., Nivel de Conocimientos y Conducta Materna sobre el manejo de la diarrea en el hogar en niños menores de 5 años que son atendidos en el servicio de URO en el Instituto Nacional de Salud del Niño en el año 2010, Lima; s.n; 2010. 63 p. graf, tab.
- 34.. Raúl R., Fisiopatología De La Diarrea Aguda. Corteguera1rev Cubana Pediatr 1999; 71(2):86-115
- 35.. Anales De Pediatría, Asociación Española De Pediatría, Guía De Práctica Clínica Ibero-Latinoamericana Sobre El Manejo De La Gastroenteritis Aguda En Menores De 5 Años, Marzo 2014, Vol 80.
36. AIEPI, 2010)
37. Alarco J. Eduardo, A,& Alvarez, (2013). conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención en un Asentamiento humano e n la Provincia de Ica.41
38. Flores, S. (2007). Nivel de conocimiento sobre EDA y su relación con las prácticas acerca de las medidas de prevención en las madres de los niños menores de 5 años, hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Para optar el Título de Especialista en Enfermería Pediátrica. Universidad Mayor de San Marcos. Programa de Segunda Especialidad de Enfermería
- 39..Palacios, M. (2007). Factores predisponentes de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años del distrito de Mocce – Lambayeque. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Facultad de Ciencias. Escuela de Medicina.
- 40.

# **ANEXOS**

**REPORTE MENSUAL DE ACTIVIDADES**  
**ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO**

DIRESA / RED / MR / EESS    LA    JUNIO-  
 :                                    CR    DICIEMBRE  
    UZ    2018

. ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

	Grupo de Edad			Total
	< 01 Año	01 - 04 Años	05 - 11 Años	
1. Enfermedades Diarreicas sin complicaciones ( a + b + c)	16	58	30	104
a. Diarrea Aguda Acuosa sin deshidratación	9	52	28	89
b. Diarrea Aguda Disentérica sin deshidratación	0	0	0	0
c. Diarrea Persistente sin deshidratación	7	6	2	15
2. Enfermedades Diarreicas con complicaciones (a + b + c+ d+ e+ f)	0	0	0	0
a. Diarrea Aguda Acuosa con deshidratación	0	0	0	0
b. Diarrea Aguda Disentérica con deshidratación	0	0	0	0
c. Diarrea Persistente con deshidratación	0	0	0	0
d. Diarrea Aguda Acuosa con deshidratación con shock	0	0	0	0
e. Diarrea Aguda Disentérica con deshidratación con shock	0	0	0	0
f. Diarrea Persistente con deshidratación con shock	0	0	0	0

**FOTOS DE ACTIVIDADES SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS DE  
DIARREA Y SESIONES Y TALLERES EDUCATIVAS**



**SESIÓN DEMOSTRATIVA DE LAVADO DE MANOS**



## ADMINISTRACION DE LA VACUNA ROTAVIRUX



## SESION EDUCATIVA DE LAVADO DE MANOS



## CHARLAS EDUCATIVAS



## SESIONES EDUCATIVAS



**SESION EDUCATIVA Y ENTREGA DE SALES DE REHIDRATACION ORAL**

