

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON
ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN ÁREA DE
HOSPITALIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD II-1
“MANUEL JAVIER NOMBERTO” CHULUCANAS PIURA 2018**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA**

AURORA YANNET SIMBAÑA RIVERA

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: 27-2019

Fecha de Aprobación de la tesis: 23 de Junio del 2019

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

INDICE

INTRODUCCION	3
CAPITULO I: ESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMA	5
CAPITULO II. MARCO TEORICO	8
2.1. ANTECEDENTES	8
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES	8
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES	9
2.2. MARCO CONCEPTUAL	11
2.2.1.- BASES TEORICAS	22
CAPITULO III: PLAN DE INTERVENCION	26
3.1.-VALORACION	26
3.2.-DATOS DE FILIACION	26
3.3. MOTIVO DE CONSULTA	26
3.4. ENFERMEDAD ACTUAL	26
3.5.- ANTECEDENTES	26
3.5.1. ANTECEDENTES PERINATALES	26
3.5.2.- ANTECEDENTES FAMILIARES	27
3.5.3.- ANTECEDENTES PERSONALES	27
3.5.4.-ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES	27
3.6. EXAMEN FISICO	27
3.7. VALORACION SEGÚN MODELO DE CLASIFICACION DE DOMINIOS Y CLASES	27
3.8. ESQUEMA DE VALORACION	31

CAPITULO IV: DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	32
4.1. LISTA DE HALLASGOS SIGNIFICATIVOS	32
4.2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGÚN DATOS SIGNIFICATIVOS	32
4.3. ESQUEMA DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	33
CAPITULO V: PLANIFICACION	34
5.1. ESQUEMA DE PLANIFICACION	34
CAPITULO VI: EJECUCION Y EVALUACION	37
6.1. REGISTRO DE ENFERMERIA: SOAPIE	37
CONCLUSIONES	39
RECOMENDACIONES	40
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	41
ANEXOS	45

INTODUCCION

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. (1)

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(1)

La diarrea es la evacuación frecuente de heces acuosas. Afecta a la mayoría de personas de vez en cuando y la causa suele ser una infección vírica o bacteriana, que desaparece en un par de días. Sin embargo, puede ser grave en los bebés y los mayores porque se deshidratan más fácilmente. La causa de la diarrea crónica (la que dura más de dos semanas) puede ser una enfermedad más grave y, por lo tanto, siempre debe ser investigada por un médico. (2).

En Cuba, donde el Sistema de Salud se desarrolla sobre la base de los principios de la orientación profiláctica a escala social, el carácter estatal, la vinculación de la ciencia y la práctica médica y la participación popular, se le da un nivel cualitativamente superior a cada una de las funciones históricamente tradicionales de la Medicina y la Salud Pública, o sea, la asistencia médica, la función sanitaria epidemiológica, la investigación científica, la educación médica y la dirección de los servicios de Salud (3), en el 2004 la morbilidad por diarreas se comprobó con un total de 674 401 casos atendidos, con mayor predominio en los niños menores de un año con 98 782 casos para una tasa de 718.5. (4), el Objetivo es describir la experiencia

laboral en los cuidados de enfermería en pacientes pediátricos con EDA en área de hospitalización del establecimiento de salud II-1 Chulucanas “Manuel Javier Nomberto” 2019.

CAPITULO I: DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMA

Las enfermedades diarreicas agudas (EDA) constituyen un problema de salud pública en el mundo, especialmente en los países en desarrollo, representan una importante causa de morbilidad y la segunda causa de mortalidad en niños menores de 5 años. Es una enfermedad generalmente auto limitada que obedece a múltiples etiologías (5).

Según estimaciones de la OMS causan la muerte de 760000 niños menores de 5 años y que ocurren más de mil millones de episodios (6). Los episodios múltiples de diarrea en el primer año de vida pueden deteriorar el estado nutricional y causar graves secuelas. Las diarreas se asocian directamente con las temperaturas, es decir, los casos tienden a disminuir conforme lo hacen las temperaturas en el periodo de lluvias. A su vez, para el inicio del verano, las diarreas presentan una alta frecuencia. Esto quiere decir que la aparición de altas temperaturas y la escasez de agua favorecen la aparición del patógeno o parásito causante de las mismas, acelera el crecimiento bacteriano y, junto con los factores conductuales de la persona, hacen que el patógeno entre en contacto con el huésped para causar estragos en el individuo (7)

El sistema nacional de vigilancia epidemiológica permite monitorear la tendencia de la EDA. La tendencia de los episodios de EDA en los últimos 16 años (2000 - 2015) muestra una tendencia lenta al descenso, con mayores episodios en las primeras semanas del año (época de verano), debido al clima que favorece la diseminación de las bacterias que las provocan; las altas temperaturas aumentan el riesgo de deshidratación (8) . Las EDA sigue siendo una causa importante de morbilidad en la niñez en nuestro país, por la persistencia de los factores determinantes en una proporción importante de la población, además son enfermedades prevenibles relacionadas al menor acceso a servicio de agua potable, menor

acceso a eliminación adecuada de excretas, así como a la práctica de hábitos inadecuados de higiene (9) . En el 2013, las Enfermedades Infecciosa Intestinales (A00 – A09), ocuparon el tercer lugar de causa de demanda de consulta externa (3,9%) (10), asimismo en el 2014 ocuparon el noveno lugar como causa de hospitalización (1,5%) (11). Si bien, su mortalidad ha disminuido en los últimos años, su incidencia ha mostrado una tendencia de descenso lento, siendo más evidente dicho descenso en los menores de 5 años. La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2014), muestra que la prevalencia de diarrea entre niñas y niños menores de cinco años de edad alcanzó 12,1%, un porcentaje menor al encontrado en la Encuesta 2009 (14,0%). No se encontraron diferencias importantes por sexo (12,6% en niños y 11,5% en niñas) o área de residencia (11,7% urbana y 12,9% rural); lo que podría indicar un cierto progreso en las campañas de acceso a servicios de salud (12) .

En 2015, del total de episodios de EDA, 605160 (54%) fueron notificados en mayores de 5 años, 371812 (33%) en niños de 1 a 4 años y 144899 (13%) en menores de 1 año. Asimismo, en la costa se da el mayor número de episodios de EDA, sobre todo en las primeras semanas del año (época de verano), mientras que en la sierra y selva se dan principalmente en los últimos meses de año (época de lluvias). A lo largo de los años las defunciones por EDA, han disminuido considerablemente, especialmente en los menores de 5 años, se considera que la demora en la búsqueda de atención de la diarrea aguda es una de las causas que muchas veces contribuyen a empeorar el pronóstico en los menores de edad y puede ser determinante de la muerte (13) .

Si bien en los departamentos de la costa peruana se presenta con una mayor frecuencia algo mayor en los meses de verano que en el resto del año, en el resto del país la presentación es muy similar durante todo el año; por lo que la población y los servicios de salud deberán tener presente las medidas preventivas para prevenir las EDA en los menores de 5 años: lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, aplicación de vacuna contra

rotavirus, difusión de la rehidratación oral en el hogar, búsqueda de consulta temprana en un establecimiento de salud ante el agravamiento de los síntomas o la deshidratación y manejo adecuado de las EDA en los servicios de salud.

CAPITULO:

MARCO TEORICO

2.1.- Antecedentes

2.1.1.-Antecedentes Internacionales

- Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina - Universidad Nacional de Colombia, Durante los meses de marzo a Noviembre de 2004 se incluyeron 129 pacientes menores de 5 años con diarrea en los servicios de consulta externa, cumplieron con los criterios de inclusión, 51 niños (39,6 %) del Hospital San Rafael de Tunja y 78 niños (60,4 %) de la Clínica Saludcoop. Se logró en un 83,1 % de casos establecer el agente causal, porcentaje relativamente alto, a pesar de usar métodos tradicionales y de bajo costo, en el 16,88 % no se logró identificar agente etiológico. El agente detectado con mayor frecuencia fue Rotavirus, En estudios realizados en Colombia (5), se reportó 57 % de pruebas positivas para Rotavirus en niños de hasta 59 meses. Se encuentra que 70 % de pruebas positivas para Rotavirus ocurren en menores de 24 meses. Los grupos de edad más afectados son: 6 a 11 meses 33,7 %, seguidos por niños de 12 a 23 meses 30,9 %. De 24 meses en adelante, el porcentaje de pruebas positivas es menor, 24 a 35 meses: 12,7 %; 36 a 47 meses: 9,1 % y 48 a 59 meses: 6,5 %. (16).

- Gustavo Adolfo Avila Montes, Kurt Henne†, Jairo Posas, Anita Thurston, María Elena Acosta, Donald Withson: conocimientos y Prácticas sobre Nutrición Infantil, Enfermedades Diarreicas y Respiratorias, Marzo 2012, en Lempira, Honduras, La prevalencia de diarreas en las últimas dos semanas fue de 45.6%. En lo que respecta a las prácticas de alimentación reportadas durante el episodio diarreico, se observó que la mayoría siguieron las recomendaciones brindadas por el personal de salud en lo que se refiere a la lactancia materna, no así las otras indicaciones: 82.7% de las que estaban dando leche materna siguieron haciéndolo con la misma

frecuencia o más de lo acostumbrada. En cambio, 52.1% le dieron líquidos al niño además de la leche materna con la misma frecuencia o más de lo usual, y solamente 24.4% le dieron comida sólida o blanda con la misma frecuencia o más de lo usual. La alta prevalencia de diarrea entre los lactantes estudiados (45.6%) que fue mucho más alta que el promedio regional 28% y nacional 19.3%,⁵ podría estar relacionado a las prácticas de preparación de los alimentos y a una mayor exposición a los patógenos en la medida que los lactantes se tornan más móviles a través del segundo año de vida, el 34. % de los pacientes había recibido SRO (ligeramente mayor al promedio nacional rural: 32.9%)⁵ y 27% había tomado infusiones caseras. (17)

2.1.2.- ANTECEDENTES NACIONALES

- Luz Geraldine Guzmán Vera: según el estudio realizado “prevalencia de enfermedad diarreica aguda en pacientes pediátricos según el plan de atención en la unidad de rehidratación oral del hospital nacional Hipólito Unanue. enero – marzo del 2015 “podemos apreciar que la edad promedio de los pacientes es de 30 meses (2años y 6meses) con una desviación estándar de 31.182 meses, siendo la menor edad la de 2 meses y la de mayor edad de 168 meses (14años). Esto se asemeja a la edad encontrada por ejemplo en establecimientos de ESSALUD como el Hospital Grau en el estudio realizado por Miranda-Calendaro J. y cols., quienes encontraron que casi la mitad de la población estudiada tuvieron entre 1 a 5 años se observa que un 29.4% de los pacientes presento episodios de enfermedad diarreica menor a 1 día, 29.1% de duración de un día, 19.9% de 2 días, 12.2% de 3 días, 4.1% de 4 días, 2.6% de 5 días, 1.4% de 6 días, 1.2% de 7 días y 0% de duración de > 7 - < 14 días. es decir, el 100% de pacientes estudiados presentaron episodios agudos de enfermedad diarreica, halló que más de la mitad de la población estudiada, un 66.2%, presentó un evento diarreico de tipo Acuoso, seguido de 26.2% de tipo Semiacuosa, 3.5% de tipo disentérico y un 4.1% sin cambios en la consistencia quienes

no cumplían criterio para enfermedad diarreica aguda, 37.6% de los pacientes se utilizó suero comercial como tipo de Líquido de Rehidratación Oral para la reposición de las pérdidas en el episodio diarreico, un 18.4% panetela, 10.2% infusiones/agua, 8.2% líquidos claros, 3.5% no suspendió la lactancia materna y sólo un 1.2% preparó y dio suero casero(18).

- En el estudio peruano “Prácticas y el Resultado en el Manejo inicial de la Diarrea Aguda en niños menores de 5 años por madres peruanas. Análisis ENDES 2013 en la UNMSM” se halló que, con respecto a las prácticas de las madres ante la diarrea aguda en los niños a los 14 días anteriores a la encuesta, el tratamiento más frecuente fue dar SRO (31.3%), seguido del uso de remedios caseros (27.5%) y antibióticos (21.5%). La mayoría de las madres no dieron solución casera (89.4%) ni zinc (99.3%). Además, el 67,9% de las madres no llevó a su niño(a) al establecimiento de salud como medida inicial. Respecto a la alimentación, destaca que las madres ofrecieron la misma cantidad de sólidos (50.8%) y más líquidos (55.6%) (19).

- Alarco J. y cols. E : Realizado estudios sobre los conocimientos, actitudes y/o prácticas de las madres sobre la diarrea aguda en niños. El estudio detuvo como objetivo determinar el nivel de conocimientos de las madres sobre la diarrea y su prevención. El estudio se realizó en una población de extrema pobreza de Ica, Perú, el cual reportó que el 76,6 % de las madres conocía el concepto correcto de la palabra “diarrea” como “heces líquidas y aumento del número de deposiciones”, el 50% consideró como principal causa de la diarrea a los parásitos y el 34,1% a la falta de higiene. El 39% considera al dolor abdominal como un signo de la deshidratación y un 35,4% a la sed aumentada. En la alimentación, el 36,6% de las madres afirman que no se debe restringir los alimentos, pero un 30,4% tuvo la

creencia de que se debe suspender la leche materna. El 53,3% de las madres considera la administración del Suero de Rehidratación Oral (SRO) como la medida más adecuada ante la diarrea y el 23,2% daría antibióticos. El 67% de las madres acudiría al centro de salud y un 24,4% lo haría al curandero (20)

2.2.-MARCO CONCEPTUAL

- ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA)

La diarrea es una enfermedad que afecta al intestino, se caracteriza por un aumento en el número habitual de evacuaciones (excremento), éstas suelen ser muy aguadas o líquidas, puede haber moco o sangre y las niñas y niños pueden tener calentura o vómito.

- Causas

. **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 frecuentes de diarrea moderada a grave en países de ingresos bajos son los rotavirus y *Escherichia coli*. Otros patógenos, como *Cryptosporidium* y *Shigella*, también pueden ser importantes. Asimismo, es necesario tener en cuenta etiologías específicas de cada lugar.

. **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. El almacenamiento y manipulación del agua doméstica en condiciones carentes de seguridad también es un factor de riesgo importante. Asimismo, pueden ocasionar enfermedades diarreicas el pescado y marisco de aguas contaminadas (21).

- Etiología

La principal etiología de la diarrea aguda infantil es la vírica, aunque los agentes bacterianos pueden ser los predominantes en los meses cálidos y en niños mayores y los virus en los meses fríos.

Según la OMS la diarrea suele ser un síntoma de una infección del tracto digestivo, que puede estar ocasionada por diversos organismos bacterianos, víricos y parásitos (22).

- Fisiopatología

La diarrea es una consecuencia de la disfunción en el transporte de agua y electrolitos a nivel del intestino. Como resultado de esta alteración se produce un aumento de la frecuencia, cantidad y volumen de las heces, así como un cambio en su consistencia por el incremento de agua y electrolitos contenidos en ellas. Todo esto condiciona un riesgo, que es la deshidratación y los trastornos del equilibrio hidromineral.

Los mecanismos patogénicos que ocasionan diarrea están en dependencia de los agentes causales que la producen. En la actualidad se describen varios mecanismos:

. **Invasividad.** Invasión de la mucosa seguida de multiplicación celular intraepitelial y penetración de la bacteria en la lámina propia. La capacidad de una bacteria para invadir y multiplicarse en una célula, causando su destrucción, está determinada por la composición del lipopolisacárido de la pared celular de dicha bacteria en combinación con la producción y liberación de enzimas específicas. La invasividad está regulada por una combinación de plásmidos específicos y genes cromosomales que varían de un enteropatógeno a otro.

. **Producción de Citotoxinas.** Estas producen daño celular directo por inhibición de la síntesis de proteína.

. **Producción de Enterotoxinas.** Da lugar a trastornos del balance de agua y sodio y mantienen la morfología celular sin alteraciones

. **Adherencia a la superficie de la mucosa, esto da por resultado el aplanamiento de la microvellosidad y la destrucción de la función celular normal.** En la adherencia celular intervienen factores como: vellos, glicoproteínas y otras proteínas que permiten la colonización bacteriana del intestino. La presencia de uno o varios de estos factores que se unen a receptores específicos en la superficie del enterocito, tiene gran importancia en la adhesión, que constituye la primera fase de la infección.

La gran pérdida de líquidos y electrolitos puede derivar en un cuadro de deshidratación. Esto es más frecuente en el niño pequeño por tener una mayor área de superficie corporal en relación con el peso que el adulto, y por lo tanto, unas mayores pérdidas insensibles. (22,)

CLASIFICACION DE LA DIARREICA AGUDA:

1. Diarrea Acuosa - Diarrea secretora. Cuadro diarreico como resultado del movimiento neto de agua y electrolitos desde la mucosa intestinal hacia el lumen, y cuyo volumen excede los 10ml/kg/día y cuya osmolaridad es similar al plasma. Es una diarrea abundante que produce deshidratación con trastornos del equilibrio hidroelectrolíticos y ácido base y es producida principalmente por el *Vibrio Cholerae* y la *Escherichia Coli* enterotoxigénica (ECET), aunque otras bacterias como la *Shiguella* spp, la *Yersenia* enterocolítica y las *Aeromonas* también pueden producirla (23)

2.-Diarrea osmótica. Es aquella 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 de las vellosidades da lugar a que en un periodo de 12 a 40 horas, los enterocitos secretores, cubran totalmente la vellosidad y del lugar a áreas donde hay secreción de líquidos y la absorción esta disminuida o ausente. 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 es el que provocan los agentes virales, principalmente los rotavirus. Otro mecanismo de producción es el que ocurre por la adhesión d algunos protozoos al “borde en cepillo” del enterocito que bloquean la entrada de agua, electrolitos 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 presentar 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 (22)

También puede producirse cuando se ingiere una sustancia osmóticamente activa de pobre absorción, esto puede suceder cuando se administran purgantes como el sulfato de magnesio. 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.

3.-Diarrea Disentérica 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, es un cuadro más benigno por tener agentes causales con una vida autolimitada. Y puede ser invasiva y no invasiva.

- **Invasiva.** Tiene como prototipo a la Shiguella, aunque también puede ser producida por otros agentes bacterianos enteropatógenos como son: *Escherichia Coli* enteroinvasiva, *Salmonella*, *Campylobacter jejuni*, *Yersinia enterocolítica* y *Vibrio parahemolyticus*.

- **No invasiva.** Producida frecuentemente por *Escherichia Coli* enterohemorrágica (ECEH), *Escherichia Coli* Enteroagregativa y *Clostridium difficile*.(23)

MANEJO AMBULATORIO DEL NIÑO CON DIARREA AGUDA, PERO SIN DESHIDRATACIÓN

PLAN “A”

1. Aumentar la ingesta de líquidos adecuados para prevenir la deshidratación con líquidos caseros (infusiones de manzanilla, limón, agua de coco, sopa de zanahoria, etc).

2. Dar suficiente alimento para prevenir desnutrición:

- Continuar lactancia materna
- Si no lacta, continuar con su leche habitual
- En mayores de 6 meses que reciben ablactancia, con su dieta corriente

3. Reconocer los signos de alarma, en lo posible enseñar a los padres para reconocimiento de estos signos de deshidratación:

- Depositiones líquidas y abundantes
- Vómitos a repetición
- Presencia de sangre en las heces
- Fiebre.

4. Educar a los padres en medidas de prevención para evitar nuevos episodios de diarrea.

Explique las 3 reglas para tratar diarrea en el hogar:

1.- Dar más líquidos de lo usual para prevenir la deshidratación:

- Usar suero oral después de cada evacuación.
- El propósito es lograr que el paciente ingiera una cantidad suficiente de líquido, tan pronto se inicia la diarrea, con el fin de reponer el agua y las sales y evitar así la deshidratación. Como coadyuvante se pueden usar los líquidos preparados con alimentos

que incluyen las bebidas de cereales cocidos en agua, sopas y el agua de arroz, de trigo, de maíz, de sorgo, avena, cebada (recordar que tienen bajas concentraciones de carbohidratos y de sodio y no se recomiendan solos para la rehidratación, se pueden usar para mantener la hidratación)

- No están indicadas las gaseosas, los jugos industriales, ni bebidas rehidratantes deportivas. (24)
- Si el niño presenta deposiciones muy frecuentes, abundantes y bebe con mayor avidez, suministrar suero oral a libre demanda.

2.- Alimentos para prevenir desnutrición:

- Continuar la lactancia materna.
- Si no mama, continuar la leche usual.
- En mayores de 4 meses que reciben alimentos sólidos y en adultos, dar la dieta corriente.
- Deben evitarse alimentos con mucha azúcar porque empeoran la diarrea.

3.- Regresar a control o consultar inmediatamente si no mejora, sigue igual, o si presenta cualquiera de los siguientes signos:

- Muchas evacuaciones intestinales líquidas.
- Vómitos a repetición.
- Sed intensa.
- Come o bebe poco.
- Fiebre.
- Sangre en las heces.

Nota: Se debe reevaluar el estado de hidratación. (24)

MANEJO DEL PACIENTE CON DIARREA AGUDA Y DESHIDRATACIÓN

PLAN "B"

1. Iniciar administrando SRO en un periodo de 4 horas de forma continua con taza o cuchara, 50-100 ml/Kg. de peso en 4 horas

2. Evaluar c/2h. Después de 4h de tratamiento si no hay signos de deshidratación pasar al Plan A. Si continua con deshidratación repetir el Plan B por 2 horas. Si cambio a deshidratación severa pasar al Plan C.

A continuación, se hace referencia a las principales actividades a realizar en el Plan B de tratamiento:

A.- Cantidad aproximada de suero oral para las primeras cuatro horas:

- Si se conoce el peso (50 - 100 ml/Kg.) según intensidad de deshidratación.
- Los casos más deshidratados sin shock pueden recibir hasta 150 ml. / Kg.
- Observar al paciente continuamente durante la rehidratación y ayudar al familiar a dar el suero oral:

B.- Después de 4 horas, evaluar el paciente usando el cuadro de evaluación, luego seleccionar el plan para continuar el tratamiento:

- Si no hay signos de deshidratación use el Plan A.
- Si continúa alguna deshidratación, repita el Plan B por dos horas y reevalúe al paciente:
 - Los pacientes deshidratados deben tratarse administrándoles la solución de suero oral SRO, en un tiempo promedio de 4-6 horas, aunque algunos pueden rehidratarse en menos de 4 horas y otros en un periodo mayor de 6 horas.
- Si cambió a deshidratación con shock, cambie al Plan C.

C.- Recomendaciones en la administración del plan B:

- La evaluación y manejo debe realizarla el médico general, con apoyo de la enfermera y auxiliar de enfermería, en la institución de salud.
- El suero oral se administra continuamente con taza o cucharita, durante un tiempo promedio de 4 horas de acuerdo al peso.
 - Si el paciente desea más suero oral que lo indicado puede darle más.
- En el caso de los niños ayudar a la madre a dar correctamente el suero oral y otros líquidos.
 - Pesar al paciente y comparar con el peso inicial.
- Vigilar el progreso del paciente y evaluar cambios en el estado del paciente cada hora hasta que hayan desaparecido todos los signos de deshidratación.
 - Identificar a los pacientes que no pueden beber o rechazan el suero oral y adoptar un método de tratamiento más adecuado, ya sea hidratación con sonda naso-gástrica o hidratación endovenosa.
 - Si el niño normalmente está siendo amamantado, continúe con la alimentación al pecho durante la terapia con suero oral
 - Si está con alimentación complementaria, reiniciar una vez esté hidratado.
- Cuando la madre haya aprendido a administrar el suero oral, y el niño esté bebiendo y esté hidratado, se dará instrucciones para continuar el tratamiento en el hogar siguiendo el Plan A de tratamiento. Informarle sobre los signos de deshidratación que le indican cuándo se debe acudir a una atención inmediata si no mejora ó si presenta cualquiera de los signos de alarma anotados en el plan a.
 - verificar, completar el esquema de vacunación. plan B (deshidratación leve-moderada) algoritmo evaluar en 4 horas observar continuamente. ayudar al familiar a dar el SRO. hidratado. deshidratación con shock. repetir plan B 2 horas más. inicie plan plan C

Evaluar en 2 horas. Rehidratación oral supervisada Manejo primeras 4 horas SRO 50-100 ml/Kg. /hora Según grado de deshidratación. Sigue igual (25,26)

MANEJO DEL NIÑO CON DIARREA Y DESHIDRATACIÓN GRAVE

PLAN "C"

- 1.- En caso de shock iniciar la administración endovenosa de solución salina al 9 por mil 20 ml/Kg hasta por 2 veces luego continuar con solución polielectrolítica (SPE)
- 2.- En caso de diarrea grave sin shock iniciar la administración de SPE: 100 ml/Kg. En 3 horas - 1era hora: 50 ml/Kg. - 2da hora: 25 ml/Kg. - 3era hora: 25 ml/Kg.
- 3.- Iniciar TRO precozmente. Requisito que el paciente este consciente, lo cual generalmente ocurre entre la 1era y 2da hora de iniciada la terapia endovenosa. Si tolera la vía oral pasar al Plan B.
4. Si no es posible vía oral, se pasa a la fase de mantenimiento una vez incluida la reposición del déficit previo. Se repone las perdidas actuales más los requerimientos básicos de agua electrolitos se calculan en base al requerimiento calórico. (27)

El manejo es institucional, por médico general con apoyo de especialista, enfermera y auxiliar de enfermería.

- Los niños con signos de deshidratación grave pueden morir en pocas horas por shock hipovolémico.
- El diagnóstico de deshidratación grave con o sin shock, hace necesario el uso de líquidos endovenosos.
- El propósito es administrar en tiempo corto (3-4 horas) por vía endovenosa, una cantidad suficiente de líquidos y electrolitos con

objeto de expandir el espacio extracelular y corregir el shock hipovolémico si lo hay.

- Usualmente es posible iniciar la terapia de rehidratación oral luego de dos a cuatro horas de tratamiento, procediendo de acuerdo con el estado de hidratación de ese momento. Debe tenerse en cuenta que existen otras condiciones diferentes al shock en las cuales está indicado el uso de la terapia endovenosa:

- Cuando fracasa la terapia de rehidratación oral (TRO).
- Vómito persistente (más de tres episodios en una hora).
- Diarrea muy abundante (>15 ml/Kg/hora).
- Compromiso del estado de conciencia (estupor o coma).
- Mala absorción de glucosa (poco común, se puede ver en desnutridos severos).
- Íleo u obstrucción intestinal. Así mismo, se debe tener en cuenta que cuando no se puede comenzar de inmediato la hidratación endovenosa en el caso de un niño, que No se encuentre en estado de Shock, pero que no puede beber, debe iniciarse la administración del suero oral por sonda naso gástrica, o en su defecto administrarlo directamente a la boca del niño con una jeringa o un gotero mientras se canaliza la vena. Para el paciente con deshidratación grave, que se encuentra en shock, se recomienda utilizar la solución de Lactato de Ringer (Hartman), de acuerdo a lo siguiente:

- 50 cc/kg/primera hora
 - 25 cc/kg/segunda hora
 - 25cc/kg tercera hora
- En los casos de deshidratación severa se espera que en pocas horas el paciente pueda iniciar la terapia de rehidratación oral. Cuando ello no es posible se debe considerar la administración de glucosa parenteral para evitar la hipoglicemia que se puede presentar en lactantes pequeños desnutridos con ayuno prolongado (26,27).

2.2.1.- BASES TEORICAS

La teoría del autocuidado: Dorothea Orem

La enfermería desde sus inicios se ha considerado como un producto social vinculado al arte de cuidar, por lo que responde a la necesidad de ayudar a las personas, cuando estas no tienen capacidad suficiente para proporcionarse a sí misma o a las personas, que dependen de ellas, la calidad y cantidad de cuidados para mantener la vida, identificando los problemas de salud y las necesidades reales y/o potenciales de la persona, familia y comunidad que demandan cuidados, generando autonomía o dependencia como consecuencia de las actividades que asuma el enfermero.

El propósito del artículo fue valorar una de las grandes teorías de la enfermería contemporánea abordando de forma integral, la influencia que ejerce esta teoría en el desarrollo del ejercicio de la profesión en Cuba, para ello se realizó una revisión de las fuentes de Literatura básica, como Modelos y Teorías en Enfermería, Bases conceptuales de la Enfermería Profesional, la teoría de Dorotea Orem sobre autocuidados, utilizando métodos teóricos para propiciar la comprensión y análisis de los componentes de la teoría de Déficit de autocuidado, generalizaciones y relaciones entre el sustento teórico y la aplicación en la praxis del trabajo cotidiano del método científico en el desarrollo de una vida satisfactoria(28).

MARJORY GORDON

PATRONES FUNCIONALES

Fueron creados por Morjory Gordon a medidas de los años 70, para enseñar a sus alumnos de la Escuela de Enfermería, la valoración de los pacientes. Los agrupo en 11 patrones con estructura para valorar cada aspecto de salud que afectan el individuo.

1.- Percepción y control de la salud: Pretende conocer la propia percepción de la persona sobre su situación salud y bienestar. Incluye: Estilos de vida, prácticas de promoción de salud y de prevención de riesgos.

2.- Patrón actividad- ejercicio • Incluye las actividades de la vida diaria, que requieren gasto energético, tales como higiene, cocinar, comprar, comer, trabajar y hacer las actividades diarias de la casa.

3.- Patrón de eliminación Describe los patrones de la función excretora (vejiga, intestino y piel).

4.- Patrón de reposo- sueño • Comprende los periodos de sueño y descanso/ relajación durante las 24 horas del día.

5.- Patrón cognitivo perceptual • Incluye la adecuación de los modos sensoriales, como la visión, el oído, el tacto, el gusto y el olfato.

❖ **6.- Patrón autopercepción- autoconcepto •** Incluye las actividades del individuo hacia sí mismo, la percepción de sus habilidades, imagen corporal, identidad y patrón emocional general.

7.- Patrón de rol- relaciones • Incluye la percepción del individuo de los principales roles y responsabilidades en su situación vital actual.

8.- Patrón de sexualidad- reproducción • Describe el patrón de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad y el patrón reproductivo.

9.- Patrón de afrontamiento y tolerancia al estrés • Incluye la reserva del individuo o capacidad de resistir los ataques a la auto integridad, modos de manejar el estrés, familia u otros sistemas de soporte.

10.- Patrón valores y creencias • Incluye lo que se percibe como importante en la vida, la calidad de vida y la percepción de cualquier conflicto en los valores, creencias o expectativas relacionadas con la salud.

11.- Patrón nutricional y metabólico • Pretende conocer el consumo de alimentos y líquidos de la persona en relación con sus necesidades metabólicas. (29)

TEORIAS DEL CUIDADO DE ENFERMERIA

Definición de teoría de la Enfermería

Una teoría es un conjunto de conceptos y proposiciones que proyectan una visión sistematizada de los fenómenos, mediante el diseño de interrelaciones específicas entre los conceptos, con el fin de describir, explicar, predecir y controlar (Marriner-Tomey). El desarrollo de la “Teoría General del Cuidado” (conjunto de teoría de enfermería) es considerado por muchas enfermeras (os) como una de las labores cruciales a las que se enfrenta la profesión hoy en día. Históricamente los conocimientos teóricos utilizados por las enfermeras (os) se han derivado casi exclusivamente de otras ciencias (como la Medicina, la Psicología, etc.). Debido a que es una profesión que está emergiendo como disciplina

científica, la enfermería está profundamente enfocada, ahora, en la identificación de su base teórica de conocimientos llamada también ciencia de enfermería. Esta situación significa que se está cambiando el paradigma de enfermería. La enfermería es una “disciplina” que se encuentra en construcción (Esteban 1992). La literatura y el intercambio profesional internacional, ponen de manifiesto que el uso de modelos de práctica basados en “teoría y método” propios de enfermería, es un hecho aún incipiente en la actualidad. En este sentido, también es cierto que ha habido adelantos significativos (30).

CAPITULO III.-

PLAN DE INTERVENCIONES

3.1.-VALORACION

3.1. 1.-datos de filiación

Apellidos y nombres : N. S. L. S.

Eda : 1 año

Nacionalidad : Peruana

Fecha de nacimiento: 22/02/2018

Sexo : Masculino

Localidad : Chulucanas

Provincia : Morropón

Informante : madre

3.2. Motivo de consulta Hace 5 días presenta tos productiva esporádica ,4 días deposiciones líquidas en 8 cámaras con moco sin sangre y fiebre 2 días abdomen distendido, dolor con ruidos hidroaéreos audibles continua con las deposiciones líquidas y vómitos, el día de hoy presenta temperatura de 40°C y convulsiones tónico clónicas

3.3.- Enfermedad actual : 5 días

3.4.- Antecedentes

3.4.1 Antecedentes perinatales:

Recién Nacido : a Término de sexo masculino de 39ss

PESO: 2.830KG
TALLA: 49 CM
PC: 32 CM
PT: 34CM
PA: 33 CM
APGAR: 1' (9) 5' (9)

Madre sufre en segundo y tercer trimestre infección urinaria con tratamiento

3.4.2. Antecedentes familiares: Tía materna presenta una convulsión a los 8 meses

3.4.3. Antecedentes Personales.: Una hospitalización por bronconeumonía hace 8 meses.

3.4.4. Antecedentes Socioeconómicos y Culturales: Nivel socio económico bajo

3.5. Examen Físico: PA: 80/50 FC: 126Xmit FR: 32Xmit T°: 40°C, SO2: 97%

Piel y mucosas orales semisecas pálidas +/+++ , piel normotérmica, ojos hundidos lagrimas ausentes, somnoliento, signos de pliegue (-) llenado capilar menor de 2 “, no soplos, sistema respiratorio faringe y amígdalas normales ambos campos pulmonares buen pasaje de aire, abdomen blando no doloroso a la palpación timpánico a la percusión.

1.6. VALORACION SEGÚN MODELO DE CLASIFICACION DE DOMINIOS Y CLASES:

DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD

Clase 2 Gestión de la salud

Hace 5 días inicia enfermedad con episodios de tos productiva, deposiciones líquidas, vómitos y fiebre. Se le observa con presencia de hidratación endovenosa, aun deshidratado ++/+++ con deposiciones líquidas, con buena tolerancia oral familiares ya ven mejoría de su hijo.

DOMINIO 2: NUTRICIÓN

Clase 1 Ingestión

Pesa 8.500 gr y mide 70 cm, con disminución del apetito, somnolencia Hg. 10.8 g/dl.

Dominio 3: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO

Clase 4: Función respiratoria

Con escasa orina y deposición líquidas amarillentas con moco, T= 40.5°C, piel palidez ++/+++ , FC= 145, FR= 34 x', SO2= 96%.

Dominio 4: ACTIVIDAD / REPOSO

Clase 1: Reposo / sueño, Clase 2: Actividad / ejercicio y CLASE 3 : equilibrio de energía, clase 5 : autocuidado.

Madre de lactante refiere que duerme por momentos irritable, llanto y falta de apetito que las náuseas, vómitos y la fiebre no lo dejan descansar, presenta enrojecimiento de la zona anal. Se brinda baño, se coloca crema en zona anal para evitar la escaldadura, con presencia de hidratación endovenosa según prescripción médica.

DOMINIO 5: PERCEPCIÓN /COGNICIÓN

Clase 3: Sensación – percepción

Nivel de conciencia: activo, piel con hipertermia 40.5°C y presencia de sudoración, FC = 145X´ FR= 34X´, irritabilidad.

DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN

Clase 1: Autoconcepto

Se le observa estado de ánimo decaído, irritable, con tendencia al llanto

DOMINIO 7: ROL RELACIONES

Clase 1: Roles de cuidador y Clase 3: Desempeño del rol

Lactante con falta de apetito sin poder lactar con normalidad por presentar náusea y vómitos, madre se queda al cuidado refiere que está cansada que los sancudos la pican y no la dejan descansar los momentos que deja descansar su hijo.

DOMINIO 8: SEXUALIDAD

Aun no se desarrolla

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO TOLERANCIA AL ESTRÉS

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Depende totalmente de su madre, por momentos irritable, llanto, madre preocupada, ansiosa por la salud y los días de estancia hospitalaria de su niño , así como también preocupación por sus otros niños.

DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES

Clase 3: Congruencia de las acciones con los valores / creencias

De familia católica, quienes asisten en pocas ocasiones a la iglesia, la madre del bebé no relaciona la enfermedad del niño con ninguna creencia.

DOMINIO 11: SEGURIDAD PROTECCIÓN

Clase 1: infección, clase 2: lesión física, Clase 6: termorregulación

Diagnóstico médico EDA acuosa con deshidratación severa con shock en remisión, trastorno hidroelectrolítico, Sd. convulsivo, con presencia de hidratación endovenosa piel pálida ++/+++, deposiciones líquidas con moco mal olientes náuseas vómitos fiebre 40.5°C con resultados de reacción inflamatoria leucocitos >100x C, se evidencia enrojecimiento en zona anal.

DOMINIO 12: CONFORT

Clase 1: Confort físico, clase 3: confort social

Lactante presencia hidratación endovenosa según indicación médica, llanto, abdomen voluminoso timpánico.

DOMINIO 13 CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Clase 2 Desarrollo

Peso 8.500 g, talla 70 cm

3.7. Esquema de valoración

Nombre del Paciente: N. S. L. S. Edad: 1 Año

Diagnostico Medico: EDA acuosa C/ deshidratación severa, trastorno hidroelectrolítico, Sd convulsivo.

Datos relevantes o características definitorias	Patrón o dominio	Base teórica	Problema o estado de salud	Factor relacionado
<p>- Pérdida de heces líquidas ruidos intestinales hiperactivas.</p> <p>- Convulsiones piel caliente al tacto taquicardia, Irritabilidad.</p> <p>- Membranas mucosas secas.</p> <p>- Dolor abdominal, abdomen distendido</p>	<p>Eliminación e intercambio.</p> <p>- seguridad y protección.</p> <p>- Nutrición.</p> <p>- Confort.</p>	<p>Eliminación de heces líquidas no formadas.</p> <p>- Temperatura corporal central superior al rango normal diurno a causa del fallo de la termorregulación.</p> <p>- Disminución de líquido intravascular y/o intracelular.</p> <p>- Percepción de falta de tranquilidad, alivio y transcendencia en las dimensiones físicas</p>	<p>Diarrea.</p> <p>Hipertermia.</p> <p>- Déficit de volumen de líquidos.</p> <p>- Disconfort</p>	<p>Deshidratación.</p> <p>Infección.</p> <p>- Pérdida activa de volumen de líquidos.</p> <p>- síntomas relacionadas con la enfermedad</p>

CAPITULO IV: DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

4.1.- Lista de hallazgos significativos

-Deposiciones líquidas con moco.

-fiebre

-Vómitos

- tos

- Abdomen distendido

-Dolor abdominal.

4.2. Diagnóstico de enfermería según datos significativos:

- 00013
Diarrea R/C dolor de abdomen, pérdida de heces líquidas E/P infección.
- 0007
Hipertermia R/C piel caliente al tacto, taquicardia E/P deshidratación.
- 000027
Déficit de volumen de líquidos R/C debilidad, mucosas secas E/P pérdida activa de volumen de líquidos.
- 00214
Disconfort R/C llanto, irritabilidad E/P síntomas relacionados con la enfermedad.

4.3. Esquema de Diagnostico de Enfermería

Nombre del Paciente: N. S.L. S. Edad: 1 Año

Diagnostico Medico: EDA acuosa C/ deshidratación severa, trastorno hidroelectrolítico, Sd convulsivo.

Problemas	Factores relacionados	Evidencia	Diagnostico
-Deposiciones líquidas con moco.	-Dolor de abdomen, perdida de heces líquidas.	-Infección.	-Diarrea R/C dolor de abdomen, perdida de heces líquidas E/P infección.
-Hipertermia	-Piel caliente al tacto, taquicardia.	- Deshidratación.	- Hipertermia R/C piel caliente al tacto, taquicardia E/P deshidratación.
-Déficit de volumen líquidos .	-Debilidad, mucosas secas.	-Perdida activa de volumen de líquidos.	-Déficit de volumen de líquidos R/C debilidad, mucosas secas E/P perdida activa de volumen de líquidos.
-dolor abdominal, abdomen distendido	-síntomas relacionados con la enfermedad	-Llanto, irritabilidad	- Disconfort R/C llanto, irritabilidad E/P síntomas relacionados con la enfermedad

CAPITULO V: PLANIFICACION

5.1.-Esquema de Planificación

Nombre del Paciente: N. S. L. S. Edad: 1 Año

Diagnostico Medico: EDA acuosa C/ deshidratación severa, trastorno hidroelectrolítico, Sd convulsivo.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	META NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC	ACTIVIDADES
<p>Dominio 3: Eliminación e intercambio</p> <p>Diarrea R/C dolor de abdomen, perdida de heces liquidas > 3 en 24 horas E/P infección</p>	<p>CODIGO 0602 HIDRATACIÓN</p> <p>- membranas mucosas húmedas.</p>	<p>CÓDIGO 4120 MANEJO DE LÍQUIDOS</p> <p>- mantener el equilibrio de líquidos y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de líquidos anormales.</p> <p>CÓDIGO 0460 MANEJO DE LA DIARREA.</p> <p>-determinar la historia de la diarrea.</p> <p>-Observar la piel perianal para ver si hay irritación o ulceración,</p> <p>-Evaluar la ingesta y registrar para determinar el contenido nutricional</p>	<p>Determinar la historia de la diarrea</p> <p>- Administrar fluidos terapia manteniendo el nivel de flujo intravenoso prescripto según el médico.</p> <p>- registrar preciso de ingresos y egresos.</p> <p>-Observar la piel perianal para ver si hay irritación o ulceración.</p> <p>-Vigilar el estado de hidratación: observando la mucosa turgencia de pile y sed.</p> <p>-Evaluar la ingesta y registrar para determinar el contenido nutricional.</p>

Nombre del Paciente: N. S. L. S.

Edad: 1 Año

Diagnostico Medico: EDA acuosa C/ deshidratación severa, trastorno hidroelectrolítico, Sd convulsivo.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	META NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC	ACTIVIDADES
<p>CÓDIGO 00007 DOMINIO 11</p> <p>SEGURIDAD Y PROTECCIÓN</p> <p>-Hipertermia R/C piel caliente al tacto, taquicardia E/P deshidratación</p>	<p>CÓDIGO 0800</p> <p>TERMORREGULACIÓN</p> <p>- temperatura cutánea aumentada</p>	<p>CODIGO 2380</p> <p>MANEJO DE LA MEDICACIÓN.</p> <p>-Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre dispensación</p> <p>CÓDIGO 3900</p> <p>REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA</p> <p>-consecución y mantenimiento de una temperatura corporal dentro del rango norma.</p>	<p>Administrar medicamentos prescritos.</p> <p>-Observar los efectos terapéuticos de la medicación del paciente.</p> <p>-Observar si hay signos y síntomas de toxicidad de la medicación</p> <p>-Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas.</p> <p>-Control de signos vitales P/A, FC, FR, T°, SO2.</p> <p>-utilizar baños tibios compresas</p>

Nombre del Paciente: N. S. L. S.

Edad: 1 Año

Diagnostico Medico: EDA acuosa C/ deshidratación severa, trastorno hidroelectrolítico, Sd convulsivo.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	META NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC	ACTIVIDADES
<p>CODIGO: 00214 DOMINIO: DISCONFORT</p> <p>Disconfort R/C llanto, irritabilidad E/P síntomas relacionados con la enfermedad</p>	<p>CÓDIGO 2010 ESTADO DE COMODIDAD FISICA -bienestar físico.</p>	<p>CÓDIGO: 1400 MANEJO DEL DOLOR</p> <p>-Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que acepte el paciente</p> <p>CÓDIGO:6482 MANEJO DE AMBIENTAL: CONFORT</p> <p>-Manipulación del entorno del paciente para facilitar la una comodidad optima</p>	<p>-Realizar una valoración del dolor que incluya la localización, características, duración y frecuencia que desencadenan.</p> <p>-Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos que correspondan.</p> <p>-Observar signos no verbales de molestias.</p> <p>- Evitar interrupciones necesarias y permitir periodos de reposo</p> <p>-Crear un ambiente tranquilo y de reposo</p> <p>-Proporcionar o retirar mantas para fomentar la comodidad</p> <p>-Vigilar la piel en la zona perianal para evitar escaldadura de pañal</p>

CAPITULO VI:

EJECUCION Y EVALUACION

6.1. Registro de Enfermería: SOAPIE

Nombre : N. S. L. S.

Edad : 1 año

S: Madre refiere hace 5 días presenta tos productiva esporádica ,4 días deposiciones líquidas en 8 cámaras con moco sin sangre, fiebre 2 días abdomen distendido, dolor con ruidos hidroaéreos audibles continua con las deposiciones líquidas y presenta convulsiones tónico clónicas.

O: PA: 80/50 FC: 126Xmit FR: 32Xmit T° : 40°C SO2 : 97% , Piel y mucosas orales semi secas pálidas +/-+++, piel normo térmica , ojos hundidos lagrimas ausentes, somnoliento, signos de pliegue (-) llenado capilar menor de 2 “, no soplos , sistema respiratorio faringe y amígdalas normales ambos campos pulmonares buen pasaje de aire, abdomen blando no doloroso a la palpación timpánico a la percusión.

A: -Diarrea R/C dolor de abdomen, perdida de heces líquidas E/P infección.

-Hipertermia R/C piel caliente al tacto, taquicardia E/P deshidratación.

-Déficit de volumen de líquidos R/C debilidad, mucosas secas E/P perdida activa de volumen de líquidos.

P: Madre será capaz de verbalizar la ausencia de dolor abdominal, heces formadas, no vómitos

I: - colocar al paciente en posición semifowler.

- Mantener vía endovenosa permeables.

- Mantener un balance hídrico estricto
- Cuantificar Signos Vitales especialmente la Temperatura cada 2 horas.
- Administrar tratamiento indicado
- Administrar antipirético prescrito
- Aplicar medios físicos por 30 minutos.
- Vigilar hidratación endovenosa, así como lactancia materna exclusiva.
- Brindar educación a la madre en el cuidado de su bebé, sobre el cuidado de la piel para evitar escaldaduras.
- Promover el descanso de la madre apoyándola por un periodo considerable para que la madre descanse.

- E:**
- Se evidenciará deposiciones formadas una 1 vez al día,
 - No presentara dolor abdominal y vómitos
 - Se evidenciará temperatura de 36.5°C
 - Presentara piel y mucosas hidratados

CONCLUSIONES

Las enfermedades diarreicas agudas siguen siendo un problema en nuestra población como este paciente, lactante, llega al hospital después de haber sufrido una convulsión febril por deshidratación acompañado de vómitos, deposiciones líquidas; la madre no sabe identificar una deshidratación ni cómo tratarla e incluso no saben tomar la temperatura y se rehúsan a los medios físicos y retiro de abrigo para evitar las convulsiones febriles, prefieren aplicar tratamientos caseros o automedicarse recomendados por la vecina o ir a la farmacia a que la orienten y le indiquen algún medicamento en lugar de asistir a nuestro nosocomio.

La madre no conoce sobre el protocolo de lavado las manos antes de preparar los alimentos, después de ir al baño, cambio de pañal, dar de lactar y además solo se lava con agua no usa jabón.

RECOMENDACIONES.

Para evitar la presencia de enfermedades diarreicas agudas (EDAS) es la hidratación y el correcto lavado de manos.

- Educar a los padres de familia y/o familiares responsables acerca de la definición de un evento diarreico, de observar los cambios de consistencia de las deposiciones y síntomas asociados, la importancia del uso de reposición de líquidos de rehidratación oral, y la identificación de signos de deshidratación para prevenir complicaciones a futuro.

- Lávese bien las manos con abundante agua y jabón, antes de comer, antes de preparar alimentos, después de ir al baño, después de cambiar un pañal o si ha estado en contacto con heces o vómito de una persona enferma o que se sospecha que lo está.

- Consuma agua potable, hervida, purificada o tratada con cloro.

- Consuma alimentos bien cocidos y de reciente preparación.

- Lave vegetales, hortalizas y frutas con agua limpia y tratada antes de consumirlos.

- Mantenga los alimentos bien tapados y no mezcle alimentos crudos con alimentos preparados.

- Lave y desinfecte los utensilios de cocina usados por la persona enferma o que se sospeche que lo está.

Nos damos cuenta que hace falta de presencia del personal médico en la comunidad, concientizar a la población

REFERENCIAS BIBIOGRAFICAS

- 1.- Frontera de Fogel J. Diarrea Crónica. [sitio de internet], 2003. Acceso el 27 de octubre 2005. Disponible en URL: <http://www.tupediatra.com/temas.htm>
- 2.- Riverón Corteguera RL. ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES. Introducción. En: Temas de Pediatría. De la Torre E, Pelayo E, González JA. Editores, ECIMED, Ciudad de La Habana, 2002
- 3.-Aldereguía H .J. Nuevas orientaciones de la Salud Pública Socialista: Principales aspectos. Rev. Cub. Sal. Pub. 1988; 14(2): 7-8.
- 4.-Anuario Estadístico del MINSAP. [sitio de internet] 2005. Acceso 311 de octubre de 2005. Disponible en URL: <http://www.sld.cu/sitios/dne/>.
- 5.-García LL, Burón RP, La Rosa PY, Martínez PM. Factores de riesgo de las enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años. Revista de Ciencias Médicas. La Habana. 2014; [Consultado 10 enero 2016]; 20(3): 346-356 Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh2014/cmh143f.pdf>.
- 6.-Organización Mundial de la Salud. Las enfermedades diarreicas. Nota descriptiva N° 330. Abril 2013. [acceso 10 enero 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/en/>
- 7.- Méndez PI, Tejeda MA, Salvador RI. Relación estadística entre la temperatura ambiente y las enfermedades diarreicas en Coatzacoalcos, Veracruz (México). Boletín del Instituto de Geografía – Universidad Nacional Autónoma de México; [consultado 10 enero 2016]. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rig/article/view/23866/41904>.
- 8.- Ministerio de Salud de Argentina. Enfermedades Diarreicas. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/index.php/programas-y-planes/133-enfermedades-diarreicas>.
- 9.- . 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>

- 10.- . Ministerio de Salud - Oficina General de Estadística e Informática. 2013.
Disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/Morbilidad/CEMacros.asp?00>
- 11.- Ministerio de Salud del Perú - Oficina General de Estadística e Informática. 2014
<http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/Morbilidad/HSMacros.asp?00>
- 12.- . Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2014.
- 13.- Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda en niños de dos meses a cinco años en el primero y segundo nivel de atención, México: Secretaría de Salud, 2008. Mg. Luis Angel Ordóñez Ibargüen E.
- 15.- Agustina R, Sari TP, Satroamidjojo S, Bovee-Oudenhoven IMJ, Feskens EJM, Kok FJ. Association of food-hygiene practices and diarrhea prevalence among Indonesian young children from low socioeconomic urban areas. BMC Public Health. 2013
- 16.- Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. New York: McGraw-Hill, 2005.
- 17.- Gutiérrez Castrellón P, PolancoAllué I, Salazar Lindo E. Manejo de la gastroenteritis aguda en menores de 5 años: un enfoque basado en la evidencia Guía de práctica clínica Ibero-Latinoamericana. An Pediatr (Barc). 2010.
- 18.- http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/455/1/Guzman_I.pdf
- 19.-Miranda-Calendaro J. y cols. Manejo de la enfermedad diarreica aguda (EDA) en niños. Hospital Grau Essalud. Lima, Perú. Enero – Diciembre, 2015

- 20.-EsSalud, Gobierno de Perú [Internet]. Lima, Perú: EsSalud. Boletín epidemiológico N° 2 [citado en 2012]. Disponible desde: www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2012/02.pdf.
- 21.- Thapar N. Sanderson IR. Diarrea en niños: una interfaz entre los países desarrollados y los en desarrollo (Diarrhoea in children: an interface between developing and developed countries) *The Lancet*, Feb. 2004; (363): 641-53
- 22.- Henríquez Camacho y cols. Incidencia y factores de riesgo para adquirir diarrea aguda en una comunidad rural de la selva peruana. *Rev Med Hered [online]*. 2002, vol.13, n.2, pp. 44-48. ISSN
- 23.- Oscar G. Gómez-Duarte. Enfermedad diarreica aguda por *Escherichia coli* enteropatógenas en Colombia. *Revista Chilena de Infectología*. 2014; 31 (5): 577-586 2.
- 24.- Lidia E. García López, Pedro Luís Burón Reyes, Yanelly la Rosa Pons, Maritza Martínez Pérez. Factores de riesgo de las enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años. *Revista de Ciencias Médicas*. 2014 1729-214X.
- 25.- Guarino A. y cols. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Paedriatic Infectious Diseases Evidence-base Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe (ESPGHAN/ESPID): update 2014).
- 26.- . Ministerio se Salud. Solución de Rehidratación Oral (Electrolitos). Informe Técnico N°03. 2010.
- 27.- Josefa. Protocolo Diarrea Aguda. Asociación Española de Pediatría. Junio de 2002
- 28.-<http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=53881>

29.- Díaz L. Diarreas persistentes: algunos factores de riesgo. Rev. Cubana
Pediatric 1999;71(1):23-7

30.- http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/2_4.htm.

LOZANO LEÓN Juan Manuel, PAIPILLA MONROY Sandra Helena y
GALINDO VERGARA Marcela. Enfermedad Diarreica Aguda. Guías de
Pediatría Práctica Basadas en la Evidencia. Editorial Médica Panamericana.

ANEXOS

11 Patrones Funcionales

@Creative_Nurse

Marjory Gordon

Los Patrones Funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todos las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo.

Marjory Gordon














Por lo tanto, de la valoración de los patrones obtenemos datos relevantes de la persona (FÍSICOS, PSÍQUICOS, SOCIALES, DEL ENTORNO)

La valoración se realiza mediante la recogida de DATOS SUBJETIVOS, OBJETIVOS, la REVISIÓN de la HISTORIA CLÍNICA u otros informes.



EVITAR: connotaciones morales (bueno-malo), hacer suposiciones, interpretar subjetivamente

	QUE VALORA	COMO SE VALORA	RESULTADO DEL PATRÓN
Patrón 1 Percepción - Manejo de Salud 	Como percibe el individuo la salud y bienestar y como maneja lo relacionado a la salud (mantenimiento o recuperación)	Hábitos higiénicos Vacunas Alergias Conductas Saludables Existencia o no de hábitos tóxicos Accidentes o ingresos hospitalarios	Esta alterado cuando: La persona considera que su salud es pobre, regular o mala Bebe en exceso, fuma o consume drogas No está vacunado Higiene descuidada
Patrón 2 Nutricional- Metabólico 	Determinar el consumo de alimentos y líquidos en relación a sus necesidades metabólicas Problemas de ingesta Altura, peso y temperatura Estado piel y mucosas	Valoración IMC Valoración alimentación Alergias e intolerancias Recoger nº de comidas, tipo, hora, dieta... Alteraciones de la piel: uñas y pelo frágil, deshidratación, lesiones...	Esta alterado cuando: Alteraciones en IMC Desequilibrio nutricional Problemas bucales Disfagia o Sonda de alimentación Problemas digestivos
Patrón 3 Eliminación 	Describe las funciones excretoras intestinal, urinaria y de la piel.	Intestinal: Consistencia, frecuencia, dolor, presencia de sangre u otros, incontinencia Urinario: Micción/día, características y problemas de la micción, incontinencias (sistemas de ayuda - pañales...) Cutánea: Sudor excesivo	Esta alterado cuando: Extremimiento, incontinencia, flatulencia, diarrea, sistemas de ayuda, retención, disuria, nicturia, etc. Sudoración excesiva
Patrón 4 Actividad - Ejercicio 	Describe las capacidades para la movilidad autónoma y la actividad, y para la realización de ejercicios. Costumbres de ocio y recreo	Valorar: Estado cardiovascular Estado respiratorio Tolerancia a la actividad Actividades cotidianas Estilo de vida Ocio y actividades	Esta alterado cuando: Existen problemas circulatorios, respiratorios, cansancio excesivo, deficiencias motoras, capacidad funcional alterada (Katz o Barthel)...
Patrón 5 Sueño - Descanso 	Describe los patrones de sueño, descanso y relax a lo largo del día, y los usos y costumbres individuales para conseguirlos.	Tiempo dedicado y condiciones del lugar Exigencias laborales Uso de fármacos para dormir Consumo de sustancias estimulantes Ronquidos o apnea..	Esta alterado cuando: Usa ayuda farmacológica Verbaliza dificultad para conciliar el sueño Confusión y cansancio en relación con falta de descanso Conducta irritable
Patrón 6 Cognitivo - Perceptivo 	Describe el patrón sensorio-perceptual y cognitivo del individuo. Adecuación de los órganos de los sentidos. Toma de decisiones, memoria y lenguaje.	Nivel de consciencia Si puede leer y escribir Alteraciones cognitivas Alteraciones perceptivas Expresa y localiza dolor Alteraciones en la conducta	Esta alterado cuando: No esta consciente ni orientada Deficiencia de los sentidos Dificultad en la comprensión Presencia de dolor Problemas en memoria, expresión de ideas...
Patrón 7 Autopercepción Autoconcepto 	Describe el patrón de autoconcepto y las percepciones de uno mismo. Imagen Corporal, Identidad y sentido general de valía Patrones emocional, postura y movimiento, de voz...	Valorar: Problemas con uno mismo Problemas de autoimagen Problemas conductuales Datos de imagen: postura, patrón de voz, estado de ánimo, pasividad, nerviosismo....	Esta alterado cuando: Verbalización autonegativa Existe problema son imagen corporal Miedo y rechazo al propio cuerpo Existen problemas conductuales
Patrón 8 Rol - Relaciones 	Compromisos de rol y relaciones, percepción de rol, responsabilidad de la situación actual. Satisfacción en: familia, trabajo, relaciones sociales	Valorar: Familia Apoyo familiar Grupo social Trabajo o escuela	Esta alterado cuando: Presenta problemas en las relaciones sociales Se siento solo Refiere carencia afectivas Conductas inefectivas de duelo Violencia doméstica, abuso
Patrón 9 Sexualidad- Reproducción 	Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad, y así mismo, describe el patrón reproductivo y todo lo relacionado con el mismo.	Valorar: Menarquía y ciclo menstrual Menopausia Métodos anticonceptivos Embarazos, abortos... Problemas o cambios en las relaciones sexuales	Esta alterado cuando: Refiere preocupación y/o insatisfacción por su sexualidad Problemas en etapa reproductiva Relaciones de riesgo
Patrón 10 Adaptación- Tolerancia al estrés 	Describe el patrón general de adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés.	Valorar: Situaciones estresantes sufridas Si esta tenso o relajado la mayor parte del tiempo Si cuenta sus problemas a alguien cercano...	Esta alterado cuando: Refiere sensación habitual de estrés y no dispone de herramientas Cambios o situaciones difíciles que no afronta Recurre al uso de drogas, alcohol o medicamentos
Patrón 11 Valores - Creencias 	Describe los patrones de valores, objetivos y creencias (incluidas las espirituales) que guían las decisiones y opciones vitales del individuo.	Valorar: Posee planes de futuro Satisfacción en la vida Religión Preocupaciones relacionadas con la vida, muerte, dolor...	Esta alterado cuando: Existe conflicto de creencias Problemas en prácticas religiosas Existe conflicto por el sentido de la vida...

Evaluación del Estado de Hidratación de un paciente con Diarrea (*)

	Plan A	Plan B	Plan C
1. OBSERVE: Condición General	Bien, alerta	Irritable	Letárgico o inconsciente (*)
Ojos	Normales	Algo hundidos	Muy hundidos y secos
Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
Mucosas orales	Húmedas	Secas	Muy secas
Sed	Bebe normalmente	Bebe ávidamente, está sediento	Bebe mal o no es capaz de hacerlo (*)
2. EXPLORE: Pliegue cutáneo	Vuelve a su estado normal rápidamente	Desaparece lentamente (<2s)	Desaparece muy lentamente (>2s) (*)
3. DECIDA:	No tiene signos de deshidratación	Si presenta 2 o más signos TIENE ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN	Si tiene 2 o más signos de deshidratación, incluyendo al menos un signo destacado (*), hay DESHIDRATACION GRAVE
Tratamiento	Plan A	Pesar al paciente si es posible y usar Plan B	Pesar al paciente si es posible y usar Plan C, URGENTE

(*) Readings on Diarrhoea: A Student's Manual. WHO-Geneva, 1992