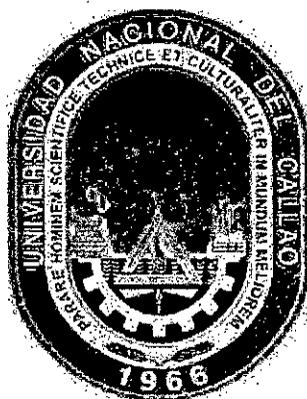


**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES
CON ENFERMEDAD DIARRÉICA AGUDA EN NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL II ESSALUD
CAÑETE. 2015 - 2017**

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

ALBERTO MILTRAN QUISPE LAURA

Callao, 2018

PERÚ

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Alberto Miltran Quispe Laura', is written over a large, stylized circular flourish.

HOJA DE REFERENCIA DE JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA	Presidenta
DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA	Secretaria
DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN	Vocal

ASESORA: DRA. MERCEDES LULIEA FERRER MEJIA

N° DE LIBRO: 005

N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 061

Fecha de aprobación de Trabajo Académico: 09/02/2018

Resolución de Decanato N°449-2018-D/FCS de fecha 07 de Febrero del 2018 de designación de Jurado Examinador de Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

LIC. ALBERTO MILTRAN QUISPE LAURA

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1. Descripción de la Situación Problemática.....	3
1.2. Objetivo.....	8
1.3. Justificación	8
II. MARCO TEÓRICO O CONCEPTUAL O REFERENCIAL.....	11
2.1. Antecedentes	11
2.2. Marco Conceptual o Referencial o Teórico	18
2.3. Definición de Términos.....	51
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	52
3.1. Recolección de Datos.....	52
3.2. Experiencia Profesional.....	53
3.3. Procesos Realizados en el Tema del Informe	61
IV. RESULTADOS	66
V. CONCLUSIONES.....	70
VI. RECOMENDACIONES	71
VII. REFERENCIALES	72
ANEXOS.....	77

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de experiencia profesional sobre “CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DIARRÉICA AGUDA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II ESSALUD CAÑETE. 2015 - 2017”, tiene el objetivo de describir los cuidados de enfermería en niños menores de cinco años con Enfermedades Diarreicas Agudas en el servicio de emergencia del Hospital II Cañete – Essalud.

Tiene por finalidad ayudar a identificar oportunamente el riesgo y realizar el seguimiento continuo y sistemático de las mortalidades por EDA, con los procesos establecidos para la notificación, recolección y análisis de los datos que permita generar información oportuna, valida y confiable para orientar medidas de prevención y control y que va dirigida a los padres que acudan a este hospital Essalud Cañete, con la finalidad de aportarles los conocimientos necesarios para evitar el desarrollo de los mismos en los niños menores de 5 años y su reincidencia, logrando concientizarlo sobre todo como deben actuar frente a este problema y exigir sus derechos en salud.

El presente trabajo académico consta: I. planteamiento del problema, II. Marco Teórico, III. Experiencia profesional, IV. Resultados, V. Conclusiones, V. Referencias bibliográficas, y Anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Situación Problemática

La Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) es uno de los principales problemas en salud pública a nivel nacional y mundial debido a su costo económico para la sociedad y la familia, siendo una de las principales causas de morbilidad infantil, especialmente en el grupo vulnerable constituido por niños menores de cinco años. Así lo confirman la Organización mundial de la salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) mencionando que a nivel mundial las enfermedades diarreicas son la segunda causa de muerte en niños menores de cinco años y ocasionan la muerte de 760 000 niños cada año. ⁽¹⁾

Las enfermedades diarreicas constituyen un problema de salud pública en el mundo, especialmente en países en desarrollo como el nuestro donde representa una importante causa de morbilidad en niños menores de 5 años de edad, múltiples episodios de diarrea en el primer año de vida pueden deteriorar el estado nutricional y causar graves secuelas. ⁽²⁾

La prevalencia de la diarrea aguda en niños está relacionada con el nivel socioeconómico, y ocupa el segundo lugar en índice de morbilidad después de la afección del sistema respiratorio. ⁽³⁾

El desarrollo socioeconómico, la falta de alcantarillado, agua potable y recolección de basura afectan de manera directa a que se presenten Enfermedad Diarreica Aguda. ⁽⁴⁾

El agua, la higiene y el saneamiento tienen un papel crucial en la transmisión de las enfermedades diarreicas, estos factores ambientales contribuyen aproximadamente al 94% de la presentación de casos.

Las tasas de prevalencia de diarrea aguda en la población infantil a escala universal no han cambiado mucho en las últimas décadas, a pesar de que han aumentado los recursos terapéuticos y que muchos países han establecido programas de control, constituyendo el grupo de riesgo más importante en el que se presenta ese problema debido a su inmadurez inmunológica y poco desarrollo de hábitos higiénicos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) desde hace varios años se ocupa, con particular atención, en la lucha contra las infecciones intestinales de diferentes etiologías entre las que se incluyen las producidas por parásitos. En cada lugar hay un microorganismo patógeno que trata de buscar un huésped para su evolución o su existencia; estos organismos microscópicos se localizan en diferentes partes de tejidos, algunos son inofensivos, otros producen lesiones que trastornan las funciones vitales. ⁽⁵⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que, de cada 100 defunciones en niños menores de 5 años, 34 casos ocurren sin que el niño haya tenido la oportunidad haber sido llevado a un servicio de salud, pues si se hace la distribución geográfica de la diarrea, muestra que es más frecuente en áreas rurales y urbano marginales, y según estudios realizados por el Ministerio de Salud (MINSA), en estas zonas de nuestro país no existen o son insuficientes los servicios de salud. ⁽⁵⁾

La OMS define, a las diarreas como la evacuación 3 ó más deposiciones sueltas o líquidas por día, y a la diarrea aguda "como la diarrea continua que dura más de 15 días". Este problema cursa con mala absorción de agua y electrolitos, perdiéndose de 40 a 60 meq. De sodio y de 33 a 25 meq. de potasio por litro de diarrea, aparte de que suele perderse por el vómito que puede acompañarlo.

Los niños menores de 5 años en los países en desarrollo son los más afectados y representan el 90% de los 1.8 millones de muertes anuales por causa de diarrea, principalmente en los países subdesarrollados. ⁽⁶⁾

Se ha determinado en América latina, cada año mueren alrededor de 3,3 millones de niños menores de 5 años por diarrea y ocurren más de mil millones de episodios. ⁽⁷⁾

Así mismo estudios realizados en países en vías de desarrollo por grupos de investigadores de la organización mundial de salud destacan la importancia de los factores socioeconómicas, socioculturales de la población en el cuidado mantenimiento de la salud partiendo del conocimiento, forma de vida, hábitos creencias, costumbres y valores que influyen en el quehacer cotidiano, sin embargo no hay estudios específicos que condicionan estos factores y su influencia. ⁽⁸⁾

A nivel nacional las enfermedades diarreicas agudas siguen constituyendo la segunda causa de morbimortalidad en menores de 5 años por el cual nos permite afirmar que continua siendo un problema de salud pública, para lo cual se ha desarrollado un protocolo de manejo de loa diarrea cuyo objetivo es hidratación oral, la misma que con un adecuado conocimiento y practica por parte de las madres pueden prevenir la deshidratación y muerte del niño con diarrea, poniendo énfasis en el hogar es la ingesta de líquidos y sólidos durante el cuadro de diarrea.

En el Perú en el año 2017, durante la Semana Epidemiológica (SE) 18-2017 a nivel nacional se notificaron 39,624 episodios de diarrea aguda, que representan una tasa acumulada de 130,1 episodios por cada 10 000 habitantes, también se reportaron 928 casos de

Enfermedades diarreicas agudas totales, con un descenso de 26.5% (335 casos) con relación a la semana anterior (MINSA, 2017).

En Cañete la diarrea es la tercera causa de muerte, principalmente en niños menores de 5 años de zonas rurales y urbano-marginales. Muchas de estas muertes pudieron ser evitadas mediante acciones sencillas de prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, tanto en los servicios de salud como en la comunidad y a un costo razonable.

Sin embargo, es muy importante conocer los hábitos defecatorios de las personas para que puede cuantificar deposiciones como diarreas, principalmente en los niños alimentados con leche materna exclusiva tiene deposiciones aumentadas en número y en forma líquida o semilíquido sin ser diarrea, por agente infeccioso conocidos como entero patógenos y a otros como rotavirus productores de enterotoxinas. ⁽⁹⁾

En el servicio de emergencia del Hospital II Cañete Essalud se evidencia la afluencia de madres que acuden a la consulta durante el año por que sus hijos presentan cuadros diarreicos.

La demanda de niños con diarrea aguda se ha incrementado enormemente en relación al año pasado en un 40%, lo cual es preocupante esta demanda que puede tener diversos factores o indicadores por lo que inicialmente me hago la

pregunta si las madres de dichos niños tienen conocimiento sobre la enfermedad de diarrea aguda.

Por lo que el enfermero emergencista debe conocer los factores de riesgo de la enfermedad, para planificar las actividades preventivas promocionales, tendientes a disminuir la diarrea, toda vez que existe de ello se logrará con la participación activa de las personas implicadas en el problema.

1.2. Objetivo

Describir la experiencia profesional en los cuidados de enfermería en niños menores de cinco años con Enfermedades Diarreicas Agudas en el servicio de emergencia del Hospital II Cañete – Essalud.

1.3. Justificación

El presente trabajo académico pretende dar a conocer los cuidados de enfermería que se deben tener con los niños menores de 5 años con enfermedades diarreicas agudas en el servicio de emergencia del Hospital II Cañete – Essalud en el período 2015 - 2017.

De igual manera que la institución realice programas de capacitación continua e implemente programas de monitoreo y supervisión relacionado a los cuidados de enfermería en pacientes con enfermedades diarreicas agudas.

El presente trabajo académico es viable por qué contribuye a sensibilizar y estimular a los profesionales de salud a trabajar más en el campo de la prevención y promoción de la salud lo cual contribuye a un manejo adecuado y oportuno sobre una de las causas más comunes de morbimortalidad infantil y Factible porque permite desarrollar protocolos y guías de atención adecuadas para las madres con niños menores de 5 años que tienen enfermedad diarreica aguda.

Así mismo el presente informe se justifica:

Nivel teórico: contribuye a sensibilizar sobre una de las causas más comunes de morbimortalidad infantil y estimular a las profesionales de la salud a trabajar en el campo de promoción y prevención de la salud.

Nivel metodológico: logrará precisar algunos aspectos a considerar en los estudios requeridos por profesionales de enfermería al establecer los cuidados de enfermería en niños menores de 5 años con enfermedades diarreicas agudas.

Nivel social: beneficiará a las madres de niños menores de 5 años con enfermedades diarreicas agudas en el servicio de emergencia. Así mismo los resultados que se obtengan serán de fundamental importancia para desempeñar con éxito la labor del profesional de enfermería en el servicio de emergencia.

Nivel práctico: A nivel práctico se justifica porque las enfermedades diarreicas agudas ocupan uno de los primeros lugares de morbimortalidad infantil en el Perú. Estas son prevenibles siempre que el niño tenga un buen cuidado en el hogar y las madres de familia son las más indicadas para velar por la salud de sus hijos

Nivel económico: Este trabajo académico viene a representar una oportunidad importante para la institución objeto de estudio, de abordar con precisión cuáles son los problemas que actualmente se presentan en la aplicación de los procesos de control de los bienes y los factores que han facilitado su permanencia en el tiempo.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

ZAMORA C. (2015) "Frecuencia y factores asociados a la enfermedad diarreica aguda en niños; Hospital Naval De Guayaquil, Mayo-Noviembre 2015". Objetivo: Identificar la frecuencia de presentación y los factores asociados a la Enfermedad Diarreica Aguda en niños de 6 a 12 años, atendidos en el Área de Pediatría del Hospital Naval de Guayaquil, entre Mayo- Noviembre del 2015. Metodología: Se realizó un estudio cuantitativo observacional descriptivo de corte transversal con el fin de identificar la frecuencia de presentación y los factores asociados a la Enfermedad Diarreica Aguda en niños de 6 a 12 años, atendidos en el Área de Pediatría del Hospital Naval de Guayaquil, entre Mayo- Noviembre del 2015. Resultados: Los pacientes que forman parte de la muestra estudiada, de acuerdo al lugar de residencia la mayoría viven en un sector urbano y son de contextura normal; también la mayoría no tienen hacinamiento y son normales; a su vez la mayoría comen fuera de casa y son normales; viven en casas de cemento y son normales; la mayoría tienen servicios básicos y son normales; pero la mayoría a pesar de no tener agua potable son normales y por último la mayoría no se lavan las manos antes de comer y son normales. Conclusiones: Del estudio realizado

se concluyó que algunos de los factores asociados que se sospechaban que se observarían en los pacientes pediátricos con enfermedad diarreica aguda no representaron la mayoría tal como es el ejemplo de lugar de residencia, hacinamiento, preparación de alimentos, tipo de vivienda y servicios básicos sobre el índice de masa corporal, pero cabe recalcar que si se observó una mayoritaria parte de la muestra que no consumía agua potable y que tampoco tenían el hábito de lavarse las manos antes de comer y una significativa mayoría no obtenía sus alimentos del propio hogar, sino de locales y restaurantes de la localidad, sugiriendo que el hecho de lavarse las manos, y la calidad del agua y comida que se consume juega un papel significativo en que si un niño desarrolle Enfermedad Diarreica Aguda. ⁽¹⁰⁾

GERMÁN V. (2015) "Prevalencia de diarrea aguda infantil en chicos menores de 5 años que concurren al Centro de Salud Las Américas". Objetivo: Determinar la prevalencia de diarrea aguda infantil en los niños menores de 5 años que acuden al Centro de Salud del barrio "Las Américas" en la ciudad de Mar del Plata en el año 2013. Metodología: Estudio de carácter descriptivo y transversal donde participaron un total de 198 madres con sus hijos, quienes asisten al Centro de Salud del barrio "Las Américas". Respondieron a una encuesta personal con información

sociodemográfica y nutricional donde se indagaba sobre diferentes factores relacionados con el síndrome diarreico como son el estado nutricional del niño, su peso y talla, alimentación, características del hogar, manipulación de alimentos, higiene de manos de madre y su hijo, disposición de basura e inundación en el hogar. Resultados: La prevalencia de diarrea aguda encontrada fue del 17,2 % (34 chicos). El rango etario más afectado fueron en un 73,5% los menores de 24 meses. Ningún chico con diarrea se vio con bajo peso o bajo índice de masa corporal. Detectamos fallas en la introducción de alimentos donde el 74% de los menores de 2 años que presentaron diarrea consumían alimentos no aconsejados. Conclusiones: Al observar los resultados concluimos que la prevalencia encontrada es importante pero se encuentra dentro de los límites esperados. Analizando los factores ratificamos la directa relación entre la presencia de cloacas, agua potable, correctas medidas de higiene y una alimentación adecuada con la prevención del síndrome. Vimos una correcta cantidad de bebés que reciben lactancia exclusiva pero al momento de ingresar el biberón se dejan de lado muchísimas medidas higiénicas que sería importante fortalecer. ⁽¹¹⁾

CADILLO A (2015) "Conocimiento de las madres de niños menores de cinco años sobre la enfermedad diarreica aguda en la unidad de rehidratación del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2013".

Objetivo: describir el conocimiento de las madres de niños menores de cinco años sobre la enfermedad diarreica aguda en la unidad de rehidratación del Hospital Nacional Sergio E. Bernales . Metodología: La investigación realizada fue de enfoque cuantitativo, de tipo básico, de nivel descriptivo simple, con un diseño no experimental, de corte transversal. La población estuvo conformada por 17 madres, quienes nos brindaron información sobre su conocimiento de la enfermedad diarreica. Se utilizó la encuesta como técnica de recopilación de datos de la variable y se empleó como instrumento un cuestionario, compuesto por 25 ítems. Resultados: El resultado describe que las madres tienen un conocimiento alto en relación a las medidas preventivas, diagnóstico y un conocimiento bajo en relación al tratamiento y complicaciones. Conclusiones: En relación a características generales de la población que 58% de los niños que presentaron EDA están en la edad de 2 a 4 años y un 16 % están en el grupo de menores de 6 meses, en relación a procedencia el 48% está en Carabaylo y el 10% está en independencia y el 68% está en el 2° y 3° hijo y el 6 % está en el primer hijo y el 84% de los niños presentaron EDA acuosa. ⁽¹²⁾

NAUCA Y. (2013) "Nivel de conocimiento sobre enfermedad diarreica aguda y su relación con prácticas preventivas". Objetivo: Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas acerca de las medidas de prevención de enfermedad diarreica aguda (EDA) en las madres de niños menores de 5 años, hospitalizados en los servicios de pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo comprendido entre marzo y mayo del 2014. Metodología: Se realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, para efecto de recolección de datos se utilizó la técnica de la entrevista estructurada y como instrumento el cuestionario elaborado en base a la especialización de la variable los cuales fueron aplicados en forma personal a cada madre, empleando una muestra de 32 madres de niños menores de 5 años hospitalizados en el servicio de Pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Resultados: De la población en estudio, se encontró que si existe relación entre los conocimientos y las practicas acerca de las medidas de prevención de EDA que tienen las madres de niños menores de 5 años encontrándose que el 93.76% de madres tienen un nivel de conocimiento medio y bajo sobre las medidas de prevención de EDA y las prácticas que emplean son en un nivel regular con un 68.75% seguida de las malas prácticas con un porcentaje de 15.63%. Conclusiones: Finalmente las que más conocen, mejor practican las medidas de

control de enfermedades diarreicas agudas, teniendo un menor porcentaje el conocimiento y prácticas de las medidas de prevención de EDA. ⁽¹³⁾

BRIONES S. (2013) "Factores biosocioculturales y nivel de conocimiento materno sobre enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años, Centro de Salud Materno "Santa Catalina" San Pedro de Lloc". Objetivo: Determinar la relación de los Factores biosocioculturales y el nivel de conocimiento materno sobre enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años. Metodología: Investigación de tipo descriptivo, correlacional, de corte transversal, se realizó en madres que asistieron al Centro de Salud Materno "Santa Catalina", San Pedro de Lloc -2012. La muestra estuvo conformada por 115madres, quienes cumplieron con los criterios de inclusión. Resultados: Al relacionar nivel de conocimiento materno sobre EDA en función a la edad de la madre, se puede observar que existe una relación muy significativa entre ambas variables, los cuales se evidencian al aplicar la prueba de Chi cuadrado, siendo el valor del Chi cuadrado de la muestra mayor a la Chi cuadrado tabular, con una probabilidad ($p = 0.0047508$), es decir el nivel de conocimiento materno sobre EDA en niños menores de 5 años tiene relación de dependencia con la edad. Conclusiones: Existe relación

estadísticamente significativa entre los factores biosocioculturales: edad, ocupación, grado de instrucción y estado civil con el nivel de conocimiento materno sobre EDA en menores de 5 años. ⁽¹⁴⁾

HUANCA K. (2015) "Diferencia en el conocimiento y actitudes sobre la prevención de las Enfermedades Diarreicas Agudas en madres adolescentes y jóvenes adultas de niños menores de 5 años, del Centro de Salud Materno Infantil Miguel Grau, Chaclacayo, Lima, 2014". Objetivo: Determinar las diferencias que existen entre los conocimientos y actitudes hacia la prevención de las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS) en madres adolescentes en comparación con madres jóvenes adultas de niños menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Materno Infantil, "Miguel Grau". Metodología: Diseño no experimental, corte transversal, de alcance descriptivo-comparativo. La población estudiada fue de 120 madres entre adolescentes y jóvenes adultas con niños menores de cinco años de edad. Se utilizó como técnica la entrevista personal y como instrumento el cuestionario de conocimientos y actitudes hacia la prevención de EDAS. Resultados: En los resultados se identificó que 41.7% de las madres evidencian un conocimiento regular sobre la prevención de EDAS, y 72,5% presentaron actitudes altamente favorables hacia la prevención de EDAS. También, se determinó que las

madres jóvenes adultas tienen mejor nivel de conocimiento acerca de la prevención de las enfermedades diarreicas agudas que las madres adolescentes según la prueba de U de Mann – Whitney. Sin embargo, las madres adolescentes evidencian una mejor actitud frente a la prevención de enfermedades diarreicas que las madres jóvenes adultas. Conclusiones: Se estableció que ambos grupos tienen diferentes niveles de conocimientos y actitudes, la diferencia en el conocimiento podría explicarse por el hecho que las madres jóvenes tienen un nivel de instrucción más elevado que las madres adolescentes, y respecto a las actitudes se puede plantear la participación de un factor social, pues las adolescentes cuentan con mayor apoyo familiar que las jóvenes. ⁽¹⁵⁾

2.2. Marco Conceptual o Referencial o Teórico

2.2.1. Enfermedad Diarreica Aguda

a) Definición

Es todo proceso mórbido, cualquiera que sea su causa que tiene entre sus síntomas más importantes las diarreas y puede acompañarse o no de trastornos hidroelectrolíticos y del equilibrio ácido básico.

La diarrea aguda consiste en un aumento en el número de deposiciones y/o una disminución en su consistencia, de

instauración rápida. Se puede acompañar de signos y síntomas como náuseas, vómitos, fiebre o dolor abdominal. La causa más frecuente es la infección gastrointestinal, que produce una gastroenteritis o inflamación de la mucosa gástrica e intestinal. Debido a ello el término diarrea aguda es prácticamente sinónimo de gastroenteritis aguda de causa infecciosa. ⁽¹⁶⁾

La diarrea refleja un aumento en la pérdida a través de las heces de sus principales componentes: agua y electrolitos. El término agudo viene dado de ser habitualmente un proceso de carácter auto limitado, con una duración menor de 2 semanas.

Generalmente se considera la existencia de diarrea cuando hay más de dos deposiciones de menor consistencia, o una deposición de menor consistencia con presencia de sangre macroscópica, en un periodo de 24 horas. Esta definición puede ser imprecisa, por la variabilidad en el volumen, frecuencia y consistencia de deposiciones en la edad infantil. Hay que tener en cuenta la edad del niño, ya que la frecuencia de las deposiciones es más alta en niños menores de tres meses, y que el ritmo intestinal puede

cambiar con el tipo de alimentación. Hay escasos datos de referencia del volumen fecal a las distintas edades. ⁽¹⁷⁾

b) Epidemiología

La diarrea aguda es una de las enfermedades más comunes en niños y la segunda causa de morbilidad y mortalidad a escala mundial. La mortalidad es casi totalmente a expensas de países en desarrollo. En los países industrializados, a pesar de unas mejores condiciones sanitarias, la gastroenteritis aguda sigue siendo una de las primeras causas de morbilidad infantil y de demanda de atención sanitaria. En Europa es la patología más frecuente en el niño sano, estimándose una incidencia anual de entre 0,5 a 2 episodios en los niños menores de 3 años.

Aunque en determinadas ocasiones hay que considerar otras causas, la principal causa de diarrea aguda son las infecciones entéricas.

En nuestro medio la principal etiología en la edad infantil es la vírica, pudiendo ser los agentes bacterianos los predominantes en determinadas épocas del año y en niños mayores. Los parásitos constituyen una causa infrecuente de diarrea en niños sanos.

Desde el descubrimiento en 1972 del virus Norwalk, primer virus identificado como agente etiológico de gastroenteritis en humanos, se han definido cuatro grandes categorías de estos virus: rotavirus, astrovirus, adenovirus entéricos y calicivirus humanos

Los rotavirus constituyen el principal agente etiológico productor de diarrea en la infancia, se asocian a una forma de enfermedad más grave e infectan prácticamente a todos los niños en los 4 primeros años de vida, dándose la enfermedad especialmente entre los 6 y 24 meses de edad. Son los más frecuentemente detectados en los casos que precisan ingreso hospitalario y, en países de clima templado, tienen un predominio claro en los meses fríos. Son, además, el principal agente productor de diarrea nosocomial en las unidades de ingreso infantiles. Los adenovirus entéricos, calicivirus y astrovirus producen un cuadro clínico más leve.

Respecto a la etiología bacteriana, los agentes predominantes son *Salmonella* spp y *Campylobacter* spp, seguidos de *Shigella* spp, *Aeromonas* spp y *Yersinia* spp. En la mayoría de estudios epidemiológicos infantiles estos agentes son detectados más frecuentemente en pacientes con gastroenteritis tratados de forma ambulatoria. La

dificultad de estudio en heces de las distintas variedades de E. coli hace que se disponga de escasos datos sobre su incidencia en nuestro medio. ⁽¹⁸⁾

c) Clasificación

Existen tres tipos clínicos de enfermedades diarreicas agudas:

La diarrea acuosa aguda: se refiere a la diarrea de inicio agudo, menos de 14 días (la mayoría de los episodios duran menos de 7 días) y comprende la deposición de heces con frecuencia y suaves o acuosas sin la presencia de sangre visible. Pueden presentar vómito e incluso fiebre. Los episodios de diarrea acuosa causan deshidratación; y cuando los pacientes disminuyen su ingesta esto puede contribuir con las causas de desnutrición. Las muertes causadas por este tipo de diarreas son por deshidratación.

La diarrea disentérica: el término disentería se refiere a la presencia de diarrea con sangre visible en las heces. Los efectos más importantes de la disentería incluyen anorexia, pérdida rápida de peso y daño a la mucosa intestinal por bacterias invasivas, entre otras.

La diarrea persistente: el término diarrea persistente se refiere a los episodios de diarrea que inician de una

manera aguda pero son inusualmente de larga duración (≥ 14 días). Los episodios pueden iniciar como un caso de diarrea acuosa o disentería. Es frecuente encontrar una marcada pérdida de peso. Las deposiciones diarreicas son por lo general abundantes con un mayor riesgo de deshidratación. No se ha identificado una causa única de diarrea persistente; sin embargo, los casos de *E. coli* y *Cryptosporidia* pueden desempeñar un papel más importante que otros agentes. Los casos de diarrea persistente no deben confundirse con una diarrea crónica, la cual se refiere a la recurrencia o la presencia por largo tiempo de episodios diarreicos debido a causas no infecciosas, como sensibilidad al gluten o desordenes metabólicos heredados. ⁽¹⁹⁾

d) Fisiopatología

En términos generales la diarrea se produce cuando el volumen de agua y electrolitos presentado al colon excede su capacidad de absorción, eliminándose de forma aumentada por las heces. Esto puede deberse a un aumento en la secreción y/o a una disminución de la absorción a nivel de intestino delgado, o, más infrecuentemente, a una alteración similar a nivel de colon.

Estas alteraciones son secundarias a la afectación intestinal que resulta de la interacción entre el agente infeccioso y la mucosa intestinal.

En determinados casos se da la penetración de la barrera mucosa por antígenos extraños, tales como microorganismos o toxinas. Las toxinas microbianas pueden ligarse a los receptores del enterocito y estimular la secreción epitelial de agua e iones. Por otra parte, los microorganismos pueden dañar el enterocito produciendo una disminución en la absorción de electrolitos, una pérdida de las hidrolasas del borde en cepillo y un escape de fluido a través del epitelio.

La lesión por daño directo de la célula epitelial tiene lugar en las infecciones por agentes virales como Rotavirus, aunque en este caso además una proteína viral actuaría como enterotoxina. También se produce lesión vellositaria en infecciones agudas por protozoos tales como *Giardia lamblia*, *Cryptosporidium parvum* y *Microsporidium*. Todo ello conduce a una pérdida aumentada de agua y electrolitos en heces.²⁰

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. Además existe un flujo intestinal de agua y electrolitos más cuantioso.

En estas edades hay también un mayor riesgo nutricional, por una gran respuesta catabólica frente a las infecciones y una depleción de las reservas nutricionales más rápida que en el adulto. Otros factores que influyen en la afectación nutricional son la disminución de la ingesta calórica, por la hiporexia concomitante y la restricción alimentaria habitualmente indicada, y la posible existencia de malabsorción de nutrientes secundaria a la lesión intestinal. Aunque, en general, se trata de un proceso leve y auto limitado y la principal complicación es la deshidratación, ocasionalmente se puede desarrollar una diarrea prolongada como consecuencia de:

Intolerancia a la lactosa, en relación con un déficit transitorio de lactasa por daño de las enzimas del borde en cepillo intestinal. Es relativamente frecuente, sobre todo tras una gastroenteritis por rotavirus. En Europa este hecho parece tener escasa relevancia clínica, aunque en países con un elevado porcentaje de malnutrición sigue siendo un problema importante, Sensibilización a las proteínas de la leche de vaca, al existir en la gastroenteritis un aumento en

la absorción de antígenos de la leche de vaca que puede desencadenar una respuesta inmune, local o sistémica.

Sobre crecimiento bacteriano, por la contaminación bacteriana de los tramos altos del intestino delgado. Puede contribuir al mantenimiento de la diarrea por acción directa de las bacterias sobre la mucosa y/o por de conjugación de las sales biliares. ²¹

Tipos según etiología:

Invasiva: el germen produce lesión directa del germen sobre la mucosa del intestino, lo que provoca inflamación y ulceración de dicha mucosa: moco y sangre, disentería. Ej: *Campylobacter*, *Salmonella*, *E. coli* enteroinvasiva, *E. coli* Enterohemorrágica, *Yersinia*, *Shigella*.

Osmótica: se producen dentro del intestino sustancias osmóticas, es decir sustancias que por sí mismas arrastran gran cantidad de agua: Heces líquidas, abundantes, frecuentes y explosivas, postprandiales; vomito, distensión y dolor abdominal, cólico, borborigmos y flatulencia, dermatitis del área del pañal por las heces ácidas. Ej: *Adenovirus*, *Rotavirus*, *Giardia*, *E. coli* entero agregativa.

Secretora: los gérmenes hacen que la mucosa del intestino segregue sustancias ricas en cloro y bicarbonato y se pierda una gran cantidad de agua (es una diarrea fundamentalmente líquida), mayor deshidratación y pérdida de electrolitos. Ej: Cólera, E. coli enterotoxigenica, Shiguella.

e) Etiología

Pueden tener como origen infeccioso (bacteria, virus, parásitos), o de causa no infecciosa (intolerancia a la lactosa, intolerancia a la leche de vaca), en los niños el agente más frecuente es el Rotavirus:

Virus: corresponde al 50% de los casos. Rotavirus, Adenovirus, agente Norwalk, Coxsackie y Hecho virus.

Bacteria: 20% de los casos. Salmonella, Shigella, Escherichia coli en sus variedades Enterotoxigenica y Enterotopategena, Campylobacter jejuni, Yersinia enterocolitica y Vibrio cholerae.

Parasitos: 15% de los casos. Entooameba histolytica, Giardia lamblia, Crystosporidium y Strongyloides.

Gérmenes: Más comúnmente asociados con los alimentos contaminados son las bacterias: *Campylobacter*, *Salmonella* y *Escherichia coli* y en menos frecuencia un grupo de los Calicivirus o Norwalk.

Campylobacter: es el agente causal más frecuente de diarrea bacteriana aguda en todos los grupos de edad, con una mayor incidencia en niños menores de 5 años de edad. Este entero patógeno está asociado frecuentemente a cuadros clínicos de diarrea complicada o diarrea persistente en menores de un año que requieren hospitalización. El medio de transmisión es por contacto o con animales domésticos y de granja, siendo encontrada la bacteria en heces de aves de corral, perros, gatos, vacas y ovejas. La clínica es variable, desde diarrea acuosa hasta disentería, siendo muchas veces excretada sin producir síntomas.

Las salmonellas, pueden ser divididas en dos grupos:

Salmonella typhi y *Salmonella paratyphi* que producen fiebre tifoidea y *Salmonella no typhi* que producen enteritis por *Salmonella*. La bacteria está presente en los intestinos de aves, mamíferos y se adquieren por la ingesta de alimentos crudos.

Escherichia coli, es un patógeno cuyo reservorio es el ganado; el ser humano la adquiere por el consumo de alimentos o aguas contaminados con heces de vacunos. La literatura refiere solo que el 3% a 5% de las personas infectadas desarrollan el síndrome hemolítico urémico, el cual si no es tratado a tiempo puede producir hasta la muerte. ²¹

f) Cuadro clínico

El clínico debe buscar los siguientes síntomas y signos en el niño con diarrea aguda sin deshidratación clínicamente detectable: ²²

- Buena apariencia
- Alerta y reactivo
- Gasto urinario normal
- Coloración de la piel sin cambios
- Extremidades tibias
- Tono ocular normal
- Membranas mucosas húmedas
- Frecuencia cardiaca normal
- Patrón respiratorio normal
- Pulsos periféricos normales
- Tiempo de llenado capilar normal

- Turgencia de la piel normal
- Presión sanguínea normal

El clínico debe buscar los siguientes síntomas y signos en el niño con diarrea aguda con deshidratación sin choque: ²²

- Decaído o aspecto deteriorado
- Respuesta alterada:
- Irritable o letárgico
- Ojos hundidos
- Taquicardia
- Taquipnea
- Disminución de la turgencia de la piel
- Gasto urinario disminuido
- Coloración de la piel sin cambios
- Extremidades tibias
- Mucosas seca.
- Pulsos periféricos normales
- Tiempo de llenado capilar normal
- Presión sanguínea normal

El clínico debe buscar los siguientes síntomas y signos en el niño con diarrea aguda, deshidratación y datos clínicos de choque: ²³

- Disminución del nivel de conciencia: soporoso o comatoso
- Piel pálida o marmórea
- Extremidades frías
- Taquicardia
- Taquipnea
- Pulsos periféricos débiles
- Tiempo de llenado capilar prolongado
- Hipotensión (choque descompensado).

g) Diagnóstico

Desde el punto de vista clínico se puede reconocer dos tipos generales de diarrea. La Diarrea acuosa contiene deposiciones líquidas, sin sangre, generalmente se acompaña de vómitos, fiebre y pérdida de apetito. Es el tipo de diarrea más frecuente (90%), y generalmente cede espontáneamente en una semana. La Diarrea Acuosa produce frecuentemente deshidratación, por la abundante pérdida de líquidos que ocasiona. Este tipo de diarrea no requiere tratamiento antibiótico.

La Diarrea Disentérica es cuando la persona presenta deposiciones con sangre, generalmente se acompaña de fiebre alta, mal estado general, cólico, pujo (dolor al

defecar), tenesmo (sensación de querer seguir haciendo deposiciones después de haber terminado), y en algunos casos incluso se pueden presentar convulsiones en los niños.²³

h) Tratamiento

El tratamiento de las EDAS se basa en el manejo oportuno y adecuado reposición de líquidos y electrolitos para prevenir y/ o tratar la deshidratación.

Luego de la evaluación de los pacientes se clasifican en tres categorías que definen el plan de tratamiento:

- Pacientes con diarrea sin signos de deshidratación: se debe utilizar el Plan A.
- Pacientes con diarrea con deshidratación leve o moderada: se debe utilizar el plan B.
- Pacientes con diarrea con deshidratación grave o shock: se debe utilizar el plan C.

Plan para deshidratación según el MINSA.²⁴

Plan A: El plan A se aplica para prevenir la deshidratación en pacientes sin signos clínicos de deshidratación.

El siguiente cuadro resume las indicaciones del tratamiento de los pacientes con diarrea sin deshidratación (PLAN A):

Plan B: El Plan B se utiliza para tratar pacientes con diarrea con deshidratación leve a moderada.

El Plan B se basa en la necesidad de suministrar, durante un período corto, un volumen de líquidos que sirva para reemplazar el déficit de agua y electrolitos causadas por la diarrea y/o vómitos.

El siguiente cuadro resume las indicaciones del tratamiento de los pacientes con deshidratación leve a moderada (PLAN B).

Plan C: Para aquellos pacientes con deshidratación grave se utiliza el Plan C.

El Plan C tiene por objetivo reponer rápidamente el déficit de líquidos y electrolitos que presenta el paciente, con el fin de revertir el estado de hipovolemia reversible.

La deshidratación grave constituye una “emergencia médica”, por lo que es necesaria la vigilancia cercana del paciente hasta lograr la estabilidad hemodinámica.

Los volúmenes de líquidos y la velocidad de infusión dependen del estado hemodinámico del paciente.

Los volúmenes de soluciones parenterales se pueden aumentar, si no se logra reponer el déficit, o disminuir si la hidratación se consigue antes de lo previsto o se detectará

evidencia de sobre hidratación como por ejemplo edema palpebral o estertores crepitantes.

Una vez que el paciente logra tolerar y completar la hidratación se pasará al Plan A y se envía a su domicilio.

i) Tratamiento farmacológico

Los fármacos habitualmente utilizados en estos procesos son inhibidores de la motilidad intestinal (loperamida y otros opiáceos y anticolinérgicos), modificadores de la secreción intestinal (sales de bismuto) y sustancias adsorbentes (colesteraquina, sales de aluminio). En general su uso no está indicado en la población infantil, por no haberse demostrado su eficacia y/o por la existencia de importantes efectos secundarios.

En la actualidad puede considerarse para el manejo de la gastroenteritis el racecadotril, inhibidor específico de la encefalinasa que impide la degradación de los opioides endógenos (encefalinas). Dichos opioides estimulan el receptor delta antisecretor y reducen así la hipersecreción de agua y electrolitos en la luz intestinal. Este efecto antihipersecretor no se acompaña de un aumento en el tiempo de tránsito intestinal.

18 Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica

SEGHNPAEP tránsito intestinal. Los estudios disponibles concluyen que, añadido a la rehidratación oral, es eficaz en el tratamiento sintomático de la diarrea, disminuyendo su intensidad y duración, con escasos efectos adversos.

Habitualmente los fármacos antieméticos son innecesarios en el tratamiento de la diarrea aguda. El ondansetron, antagonista de la serotonina, puede ser efectivo en ocasiones disminuyendo los vómitos y limitando la necesidad de ingreso hospitalario. Respecto a ello la ESPGHAN en sus recientes recomendaciones considera que no hay evidencia suficiente para recomendar su uso, pudiendo darse como efecto secundario un aumento en el número de deposiciones, aunque podría valorarse su empleo en casos seleccionados.

Respecto a la indicación de antibióticos, al ser la diarrea aguda en el niño un proceso infeccioso auto limitado en la mayoría de los casos, sólo estarían justificados en:

Pacientes inmunodeprimidos con enfermedad grave de base.

Todos los casos de diarrea aguda por Shigella y la mayoría de los producidos por E. coli enteroinvasiva y

enteropatógena, *Clostridium difficile*, *E. histolytica*, *Giardia lamblia* o *Vibrio cholerae*.

Algunos casos de infección por *Campylobacter*, sobre todo si el tratamiento es precoz, por *Yersinia*, en casos de enfermedad grave y por *Salmonella* en lactantes con bacteriemia y en todo paciente menor de 3 meses.²⁵

j) Prevención

La atención primaria está orgánicamente integrada en un sistema destinado a cubrir las necesidades de salud de la población (mantenerse sano, recuperar la salud, vivir con la enfermedad y llegar al final de la vida en condiciones dignas). La métrica de su evaluación contempla el nivel de calidad (efectividad, seguridad y centralidad del paciente), la accesibilidad y el coste con que atiende estas necesidades de los individuos, valorando la eficiencia y la equidad con que funciona.²⁶

k) Recomendaciones

Las recomendaciones de actuación en nuestro medio frente a niños menores de 5 años con un cuadro de diarrea aguda, sin enfermedades de base, serían:²⁷

- Rehidratación oral durante 3-4 horas en niños con deshidratación leve-moderada, seguida de una reintroducción rápida de la alimentación habitual junto con suplementos de solución rehidratante para compensar las pérdidas mantenidas.
- En los niños con diarrea sin deshidratación mantenimiento de la alimentación habitual, asegurando suplementos de solución rehidratante para compensar pérdidas mantenidas.
- Mantenimiento de la lactancia materna en todos los casos.
- No utilización, en la mayoría de los niños, de una leche sin lactosa o de un hidrolizado de proteínas de leche de vaca.
- En general, no es necesario el uso de agentes farmacológicos para el tratamiento de la diarrea aguda:
Antibióterapia en casos muy concretos

I) Complicaciones

Convulsiones: Se presentan cuando la administración de fluidos endovenosos es de una composición inadecuada (líquidos hipotónicos). Dar alimentos ricos en potasio durante y después del episodio de diarrea. ²⁸

Sobre hidratación: Manifestándose por edema generalizado, edema pulmonar, insuficiencia cardíaca congestiva, trastorno de la conciencia y aumento de peso superior al déficit calculado al momento del ingreso. ²⁸

Insuficiencia renal aguda: Sospechar insuficiencia renal si a pesar de haberse repuesto el déficit adecuadamente, el paciente no micciona. ²⁸

Deshidratación: es la pérdida de sales y agua del organismo a causa de la diarrea, los vómitos y la fiebre. Sin embargo el intestino delgado mantiene en gran parte intacta la capacidad de la absorción de glucosa durante la diarrea y de cualquier etiología.

El sodio y el agua son absorbidas juntos con la glucosa y ello se basa en la terapia de rehabilitación oral.

La deshidratación es una afección que se presenta cuando el cuerpo no tiene tanta agua y líquidos como debería y puede ser causada por la pérdida de agua o líquidos o una combinación de ambos.

La enfermedad diarreica aguda, además de ocasionar la deshidratación, deteriora el estado nutricional por que

produce la reducción del consumo de alimentos por anorexia vómitos y fiebre.

Esta reducción se agrava cuando hay tradiciones culturales, creencias y tabúes que inducen a suprimir los alimentos.

La desnutrición: durante el periodo de la diarrea se presenta los siguientes cambios:

- Suspensión activa de los alimentos del niño con diarrea para dejar descansar el intestino.
- Disminución de la capacidad de absorción de algunos nutrientes: por daño directo de la mucosa de absorción debido al germen invasor y por disminución de las enzimas pancreáticas e intestinales.
- Aumento del catabolismo del organismo debido generalmente a alzas térmicas, infección, la desnutrición al ves causada por la diarrea prolongada y severa haciendo incluso evidencias mayores el niño con desnutrición. ⁽²⁴⁾

2.2.2. Cuidados de Enfermería en Enfermedad Diarreica Aguda

Diagnóstico de enfermería:

Riesgo a presentar enfermedad diarreica aguda r/c desconocimiento de la madre sobre la importancia de higiene/lavado de manos y conservación de alimentos.

Objetivo: usuario disminuirá el riesgo a presentar diarrea.⁽²⁵⁾

Acciones:

- Educar a la madre y/o cuidador sobre la importancia de la prevención de las EDAS.
- Educación sobre prácticas de higiene corporal, vestido y vivienda.
- Enseñar y redemostrar la correcta técnica de lavado de manos.
- Concientizar sobre la importancia de realizar una correcta eliminación de residuos y conservación de los alimentos.
- Educación a la madre sobre los signos de DH en su niño.
- Promover la colocación oportuna de las vacunas respectivas.

Diagnóstico de enfermería:

Déficit de volumen hídrico electrolítico R/C pérdida activa del volumen de líquidos a través de las heces s/a EDA e/p deposiciones líquidas.

Objetivo: usuario mejorara el déficit de volumen hidroelectrolítico.

Acciones:

- CFV.
- Control de peso diario.
- Control de BHE.
- Valorar signos de hidratación.
- Ofrecer líquidos a tolerancia.
- Administrar y controlar los líquidos IV.
- Reponer volumen a volumen las pérdidas con SRO y/o SPE según sea el caso.
- Peso del pañal y registro de las evacuaciones anotando las características.

Diagnóstico de enfermería:

Deterioro de la integridad cutánea r/c irritación causada por heces frecuentes y suelta- y/ o humedad s/a EDA e/p eritema de pañal, factores biológicos.

Objetivo: el usuario lograra mantener la integridad cutánea.

Acciones:

- Cambiar pañal del niño cada vez que sea necesario, previa limpieza de genitales.
- Aplicar pomada o cremas protectoras según la necesidad del niño: hipoglos o nistaglos.
- Valorar las características de las lesiones de la zona perineal.

Diagnóstico de enfermería:

Ansiedad / miedo R/C separación de los padres, el ambiente desconocido o procedimientos estresantes s/a hospitalización e/p llanto.

Objetivo: usuario disminuirá su nivel de ansiedad.

Acciones:

- Fomentar las visitas de la familia y su participación en la atención, siempre que sea posible.
- Tocar, coger y hablar con el niño en lo posible.
- Proporcionar estímulos y diversiones sensoriales apropiadas para su nivel de desarrollo.

2.2.3. Teoría De Enfermería: Virginia Henderson

El modelo conceptual de V. Henderson da una visión clara de los cuidados de enfermería.

a) Postulados:

En los postulados que sostienen el modelo, descubrimos el punto de vista del cliente que recibe los cuidados de la enfermera. Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.⁽²⁶⁾

Inspirándose en el pensamiento de esta autora, los principales conceptos son explicativos de la siguiente manera:

Necesidad fundamental: Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar.

Son para Henderson un requisito que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo, nunca como carencias.

Independencia: Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza el mismo o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos.

Dependencia: No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.

Problema de dependencia: Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el cliente.

Manifestación: Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia de la satisfacción de sus necesidades.

Fuente de dificultad: Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia. Henderson identifica tres fuentes de dificultad: falta de fuerza, conocimiento y voluntad.

Fuerza: Se entienda por ésta no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.

Conocimientos: Los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

Voluntad: Compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación.

Dichos postulados se resumen en:

- Cada persona quiere y se esfuerza por conseguir su independencia.
- Cada individuo es un todo compuesto y complejo con catorce necesidades.
- Cuando una necesidad no está satisfecha el individuo no es un todo complejo e independiente.

b) Valores:

Los valores reflejan las creencias subyacentes a la concepción del modelo de Virginia Henderson.

V.H. afirma que si la enfermera no cumple su rol esencial, otras personas menos preparadas que ella lo harán en su lugar.

Cuando la enfermera asume el papel del médico delega en otros en otros su propia función.

La sociedad espera de la enfermera un servicio que solamente ella puede prestar.

c) Conceptos:

Los elementos mayores del modelo han sido identificados de la siguiente manera:

Objetivos: Conservar o recuperar la independencia del cliente en la satisfacción de sus catorce necesidades.

Cliente: Ser humano que forma un todo complejo, presentando catorce necesidades fundamentales de orden bio-psicosocial:

- N. de respirar.
- N. de beber y comer.
- N. de eliminar.
- N. de moverse y mantener una buena postura.
- N. de dormir y descansar.
- N. de vestirse y desvestirse.
- N. de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
- N. de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos.
- N. de evitar los peligros
- N. de comunicarse.
- N. según sus creencias y sus valores.
- N. de ocuparse para realizarse.
- N. de recrearse.
- N. de aprender.

El cliente debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los cuidados.

d) Rol de enfermera:

Es un rol de suplencia ayuda. Suplir, para Henderson, significa hacer por él aquello que él mismo podría hacer si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos.

Fuentes de dificultad: Henderson identificó las tres fuentes mencionadas anteriormente. (Falta de fuerza, de voluntad y conocimientos).

Intervenciones:

El centro de intervención es el la dependencia del sujeto. A veces la enfermera centra sus intervenciones en las manifestaciones de dependencia y otras veces en el nivel de la fuente de dificultad, según la situación vivida por el cliente. Las acciones de la enfermera consisten en completar o reemplazar acciones realizadas por el individuo para satisfacer sus necesidades.

Consecuencias deseadas:

Son el cumplimiento del objetivo, es decir, la independencia del cliente en la satisfacción de las sus catorce necesidades fundamentales.

Metaparadigma: El metaparadigma comprende los cuatro elementos siguientes.

a) Salud: Estado de bienestar físico, mental y social. La salud es una cualidad de la vida.

- La salud es básica para el funcionamiento del ser humano.
- Requiere independencia e interdependencia.
- La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo.
- Los individuos recuperarán la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

b) El Entorno: Es el conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo.

Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en tal capacidad.

Las enfermeras deben:

- Recibir información sobre medidas de seguridad.
- Proteger a los pacientes de lesiones producida por agentes mecánicos.

- Minimizar las probabilidades de lesión mediante recomendaciones relativo a la construcción de edificios, compra de equipos y mantenimiento.
- Tener conocimientos sobre los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los peligros.

c) Persona: Individuo total que cuenta con catorce necesidades fundamentales.

- La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional.
- La mente y el cuerpo de la persona son inseparables.
- El paciente requiere ayuda para ser independiente.
- El paciente y su familia conforman una unidad.

d) Enfermería:

Henderson define la enfermería en términos funcionales.

La función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible.

2.3. Definición de Términos

- **Madre:** Son las personas responsables del niño que tiene lazos consanguíneos en línea directa, en su defecto el apoderado con quien vive el niño y son los que lo han llevado al hospital y se hacen cargo de su tratamiento aun en el hogar.
- **Enfermedad diarreica aguda:** Son aquellas que se caracterizan por presentar deposiciones líquidas por más de tres veces al día y que han conllevado a la hospitalización del niño menor de cinco años.
- **Prevención:** Acciones encaminadas a evitar o prevenir la aparición de la enfermedad diarreica aguda en el niño menor de cinco años.
- **Cuidado de enfermería:** La noción de cuidado está vinculada a la preservación o la conservación de algo o a la asistencia y ayuda que se brinda a otro ser vivo.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de Datos

Para la realización de presente trabajo académico de experiencia profesional se realizó recabando datos de los registros de Enfermería, situado en el servicio de Emergencia del Hospital II Cañete-ESSALUD en el año 2015-2017, corroborando con el acto médico mediante el sistema de cómputo.

Autorización: Para recabar datos se solicita la autorización respectiva al Jefatura del servicio de Emergencia a fin de obtener acceso a los registros anteriores e Historias Clínicas a la oficina de epidemiología para obtener los datos estadísticos.

Recolección de datos: Del libro de registros de datos del servicio de Emergencia de enfermería y médico.

Procesamiento de datos: Se realizó a través del programa informativo EXCEL, que facilito el trabajo a través de la hoja de cálculo.

Resultados: Los resultados se presentan mediante gráficos.

Análisis e interpretación de resultados: Los datos se revisaron, codificaron y se ingresaron a una base de datos.

3.2. Experiencia Profesional

– Recuento de la experiencia profesional

Realice mis estudios en la Universidad Particular “San Martín de Porres”, titulándome el 28 de febrero del 2002, C.E.P. 36689, realice mi SERUMS EL 15 de mayo del 2002 al 15 de mayo del 2003, en la posta médica de la Quebrada, del Seguro Social de Salud-ESSALUD de la Gerencia Departamental de Lima, Distrito de San Vicente de Cañete, provincia de Cañete, departamento de Lima.

Al Hospital II Cañete-ESSALUD, perteneciente al Hospital Rebagliati, comienzo a trabajar como licenciado enfermería desde el primero de enero 2010, en el servicio de Emergencia hasta la actualidad.

- **Descripción del área laboral:** El servicio de Emergencia se ubica en la parte izquierda del Hospital II Cañete-ESSALUD, tiene una puerta principal de ingreso, en el cual ingresan las ambulancias, autos y el personal que labora en la Institución, fue construido en año 1996.
- **Organización:** El servicio de emergencia del Hospital II Cañete se encuentra a cargo una Jefa de enfermera del servicio.

– **Recursos humanos:** En el servicio de emergencia de EsSalud II Cañete trabajan en la mañana, 2 Lic. Enfermeros asistenciales y una Lic. enfermera administrativa (E) de la jefatura y en día no laborable 2 enfermeros al cual es alternativa la parte administrativa y asistencial; y 2 técnicos de enfermería y un médico por cada especialidad: Medicina Interna, Cirugía, Ginecología, Pediatría, y se cuenta con el apoyo de 1 tecnólogo en radiología, un tecnólogo laboratorista, un personal de vigilancia, un personal de limpieza, un terminalista que recepciona al paciente cuando ingresa con su debida identificación, entregando la hoja sucinta para su atención respectiva.

– **Infraestructura:**

TRIAJE: Es atendido por enfermeras (os) en turno con ayuda de un técnico de enfermería.

Área de admisión: Es un área administrativa donde se verifica la documentación de los pacientes asegurado y no asegurado se entrega la hoja sucinta de historia clínica, análisis de resultado de laboratorio, rayos x, ecografías.

Tópico de inyectable e hidratación: Cuenta con una enfermera por turno en forma rotativa con ayuda de un personal técnico de enfermería, atendiendo la demanda de asegurados, su atención

está dirigida a pacientes ambulatorios, que han sido atendidos por los diferentes consultorios de día y noche.

Los pacientes que ingresan para hidratación, se le ubica en una área de especial por horas con una capacidad de 15 personas sentadas más o menos; 4-6 horas, está dirigida a los pacientes que requieren hidratación parenteral, endovenosa; y aquellos con sospecha de diagnóstico que requieren ayuda (Análisis de laboratorio), para luego ser reevaluado en los diferentes Tópicos por los médicos de turno, dando de alta al paciente o de lo contrario pasa a sala de observación u hospitalización.

Unidad de trauma shock: Es atendido por enfermeros(as) de turno con ayuda del personal técnicos de enfermería y se comunica al médico en turno según la emergencia y /o se toca un timbrado de EMERGENCIA donde acuden el personal en forma inmediata.

Cuenta con una capacidad para 1 paciente con cama de prioridad de grado de dependencia II, III Y IV, con un monitor completo en frecuencia cardiaca, presión arterial saturación de oxígeno, electrocardiograma frecuencia respiratoria, temperatura en esta unidad, se brinda cuidados a pacientes en estado crítico, se realizan procedimientos de RCP básico y avanzado entubación TET y se conecta a ventilación mecánico portátil una vez que el

paciente es estabilizado el medico indica que el paciente debe pasar a UUI o sala de observación y/o hospitalización.

Materiales biomédicos:

- ✓ Un coche para cardiorrespiratorio
- ✓ Monitor cardiaco con desfibrilador
- ✓ Ventilador mecánico
- ✓ Un balón de oxigeno
- ✓ Una vitrina para material biomédico
- ✓ Equipo para aspiración
- ✓ Equipo para toma EKG
- ✓ 02 balones chicos de oxígeno para transporte de pacientes a otra unidad, etc.

Cabe mencionar que a veces tenemos hasta dos pacientes en shock trauma en ella está unido En esta unidad por su equipamiento se realizan: toma EKG, AGA + electrolitos y SNG a gravedad y/o lavado gástrico asimismo sonda vesical y toma HGT.

La unidad de trauma shock cuenta acceso a sala de observación, centro quirúrgico, hospitalización UUI y hospitalización de diferentes servicios del hospital.

– Prestaciones:

Tópicos: En el servicio de emergencia cuenta con consultorio Medicina, Ginecología, cuenta con su ecografía portátil, Pediatría, a veces se atiende partos y atención del recién nacido para luego ser derivados a sus respectivos hospitalizaciones de maternidad y neonatología; cirugía general donde atiende el cirujano, traumatología en donde se realiza intervenciones de cirugía menor.

En esos tópicos acuden médicos al llamado con su respectiva especialidad apoyado por un enfermero(a) responsable y técnica de enfermería en turno.

Se brinda atención a pacientes con prioridad II o III. Los enfermeros asisten a los médicos en los procedimientos como: Saturar, curaciones, colocación de sondas vesical, toma de EKG, colocación de catéter venoso periférico, enyesados y férulas.

Sala de observación y hospitalización: Está compartido en 3 ambientes. La primera sala es para observación u hospitalización de pediatría con una capacidad de 3 cunas más una cama, la segunda y tercer sala es para adultos con una capacidad para 8 camas los pacientes son evaluados las 24 horas del día por el equipo multidisciplinario hasta su alta y/o

hospitalización en los diferentes servicios ya mencionados o a centro quirúrgico. Algunos pacientes permanecen más de 24 horas por que necesitan continuar su tratamiento en otro nivel de atención o ser referidos a hospital de mayor nivel.

Unidad de vigilancia :Es una unidad, que cuenta con una enfermera por turno con el apoyo de un personal técnico de enfermería, un médico internista de medicina del servicio de emergencia y mediante una interconsulta acude el anestesiólogo en apoyo para colocación de tubo endotraqueal (TET) para ser conectado a ventilación mecánica etc. las 24 horas.

Se brinda atención a pacientes en estado crítico que requieren vigilancia continua y atención especializado durante las 24 horas del día, cuenta con 3 camillas cada uno de ella con su respectivo monitor, una bomba de infusión y un balón de oxígeno.

La unidad de vigilancia intensiva cuenta con 2 ventiladores mecánicos operativos y un ventilador chico para transporte de pacientes en ambulancia cuando es referido a otro hospital de mayor nivel.

El servicio de emergencia cuenta con 2 ambulancia operativas equipadas con un balón de oxígeno más un ventilador mecánico portátil y un monitor para control de saturación de

oxígeno y frecuencia cardíaca se transporta paciente referidos en estado críticos y postrados citados a hospital de mayor nivel, comandado por enfermera más un personal técnico de enfermería.

– **Funciones desarrolladas en la Actualidad**

a) Área asistencial

- Ejecutar el proceso de atención de enfermería (PAE) al usuario del Servicio de Enfermería en Emergencia y Cuidados Críticos.
- Participar en las campañas, programas y estrategia sanitaria en el campo de enfermería si fuera requerido.
- Administrar los medicamentos a los usuarios según prescripción médica.
- Registrar las observaciones en la historia clínica de los hechos ocurridos con el usuario hospitalizado.
- Elaborar y remitir los informes técnicos relacionados a las funciones del servicio.
- Asistir y participar en las reuniones técnico administrativas del servicio.
- Informar incidencias y reportes de su competencia a su superior.
- Brindar asesoramiento en el campo de enfermería.

- Cumplir lo dispuesto en los documentos técnicos de gestión institucional.
- Cumplir con la programación de guardias, licencias, vacaciones y otros del servicio.
- Participar en actividades de prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud en el campo de enfermería.
- Participar en la actualización e implementación normas, guías de atención y procedimientos, directivas relacionadas con las funciones del servicio.
- Cumplir lo dispuesto de las normas y guías de atención a fin de garantizar la calidad de atención al usuario, evitando riesgo y complicaciones.
- Realizar actividades de docencia e investigación en el campo de enfermería.
- Utilizar y controlar el adecuado uso de insumos y materiales para garantizar el cuidado integral del usuario.
- Garantizar la permanencia, integridad y seguridad del usuario respetando sus derechos durante el periodo de hospitalización.
- Asistir y participar en actividades de capacitación relacionadas a enfermería.

- Encomendar actividades de menor complejidad al personal técnico y auxiliar de enfermería bajo su supervisión y responsabilidad.
- Elaborar registros de actividades, censos, movimiento de control de equipos, materiales y otros que exista en el servicio, para sistematizar la información.
- Participar en la elaboración del cuadro de necesidades del servicio si fuera requerido.
- Mantener la integridad y buen funcionamiento de los equipos, material y enseres del servicio.
- Integrar comités, comisiones de trabajo en el campo de enfermería si fuera requerido
- Las demás funciones que le asigne el Jefe Inmediato Superior.

3.3. Procesos Realizados en el Tema del Informe

CASO RELEVANTE

SITUACION PROBLEMÁTICA:

En la fecha 13 de febrero del 2016 a las 3 pm, ingresaron al servicio de emergencia del hospital II cañete_ ESSALUD, la familia Sánchez Herrera, con sus menores hijos refieren fiebre, vómito, con deposiciones líquidas más de 4 a 5 veces al día, acompañado de dolor abdominal más escalofrío por ingerir alimento contaminado

como arroz con leche y agua cruda de cilindro (envases para guardar agua):

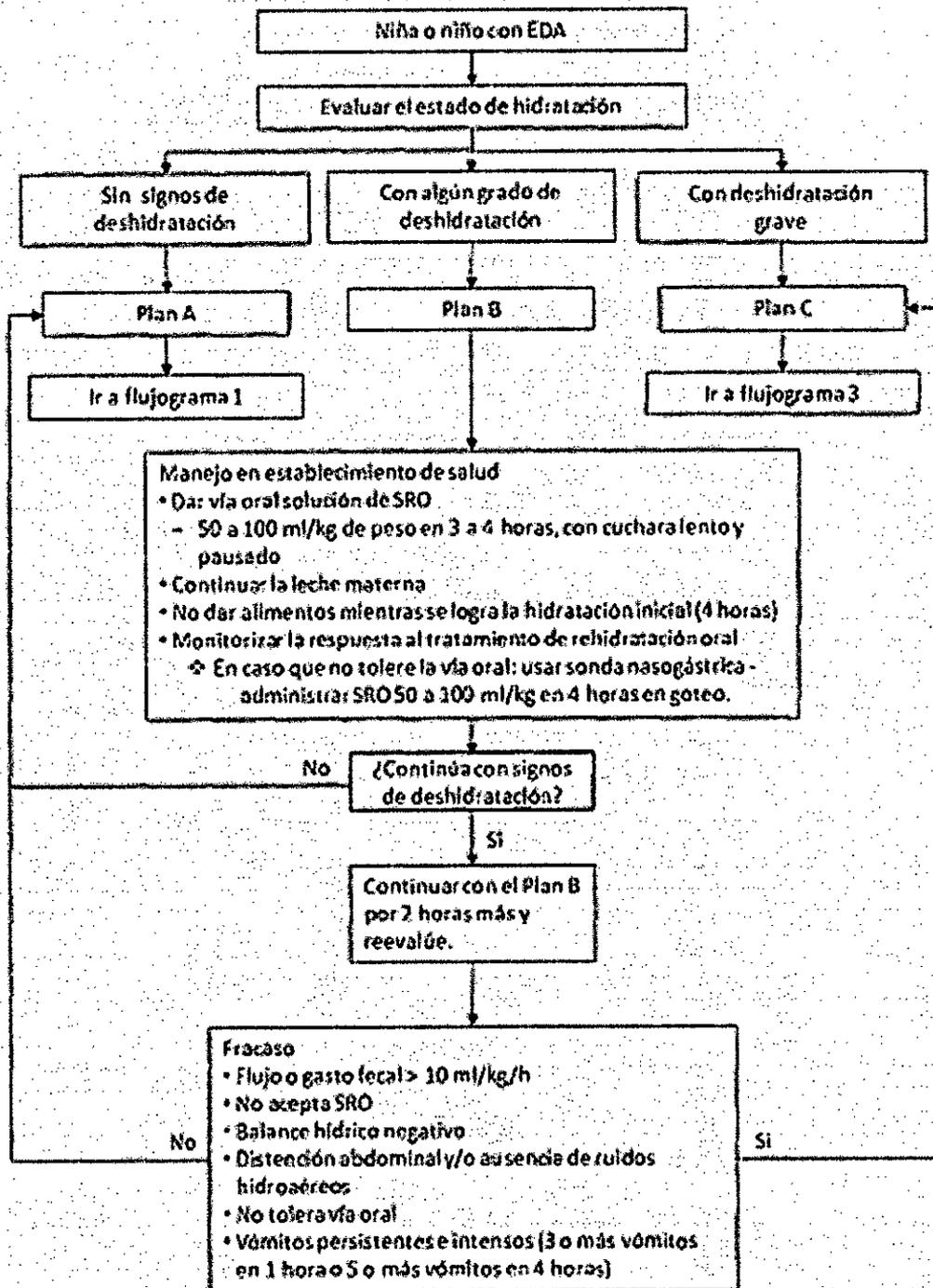
- ✓ El paciente Luis Sánchez Herrera, 2 años tres meses de edad, de sexo masculino de pesando 11.5 kg con N° de historia clínica 124091.
- ✓ Paciente Rafaela Sánchez Herrera, 4 años seis meses de edad, sexo femenino pesando 14.5 kg con N° de historia clínica 124231.

INFORME DESCRIPTIVO:

A ingresar pacientes a la emergencia, se evidencia palidez, deshidratación, ojos hundidos, llantos sin lágrima, piel fría y mucosa oral seca, taquicardia. Se les atiende aplicando la ley de emergencia de salud N° 27604, es evaluado por pediatra de turno, deja indicaciones con diagnostico medico: deshidratación moderada: se usa el plan B de EDA:

Que dice paciente con diarrea con deshidratación moderada. Se basa en la necesidad de suministrar durante un periodo corto, un volumen de líquido que sirva para reemplazar el déficit de agua y electrolitos causada por la diarrea y/o vomito

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN LA NIÑA Y EL NIÑO – PLAN B



Paciente se les atiende en la unidad de shock trauma se le coloca abocat N° 20 cada uno en brazo izquierdo. Para Luis Sánchez Herrera se le administra CINA9/1000 pasando 200 a chorros luego XV gotas por minuto y se le administra:

- ❖ Metamizol de 1g: 0.7cm EV. Stat
- ❖ Dimenhidrinato de 50 mg/5ml: 1cm EV. Stat
- ❖ Para Rafaela Sánchez Herrera se le administra CINA9/1000 pasando 400 a chorro luego quedando en XX gotas por minuto.
- ❖ Pacientes quedan en observación continua a las 5 horas de hidratación se inicia con tolerancia oral luego pasan a observación de pediatría

INNOVACIONES Y APORTES:

TRABAJO EN EQUIPO:

- Se trabaja en equipo: Intervenimos los tres enfermeros de emergencia y personal técnico más el pediatra de turno, se cuenta con la colaboración de los pacientes en espera de su atención para dar prioridad a la emergencia.
- Se cuenta con apoyo psicólogo del hospital, brindando apoyo emocional a los padres.
- Se monitorean los pacientes, se estabilizan en shock trauma, luego pasan a sala de observación pediátrica y posteriormente a hospitalización de pediatría: Control de balance hídrico, estricto.

LIMITACIONES:

- Falta de conocimiento del personal de vigilancia y terminalista sobre la ley de emergencia.
- Falta de documento de protocolo de atención de pacientes con enfermedad diarreica aguda
- Falta de compromiso de los demás médicos de guardia para ayudar en la emergencia.
- En shock trauma solo se cuenta con una cama para atención al paciente y un solo monitor.
- Falta de solidaridad de algunos pacientes ambulatorios con la emergencia.
- Falta de camillas y silla de ruedas para la emergencia.

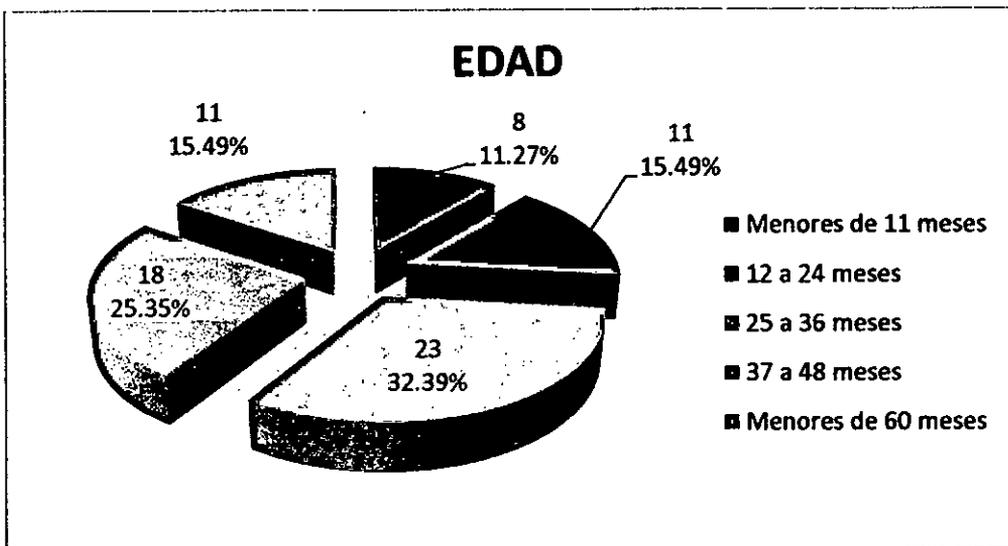
IV. RESULTADOS

CUADRO 4.1: EDAD DE NIÑOS CON EDA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II CAÑETE, 2015

GRUPO DE EDAD	N°	%
Menores de 11 meses	8	11.27
12 a 24 meses	11	15.49
25 a 36 meses	23	32.39
37 a 48 meses	18	25.35
Menores de 60 meses	11	15.49
TOTAL	71	100.00

Fuente: Oficina de estadística (2015)

GRÁFICO 4.1



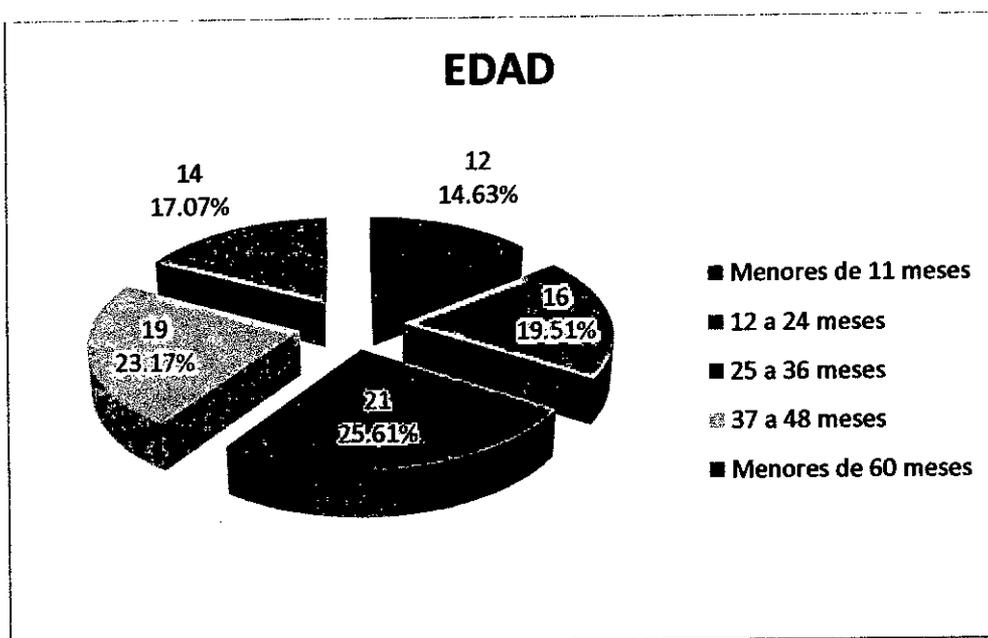
En el gráfico 4.1 podemos apreciar que de los niños que acudieron al servicio de emergencia por presentar enfermedad diarreica aguda en el año 2015, se obtuvo que el grupo de edad de 25 a 36 meses representa el 32.39% del total, el grupo de edad de 37 a 48 meses representa el 25.35% y los niños menores de 11 meses representan el 11.27%

CUADRO 4.2: EDAD DE NIÑOS CON EDA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II CAÑETE, 2016

GRUPO DE EDAD	N°	%
Menores de 11 meses	12	14.63
12 a 24 meses	16	19.51
25 a 36 meses	21	25.61
37 a 48 meses	19	23.17
Menores de 60 meses	14	17.07
TOTAL	82	100.00

Fuente: Oficina de estadística (2016)

GRÁFICO 4.2



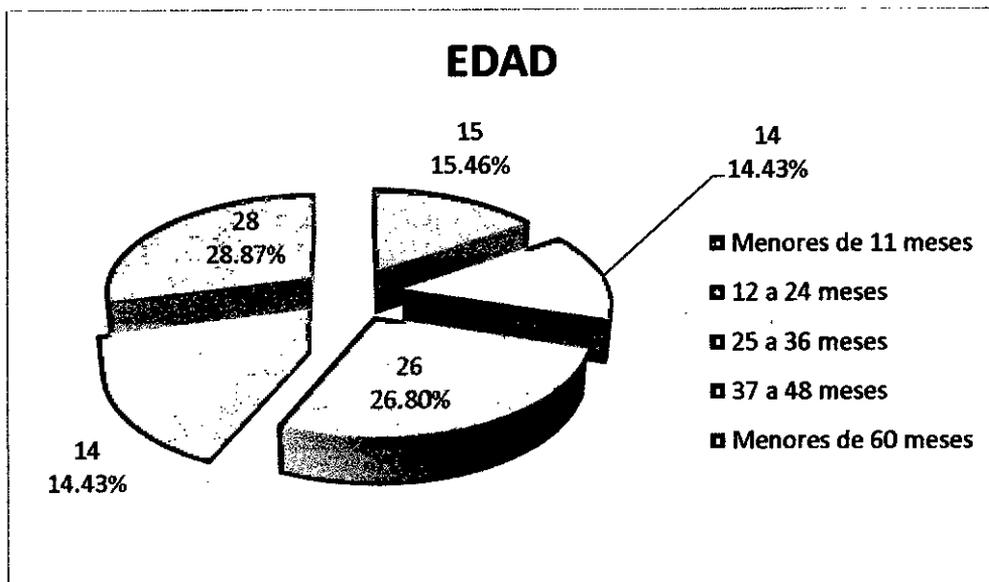
En el gráfico 4.2 podemos apreciar que de los niños acudieron al servicio de emergencia por presentar enfermedad diarreica aguda existen porcentajes similares para todas las edades existiendo pocas diferencias significativas. Así tenemos que el grupo de 25 a 36 meses representa el 25.61% del total y los niños menores de 11 meses representan el 14.63 %

CUADRO 4.3: EDAD DE NIÑOS CON EDA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II CAÑETE, 2017

GRUPO DE EDAD	N°	%
Menores de 11 meses	15	15.46
12 a 24 meses	14	14.43
25 a 36 meses	26	26.80
37 a 48 meses	14	14.43
Menores de 60 meses	28	28.87
TOTAL	82	100.00

Fuente: Oficina de estadística (2017)

GRÁFICO 4.3



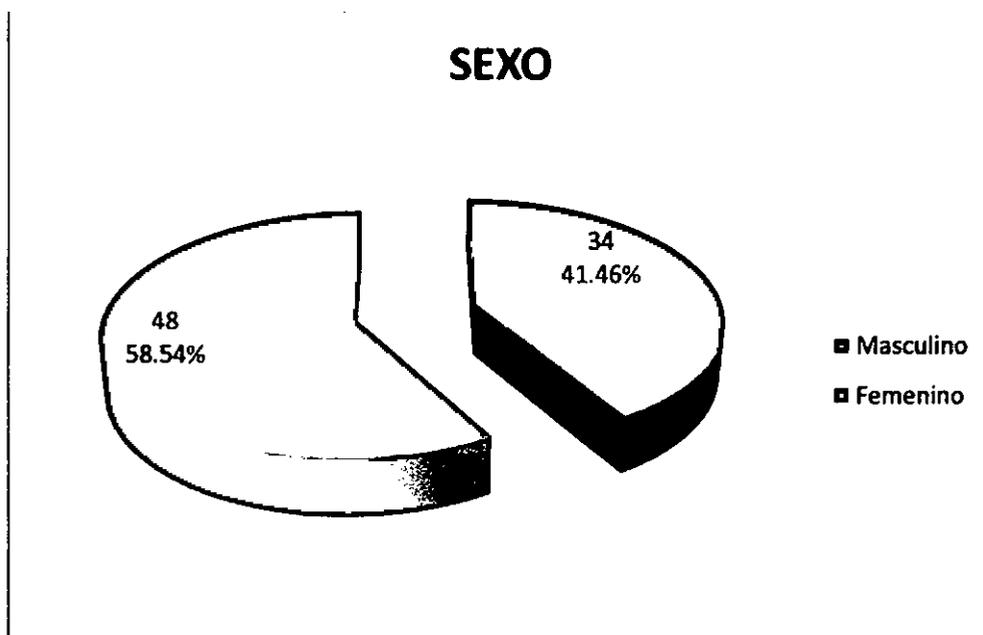
En el gráfico 4.3 podemos apreciar que de los niños que acudieron al servicio de emergencia por presentar enfermedad diarreica aguda en el año 2017 existen porcentajes similares para todas las edades existiendo pocas diferencias significativas. Así tenemos que el grupo de edad de 25 a 36 meses representa el 26.80% del total, los niños menores de 11 meses representan el 15.46% y el grupo de edad de 12 a 24 meses representa el 14.43%.

CUADRO 4.4: SEXO DE LOS NIÑOS CON EDA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II CAÑETE, 2016

SEXO	N°	%
Masculino	34	41.46
Femenino	48	58.54
TOTAL	82	100.00

Fuente: Oficina de estadística (2016)

GRÁFICO 4.2



En el gráfico 4.4 podemos apreciar que de los niños que presentaron enfermedad diarreica aguda y fueron llevados al servicio de emergencia del Hospital II Cañete en su mayoría fueron del sexo femenino representando la mayoría con un 58.54% y el 41.46% estuvo representado por niños sexo masculino.

V. CONCLUSIONES

- a) La EDA es una entidad que afecta a los pacientes menores de 5 años, en el Hospital de Cañete se elevó el índice de emergencias diarreicas en las edades de 48 a 60 meses (28.87%), siendo más frecuente en el sexo femenino (56,54%).
- b) Es fundamental la evaluación inicial del paciente para identificar los principales signos clínicos de deshidratación y lograr un adecuado u oportuno abordaje terapéutico, evitando las complicaciones especialmente en pacientes menores de 5 años.
- c) Se destacan como factores de riesgo más importantes en la incidencia de las enfermedades diarreicas agudas: la falta de información de los progenitores, la higiene doméstica deficiente, el destete precoz, la mala higiene personal y la desnutrición proteico-energética.

VI. RECOMENDACIONES

a) A la institución:

Realizar estudios con enfoque transcultural, el cual brinde aportes a la ciencia del cuidado de la salud considerando modelos teóricos de enfermería con este enfoque.

b) A los profesionales:

Se recomienda promover, planear y ejecutar actividades educativas continuas y permanentes dirigidas fundamentalmente, a las madres y también a la población en general, enfatizando el reconocimiento de signos de alarma, factores de riesgo y medidas preventivas de EDA, evitando de esta manera su presencia y complicaciones.

c) Al servicio:

El personal que labora en el servicio de emergencia del Hospital II Cañete Essalud, debe educar a los padres y familiares sobre los riesgos que acontece y que acciones debe realizar ante una EDA y se debe promover un programa para dar oportunidades y fortalecer sus capacidades, sin interrumpir su alimentación habitual, ni suspender la leche materna, aumentar el consumo de líquido y reforzar el conocimiento en la preparación y el uso correcto el suero de rehidratación oral.

VII. REFERENCIALES

1. OPS-OMS Métodos didácticos para un aprendizaje eficaz, edición n° 328 Lima- Perú. 2002
2. ROMÁN E., BARRIO J. Diarrea aguda - Asociación Española de Pediatría. 2013
3. MEDINA C., MELLADO M., GARCÍA M., HORTELANO R., PIÑEIRO P. Parasitosis intestinales, Cuba, 4ta ed. Casa Editora Abril. 2006
4. OMS y UNICEF lanzan plan para disminuir número de muertes en menores de 5 años. 2010
5. RICHARD E., BEHRMAN H., JENSON R. Tratado de Pediatría, España vol 1, 19 ed. El sevier. 2008
6. OSBORN L.M. Pediatría Preventiva. En Behrman RE. Nelson. Tratado de Pediatría. Vol. 1. 15 va Edición. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana. Madrid. Año 2008.
7. JARA, N. GARCÍA G. Ética y Deontología en enfermería” Lima – Perú. 2009
8. MCILNERY TK, ADAM HM, CAMPBELL DE, KAMAT DM, KELLEHER KJ, HOEKELMAN RA. Tratado de Pediatría. Academia Americana de Pediatría. Ed. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana 2011. p 1547-8

9. TAYLOR EM. EMEY JL, CARPENTER RG. Indentificación of children at risk of unexpected dent lancet. 1998
10. ZAMORA C. Frecuencia y factores asociados a la enfermedad diarreica aguda en niños; Hospital Naval De Guayaquil, Mayo-
Noviembre 2015. (Tesis para optar el título de Médico) Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador. 2016
11. GERMÁN V. Prevalencia de diarrea aguda infantil en chicos menores de 5 años que concurren al Centro de Salud Las Américas. (Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería) Universidad Fasta, Lima, Perú. 2015
12. CADILLO A. Conocimiento de las madres de niños menores de cinco años sobre la enfermedad diarreica aguda en la unidad de rehidratación del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2013. (Tesis para optar el título de Especialista en Enfermería en Emergencias y Desastres) Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. 2015
13. NAUCA Y. Nivel de conocimiento sobre enfermedad diarreica aguda y su relación con prácticas preventivas. (Tesis para optar el título de Especialista en Pediatría) Universidad Fasta, Buenos Aires, Argentina. 2013

14. BRIONES S. Factores biosocioculturales y nivel de conocimiento materno sobre enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años, Centro de Salud Materno "Santa Catalina" San Pedro de Lloc. (Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería) Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo, Perú. 2013
15. HUANCA K. Diferencia en el conocimiento y actitudes sobre la prevención de las Enfermedades Diarreicas Agudas en madres adolescentes y jóvenes adultas de niños menores de 5 años, del Centro de Salud Materno Infantil Miguel Grau, Chaclacayo, Lima, 2014. (Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería) Universidad Peruana Unión, Ñaña, Perú. 2015
16. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Hacia el mejoramiento de la salud a través de los cambios de comportamientos. Una guía práctica para la promoción de la higiene. 2005: 1-30.
17. REBECA F, ROBÍN. Gastroenterología, manual Harriet Lane de pediatría 19, Editorial S.L. España: Elsevier.2013:1-13.
18. UNICEF. Estado de la niñez en el Perú en enfermedad diarreica aguda, 1º ed. Enviro Mental.UNICEF.2011:11-25.
19. MINSA. Lecturas en diarrea e infecciones respiratorias agudas en niños para capacitación del personal de salud. Lima - Perú, 2003.

20. RICHARD E. BEHRMAN Y VÍCTOR C. Tratado de Pediatría, decimotercera edición. Vaughan III. Editor: Waldo E. Nelson. Año 1986. Estados Unidos.
21. WALEY W. Enfermería pediátrica, , cuarta edición, año 1995- editorial Mosby
22. Fibra dietética: Dietoterapia, apuntes del centro de estudiantes de enfermería universitaria; año 2015.
23. GUTIÉRREZ CASTELLÓN P, et al. Manejo de la gastroenteritis aguda en menores de 5 años: un enfoque basado en la evidencia. An Pediatr (Barc). 2010.
24. SIRINAVIN S, GARNER P. Antibiotics for treating salmonella gut infections. Cochrane Database Syst Rev. 2000.
25. Informe sobre mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años. Semanas epidemiológicas 1-53. Perú 2016.
26. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. "Tratamiento de la diarrea: Manual Clínico para los Servicios de Salud" Washington, D.C.: OPS, 2008.
27. NAYOLA D. Tratamiento antimicrobiano de la diarrea aguda. México: Interamericana. 2002:565 - 80

28. Enfermedad Diarreica Aguda en Niños menores de 5 años.
Boletín Práctica Médica Efectiva 2003
29. MOTA HERNÁNDEZ, et al. Cuidados de enfermería en hospitalización de niños con diarrea. Bol. Med Hosp Inf Mex, 1988; 45(11):752-755.
30. MARRINER T. Modelos y teorías en enfermería. 6ª ed. Ed. Elsevier. Barcelona, España. 2007
31. HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA. Informe Estadístico: Anual de las Tasas de morbimortalidad. 2005.

ANEXOS

ANEXO 01

EVIDENCIAS DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL

FIGURA N°01

INGRESO AL SERVICIO DE EMERGENCIA

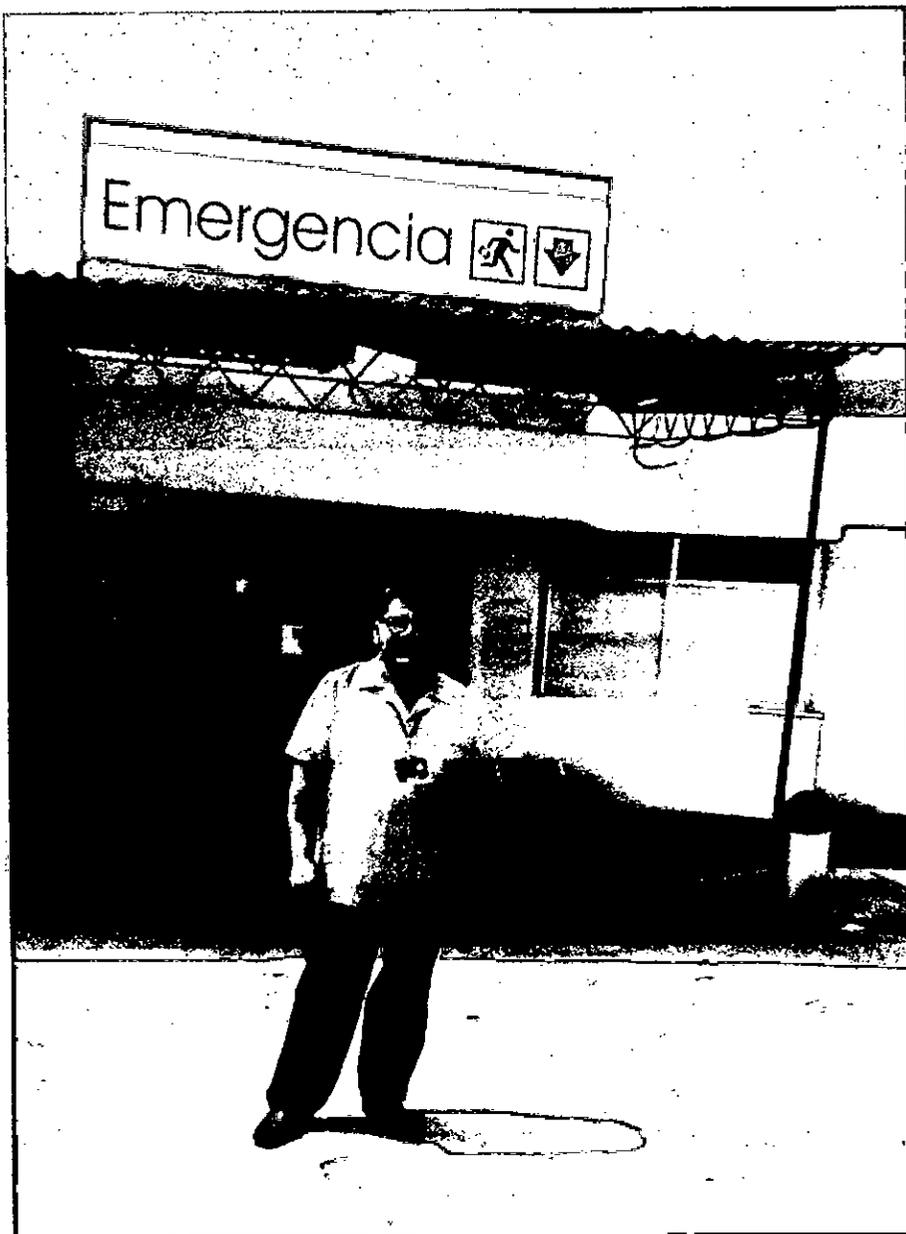


FIGURA N°02

AMBULANCIAS



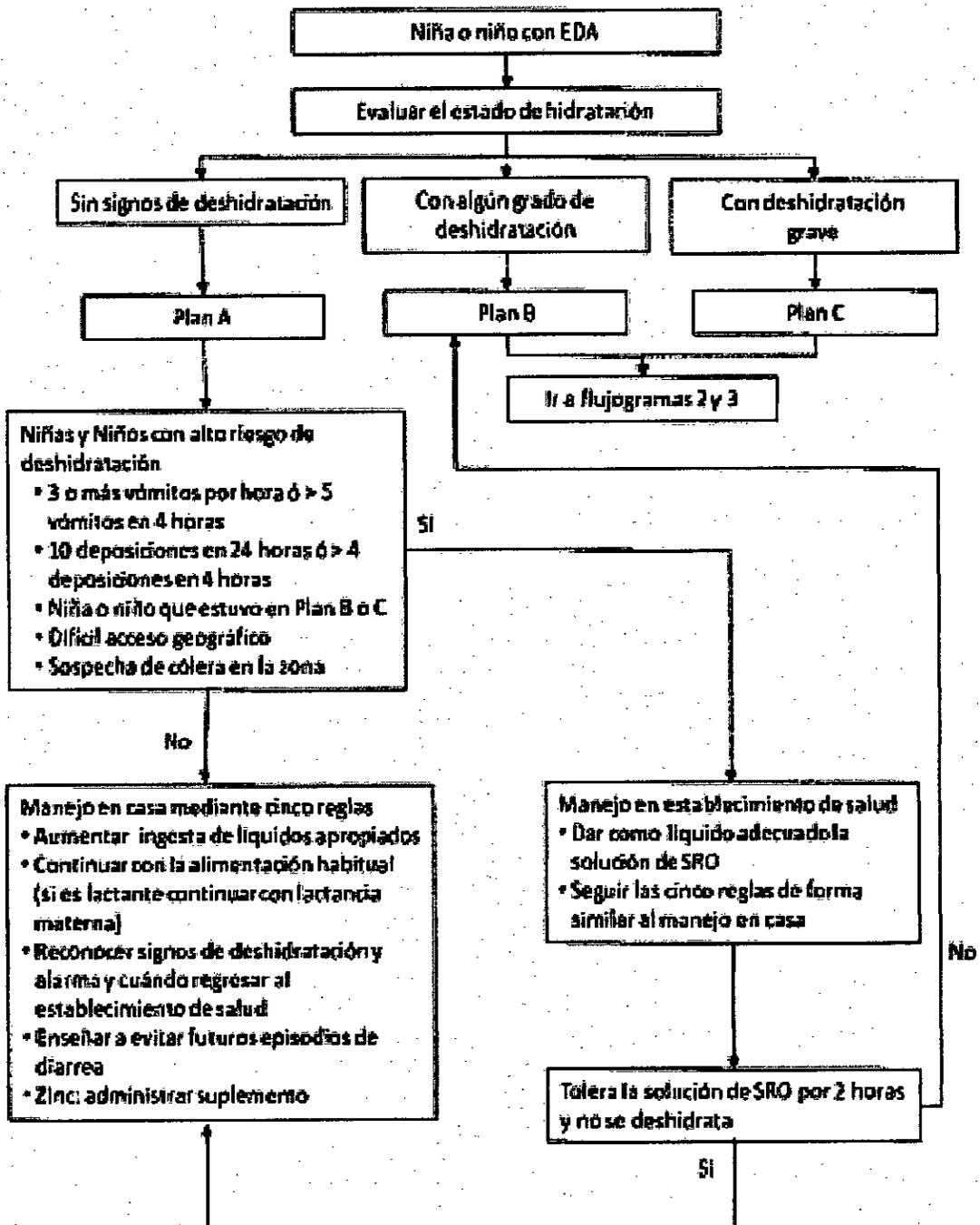
FIGURA N°02

**BRINDANDO CUIDADO A PACIENTE MENOR DE 5 AÑOS CON
ENFERMEDAD DIARRÉICA AGUDA**



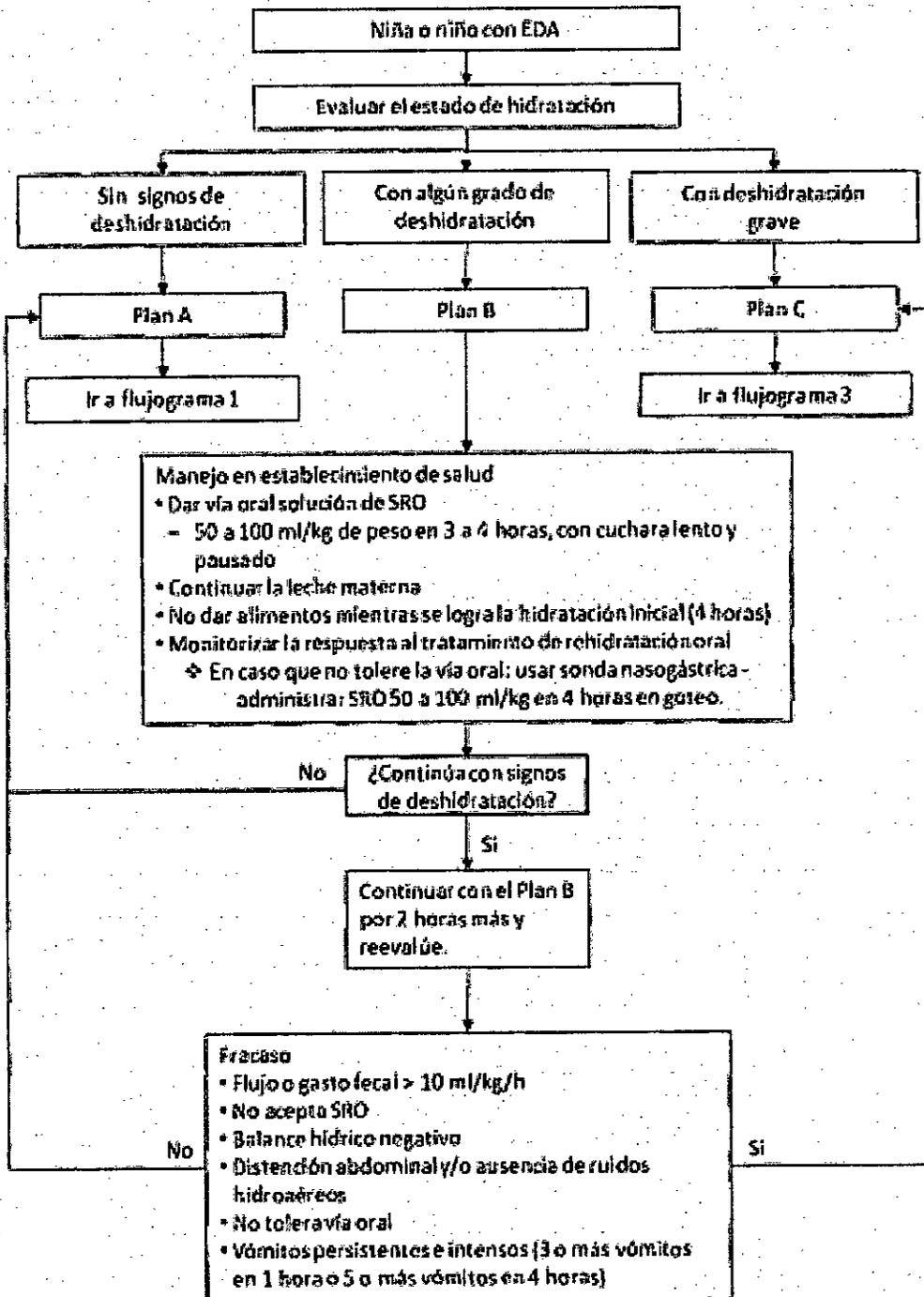
ANEXO 02

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN LA NIÑA Y EL NIÑO – PLAN A



ANEXO 03

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN LA NIÑA Y EL NIÑO – PLAN B



ANEXO 04

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN LA NIÑA Y EL NIÑO – PLAN C

