

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



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5
AÑOS CON ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE
HUANCAVELICA, NIVEL II-2 - 2019**

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

NILA CRISTINA ADAUTO POMA

CALLAO - 2020
PERÚ

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
I. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	3
II. MARCO TEÓRICO.....	4
2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO:.....	4
2.2. BASES TEÓRICAS	12
2.3. MARCO CONCEPTUAL O REFERENCIAL.....	14
III. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	29
3.1. JUSTIFICACIÓN.....	29
3.2. OBJETIVOS	29
3.3. META.....	30
3.4. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES.....	34
3.5. RECURSOS.....	38
3.6. EJECUCIÓN	39
3.7. EVALUACIÓN	40
IV. CONCLUSIONES	41
V. RECOMENDACIONES	42
VI. REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS	43
ANEXOS	46

INTRODUCCIÓN

La diarrea es una enfermedad prevalente principalmente en niños menores de 5 años, el cual conlleva a complicaciones como la deshidratación y la infección severa, generando consecuencias como alteración en el estado nutricional de niño, anemia y hasta la muerte. En Huancavelica, a pesar de las diversas intervenciones por parte del Estado y del sector salud, esta enfermedad se presenta con mucha frecuencia, siendo la segunda causa de morbilidad en la edad pediátrica, es necesario fortalecer las acciones orientadas a la prevención de esta enfermedad para reducir su incidencia, de este modo contribuir en la reducción de casos en niños, es importante que en el servicio de emergencia a pesar de tratarse de un Hospital II-2, debe desarrollar actividades de promoción de la salud a través de educación sanitaria y consejería sobre el cuidado del niño e higiene personal.

La intervención se desarrolla en el Hospital Departamental de Huancavelica de la Región de Huancavelica, el cual es el único hospital de categoría II-2 de la Región, por lo que es centro de referencia de los establecimientos de salud de las 405 instituciones prestadoras de servicios de salud del primer nivel de atención y 3 hospitales provinciales, atiende a personas de las diferentes patologías y edades.

Se encuentra ubicado en el Departamento, provincia y Distrito de Huancavelica, en la región central de la Sierra del Perú, a 3680 m.s.n.m. cuenta con una población referencial de 494 963 habitantes de todas las edades y en el Distrito de Huancavelica 8818 niños menores de 5 años. A partir del 2015 se cuenta con el servicio de emergencia diferenciado y distribuido en las siguientes unidades: Servicio de emergencia general de adultos, servicio de observación adulto y niño, servicio de emergencia pediátrica, servicio de shock trauma y servicio de ginecoobstetricia.

En el Servicio de Emergencia del Hospital Departamental de Huancavelica, para el 2018 se presentaron 676 casos y en el 2019, 640 niños con diarrea, siendo en promedio 53 casos mensuales de diarrea aguda acuosa; se realizó un trabajo

aplicativo mediante el desarrollo de valoración de enfermería, cuidados del niño, y acciones de promoción de la salud (sesiones demostrativas, consejería en higiene y educación sanitaria) en la cual las madres de familia o acompañante se encuentra en un estado de ansiedad que muchas veces en lugar de contribuir incrementa el riesgo de complicaciones del niño, por ello es importante la intervención de la enfermera en establecer comunicación asertiva y efectiva para el éxito de tratamiento del niño, asimismo su permanencia es corta en la mayoría de los casos (menor de 24 horas), por lo que la enfermera desarrolla intervenciones orientadas al cuidado del niño en casa y adopción de medidas preventivas con la finalidad de evitar nuevos episodios de diarrea.

El objetivo del presente trabajo es determinar la efectividad de la intervención de enfermería dirigida a las madres de niños menores de 5 años con diarrea aguda que acuden al servicio de emergencia pediátrica del Hospital Departamental de Huancavelica.

I. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La Organización Mundial de la Salud define a la diarrea como la deposición, tres o más veces al día (o con una frecuencia mayor que la normal para la persona) de heces sueltas o líquidas. La deposición frecuente de heces formes (de consistencia sólida) no es diarrea, ni tampoco la deposición de heces de consistencia suelta y “pastosa” por bebés amamantados.(1)

La enfermedad diarreica aguda (EDA) es un problema de salud pública en el mundo, debido a sus significativas tasas de morbilidad y mortalidad siendo los más vulnerables las personas que se encuentran en los extremos de las etapas de vida (niños y ancianos), según la OMS es la segunda causa de muerte en niños menores de cinco años además mata a 525 000 y se producen unos 1700 millones de casos niños menores de cinco años cada año en el mundo.(2)

La mortalidad por enfermedades diarreicas agudas es uno de los principales parámetros utilizados para estimar el grado de salud en la población pediátrica. Por lo tanto, las tasas de mortalidad infantil son uno de los mayores insumos dentro de los debates sobre políticas públicas, planificación de intervenciones y priorización de la investigación de nuevas tecnologías en salud; además, nos proporcionan un panorama sobre si una sociedad está progresando o no en la reducción de la carga de la mortalidad prematura, especialmente evitable y, por lo tanto, si es necesario renovar o reforzar esfuerzos específicos. Es necesario que cada país cuente con un sistema de salud eficaz que proporcione información oportuna y precisa sobre las EDA, para valorar si se requieren reformas importantes que mejoren la salud de los niños.(2)

A nivel de Latinoamérica el escenario es similar donde los niños con diarrea se presentan con mucha frecuencia debido a la persistencia de los determinantes sociales que contribuyen en este problema.

En el Perú, las enfermedades diarreicas siguen siendo causa importante de morbilidad infantil, hasta la semana epidemiológica 06 del 2020, se han notificado 137,874 episodios de EDA y 11 muertes por EDA, la tasa de

incidencia acumulada (TIA) para la semana epidemiológica 06 fue de 42.26 casos por 10 mil habitantes, del total de EDA el 97.88% de los casos fueron EDA acuosa (134952 casos) y 2.12% son EDA disintérica (2922 casos); el 62.5% de los casos se reportaron en el grupo mayor de 5 años a más y el 27.0% en el grupo de 1-4 años. Las tasas de incidencia acumulada fueron altas en los grupos de edad de menor de 1 año y en el de 1 a 4 años.(3)

La Región Huancavelica, ocupa el segundo lugar en episodios de enfermedad diarreica con una tasa acumulada de 86.4% por cada 100 000 habitantes presentando más del doble de la media de casos presentados a nivel nacional.(3)

El Hospital Departamental de Huancavelica es un establecimiento de nivel II-2, por lo cual es un centro de referencia de las diferentes patologías o problemas de salud que no son resueltas en los 405 establecimientos de la región, además realiza atención de urgencias y emergencias a demanda de usuarios de la localidad de Huancavelica.

En el servicio de emergencias los casos de niños con enfermedades diarreicas son la segunda causa de consulta en esta unidad, para el 2019 se presentaron 351 casos que representa el 17.2% del total de consultas en emergencia, que si bien es cierto esta enfermedad de por si no significa la muerte, si lo es sus complicaciones entre las cuales se encuentra la deshidratación y la fiebre los cuales fueron los principales signos presentados en la consulta.(4)

II. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO:

2.1.1. A NIVEL INTERNACIONAL:

FÉREZ VERGARA Génesis y CAÑAS CALEÑO Concepción, (Ecuador, 2019) realizaron el estudio Prevalencia de Enfermedades Diarreica Agudas en niños de 0 a 5 años atendidos en el área de emergencia de un hospital de la ciudad de Guayaquil, cuyo objetivo fue

determinar la prevalencia de enfermedades diarreicas en niños de 0 a 5 años, atendidos en el área de emergencia en un hospital en la ciudad de Guayaquil. Con diseño metodológico descriptivo, con el método cuantitativo, retrospectivo, longitudinal, la población del estudio fue de 687 niños y niñas atendidos en el Hospital del Niño Dr. Francisco Icaza Bustamante de la ciudad de Guayaquil durante el año 2018, la muestra seleccionada fue de 246 niños, el método de recolección de datos se consideró la técnica de la observación indirecta, los datos fueron tabulados con programas informáticos. Como resultados se tuvo que en un 45% de los casos la prevalencia de la diarrea se da en el cuarto trimestre del año, la mayoría de los casos en un 31% son del rango de edad de 1 año, el 72% corresponde al sexo masculino, el 78% de los pacientes pertenecen a la etnia mestizo, el 52% de los niños corresponde a un nivel socioeconómico bajo, la procedencia de vivienda es del 60% de los sectores marginales, el 30% de los casos es provocado por el Rotavirus, el 27% corresponde a Campylobacter, como factores de riesgos se tiene que el 30% presenta esquema de vacunación incompleto, el 28% por mala higiene, el 23% por mala nutrición y el 19% por contaminación del agua, el 98% de los casos es diarrea aguda.(5)

CASADO MENDEZ y Cols. (2019, Granma - Cuba) en el estudio Tiempos de aplicación de las escalas de deshidratación clínica y de Gorelick en la emergencia pediátrica, cuyo objetivo fue evaluar los tiempos de aplicación de las escalas de deshidratación clínica y de Gorelick en la emergencia pediátrica. Método: se realizó un estudio transversal y correlacional en 48 niños comprendidos entre uno y cuatro años de edad con deshidratación diagnosticada en el cuerpo de guardia del Policlínico “Luis Enrique de la Paz”, de Yara (Granma) en el período comprendido de mayo a noviembre de 2016. Se aplicaron medidas de tendencia central y de dispersión, así como el coeficiente de correlación de Pearson y la prueba T. Resultados: 54,17 % pertenecían al sexo masculino con una edad media general de 2,45 años, 77,08% fueron

diagnosticados con deshidratación moderada o grave según la escala de Gorelick y 33,33 % según la escala clínica de deshidratación. La diferencia en el tiempo medio de aplicación de ambas escalas fue de 18,29 segundos, a favor de la escala clínica de deshidratación. Esta diferencia fue estadísticamente significativa. Ambas escalas presentaron una correlación positiva considerable, por lo que son recomendables para la práctica clínica. Conclusiones: ambas escalas tienen una capacidad diagnóstica similar; el tiempo medio de aplicación fue significativamente menor para la escala clínica de deshidratación. Esta última es más útil para discriminar la presencia de deshidratación leve en el primer nivel de atención, mientras la escala Gorelick es más ventajosa para diagnosticar la deshidratación grave, y por tanto, es más apropiada para aplicar en casos de emergencia pediátrica.(6)

BORJA SANTILLÁN Maritza A., y cols. (2017, Guayaquil - Ecuador) en el estudio Propuesta de un programa educativo a pacientes y familiares para prevenir la deshidratación severa por enfermedad diarreica aguda a niños menores de 5 años. La investigación plantea como objetivo general y resultado esperado, “proponer un programa educativo preventivo para la deshidratación severa por enfermedad diarreica aguda (EDA), en niños menores de 5 años”, con el fin de disminuir la prevalencia de deshidratación en este grupo etario lo cual contribuiría a disminuir la mortalidad por EDA. Determinando la prevalencia, factores de riesgo, grupos etarios más afectados, grados de deshidratación, y conducta a seguir por el personal de salud del Centro de salud Durán, siendo posible identificar el alcance del programa educativo-preventivo que se propone. De esta manera se pretende incidir sobre la disminución de casos de deshidratación por EDA mediante la prevención y la incidencia en políticas institucionales. En relación al diseño de investigación es de tipo no experimental, de alcance descriptivo, retrospectivo. La técnica de recolección de datos se realizó a través de revisión de historias clínicas. El resultado de esta investigación fue puesto en consideración de los Directivos del Centro

de Salud para que sea considerado como lineamiento de planes, programas y proyectos, para la prevención de deshidratación por EDA y su incorporación dentro de las políticas institucionales.(7)

ESPINOZA HERRERA y cols. (2016, Quito - Ecuador) en el estudio: “Comparación de la efectividad de la terapia de rehidratación intravenosa estándar (Holliday segar) con la terapia de rehidratación intravenosa rápida en pacientes menores de 15 años con deshidratación moderada a severa por intolerancia oral y/o enfermedad diarreica aguda que acuden a emergencia pediátrica del Hospital “Un Canto a la Vida” entre enero y diciembre del 2015”, tuvo como objetivo Analizar la efectividad entre la pauta de rehidratación intravenosa rápida y la pauta de rehidratación intravenosa estándar (Holliday Segar). Metodología: Se realizó un estudio analítico observacional de cohorte histórico a través de revisión de historias clínicas, en el que se compararon dos grupos de pacientes pediátricos que acudieron al área de Emergencia por presentar deshidratación moderada/severa secundaria a un cuadro de enfermedad diarreica y/o vómito entre enero y diciembre del año 2015. Se analizó la terapia de rehidratación intravenosa estándar con la terapia de rehidratación intravenosa rápida, se consideró como expuestos a todos los pacientes que recibieron hidratación rápida en relación a los que recibieron terapia estándar (no expuestos); se incluyeron a todos los pacientes atendidos en Emergencia entre enero y diciembre del 2015, con edades comprendidas entre 3 meses y 14 años 11 meses y 29 días con deshidratación moderada o severa de acuerdo a la escala CDS. Resultados: Se estudió un total de 106 niños divididos en dos grupos de acuerdo al tipo de rehidratación intravenosa recibida. Del 100% de los pacientes se evidenció que con el uso de rehidratación intravenosa rápida se logró disminuir el grado de deshidratación en relación al ingreso y en algunos casos se alcanzó un estado de hidratación normal ($p < 0,0001$); el 58,5% de pacientes al finalizar este método superaron el cuadro, el 41,5% restantes tuvieron signos de deshidratación leve; y el

15.1% permanecieron con el mismo grado de deshidratación que al ingreso. Conclusión: La rehidratación intravenosa rápida es más efectiva que la terapia estándar, ya que se alcanza una notoria mejoría del score de deshidratación en menor tiempo y una adecuada tolerancia oral posterior al tratamiento, logrando disminuir el número e incidencia de hospitalizaciones por deshidratación, logrando este objetivo con la mejoría del score de deshidratación posterior al uso del método y con una adecuada tolerancia oral.(8)

JIMÉNEZ JIMÉNEZ, Eiva y PROAÑO BERMEO Johana (2016, Loja - Ecuador) realizaron el estudio “Incidencia de enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años atendidos en el área de emergencia del hospital básico de Yantzaza, del cantón Yantzaza. Año 2015.” El estudio tuvo el propósito de conocer la incidencia de enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años atendidos en el área de emergencia del Hospital Básico de Yantzaza, del cantón Yantzaza. Año 2015, para ello se utilizaron los tipos de investigación: observacional, transversal, descriptiva y bibliográfico. Se utilizó la encuesta y observación directa como técnicas y el cuestionario con una guía como instrumentos aplicados a 59 madres de niños atendidos en el área de emergencia diagnosticados de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA). Los resultados fueron: La incidencia de EDA en los niños menores de 5 años fue del 17.50%, con el 47.46% predomina la edad de 1 año a 1.11 meses, el 57.63% en el sexo masculino, la etnia mestiza con el 52.54% y la residencia urbana el 55.93% Los factores higiénicos asociados a la enfermedad son: La alimentación del niño hasta los 6 meses con fórmula y seno materno con el porcentaje de 57.63% el uso de biberones con el 92.45%, el aseo de los biberones con jabón en el 94.34%, no cambio de biberón con el 45.28% y después de 4 meses de uso con el 26.42%. Los factores dietéticos que influyen son la alimentación complementaria antes de los 6 meses con el 76.27%, la misma que son sopas en un 47.46%, frutas y jugos de frutas en un 38.98% y leche de vaca con el 10.17%. La falta de servicios higiénicos

es del 23.73%. Se desarrolló un plan de acción de enfermería basado en actividades educativas, casa abierta, visitas domiciliarias. Se concluye que la incidencia de EDA es elevada con el 17.50% e influyen factores higiénicos y dietéticos.(9)

AGUILAR SANCHEZ Yoennis Maria y cols. (2016, Guisa - Cuba), realizaron el estudio Intervención educativa a pacientes con diarrea de etiología bacteriana. El objetivo fue evaluar los conocimientos sobre la prevención de la diarrea de etiología bacteriana del área de salud Guisa, en el periodo comprendido entre agosto 2015 a enero 2016. El universo está compuesto por 72 pacientes de 18-60 años, la muestra está constituida por 38 pacientes que presentaron dicha patología, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión. Se elaboró y aplicó una intervención educativa, donde se obtuvieron los siguientes resultados: antes de la intervención 36 pacientes (94.7%) poseían un conocimiento inadecuado de las diarreas bacterianas y después de aplicada la intervención sólo 2 pacientes (5.2%) no lo lograron. Se concluyó que después de la intervención, se alcanzó un incremento significativo del nivel de conocimientos de los pacientes después de la intervención los pacientes desarrollaron sus conocimientos, incrementando la efectividad de la estrategia propuesta, así como la percepción del riesgo, lo que favorece un comportamiento adecuado ante la prevención de la enfermedad.(10)

2.1.2. A NIVEL NACIONAL:

LUJAN GARCIA, Pamela Kimberlly (2019, Lima-Perú), realizó el estudio Intervención educativa en el conocimiento de madres sobre enfermedad diarreica aguda del Asentamiento Humano “Santa Rosa”, Huarochiri – 2019, La presente investigación tuvo como objetivo Determinar la efectividad de la Intervención Educativa en el conocimiento de madres sobre enfermedades diarreicas agudas del Asentamiento Humano “Santa Rosa”, Huarochiri-2019. El estudio realizado fue de enfoque cuantitativo, de diseño pre experimental, corte

longitudinal y de tipo aplicativo. La población y muestra estuvo conformada 60 madres de niños menores de 5 años del AA. HH Santa Rosa. La técnica empleada fue la encuesta, el instrumento utilizado fue el cuestionario con 22 preguntas. Los resultados obtenidos mediante la aplicación del pre test dio 25.0 % de conocimiento bajo, 23 % de conocimiento medio, 4% de conocimiento alto, mientras que, en el pos test dio un 3.8% de conocimiento bajo, 21.2 % de conocimiento medio y 75% de conocimiento alto sobre las enfermedades diarreicas. Respecto a la prueba de hipótesis la intervención educativa tiene efecto significativo en el conocimiento de madres sobre enfermedades diarreicas, es por eso, se concluye que hipótesis alterna es aceptable. Podemos concluir que se mejoró el nivel de conocimiento en madres de niños menores de 5 años, respecto a las enfermedades diarreicas que afectan a dicha población, esto quiere decir que en las pruebas de inicio menos de la mitad de la población desconocía muchos aspectos sobre las EDA, sin embargo, después de la intervención, se logró un aumentar en el conocimiento de las madres.(11)

MAMANI LIMACHI Rut y cols, (2019, Huancavelica-Perú) realizaron el estudio Estrategias para disminuir diarreas parasitosis y anemia en menores de cinco años zona alto andina Perú, con el Objetivo de Proponer un modelo de intervención para disminuir casos de diarrea, parasitosis y anemia en menores de 5 años. Materiales y Métodos: El trabajo tiene dos partes, una diagnóstica y la otra es propositiva. La primera se refiere a un programa de intervención, de diseño pre experimental con pre y pos prueba. Participaron 40 niños. Para el grupo experimental se realizó un programa de intervención. La efectividad del programa se identificó con la prueba estadística de T-Student y Mc Nemar, según prueba de normalidad. La parte propositiva corresponde al Modelo de intervención con estrategias, basado en el enfoque filosófico de la Concepción Metodológica Dialéctica y el pensamiento de Enrique Pichón Riviére. Resultados: En la fase diagnóstica, para el caso de anemia el grupo experimental demostró disminución con

diferencia bilateral de 0,00 con $p < 0,05$. Para el caso de parasitosis intestinal y diarreas el grupo experimental presentó disminución con diferencia bilateral de 0,001 con $p < 0,05$. La fase propositiva corresponde al Modelo de intervención cuyos pilares son: Educación y diálogo, cambio conductual, empoderamiento y gestión intersectorial. Conclusiones: El modelo de intervención con estrategias preventivas, basado en la experiencia del programa desarrollado, permitirá disminuir casos de diarreas, parasitosis y anemia en menores de cinco años.(12)

TORRES DE LA CRUZ, Anghy Nadazdia (2018, Tarapoto - Perú), en el estudio Factores asociados a deshidratación en niños menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda atendidos en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto. Periodo enero – agosto 2018, se planteó como objetivo Conocer los factores asociados a deshidratación en niños menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda atendidos en el Hospital II – 2 MINSA –Tarapoto. Periodo Enero - Agosto 2018. Los materiales y método: Se realizó un estudio analítico, retrospectivo, observacional de casos y controles, con una muestra de 54 pacientes para casos y 54 pacientes para controles. Los resultados: Del grupo de casos presentan deshidratación leve con un 79,6%, deshidratación moderada con un 18,5% y deshidratación severa con 1,9%. Los factores asociados a deshidratación en niños menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda son: Presencia de vómito OR 3,198 (IC: 1,294 a 7,900); frecuencia de vómitos $>4/\text{día}$ OR 1,789 (IC 1,174 a 2,724), frecuencia deposiciones $>5/\text{día}$ OR 3,118 (IC 0.516 a 18,840), presencia de fiebre OR 1,890 (IC 1,180 a 3,028), tiempo de enfermedad >3 días, OR 1,788 (IC 1,134 a 2,818), ausencia de rehidratación oral OR 1,566 (IC 1,060 a 2,314) y lactante < 24 meses OR 1,247 (IC 0,804 a 1,933). Conclusión: Los factores de riesgo con mayor significancia estadística para el desarrollo de deshidratación fueron: Presencia de vómito, frecuencia de vómitos $>4/\text{día}$, frecuencia deposiciones $>5/\text{día}$, fiebre, tiempo de enfermedad >3 días, ausencia de rehidratación oral y lactante (<24 meses).

ROQUE (2017, Lima - Perú) Frecuencia de Escherichia coli diarreogénicas aisladas de niños en un hospital pediátrico en Lima-Perú, esta investigación tuvo como objetivo determinar la frecuencia de Escherichia coli enteropatógena (EPEC) en niños menores de cinco años en un hospital pediátrico de Lima - Perú. Se colectaron 70 muestras de heces diarreicas de niños con síntomas clínicos de diarrea aguda del Hospital de Emergencias Pediátricas, durante los meses junio a diciembre del 2015. El aislamiento e identificación bioquímica se realizó por coprocultivos y pruebas bioquímicas convencionales, la identificación de Escherichia coli enteropatógena (EPEC) se realizó por serotificación, utilizando antisueros polivalentes y monovalentes para los antígenos somáticos "O". La determinación del antígeno somático "O" se realizó mediante la técnica de aglutinación en placa, siguiendo el procedimiento descrito por el proveedor de antisueros PROBAC DO BRAZIL. Se aislaron 50 (71,4%) cepas de Escherichia coli diarreogénicas de las cuales 36 (72%) fueron del serotipo enteropatógeno (EPEC) siendo los serogrupos más frecuentes O119 (22,2%), O158 (16,7%), O142 (11,1%), O127 (8,3%), O55 (19,4%), O86 (8,30%), O125 (13,9%), el 14 (28%) correspondía al serotipo productora de toxina Shiga (STEC) siendo el serogrupo más frecuente el O111 (28%). El 28,6% (20/70) no evidenciaron la presencia de E.coli diarreogénicas.(13)

2.2. BASES TEÓRICAS

Teoría de Enfermería, Promoción de la salud de Nola Pender

El Modelo de Promoción de la Salud (MPS) Busca demostrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza la relación entre las características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos de situación vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr.(14)

El MPS expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud. Está inspirado en dos sustentos teóricos: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather.(14)

El primero, postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas. Señala cuatro requisitos para que éstas aprendan y modelen su comportamiento: atención (estar expectante ante lo que sucede), retención (recordar lo que uno ha observado), reproducción (habilidad de reproducir la conducta) y motivación (una buena razón para querer adoptar esa conducta).(14)

El segundo sustento teórico, afirma que la conducta es racional, considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad. De acuerdo con esto, cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo. La intencionalidad, entendida como el compromiso personal con la acción, constituye un componente motivacional decisivo, que se representa en el análisis de los comportamientos voluntarios dirigidos al logro de metas planeadas.(14)

Es importante aplicar esta teoría en la atención de los niños con diarrea, orientando una actividad de consejería hacia la madre para evitar nuevos episodios de diarrea. Los niños menores de 5 años dependen del cuidado de los padres y desarrollan hábitos conforme se les va inculcando, por ello como menciona Nola Pender en su teoría se debe considerar las características y experiencia de las madres, puesto que muchas conocen sobre las medidas de higiene y otras no, entonces se debe contextualizar la consejería considerando estos factores, es importante ser conscientes de lo que desea lograr al realizar la consejería, para aprovechar

adecuadamente el escaso tiempo que se tiene en la sala de emergencia, orientando con acciones puntuales el mensaje que se desea que las madres capten y practiquen en el cuidado de su menor hijo, de este modo lograr cambios en sus hábitos y conductas saludables, de este modo mejorar el cuidado del niño durante el periodo de enfermedad y evitar nuevos episodios de diarrea.

2.3. MARCO CONCEPTUAL O REFERENCIAL

2.3.1. ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

a. DEFINICIÓN

Se define como diarrea la deposición, tres o más veces al día (o con una frecuencia mayor que la normal para la persona) de heces sueltas o líquidas. La deposición frecuente de heces firmes (de consistencia sólida) no es diarrea, ni tampoco la deposición de heces de consistencia suelta y “pastosa” por bebés amamantados.(1) 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.(15)

b. EPIDEMIOLOGÍA

Las enfermedades diarreicas son una causa principal de mortalidad y morbilidad en la niñez en el mundo, y por lo general son consecuencia de la exposición a alimentos o agua contaminados. En todo el mundo, 780 millones de personas carecen de acceso al agua potable, y 2500 millones a sistemas de saneamiento apropiados. La diarrea causada por infecciones es frecuente en países en desarrollo.(16)

En países de ingresos bajos, los niños menores de tres años sufren, de promedio, tres episodios de diarrea al año. Cada episodio priva al niño de nutrientes necesarios para su crecimiento. En consecuencia, la diarrea es una importante causa de malnutrición, y los niños malnutridos son más propensos a enfermar por enfermedades diarreicas.(16)

La diarrea mata a 1,8 millones de niños bajo cinco en países en vías de desarrollo. Incidencia anual de los episodios diarreicos de la enfermedad en niños que menos de cinco años en países en vías de desarrollo se ponen de pie así en 2 mil millones episodios diarreicos global con un índice de incidencia mediano de 3,2 episodios por niño.(17)

La prevalencia de diarrea entre niñas y niños menores de cinco años de edad alcanzó el 7,3%, porcentaje menor al encontrado en la Encuesta 2009 (14,3%). Según edad, el porcentaje fue menor entre las niñas y los niños de 48 a 59 meses (4,3%) y entre aquellas y aquellos menores de seis meses de edad (5,1%). Por sexo, se encontró mayor prevalencia entre niños (9,3%), que entre niñas (5,1%). Con respecto al lugar de residencia, la prevalencia fue mayor entre las niñas y niños residentes en la provincia de Lima (7,8%), y Lima Provincias (6,8%). En la Provincia Constitucional del Callao se observó la menor prevalencia con 4,0%(18)

c. ETIOLOGÍA

Déficit en la absorción de lactosa producida por disalimentación debido al exceso de lactosa ingerida en relación con la cantidad que debe de ingerir acorde a la edad y muy superior a la capacidad de absorción del tracto digestivo del niño. Ej. Niño que está lactando y que al terminar continua llorando y la madre cree que se quedó con hambre y le administra un biberón de leche o sucedáneos y por ende aumenta la cantidad de lactosa. Ej. Niños mayores que ingieren gran cantidad de refrescos saborizados, en polvo o enlatados, galletitas con crema, chocolates, sorbetos, ya que estos productos tienen gran

cantidad de azúcar, edulcorantes y gases perjudiciales que causan diarreas osmóticas, en nuestro medio esto representa un porcentaje elevado.(19)

d. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es netamente clínico, se plantea el diagnóstico diferencial solo desde el punto de vista etiológico, aunque no es menos cierto que por medio de la anamnesis se puede lograr un diagnóstico diferencial presuntivo, y las diarreas se pueden catalogar de infecciosas y no infecciosas. Para el diagnóstico de certeza hay que auxiliarse de la bacteriología y parasitología, los restantes complementarios son para el diagnóstico de las complicaciones planteadas por la clínica. (19)

Cuadro clínico general EDA.

- Pliegue cutáneo.
- Fontanela deprimida.
- Boca seca.
- Saliva espesa.
- Llanto sin lágrimas.
- Ojos húmedos.
- Oligoanuria.

Exámenes complementarios. Quedan prácticamente limitados para los casos en que la causa responda a una infección enteral o a un parasitismo, exámenes como coprocultivo, estudios de las heces en fresco y por su conservación y estudios virológicos. El resto de las investigaciones de laboratorio tales como hemocultivo, urocultivo, urea, investigaciones radiológicas, etc, se ordenan según sea el caso. En cuanto al ionograma y la gasometría capilar quedan reservados para los casos de deshidratación y desequilibrio ácido base.(19)

e. TRATAMIENTO

Se tratan las causas específicas de diarrea (p. ej., dieta sin gluten en niños con enfermedad celíaca). El tratamiento general está orientado a la hidratación que, por lo general, puede efectuarse por vía oral.

Plan A: tratamiento de pacientes con diarrea en ausencia de signos de deshidratación Para prevenir la deshidratación y la desnutrición, así como la aparición de diarrea persistente, se debe aplicar el plan A de tratamiento. Usar este plan para enseñar a:(20)

- Continuar tratamiento en el hogar del episodio actual de diarrea.
- Iniciar tratamiento precoz en futuros episodios de diarreas.
- Verificar y completar el esquema de vacunación, detectar desnutrición, anemia o maltrato. Enseñar a la madre las cuatro reglas del tratamiento en el hogar:

- a. **Darle más líquidos** (todo lo que el niño acepte). Dar las siguientes instrucciones a la madre: Darle el pecho con más frecuencia, durante más tiempo cada vez. Si el niño se alimenta exclusivamente de leche materna, darle SRO además de la leche materna. Si el niño no se alimenta exclusivamente de leche materna, darle uno o varios de los siguientes líquidos: solución de SRO, líquidos a base de alimentos (como agua de arroz tostado, agua de harina de plátano, agua de coco, caldo de papa con carne, carne, sopa con pollo). Es especialmente importante dar SRO en casa si: Durante esta consulta el niño recibió el tratamiento del plan B o del plan C. El niño no podrá volver a un servicio de salud si la diarrea empeora. Enseñar a la madre a preparar la mezcla y a dar SRO. Entregarle dos paquetes de SRO para usar en casa. Mostrar a la madre la cantidad de líquidos que debe darle al niño en casa además de los líquidos que le da habitualmente (dar 10 ml/kg)
- Menor de 2 años: 50 a 100 ml después de cada deposición acuosa (1/4 a 1/2 taza) Mayor de 2 años: 100 a 200 ml después de cada deposición acuosa (1/2 a 1 taza) (20)

- b. Continuar alimentándolo.** Si la enfermedad de un niño se ha clasificado como diarrea persistente, deberá dar a la madre recomendaciones especiales sobre la alimentación. Estas recomendaciones son válidas para todos los niños enfermos o convalecientes por distintas causas (Infección respiratoria aguda, diarreas, otras infecciones) y que son manejados en el hogar. Uno de los pasos más importantes es el tratamiento de la diarrea en casa y que quizás menos se cumpla es el de continuar alimentando al niño. Con alguna frecuencia el personal de salud restringe la alimentación del niño hasta un punto nocivo, siendo éste uno de los factores que en compañía de la polifarmacia más se asocian a las complicaciones, desnutrición y diarrea persistente. Cuando se dice continuar con la alimentación, se quiere decir, continúe dando alimentos adecuados para la edad, lo que el niño recibe usualmente.(20)
- c. Cuándo regresar:** Aconsejar a la madre o al acompañante que debe regresar de inmediato cuando no se evidencia mejora significativa, cuando el niño tiene sangre en las heces, se encuentra letárgico o no quiere beber, si presenta fiebre.
- d. Medidas preventivas:** Es importante en todo niño que es dado de alta promover prevención para evitar nuevos episodios de diarrea, éstas son: - Lavado de manos antes de comer, antes de alimentar al niño, antes de manipular los alimentos, después de cambiar los pañales y después de defecar. - Preparación higiénica de los alimentos, mantenerlos en recipientes limpios y bien tapados. - Disposición sanitaria de excretas, evitar la contaminación de las fuentes de agua con material fecal, manejo adecuado de las letrinas, manejo sanitario de basuras almacenándolas en recipientes bien tapados. Mención especial merece el manejo de las heces de los niños. Es indispensable explicar a las madres que las materias fecales de los niños y los pañales sucios son

peligrosos y no se deben guardar en la pañalera ni estar en contacto con la ropa del bebé, juguetes, biberones(20)

Rehidratación

Las soluciones de rehidratación oral (SRO) deben contener hidratos de carbono complejos o glucosa al 2% y 50 a 90 mEq/L de sodio. Las bebidas deportivas, las gaseosas, los jugos y bebidas similares no cumplen estos criterios y no deben usarse. Por lo general, tienen una concentración demasiado escasa de sodio y una cantidad excesiva de hidratos de carbono para aprovechar el cotransporte sodio/glucosa, y el efecto osmótico del exceso de hidratos de carbono puede provocar una pérdida adicional de líquidos.

La OMS recomienda las soluciones de rehidratación oral, que se comercializan ampliamente sin una receta. También existen soluciones premezcladas en la mayoría de las farmacias y supermercados.

Si el niño también tiene vómitos, se utilizan volúmenes pequeños, frecuentes, que comienzan con 5 mL cada 5 minutos y se aumentan gradualmente según la tolerancia. Si el niño no está vomitando, la cantidad inicial no tiene restricciones. Por lo general, se administran 50 mL/kg en 4 horas en la deshidratación leve y 100 mL/kg en 4 horas en la deshidratación moderada. Por cada deposición diarreica, se administran 10 mL/kg (hasta 240 mL) adicionales. Después de 4 horas, se reevalúa al paciente. Si persisten los signos de deshidratación, se repite el mismo volumen.(21)

Tratamiento de la diarrea con algún grado de deshidratación:

Deshidratación isotónica Tratamiento específico 1.- Evaluar, mediante el interrogatorio, examen físico y los exámenes complementarios, que tipo de deshidratación tiene. 2.- Sí el paciente está en shock hipovolémico hay que estabilizarlo hemodinámicamente con la administración de un bolo de solución salina fisiológica a razón de 20 ml/kg durante 30 a 60 minutos. Una vez resuelta la alteración

hemodinámica, se calcula el mantenimiento de fluidos sobre la base del peso ideal del enfermo y la severidad de la deshidratación. 3.- Administrar suficientes fluidos para corregir el déficit y lograr un mantenimiento correcto durante las primeras 24 horas, en las cuales se corrige la mitad de este. Deshidratación hipotónica Tratamiento específico El déficit de sodio y potasio son calculados de la misma manera que en la deshidratación isotónica al igual que el mantenimiento, pero en este caso se administra la diferencia de miliequivalentes que existen entre el sodio ideal 135 mEq/l y el que presenta el enfermo.(19)

Plan B: Tratar al niño con algún grado de deshidratación con SRO. El Plan B es tratamiento recomendado por la OMS, para un niño con diarrea y que presente algún grado de deshidratación. El Plan B se administra en dos momentos: la fase de reposición rápida y la de mantenimiento, el cual se administra bajo supervisión en el establecimiento de salud.(21)

La duración es 4 horas, se prepara las sales de rehidratación oral estándar y se encela a la madre para que administre con una cuchara de forma lenta, a pequeños sorbos según la tolerancia del niño. (21)

- Lo primero que se debe realizar es identificar la cantidad de SRO que recibirá el niño durante las cuatro horas que dura el tratamiento. Para ello se debe calcular multiplicando 75 ml x kg de peso.
- Dar la SRO a demanda y de acuerdo al requerimiento del niño, en el caso desee más, sólo darle.
- A los niños menores de 6 meses que se alimentan de leche materna exclusiva, orientar a la madre para que le ofrezca su pecho con mayor frecuencia durante el episodio de deshidratación.(23)

Durante el episodio de la enfermedad se debe considerar la cantidad y el tipo de ingesta (agua, electrolitos, etc.), la cantidad y el tipo de pérdidas (micción, diarrea, vómitos, etc.). es importante vigilar la variación del peso, esto permitirá calcular las pérdidas y determinar la gravedad de la deshidratación. Entre las complicaciones más frecuentes en la deshidratación aguda son el shock hipovolémico y la insuficiencia renal aguda.(23)

Los cuidados de enfermería a realizar son:(19)

- Recibir al niño por un personal capacitado valorando el estado del mismo así como orientar a la madre las normas de la sala.
- Educación, orientación y apoyo psicológico al niño y familiares ya que se encuentran en un medio desconocido para los mismos.
- Pesar y tallar al niño con la técnica correcta es imprescindible para el cálculo de la medicación.
- Mantener higiene personal y ambiental en estos niños es muy importante para evitar las complicaciones y las infecciones cruzadas, es por eso que la técnica correcta del lavado de manos en el personal de enfermería, antes y después de la manipulación de estos niños, en cada tratamiento que se realice así como también en las madres, el baño diario es importante no se debe realizar con la técnica de inmersión.
- Si es necesario canalizar vena se debe de hacer con la técnica correcta, siguiendo los principios de asepsia y antisepsia.
- Al instalar la venoclisis si es indicada se debe tener estricto cumplimiento en el cálculo del goteo y rótulo que refleje la cantidad de líquidos y electrólitos, fecha, hora, escala y personas que lo preparará e instalará.
- Mantener limpia la cuna o cama del niño con el cambio de ropa las veces que sean necesarias (desinfección concurrente) así como eliminar cualquier tipo de suciedad y movilizarlo para

evitar escaras o úlceras por decúbito, cuando el niño es muy pequeño y no puede movilizarse.

- Mantener las medidas establecidas para la limpieza y fregado de pisos, paredes, cunas, camas, mesitas y otros (desinfección terminal).
- Ofrecer rehidratación oral, EN CASO que el niño no tenga vómitos, se le dará 2 onzas por cada deposición líquida.
- Observar estrictamente a los niños prematuros y desnutridos para evitar hipoglucemias.
- Realizar las técnicas correctas y adecuadas en la administración de alimentos para valorar tolerancia, alergia y otros.
- El servicio de EDA debe ajustarse a las normas orientadas para los mismos y la enfermera jefa de sala deberá cooperar con el resto del equipo de salud en su cumplimiento.
- Anotación correcta en la HC de las observaciones y cumplimiento de lo que se realiza al niño con letra clara y legible.
- Mantener ablactación correcta. En el destete comenzar la aglactación con cereales simples (arroz o avena), puré de viandas (papa, malanga y plátano) en cantidades normales para la edad y siempre a partir de los 6 meses.
- Ejecutar medidas antitérmicas si son necesarias.
- Llevar el control del balance hídrico por vía parenteral o enteral, así como los egresos de líquidos producidos por diarreas y diuresis.
- Anotar el número y consistencia de las deposiciones.
- Vigilar el estado de hidratación, palpando la fontanela anterior y valorando los globos oculares, el estado de humedad de la mucosa bucal y presencia o no de pliegue cutáneo.
- Vigilar y anotar vómitos y presencia de distensión abdominal (íleo paralítico).

- Pesar y tallar al niño para valorar las pérdidas producidas por las diarreas.
- Vigilar, anotar y comunicar sangramiento a cualquier nivel.
- Controlar y exigir la toma de muestras para exámenes de laboratorio.

f. CONSEJERÍA A LA MADRE DEL NIÑO CON DIARREA

Primera regla: dar al niño más líquido de lo habitual para prevenir la deshidratación.

Los niños con diarrea necesitan tomar mayor cantidad de líquidos de la que reciben normalmente para reemplazar las pérdidas por las heces diarreicas y por los vómitos. La mayoría de las veces, la deshidratación puede prevenirse si al inicio de la diarrea se administran líquidos adecuados en volumen suficiente.

Aunque la composición de los líquidos caseros no es adecuada para tratar la deshidratación, aquellos preparados con alimentos fuentes de almidón cocido, pueden ser más prácticos y casi tan eficaces como la solución de SRO para prevenir la deshidratación.

Los líquidos caseros deben satisfacer ciertos requisitos. Es importante recordar que estos deben ser:

- Seguros: deben evitarse las bebidas con alto contenido de azúcar, como los refrescos muy endulzados, las bebidas gaseosas, las bebidas hidratantes para deportistas y los jugos de frutas preparados industrialmente. Éstas son hiperosmolares por su alto contenido de azúcar (mayor de 300 mOsm/l). Pueden causar diarrea osmótica agravando la deshidratación y produciendo hipernatremia. También deben evitarse los purgantes y estimulantes como el café y las infusiones de hierbas, como la manzanilla.
- Fáciles de preparar: la receta debe ser conocida y su preparación no debe exigir mucho tiempo o trabajo. Los ingredientes y

utensilios para medir y cocinar deben ser accesibles, baratos y fácilmente disponibles.

- Aceptables: Los líquidos deben ser aquellos que las madres estén dispuestas a administrar en mayor cantidad a un niño con diarrea y que los niños acepten bien.
- Eficaces: En general los líquidos que son más eficaces son los que contienen carbohidratos, proteínas y algo de sal. Sin embargo, pueden obtenerse casi los mismos beneficios, usando líquidos sin sal, pero al mismo tiempo que se administran estos líquidos, deberán darse alimentos que contengan sal.

Qué líquidos dar:

- Solución de SRO. Aunque generalmente no se considera un líquido casero, la solución de SRO puede usarse en el hogar para prevenir la deshidratación. Los sobres de SRO pueden entregarse en el establecimiento de salud, tanto para tratar en el hogar a los pacientes que aún no están deshidratados, como para continuar el tratamiento de los que fueron rehidratados con Plan B o C.
- Agua. Aunque el agua no proporciona sal ni una fuente de glucosa, está al alcance de todos y generalmente se acepta la idea de darla en suficiente cantidad a un niño con diarrea. Cuando se administra combinada con una dieta que incluye alimentos fuente de almidón, de preferencia con sal, es un tratamiento adecuado para la mayoría de los pacientes con diarrea que no están deshidratados. Siempre debe incluirse el agua dentro de los líquidos recomendados.
- Líquidos que contienen un alimento. Los ejemplos de los líquidos preparados con base de un alimento, incluyen cocimientos de uno o varios cereales (arroz, maíz, cebada) en grano o molidos, y cocinados en agua, o los que se preparan con papa o plátano, que además de contener almidón son muy buena fuente de potasio. Los líquidos basados en alimentos incluyen también las

sopas caseras, agua de arroz o aguas en las que se hayan cocinado otros cereales. Un niño con diarrea abundante probablemente no se tome grandes volúmenes de sopa, pero si puede recibir agua y algo de sopa. Los jugos de frutas son una fuente importante de potasio, pero deben prepararse diluidos y con poca azúcar.

Otra posibilidad es dar agua y galletas saladas o rosquitas que contienen almidón y sal. Niños con diarreas relativamente leves, con muy poco apetito, reciben más fácilmente pequeñas cantidades de agua y dos o tres rosquitas o galletas de soda, que SRO.

Cuánto líquido dar:

La regla general es dar al niño o a la persona adulta tanto líquido como desee hasta cuando la diarrea desaparezca. Como una guía, después de cada deposición, dar:

- A los menores de dos años: 50-100 ml (un cuarto a media taza) de líquido;
- A los niños de dos a diez años: 100-200ml (de media a una taza);
- A los niños mayores: tanto como deseen.

Segunda regla: seguir dando alimentos al niño para prevenir la desnutrición

No debe interrumpirse la alimentación habitual del lactante durante la diarrea y, una vez finalizada ésta, debe aumentarse. Nunca deberá retirarse la alimentación y no deben diluirse los alimentos que el niño toma normalmente.

Siempre se debe continuar la lactancia materna. El objetivo es dar tantos alimentos ricos en nutrientes como el niño acepte. La mayoría de los niños con diarrea acuosa recuperan el apetito una vez corregida

la deshidratación, mientras que los que presentan diarrea sanguinolenta a menudo comen mal hasta que desaparece la enfermedad. Se debe alentar a estos niños a que reanuden la alimentación normal cuanto antes.

Cuando se siguen dando alimentos, generalmente se absorben los nutrientes suficientes para mantener el crecimiento y el aumento de peso. La alimentación constante también acelera la recuperación de la función intestinal normal, incluida la capacidad de digerir y absorber diversos nutrientes. Por el contrario, los niños a los que se les restringe o diluye la alimentación pierden peso, padecen diarrea durante más tiempo y tardan más en recuperar la función intestinal.

Tercera regla: administrar Zinc al niño todos los días durante 14 días

La administración de zinc al comienzo de la diarrea reduce la duración y gravedad del episodio, así como el riesgo de deshidratación. Si se continúan administrando los suplementos de zinc durante 14 días, se recupera el zinc perdido durante la diarrea y el riesgo de que el niño sufra nuevos episodios en los dos o tres meses siguientes disminuye. Los niños menores de seis meses deben recibir 10 mg de zinc elemental y los mayores de seis meses, 20 mg. Cuando administre zinc, recuerde que la mezcla no debe tener hierro ni calcio, porque estos interfieren con la absorción del zinc.

Cuarta regla: signos de alarma para consultar de inmediato

La madre debe llevar a su hijo al trabajador de salud si:

- Deposiciones líquidas muy frecuentes, más de 10 en 24 horas
- Vomita repetidamente
- Tiene mucha sed
- No come ni bebe normalmente
- Tiene fiebre
- Hay sangre en las heces.
- El niño no experimenta mejoría al tercer día

Quinta regla: enseñar medidas preventivas específicas

El tratamiento adecuado de las diarreas permite evitar las muertes, pero no tiene ninguna repercusión sobre la incidencia de la diarrea. Debe utilizarse el momento de la enfermedad que la madre está más receptiva, para enseñar a ella y la familia y motivar para que adopten medidas preventivas.

- Lactancia materna: los niños menores de seis meses deben ser exclusivamente alimentados con leche materna. La probabilidad de que los niños amamantados exclusivamente padezcan diarrea o que mueran a causa de ella es mucho menor que la de los que no lo son o lo son solo parcialmente.
- Mejores prácticas de alimentación: la alimentación complementaria se inicia después de los seis meses. Las buenas prácticas de alimentación implican la selección de alimentos nutritivos y el uso de prácticas higiénicas cuando se los prepara.
- Abastecimiento de agua: el riesgo de diarrea puede reducirse usando agua lo más limpia posible y protegiéndola de la contaminación. Las familias deben:
 - Recoger el agua de la fuente más limpia que tengan.
 - No permitir bañarse, lavar ni defecar cerca de la fuente. Las letrinas deben estar ubicadas a más de 10 M. y siempre debajo de la fuente de agua.
 - Impedir que los animales se acerquen a las fuentes de aguas protegidas.
 - Recoger y almacenar el agua en recipientes limpios, vaciarlos y enjuagarlos todos los días; mantener el recipiente de almacenamiento cubierto y no permitir que los niños o los animales beban de ellos; sacar el agua con un cucharón con mango largo que solo se usara para esta finalidad, de forma que el agua no se toque con las manos.

- Si hay algún tipo de combustible, hervir el agua usada para preparar la bebida y comida de los niños pequeños. El agua tiene que someterse sólo a un fuerte hervor (una ebullición más enérgica o prolongada es innecesaria y desperdicia combustible).
 - La cantidad de agua que las familias pueden adquirir tiene tanta repercusión sobre la incidencia de las enfermedades diarreicas como su calidad; esto es así porque cuanto mayor sea la cantidad de agua, mejor será la higiene. Si hay dos fuentes de agua, se almacenará aparte aquella que tenga mejor calidad y se usará para beber y preparar los alimentos.
- Lavado de manos: todos los microorganismos patógenos que causan diarrea pueden propagarse por las manos contaminadas con materia fecal. El riesgo de diarrea se reduce considerablemente cuando los integrantes de la familia se lavan las manos regularmente.

Toda la familia debe lavarse las manos muy bien después de defecar, después de limpiar a un niño que ha defecado, después de eliminar las heces del niño, antes de manipular los alimentos y antes de comer. El lavado de manos requiere el uso de jabón y suficiente cantidad de agua para enjuagarlas bien.

III. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

3.1. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo académico tiene como finalidad dar a conocer la intervención de enfermería a las madres de niños menores de 5 años que acuden al Servicio de emergencia en el Hospital Departamental de Huancavelica, considerando que se trata de un hospital referencial de nivel II-2, en el cual los casos de niños que acuden con diarrea aguda es muy frecuente (segunda causa de consulta), donde los niños acuden con algún grado de deshidratación, es importante que el profesional de enfermería posea las competencias necesarias para realizar la atención conforme a las necesidades del paciente pediátrico y desarrollar actividades de consejería hacia la madre o acompañante, considerando que el niño menor de 5 años es dependiente en el cuidado y satisfacción de necesidades por lo que es importante desarrollar acciones de intervención orientada hacia la madre para reducir la ansiedad y lograr la colaboración y apoyo durante el tratamiento del niño, así como desarrollar consejería en higiene y educación sanitaria para su recuperación y evitar nuevos episodios de diarrea. Este documento será de utilidad para el profesional de enfermería, jefe del servicio y demás profesionales de la salud que laboran en el servicio de emergencia para la toma de decisiones hacia la mejora de la prestación de servicios a los pacientes y acompañantes que acuden al servicio de emergencia.

3.2. OBJETIVOS

3.2.1. Objetivo general

Aplicar intervenciones de enfermería orientadas a las madres de niños menores de 5 años con diarrea aguda para lograr su recuperación y prevención de nuevos episodios.

3.2.2. Objetivos específicos

- Identificar la sintomatología a través de la valoración de enfermería orientado hacia el cuidado y reducción de complicaciones de la diarrea aguda.
- Sensibilizar a la madre, padre o acompañante sobre la higiene de manos.
- Desarrollar consejería sanitaria orientada a la prevención de nuevos episodios de diarrea.

3.3. META

- Lograr la recuperación del niño y reducir las complicaciones en el 90% de casos de niños con diarrea aguda.
- Lograr mejorar el conocimiento y la práctica en lavado de manos en el 100% de madres que acuden al servicio de emergencia.
- Mejorar los conocimientos del 100% de madres en medidas de higiene y cuidado del niño en casa.

3.4. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES:

ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	META	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
DIAGNOSTICO DEL PROBLEMA					
Valoración de Enfermería sobre datos objetivos y subjetivos, en los niños menores de 5 años Afectados con Diarrea.	94	Registro de Hojas de Atención del Servicio de Emergencia	100% de Niños de atendidos con Diarrea Aguda.	Noviembre a Diciembre 2019	Licenciadas en Enfermería del Servicio de Emergencia del HDH
IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA O SEGUIMIENTO DE CASO					
Instaurar la terapia de rehidratación (Terapia oral o parenteral) basado en la valoración.	94	Registro de laboratorio	100% de Niños atendidos	Noviembre a Diciembre 2019	Licenciadas en Enfermería del Servicio de Emergencia del ,HDH

Coordinar con personal de laboratorio para la obtención de toma de muestra para determinar el Agente Causal	94	Registro de Hora de inicio de Tolerancia Oral	100% Niños atendidos	Noviembre a Diciembre 2019	Licenciadas en Enfermería del Servicio de Emergencia del HDH
Demostración de la rehidratación oral a la madre para su participación en esta actividad	94	Registro en la historia clínica	100% de madres participantes	Noviembre a Diciembre 2019	Licenciadas en Enfermería del Servicio de Emergencia del HDH
Vigilar y monitorear la terapia de hidratación	94	Registro en la hoja de monitoreo	100% Niños atendidos	Noviembre a Diciembre 2019	Licenciadas en Enfermería del Servicio de Emergencia del HDH
CONSEJERÍA A MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON DIARREA AGUDA					
Educación sobre el lavado de manos	94	Registro de actividades en la historia clínica	Al 100% de Madres de	Noviembre a Diciembre 2019	Licenciadas en Enfermería del Servicio de Emergencia del HDH

			Menores de 5 años		
Consejería sobre el reconocimiento de signos de alarma en casa	94	Registro de Reporte de Enfermería	100% de Madres que llegan al Servicio con Diarrea	Noviembre a Diciembre 2019	Licenciadas en Enfermería del Servicio de Emergencia del HDH
Educación sobre cuidados en la alimentación e ingesta de líquidos durante la enfermedad	94	Registro de Reporte de Enfermería	100% de Madres que llegan al Servicio con Diarrea	Noviembre a Diciembre 2019	Licenciadas en Enfermería del Servicio de Emergencia del HDH
Consejería de las Indicaciones Médicas de tratamiento y cita de Control con Alta.	94	Registro de Reporte de Enfermería	100% de Madres que llegan al Servicio con Diarrea	Noviembre a Diciembre 2019	Licenciadas en Enfermería del Servicio de Emergencia del HDH
Educación sanitaria para evitar nuevos episodios de diarrea	94	Registro de Reporte de Enfermería	100% de Madres que llegan al	Noviembre a Diciembre 2019	Licenciadas en Enfermería del Servicio de Emergencia del HDH

			Servicio con Diarrea		
COORDINAR CON EL PROGRAMA DE EDA DEL HOSPITAL DE HUANCVELICA					
Informar de los casos de diarrea al programa de EDA	Semanal	Registro de Informes	100% de casos reportados	Mensual	Licenciadas en Enfermería del Servicio de Emergencia del HDH
EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA					
Coordinar e informar los casos de diarrea a la oficina de epidemiología	Nº de atenciones Trimestral, semestral y anual	Libro de Registros del número de atenciones del Servicio de Emergencia Pediátrica.	Archivo de informes	Trimestral semestral anual	Equipo de epidemiología

3.5. RECURSOS

3.5.1. Recursos materiales

Nº	Articulo/Insumo/Bien	Unidad de Medida	Cantidad
1	Papel Bond 75 gr T/A-4	Millar	3
2	Tablero acrílico oficio	Unidad	2
3	Lapiceros	Unidad	1
4	Lápiz	Unidad	1
5	Memoria USB 8 GB	Unidad	2
6	Plumón Resaltador color amarillo	Unidad	2
7	Corrector	Unidad	2
8	Borrador	Unidad	2
9	Perforador	Unidad	1
10	Grapas	Caja	1
11	Guantes a granel	Caja	1
12	Jabón líquido	Unidad	1
13	Papel toalla	Paquete	1

3.5.2. Servicios

Nº	Servicio	Unidad de Medida	Cantidad
1	Impresiones	Unidad	2500
2	Empastado	Unidad	8
3	Anillados	Unidad	4
4	Redacción y Típeos	Servicio Global	1
5	Movilidad Local	Servicio Global	1

3.5.3. Equipos

Nº	Servicio	Unidad de Medida	Cantidad
1	Computadora	Unidad	1
2	Impresora	Unidad	1
3	Cámara fotográfica/celular con cámara	Unidad	1

3.5.4. Recursos humanos

- Licenciada en Enfermería
- Técnico en enfermería
- Personal de laboratorio
- Personal de epidemiología

3.6. EJECUCIÓN

Para la ejecución del plan de intervención se consideró a 53 madres que acudieron al servicio de emergencia acompañando a su niño menor de cinco años que presentaba diarrea durante el periodo de un mes, a quienes se les informa de las actividades a desarrollar y están de acuerdo (consentimiento), en ellas se desarrollaron las actividades plasmadas en el plan las cuales se encuentran basadas en la guía clínica de atención al niño con diarrea y la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia; asegurando un cuidado basado en evidencias, con ello se busca realizar una intervención adecuada evitando las complicaciones, asimismo se hace partícipe a la madre del cuidado del niño en el ambiente hospitalario, para reducir la ansiedad y temor del niño, del mismo modo se desarrollan acciones paralelas en la atención y orientación a la madre sobre el reconocimiento de signos de alarma, técnica de rehidratación oral y explicación de cada acción para reducir la ansiedad de la madre y lograr su colaboración.

Posterior a la atención hospitalaria, se realizan las actividades de consejería orientada a la prevención de nuevos episodios de diarrea.

3.7. EVALUACIÓN

La intervención se realiza a 53 madres que acudieron al servicio de emergencia acompañando a hijo menor de 5 años.

Se presentaron inconvenientes como el ambiente reducido para el desarrollo de las actividades de consejería para el cuidado en casa para evitar complicaciones y nuevos episodios de diarrea; asimismo la disponibilidad de tiempo, considerando que se trata de un servicio de emergencia las acciones se realizaron de forma paralela con las actividades de cuidado hacia el niño, reduciendo los tiempos teóricos para el desarrollo de educación sanitaria, consejería, pero se busca aprovechar cada instante o contacto con la madre para orientar sobre el cuidado del niño.

IV. CONCLUSIONES

- La diarrea aguda o gastroenteritis es una causa importante de morbilidad y mortalidad en la población de niños menores de 5 años en la actualidad, que las madres acuden con su menor, al Hospital Departamental con cuadros de deshidratación moderada y severa, por lo que es importante lograr competencias del profesional de enfermería.
- Es importante realizar una valoración adecuada del niño, para identificar las actividades, de este modo buscar momentos oportunos para el desarrollo de la consejería, sin reducir los tiempos de atención al niño tendientes en cada momento hacia el cuidado de su salud, lo cual se debe establecer en las guías clínicas o protocolos de atención del niño, madre o acompañante.
- La participación de la madre en la recuperación del niño con diarrea y en las actividades de cuidado es importante, puesto que el niño es dependiente de la madre, tenerla como aliada es importante, por lo que debemos adecuar la consejería a los espacios y tiempos que ofrece el servicio de emergencia.
- Con la implementación de las acciones de intervención, se logró la mejoría o estabilización del total de niños y la satisfacción de la madre sobre el cuidado de enfermería.

V. RECOMENDACIONES

- A las autoridades regionales, priorizar proyectos de intervención sobre las determinantes sociales, (saneamiento básico, pobreza y analfabetismo) que en general son factor de riesgo para la ocurrencia de diarrea.
- Implementar guías clínicas basadas en la evidencia científica, el cual debe incluir acciones de consejería, puesto que el servicio de emergencia también es una oportunidad para educar a las madres sobre el cuidado del niño.
- Al director del Hospital, gestionar la ampliación o adecuación del servicio de emergencia pediátrica, de este modo se mejora la calidad de atención y garantiza la seguridad del paciente.
- Al jefe de enfermeras, desarrollar reuniones de evaluación de las principales causas de atención por emergencia, para priorizar capacitaciones y protocolos o guías clínicas basada en la necesidad institucional.
- Al Director de Hospital, desarrollar reuniones de coordinación con las autoridades de la DIRESA o Redes de Salud, para fortalecer acciones de prevención en el primer nivel de atención, de este modo reducir los casos complicados.

VI. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Diarrea [Internet]. WHO. World Health Organization; 2020 [citado 9 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/diarrhoea/es/>
2. Herrera-Benavente IF, Comas-García A. Impacto de las enfermedades diarreicas agudas en América Latina. Justificación del establecimiento de un Comité de Enfermedades Diarreicas en SLIPE. :9.
3. Ministerio de Salud del Perú. Boletín epidemiológico [Internet]. Minsa-DGE; 2016. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/boletin.php>
4. Hospital Departamental de Huancavelica. Morbilidad en el Servicio de Emergencia. 2020.
5. Férez Vergara GA, Cañas Caleño CC. Prevalencia de enfermedades diarreicas agudas en niños de 0 a 5 años atendidos en el área de emergencia de un hospital de la ciudad de Guayaquil. 8 de marzo de 2019 [citado 9 de octubre de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/12572>
6. Méndez PRC, Fonseca RSS, Piña GVE, Sánchez IL, Remón ILDC. Tiempos de aplicación de las escalas de deshidratación clínica y de Gorelick en la emergencia pediátrica. MediCiego. 29 de noviembre de 2018;25(2):157-68.
7. Borja-Santillán M, Emén-Sánchez J, Calle-Gómez M, Jaime-Game O. Propuesta de un programa educativo a pacientes y familiares para prevenir la deshidratación severa por enfermedad diarreica aguda a niños menores de 5 años. Polo Conoc. 8 de agosto de 2017;2:767.
8. Espinoza Herrera AA, Morales Velasco RS. "Comparación de la efectividad de la terapia de rehidratación intravenosa estándar (holliday segar) con la terapia de rehidratación intravenosa rápida en pacientes menores de 15 años con deshidratación moderada a severa por intolerancia oral y/o enfermedad diarreica aguda que acuden a emergencia pediátrica del Hospital «Un Canto a la Vida» entre enero y diciembre del 2015". 2016 [citado 9 de octubre de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec:80/xmlui/handle/22000/12825>
9. Bermeo P, Elizabeth J. Incidencia de enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años atendidos en el área de emergencia del hospital básico de Yantzaza, del cantón Yantzaza. Año 2015. 2016 [citado 9 de octubre de 2020]; Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec//handle/123456789/13690>
10. Herramientas de lectura [Internet]. [citado 9 de octubre de 2020]. Disponible en:

<http://www.enfermeria2017.sld.cu/index.php/enfermeria/2017/rt/metadata/129/0>

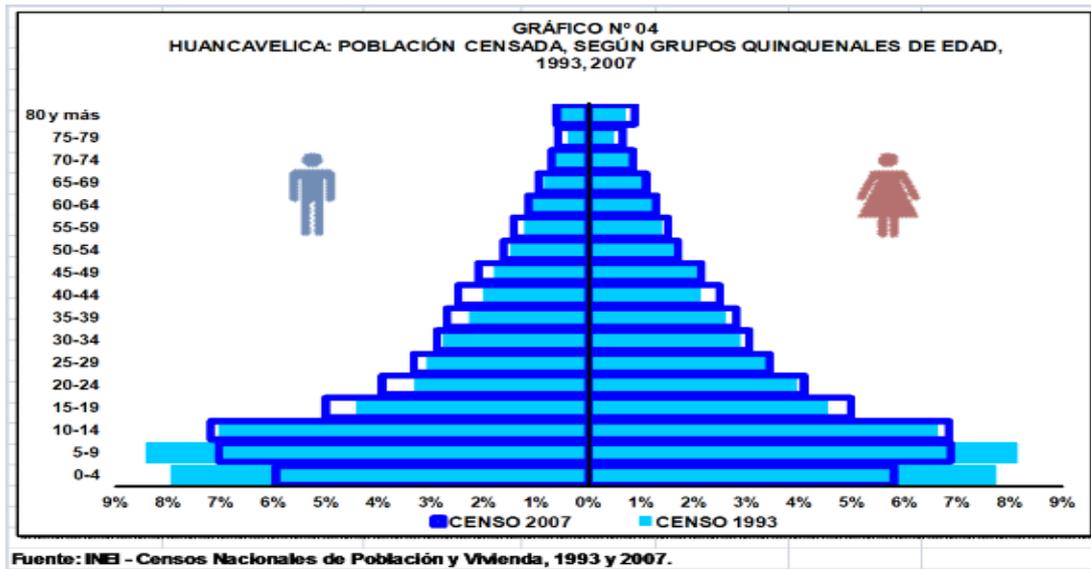
11. Garcia L, Kimberlly P. Intervención educativa en el conocimiento de madres sobre enfermedad diarreica aguda del Asentamiento Humano “Santa Rosa”, Huarochiri - 2019. Repos Inst - UCV [Internet]. 2019 [citado 8 de octubre de 2020]; Disponible en: <http://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/1216300>
12. Mamani Limachi R, Alberca Lonzo A, Anne Columbia C, Cajachagua Castro M, Mamani Limachi R, Alberca Lonzo A, et al. Estrategias para disminuir diarreas parasitosis y anemia en menores de cinco años zona altoandina Perú. *Horiz Sanit.* diciembre de 2019;18(3):307-17.
13. A MR. Frecuencia de Escherichia coli diarreogénicas aisladas de niños en un hospital pediátrico en Lima-Perú. *Cienc E Investig.* 2017;20(2):23-8.
14. Aristizábal Hoyos GP, Blanco Borjas DM, Sánchez Ramos A, Ostiguín Meléndez RM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. *Enferm Univ.* diciembre de 2011;8(4):16-23.
15. Diarrea_aguda [Internet]. [citado 9 de octubre de 2020]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/diarrea_ag.pdf
16. Enfermedades diarreicas [Internet]. [citado 10 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>
17. Epidemiología de la diarrea [Internet]. *News-Medical.net.* 2013 [citado 10 de octubre de 2020]. Disponible en: [https://www.news-medical.net/health/Diarrhea-Epidemiology-\(Spanish\).aspx](https://www.news-medical.net/health/Diarrhea-Epidemiology-(Spanish).aspx)
18. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Salud infantil [Internet]. Lima, Perú; 2017 p. 14. Report No.: 001-2017. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1230/PDF/cap08.pdf
19. Miranda Pérez R, Boffil García I. MATERIAL DE APOYO A LA DOCENCIA. 2011;91.
20. Ocha V. C, Posada S. R, Restrepo N. F, Aristizabal M P. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia: Guía de Bolsillo. Primera Edición. México D.F.: SINCO Editores; 2007. 234 p.
21. Ministerio de Salud: Dirección General de Salud de las Personas. Curso clínico de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia con Enfoque de Derechos: Manual de Lectura [Internet]. Cuarta Edición. Lima, Perú: SINCO Editores; 2007. 261 p. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1818.pdf>

22. AMO LA ENFERMERÍA [Internet]. [citado 10 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://enfemiaulsper260811.blogspot.com/2012/08/tema-8de-10-280812a-300812.html>
23. Enfermería ante la deshidratación pediátrica en atención primaria [Internet]. [citado 10 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/enfermeria-ante-la-deshidratacion-pediatrica-en-atencion-primaria/>

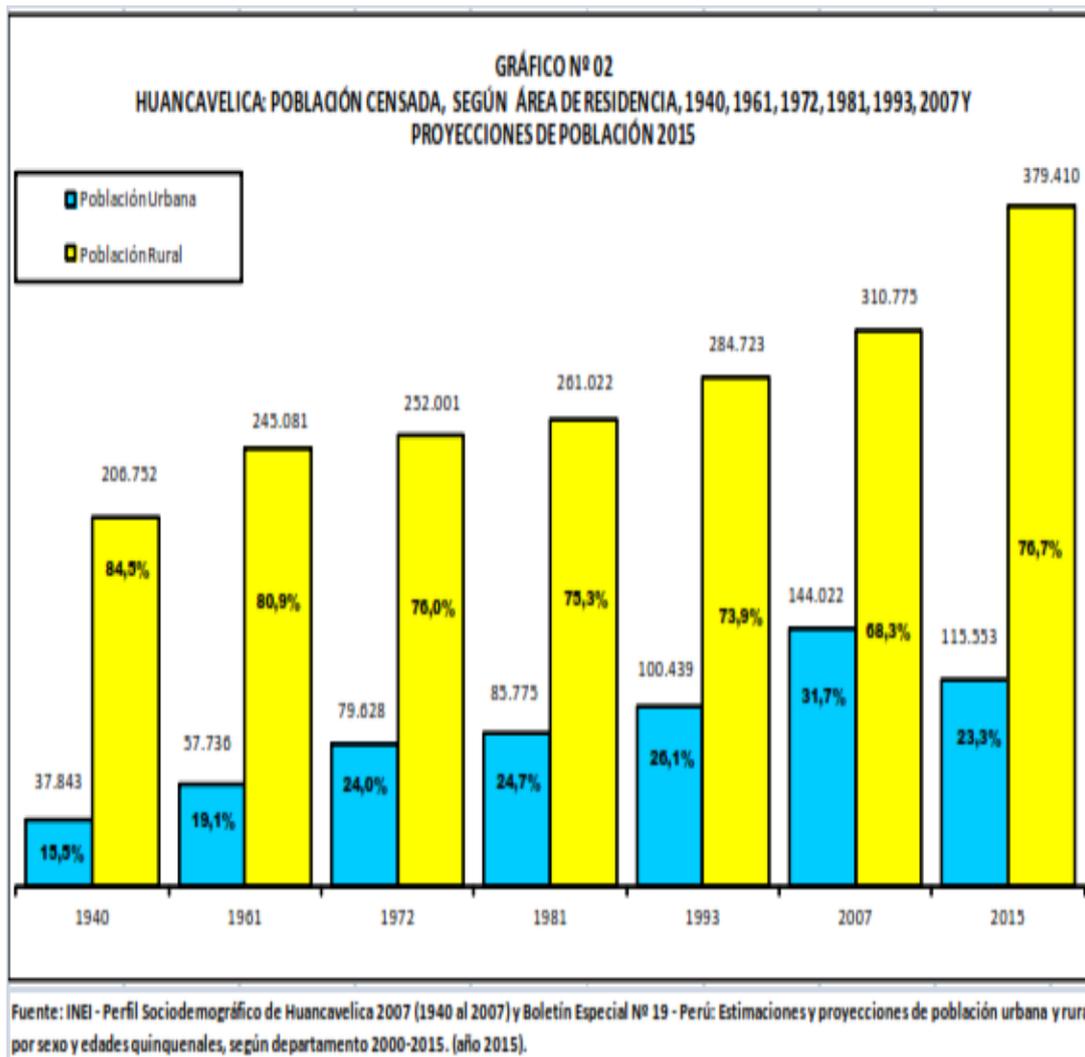
ANEXOS

ANEXO 01

Población referencial del Hospital Departamental de Huancavelica, Nivel II-2



Interpretación. En el presente gráfico se evidencia la pirámide poblacional del Departamento de Huancavelica, el cual se encuentra adscrito al Hospital de Huancavelica, se evidencia una base ancha en la población infantil menor de 5 años.



Interpretación. En el presente gráfico se evidencia la población según área de residencia en el Departamento de Huancavelica, siendo el 76.7% población rural y el 23.3% población urbana.

ANEXO 02

Cuadro Nº 01. 10 primeras causas de consulta por emergencia en el Hospital Departamental de Huancavelica, periodo 2011-2019

Diagnóstico médico	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total genera
Fiebre, no Especificada	115	472	812	690	206	99	470	91	69	3024
Otras gastroenteritis y colitis no especificadas de origen infeccioso	276	214	168	207	343	120	36	107	203	1674
Faringitis Aguda, no Especificada	142	104	56	83	162	225	153	374	245	1544
Rinofaringitis Aguda, Rinitis Aguda	61	67	100	118	163	269	180	247	157	1362
Faringo Amigdalitis Aguda	119	133	73	90	234	258	109	152	188	1356
Otros dolores Abdominales y los no Especificados	67	78	95	115	100	126	143	194	98	1016
Nausea y Vomito	31	77	108	98	71	47	64	95	66	657
Bronquitis Aguda, no Especificada	30	63	77	101	38	67	99	81	54	610
Sepsis Bacteriana del Rn, no Especificada	87	57	88	93	77	49	53	41	33	578
Gastroenteritis y colitis de origen no especificada						58	97	225	119	499

Fuente: Oficina de Estadística del Hospital Departamental de Huancavelica.

Interpretación. En el presente cuadro se observa las primeras causas de atención de consulta por emergencia en el Hospital Departamental de Huancavelica, se evidencia como primera causa para el 2019 la faringitis aguda no especificada y como segunda causa de morbilidad otras gastroentecolitis y colitis no especificadas con 203 casos.

ANEXO 03

Cuadro N° 02. Número de casos de diarrea aguda acuosa según mes y año, periodo 2018-2019 – Servicio de Emergencia del Hospital Departamental de Huancavelica

Mes	Año			
	2018		2019	
	fi	f%	Fi	f%
Enero	39	5.8	61	9.5
Febrero	34	5.0	28	4.4
Marzo	47	7.0	47	7.3
Abril	45	6.7	59	9.2
Mayo	105	15.5	67	10.5
Junio	48	7.1	47	7.3
Julio	41	6.1	77	12.0
Agosto	60	8.9	44	6.9
Setiembre	76	11.2	51	8.0
Octubre	73	10.8	65	10.2
Noviembre	60	11.9	48	7.5
Diciembre	48	7.1	46	7.2
Total	676	100.0	640	100.0
Promedio Mensual	56.3		53.3	

Fuente: Unidad de Epidemiología del Hospital Departamental de Huancavelica

Interpretación. En el presente cuadro se observa la ocurrencia de casos de presentados durante los años 2018 y 2019, distribuidos por meses. Para el 2018 se presenta la mayor frecuencia de casos en el mes de mayo con 15.5% de 676 casos y para el 2019 en el mes de julio con 12.0 de 640 casos ocurridos en el año. Asimismo, se evidencia que para el 2018 se tiene un promedio mensual de 56.3 casos y para el 2019 se tiene 53.3 casos.

ANEXO 04

FORMATOS DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA

a. Formato de Hoja de Emergencia Pediátrica

HOJA EMERGENCIA PEDIÁTRICA

NTS Nº 029 MNSA/02/PRES V.02 N.º NTS Nº 022 MNSA/02/P V.02
 NO. ÁRE DE RENAES HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAYELCA

FILIACION DEL PACIENTE: APELLIDO PATERNO: **Arango** APELLIDO MATERNO: **Manuelo** NOMBRES: **Uziel David** FECHA DE ATENCIÓN: **04/3/20** PRIORIDAD DE ATENCIÓN: **(1) (U) (E) (V) (I)**

EDAD: **10 m** SEXO: **M** NACIMIENTO: **09/30/04** FECHA: **20/05/19** PAIS: **Perú** LOCALIDAD: **Huancayo**

FORMA DE INGRESO: **1) Caminando** Hora Entrada: **7:15** ETNIA: **(05) Chocobas** ESTADO CIVIL: **(1) Casado** OCU: **Hvca** RELIGION: **Evangeliza**

ACOMPANANTE: **Carolina Manuelo** Del: **77811423** Teléfono: **77811423** Tiempo de Enfermedad: **78 días**

ANAMNESIS: SIGNOS Y SINTOMAS PRINCIPALES (ESPECIFIQUE TOXINAS, ENVENENAMIENTO, TIPO DE ACCIO, ETC.):
 - vomitos 2 oportunidades lacteos
 - deposiciones de mucosidad o/moco sin sangre 4/día
 - alga técnica

ANTECEDENTES: **Hosp (-)**

EXAMEN CLINICO: SIGNOS VITALES DEL PACIENTE: Temperatura: **37.5** Frec. Cardíaca: **164** Frec. Respiratoria: **28** Proc. Arterial: **1** Saturación Parc. Oxígeno: **86%** Peso: **9.250** Glasgow: **15**

ESTADO GENERAL Y EXAMEN CLINICO REGIONAL (Descripción de los Síntomas y Signos):
 Piel: tibia, Neve Capilar <2!>
 Tórax: no trax, MU que paz SCP, no rales
 Ab: rec de BE, no soplo
 Ab: blanda, de menta (14) RP, no de tendido, no deloroso a la palpación
 SNC: despierto, reactivo, no signos de focalización

DIAGNOSTICO (S):
 D10: **6 ECU** CIE-10: (P) (D) (R)
 D12: CIE-10: (P) (D) (R)
 D13: CIE-10: (P) (D) (R)

PLAN DE TRABAJO:
 Exámenes Auxiliares: **3/5 Rx inflamatoria**
 1. **3/5 Rx inflamatoria** 4
 2. **3/5 Rx inflamatoria** 5
 3. **3/5 Rx inflamatoria** 6

Procedimientos Médicos:
 1. **3/5 Rx inflamatoria** 4
 2. **3/5 Rx inflamatoria** 5
 3. **3/5 Rx inflamatoria** 6

Interconsulta:
 TRATAMIENTO: **3/5 Rx inflamatoria**

CONDICION DE ALTA: **3/5 Rx inflamatoria** (1) Alta Médica (2) Alta Voluntaria (3) Transferido - Refirido (4) Fugado (5) Fallecido
 FECHA DE LA PROXIMA CITA EN CONSULTA EXTERNA: **06-03-2020**
 DESTINO DEL PACIENTE: **3/5 Rx inflamatoria** (1) Hospitalización (2) Hospitalización (3) Centro Quirúrgico (4) Transferido - Refirido

FECHA EGRESO: **04/03/20** HORA EGRESO: **12:30 pm**

Firma y Sello del Médico Tratante: **Carolina Manuelo**

b. Formato de resultados de Prueba de Reacción Inflamatoria

HOSPITAL REGIONAL DE HUANCAYELICA
 Servicio de Patología Clínica

PERÚ Ministerio de Salud

HOSPITAL REGIONAL ZACARIAS CORREA VALDIVIA
 HUANCAYELICA

Apellidos y Nombres: Enrique Xalli Jhostin
 Servicio: Emerg Ped. Edad: _____

AREA DE PARASITOLÓGIA

PARASITOLÓGICO SIMPLE : _____
 PARASITOLÓGICO SERIADO : I Muestra _____
 II Muestra _____
 III Muestra _____

TEST DE GRAHAM : _____
 THEVENON : _____

REACCIÓN INFLAMATORIA : Negativo
Muestra remida pareciera contener con orina (muestra líquida).

Sangre: _____ x campo Leucocitos: 1-2 x campo PMN: _____ % MN: _____ %

Huancavelica: 04 de 03 del 2020 Hora de reporte _____

HOSPITAL REGIONAL DE HUANCAYELICA
 Servicio de Patología Clínica

PERÚ Ministerio de Salud

HOSPITAL REGIONAL ZACARIAS CORREA VALDIVIA
 HUANCAYELICA

Apellidos y Nombres: Araujo Manuel, Uziel
 Servicio: Emerg Pediatría Edad: 10 meses

AREA DE PARASITOLÓGIA

PARASITOLÓGICO SIMPLE : _____
 PARASITOLÓGICO SERIADO : I Muestra _____
 II Muestra _____
 III Muestra _____

TEST DE GRAHAM : _____
 THEVENON : _____

REACCIÓN INFLAMATORIA : POSITIVO
Heces verdosas, diarreicas, con mucosidad 2(++) , sin sangre macroscópica.

Sangre: _____ x campo Leucocitos: 25-30 x campo PMN: 60 % MN: 40 %

Huancavelica: 04 de Marzo del 2020 Hora de reporte 9:17 am

*Dr. Alejandra Victoria
 Terapeuta Médica
 C.T.V.D. 10602*

c. Formato de Registro de Notas de Enfermería

FECHA Y HORA		NOTAS DE ENFERMERIA		
04	03	Lactante menor, nacido por su madre por presentar fiebre, vómitos y deposiciones líquidas		
20		al CSU T=38.5°C FC=160x1 FR=34x1 SOB=92%		
		Se bañó baño general		
		Recibe L.M. no vomita		
		Evaluado por Dr. Bañados quien deja indicac		
19		Queda en tópico, en espera de muestra de heces para R. Inflamatoria		
		Orina = 0 Dep = 0		
04	03	Por lactante menor se muestra en el		
20		se lo observa serpiente por vómitos		
		- Paciente reactivar su muestra de heces para examen infl. en las		
20		- Pdo. continúa en observación		
20		- Bato en zonas e buses Tabaco		
		- se recolecta su muestra de heces y se lleva a laboratorio.		
21		- Pac. es reevaluado x Dr. Bañados en resultado de laboratorio nada de sus		
22		comentarios = no y está a C. 02 días		
22		- Pac. se retira a lactante e su madre		
		Orina = 0		
		Dep. 60cc heces		
		muestra de heces		
		H. 9 =		
		LIC. ENFERMERA		
		SEP. 2022		
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres
Enriquez		Yalli		Jhosha
				Nº Cama
				Nº H. CL

ANEXO 05

Galería de imágenes de la intervención de enfermería



Foto 01. Madre de familia realizando la demostración de lavado de manos antes de iniciar con la terapia de rehidratación oral en su hijo - 2019



Foto 02. Madre de familia realizando la terapia de rehidratación oral en su hijo - 2019



Foto 03. Profesional de Enfermería (Lic. Nila Aduato) realizando la terapia de rehidratación endovenosa en niña con deshidratación severa

ANEXO 06

Cuadro de procedimiento para la intervención en niños con diarrea

¿Cómo evaluar a la niña o niño con diarrea?

¿La niña o niño tiene diarrea?

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, PREGUNTAR

- ¿Hace cuánto tiempo?
- ¿Hay sangre en las heces?

OBSERVAR Y EXPLORAR

- Determinar el estado general de la niña o niño.
La niña o niño está:
¿Letárgico o comatoso?
¿Intránquilo o irritable?
- Determinar si tiene los ojos hundidos
- Determinar si la boca y la lengua están secas
- Ofrecer líquidos a la niña o niño:
¿La niña o niño no puede beber?
¿Bebe avidamente, con sed? o
¿Bebe normalmente?
- Signo del pliegue cutáneo:
La piel vuelve al estado anterior
Muy lentamente (¿más de 2 segundos?)
¿Lentamente? o
¿De inmediato?

Clasificar la DIARREA



¿CÓMO EVALUAR A LA NIÑA O AL NIÑO CON DIARREA?

SIGNOS	CLASIFICAR COMO	TRATAMIENTO <small>(Los tratamientos de urgencia que se administran antes de la referencia si el caso se indican en negritas)</small>
Dos de los signos siguientes: • Letárgico o comatoso o no puede beber. • Ojos hundidos. • Signo del pliegue cutáneo: la piel vuelve muy lentamente al estado anterior.	DESHIDRATACIÓN CON SHOCK	<ul style="list-style-type: none"> • Si la niña o el niño no encuadra en ninguna otra clasificación grave: • Administrar Plan C; Tratar rápidamente la deshidratación con shock. • Si la niña o niño encuadra en otra clasificación grave: • Trate primero la deshidratación. • Luego intente o Refiera URGENTEMENTE al hospital, con la madre dándole sorbos frecuentes de SRO en el trayecto. Aconsejar a la madre que continúe dándole el pecho. • Si hay casos de cólera en la zona, administrar un antibiótico apropiado
Dos de los signos siguientes: • Intránquilo, irritable. • Ojos hundidos. • Boca y lengua secas. • Bebe avidamente, con sed, • Signo del pliegue cutáneo: la piel vuelve lentamente al estado anterior.	DESHIDRATACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar Plan B; Tratar la deshidratación con SRO • Si la niña o niño encuadra en una clasificación grave: • Internar o Referir URGENTEMENTE al hospital, con la madre dándole sorbos frecuentes de SRO en el trayecto. Aconsejar a la madre que continúe dándole el pecho. • Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato. • Hacer una consulta de control 5 días después.
No hay suficientes signos para clasificar el caso como deshidratación o deshidratación grave o con shock.	SIN DESHIDRATACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar Plan A; Tratar la diarrea en casa. • Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato. • Si la diarrea continúa, hacer una consulta de control 5 días después.
• Hay deshidratación.	DIARREA PERSISTENTE GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar la deshidratación antes de referir a la niña o niño, salvo que encuadre en otra clasificación grave. • Internar o Referir URGENTEMENTE al hospital.
• No hay deshidratación.	DIARREA PERSISTENTE	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar a la madre cómo debe alimentar a la niña o el niño que tiene DIARREA PERSISTENTE. • Hacer el control 5 días después.
• Sangre en las heces.	DISENTERÍA	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar tratamiento durante 5 días con un antibiótico oral recomendado en su zona para Shigella. • Hacer el control 2 días después.

ANEXO 07

Terapia de rehidratación en niños con diarrea

➔ Plan A: ¿Cómo tratar a la niña o al niño con diarrea en Casa?

Enseñar a la madre las cuatro reglas del tratamiento en casa: (ACRE) aumentar los líquidos, continuar alimentándolo, reconocer signos de peligro y enseñarle medidas preventivas:

1. AUMENTAR LOS LÍQUIDOS (todo lo que la niña o niño acepte).

➔ DAR LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES A LA MADRE:

- Darle el pecho con frecuencia, durante más tiempo cada vez.
- Si la niña o niño se alimenta exclusivamente de leche materna, también podría darle SRO o agua hervida además de la leche materna.
- Si la niña o niño no se alimenta exclusivamente de leche materna, darle uno o varios de los siguientes líquidos:
 - Líquidos caseros (como sopa, caldos, cocimiento de arroz, jugos de fruta, agua de coco) o
 - Agua hervida o
 - Solución de SRO.

➔ Es especialmente importante dar SRO en casa si:

- Durante esta consulta la niña o niño recibió tratamiento con plan B o plan C.
- La niña o niño no podrá volver a un servicio de salud si es que empeora.
- Si la diarrea es líquida y abundante y hay sospecha que la niña o niño tiene cólera.

➔ ENSEÑAR A LA MADRE A PREPARAR LA MEZCLA Y A DAR SRO ENTREGARLE DOS SOBRES DE SRO PARA USAR EN CASA

- Administrar frecuentemente pequeños sorbos de líquido con una taza y cucharita a libre demanda.
- Si la niña o niño vomita, esperar 10 minutos y después continuar, pero más lentamente.
- Continuar dando más líquidos de lo habitual hasta que la diarrea pare.

2. CONTINUAR ALIMENTÁNDOLO.

3. RECONOCER SIGNOS DE PELIGRO.

4. ENSEÑAR MEDIDAS PREVENTIVAS.

Consultar el cuadro:
ACONSEJAR A LA MADRE O AL ACOMPAÑANTE

➔ Plan B: ¿Cómo tratar a la niña o al niño con deshidratación con SRO?

Administrar durante cuatro horas, en el servicio de salud, a libre demanda usando taza y cucharita

La cantidad aproximada de SRO necesaria (en ml) también puede calcularse multiplicando el peso de la niña o niño (en kg) por 50 a 100 (promedio 75) en 4 horas

- Si la niña o niño quiere más SRO que la cantidad indicada, darle más.

➔ MUESTRE A LA MADRE CÓMO SE ADMINISTRA LA SOLUCIÓN DE SRO:

- Dar con frecuencia pequeños sorbos de líquido con una taza y cucharita.
- Si la niña o niño vomita, esperar 10 minutos y después continuar, pero más lentamente. Si el vómito persiste, la SRO se puede administrar por sonda nasogástrica de preferencia por goteo.
- Continuar dándole el pecho siempre que la niña o niño lo desee.

➔ CUATRO HORAS DESPUÉS:

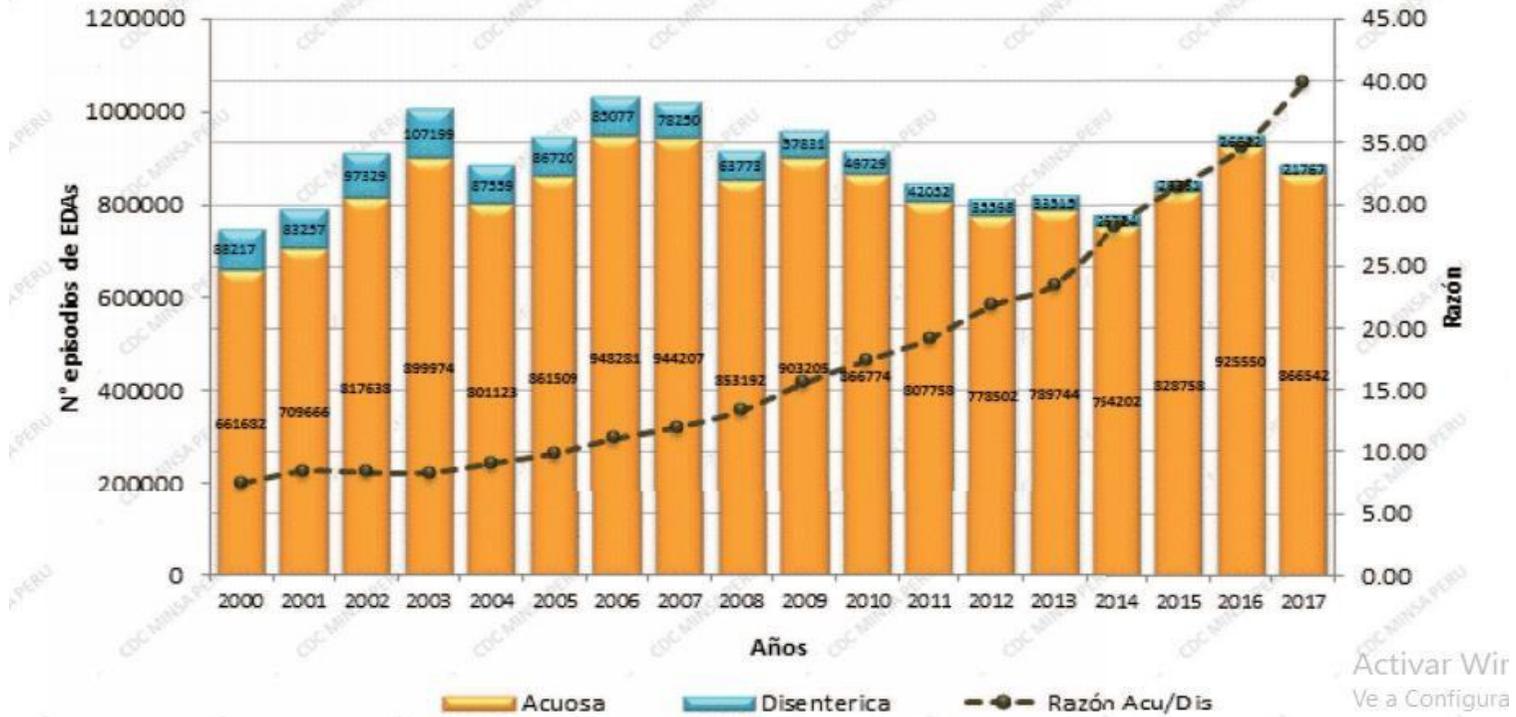
- Reevaluar a la niña o niño y clasificar la deshidratación.
- Seleccionar el plan apropiado para continuar el tratamiento.
- Comenzar a alimentar a la niña o niño en el servicio de salud.

IMPORTANTE: al alta indicar Plan A para casa.

ANEXO 08

Casos de diarrea aguda acuosa y disintérica. Perú 2017

Episodios de diarreas agudas según tipo de EDA. Razón EDA acusa/disintérica. Perú 2017*



Activar Wir
Ve a Configura