



**UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO**  
**ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN**  
**DEL TÍTULO DE LICENCIADOS EN CIENCIAS DE LA**  
**ENFERMERÍA**

**TEMA:**

**EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA AIEPI EN RELACIÓN AL TRATAMIENTO EN EL HOGAR DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS LEVES, EN NIÑOS/AS DE 1 A 4 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD URBANO TENA, EN EL PERIODO DE ABRIL 2013 A MARZO 2014.**

**AUTORES:**

**WILMER ALEX GUANOTAXI SIMALIZA**  
**LUIS ALFREDO SISA TANDAPILCO**

**DIRECTOR:**

**DR. RENÉ ALARCÓN**

**GUARANDA – ECUADOR**

## **DEDICATORIA**

Desde lo más profundo de nuestros corazones, este trabajo lo dedicamos en primera instancia a Dios, quien nos brindó salud, esperanza, confianza y sobre todo la perseverancia para continuar luchando por nuestros sueños, levantarnos con firmeza cada vez que nos sentíamos derrotados.

A nuestros padres, tíos, abuelos, por brindarnos apoyo incondicional y sembrado los valores humanos indispensables en nuestras vidas, quienes con su amor infinito, nos supieron guiar por el buen camino y demostrarnos que los sueños son alcanzables.

Wilmer Guanotaxi  
Luis Sisa

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecemos a Dios, por habernos iluminado durante nuestra preparación académica y sobre todo por permitirnos alcanzar el éxito en compañía de nuestros padres, tíos y abuelos quienes son la inspiración de nuestras vidas.

A nuestros padres, tíos y abuelos por sacrificarse ante las circunstancias sociales y económicas de la vida, por habernos apoyado incondicionalmente, enfocándonos siempre en alcanzar un mejor estilo de vida.

Al personal administrativo y docente de la Universidad Estatal de Bolívar, Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser Humano, Escuela de Enfermería, por habernos transmitido sus conocimientos y experiencias durante nuestra formación académica y desarrollo profesional.

Nuestros más grandes sinceros agradecimientos al Dr. René Alarcón, quien, con su conocimiento y experiencia supo dirigir nuestro trabajo de investigación durante el periodo determinado.

Wilmer Guanotaxi  
Luis Sisa



**UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO**  
**ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**CERTIFICO:**

En mi calidad de director del trabajo de tesis, presentado por los señores GUANOTAXI SIMALIZA WILMER ALEX, con CI. 0202104741; SISA TANDAPILCO LUIS ALFREDO, con CI. 0201815701 para optar el Título de Licenciados en Ciencias de la Enfermería cuyo Título es: **EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA AIEPI EN RELACIÓN AL TRATAMIENTO EN EL HOGAR DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS LEVES, EN NIÑOS/AS DE 1 A 4 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD URBANO TENA, EN EL PERIODO DE ABRIL 2013 A MARZO 2014.** Considero que dicha Tesis reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometida a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Guaranda, Mayo 2014.

**Dr. René Alarcón**  
**DIRECTOR DE TESIS**

## **INDICE**

### PORTADA

DEDICATORIA.....	1
AGRADECIMIENTO.....	2
CERTIFICACIÓN.....	3
TABLA DE CONTENIDOS.....	4
TEMA.....	7
INTRODUCCIÓN.....	8
JUSTIFICACIÓN.....	10
PLANTEAMIENTO DELPROBLEMA.....	11
OBJETIVOS.....	12
HIPÓTESIS.....	13
VARIABLES.....	14
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	15

## **CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO**

1.1.GENERALIDADES DEL CENTRO DE SALUD URBANO TENA.....	22
1.1.1 Antecedentes Históricos.....	22
1.1.2 Cultura.....	24
1.1.3 Ubicación Geográfica (croquis).....	24
1.1.4 Infraestructura.....	25
1.1.5 Recursos humanos.....	26
1.1.6 Población y comunidades de influencia.....	27
1.2. ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA (AIEPI).....	29

1.2.1	Objetivos de la estrategia AIEPI.....	30
1.2.2	Características de la estrategia AIEPI.....	31
1.2.3	Componentes de la estrategia AIEPI.....	32
1.2.4	Las intervenciones de la estrategia AIEPI en el hogar.....	33
1.2.5	Principios.....	34
1.3.	LA ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA (AIEPI) Y EL PROCESO DE ENFERMERÍA.....	35
1.4.	DIARREA.....	39
1.4.1	Epidemiología.....	39
1.4.2	Vías de transmisión.....	40
1.4.3	Factores de riesgo.....	40
1.4.4	Etiopatogenia.....	41
1.4.5	Tipos clínicos de enfermedades diarreicas.....	43
1.4.6	Evaluación y clasificación de la diarrea.....	44
1.5.	PLAN A: TRATAR LA DIARREA EN CASA.....	49
1.5.1	Regla 1: Dar más líquido.....	49
1.5.2	Regla 2: Continuar la alimentación.....	52
1.5.3	Regla 3: Cuando volver.....	53
1.5.4	Regla 4: Indicar medidas preventivas.....	54
 <b>CAPITULO II: DISEÑO METODOLÓGICO</b>		
2.1.	Tipo de estudio.....	55
2.2.	Diseño de estudio.....	55
2.3.	Universo y muestra.....	55
2.4.	Población y muestra.....	56
2.5.	Métodos y técnicas de estudio.....	56
2.6.	Análisis e interpretación de datos.....	57

### **CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

3.1. Análisis e interpretación de datos.....	58
3.2. Conclusiones.....	84
3.3. Recomendaciones.....	85

### **CAPITULO IV: PROPUESTA**

Desarrollo de la propuesta.....	91
Bibliografía.....	115
Anexos.....	117

## **TEMA**

Evaluación de la aplicación de la estrategia AIEPI en relación al tratamiento en el hogar de las enfermedades diarreicas agudas leves, en niños/as de 1 a 4 años que acuden al Centro de Salud Urbano Tena, en el periodo de Abril 2013 a Marzo 2014.

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades diarreicas agudas (EDA) constituyen un amplio grupo de enfermedades producidas por diversos agentes infecciosos y cuadros infecciosos que afectan a las vías digestivas, reconocidas como un verdadero problema de salud pública a nivel mundial, siendo unas de las principales causas de muerte en los niños menores de 5 años.

Los microorganismos patógenos que atacan más frecuentemente al aparato digestivo son: Rotavirus, Escherichia Coli, Campylobacter sp., Shigella, Salmonella, Yersinia Enterocolitica y Cryptosporidium sp., que predominan en los meses de invierno en los países en vías de desarrollo.

Las enfermedades diarreicas agudas (EDA) se destacan como un problema de salud, tanto por su alta frecuencia como por sus problemas para el control, el impacto en la morbilidad infantil y la importante demanda de consumo de recursos económicos; además la enfermedad puede cursar con o sin complicaciones que afecten la calidad de vida de las personas.

La morbilidad en niños menores de 5 años siempre ha constituido un problema de salud pública, desde hace varios años se ha tratado de disminuir las tasas de mortalidad infantil impulsando programas de control de enfermedades diarreicas agudas a través de inmunizaciones (rotavirus) y de la estrategia AIEPI.

Según la OMS y UNICEF, hay alrededor de dos mil millones de casos de enfermedad diarreica a nivel mundial cada año, y 1.9 millones de niños menores de 5 años de edad que se complican a causa de diarrea anualmente, fundamentalmente en los países en desarrollo. Esto asciende a 18% de todas las muertes de niños menores de cinco años, y significa que más de 5.000 niños mueren cada día como resultado de enfermedades diarreicas. De todas las muertes infantiles provocadas por la diarrea, 78% ocurren en África y el sudeste Asiático.

El Ecuador también está expuesto a esta problemática de Salud Pública, siendo significativo en los niños menores de 5 años de edad, produciendo así en el año 2010

un total de 5.800 egresos hospitalarios, que representan el 7.4 % de egresos por diarrea y gastroenteritis por presunto origen infeccioso.

En donde las condiciones higiénicas y sanitarias de la población son inadecuadas, sobre todo la carencia de agua potable, incorrecto lavado de manos, disposición inadecuadas de excretas, exposición a vehículos de proliferación de la enfermedad, malas condiciones de conservación y manipulación de alimentos son las principales causas de las enfermedades diarreicas agudas.

Según el EPI2 del MSP del Ecuador, elaborado por Eduardo Aguilar J., se estima que en la provincia de Napo, se produjo así en el año 2007 un total de 8.726 casos de diarreas, representando el 8.72 % de enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años.

En el Centro de Salud “Urbano Tena”, durante el año 2012 se han producido 483 casos de enfermedades diarreicas agudas en niños de 1 a 4 años de edad, según sus datos estadísticos.

Por esta razón, se debe educar a las madres para que reconozcan los signos y síntomas de alarma, acudan oportunamente a las unidades de salud para ser evaluados y manejados de forma adecuada y usen de forma correcta el plan de tratamiento en el hogar.

## JUSTIFICACIÓN

Hemos observado la gran necesidad de ejecutar una evaluación a los padres de familia sobre la aplicación del tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas leves en el hogar, con la finalidad de disminuir las complicaciones graves e impedir la morbi-mortalidad en niños de 1 a 4 años de edad que acuden a consulta externa del Centro de Salud Urbano Tena, siendo las enfermedades diarreicas agudas leves el principal motivo de consulta médica en esta unidad de salud.

Las enfermedades diarreicas agudas siguen siendo en la actualidad un problema de salud pública en el mundo, incurriendo en la morbi-mortalidad infantil y se estima que en África, Asia y América Latina mueren alrededor de 3,3 millones de niños por año, representando apenas el 60% de eventos diarreicos diagnosticados etiológicamente, permaneciendo gran número de casos con etiología desconocida.

En la provincia de Napo queremos saber si los padres de familia poseen el conocimiento apropiado sobre la gran importancia que tiene actuar frente a la EDA.

Por tanto, es preciso, que los padres de familia tengan el conocimiento oportuno sobre las medidas de prevención que deben de tomar en cuenta en sus hijos, considerando las diferentes etnias, culturas, costumbres y nivel de conocimiento, de tal forma que se contribuya a disminuir la prevalencia de estas enfermedades y en lo posible evitar complicaciones de las enfermedades diarreicas agudas mediante acciones de prevención y promoción dirigidas a padres de familia, mejorando el estilo de vida del niño, familia y comunidad.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cómo influye la aplicación de la estrategia AIEPI en relación al tratamiento en el hogar de las enfermedades diarreicas agudas leves, en niños/as de 1 a 4 años que acuden al Centro de Salud Urbano Tena, en el periodo de Abril 2013 a Marzo 2014?

## **OBJETIVOS**

### **GENERAL:**

Determinar el impacto de la aplicación efectiva del componente comunitario de la estrategia AIEPI en el tratamiento en el hogar de las enfermedades diarreicas agudas leves, en niños/as de 1 a 4 años que acuden al Centro de Salud Urbano Tena, en el periodo de Abril 2013 a Marzo 2014.

### **ESPECÍFICOS:**

- Identificar problemas relacionados con la aplicación del tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas leves a través de la estrategia AIEPI.
- Describir los problemas identificados frente a la actitud de las madres sobre las enfermedades diarreicas agudas leves en niños/as de 1 a 4 años.
- Medir el nivel de conocimiento de los padres de familia sobre los factores de riesgo que influyen en el incremento de la EDA en niños/as de 1 a 4 años.
- Diseñar un programa educativo de enfermedades diarreicas agudas leves, dirigido a los padres de familia para el cuidado de sus hijos en el hogar.

## **HIPÓTESIS**

Cuando se aplica la estrategia AIEPI esta influye en el tratamiento en el hogar de las enfermedades diarreicas agudas leves, en niños/as de 1 a 4 años que acuden al Centro de Salud Urbano Tena, en el periodo de Abril 2013 a Marzo 2014.

## **VARIABLES**

### **INDEPENDIENTE**

Estrategia AIEPI

### **DEPENDIENTE**

Enfermedades diarreicas agudas

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR
Estrategia AIEPI	Promueve formas de prevenir, diagnosticar y tratar de forma adecuada y oportuna las enfermedades prevalentes en la infancia; así como brinda conocimientos que contribuyen a mejorar las actitudes y prácticas de la población respecto al cuidado del niño en el hogar.	Educación	<p><b>Nivel de educación.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Analfabeta</li> <li>➤ Primaria incompleta</li> <li>➤ Primaria Completa</li> <li>➤ Secundaria Incompleta</li> <li>➤ Secundaria Completa</li> <li>➤ Universitaria</li> </ul>
		Lactancia materna exclusiva	<p><b>Cuánto tiempo dio de lactar a su hijo/a.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 2 a 3 meses de edad</li> <li>➤ 4 a 6 meses de edad</li> <li>➤ 6 meses al año de edad</li> <li>➤ Hasta los 2 años</li> <li>➤ Nunca</li> </ul> <p><b>Continúo dándole de lactar al niño/a durante la diarrea.</b></p> <p>Si ( ) no ( )</p>

		Actitud	<p><b>En caso de una diarrea que hace Ud.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Le da algún medicamento sin consultar al médico.</li> <li>➤ Le da algún preparado casero.</li> <li>➤ Acude a curanderos.</li> <li>➤ Acude a centro de salud.</li> <li>➤ No acude a nadie.</li> </ul>
		Conocimiento EDA	<p><b>Sabe Ud. que la diarrea produce pérdida de agua en el cuerpo del niño y que podría causar su muerte.</b></p> <p>Si ( ) no ( )</p> <p><b>Sabe cómo identificar, si su niño/a ha perdido agua de su cuerpo.</b></p> <p>Si ( ) no ( )</p>

		<p>Tratamiento</p>	<p><b>Cuando Ud. Acudió al médico. Qué tratamiento le dieron a su hijo.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Suero oral</li> <li>➤ Medicamentos</li> <li>➤ Suero oral y medicamentos</li> </ul> <p><b>Sabe Ud. que tomar abundante líquido, es fundamental en el tratamiento de un niño/a con diarrea.</b></p> <p>Si ( ) no ( )</p> <p><b>Sabe Ud. como preparar el suero oral casero.</b></p> <p>Si ( ) no ( )</p> <p><b>Cuándo el médico le envió con el tratamiento. Cumplió con la prescripción médica indicada.</b></p> <p>Si ( ) no ( )</p>
--	--	--------------------	---

			<p><b>Su hijo/a tuvo alguna de estas complicaciones.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Diarrea con moco y sangre</li><li>➤ Deshidratación</li><li>➤ Desnutrición</li><li>➤ No se complica</li></ul> <p><b>Su hijo/a tuvo necesidad de ser hospitalizado.</b></p> <p>Si ( ) no ( )</p>
--	--	--	---

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR
Enfermedades diarreicas agudas (EDA)	Síndrome caracterizado por el aumento de la frecuencia, fluidez y/o volumen de las heces, con disminución de su consistencia. Cuando la diarrea dura menos de 14 días. (Patología dentro de la estrategia AIEPI)	Diarrea	<p><b>El niño/a tuvo diarrea.</b> Si ( ) no ( )</p> <p><b>Cuánto tiempo duro la diarrea.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Menor de 14 días.</li> <li>➤ Mayor de 14 días.</li> </ul> <p><b>Observo sangre en las heces.</b> Si ( ) no ( )</p> <p><b>Observo moco en las heces.</b> Si ( ) no ( )</p> <p><b>Las heces fueron de mal olor.</b> Si ( ) no ( )</p> <p><b>Cuántas deposiciones realizo su hijo/a a diario.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 3 deposiciones</li> <li>➤ 4 deposiciones</li> <li>➤ 5 deposiciones</li> <li>➤ 6 deposiciones</li> <li>➤ Más de 6 deposiciones</li> </ul>

		Estado general	<p><b>A más de las heces líquidas. Cuál de estos síntomas observo.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Vómito</li> <li>➤ Fiebre</li> <li>➤ Vómito y fiebre</li> <li>➤ Intranquilo e irritable</li> <li>➤ Ojos hundidos</li> <li>➤ Bebe mal o no puede beber</li> </ul>
		Prácticas	<p><b>Cuál es la fuente principal de agua en su hogar.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Agua entubada</li> <li>➤ Pozo vertiente</li> <li>➤ Agua lluvia</li> <li>➤ Camión tanque</li> </ul> <p><b>Qué hace antes de consumir el agua.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La hierva</li> <li>➤ La hecha cloro</li> <li>➤ La filtra</li> <li>➤ Consume tal como viene de la fuente</li> </ul>

		<p><b>Lava las manos antes de comer, después de ir al baño y luego de cambiar el pañal a su bebe.</b></p> <p>Si ( ) no ( )</p> <p><b>Lava los alimentos antes de consumirla.</b></p> <p>Si ( ) no ( )</p> <p><b>Dónde realiza su familia las deposiciones.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En el baño</li> <li>➤ Al aire libre</li> <li>➤ Cava un hoyo y las entierra.</li> </ul> <p><b>De qué material es su casa.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ De madera</li> <li>➤ De caña</li> <li>➤ De hormigón</li> </ul> <p><b>Realiza la higiene diaria de su casa.</b></p> <p>Si ( ) no ( )</p>
--	--	---

# **CAPÍTULO I**

## **MARCO TEÓRICO**

### **REFERENCIAL**

#### **1.1.CENTRO DE SALUD “URBANO TENA”**

##### **1.1.1 Antecedentes Históricos**

Ante la necesidad de mejorar la salud de la población que crece aceleradamente nace la inquietud en las autoridades de salud local, el requerimiento urgente de construir una nueva casa de salud que acoja la gran demanda, sobre todo en el área de prevención.

Cuando el Hospital “JOSE MARIA VELASCO IBARRA”, se trasladó al nuevo local en el Barrio Eloy Alfaro y la DIRECCIÓN DE SALUD DE NAPO empezó a funcionar en el lugar que funcionaba el hospital y en razón de que los enfermos por no desplazarse al hospital que consideraban que estaba demasiado lejos; acudían a solicitar atención médica al local de la Dirección de Salud Provincial de Napo; fue cuando la Dra. Gladis Rosero Directora Provincial de Salud de Napo de aquel entonces, consideró necesario la creación de un Centro de Salud Urbano y empezó a realizar los trámites necesarios a nivel del Ministerio.

La Dra. Gladis Rosero mientras realizaba los trámites necesarios para la creación del Centro de Salud Urbano cedió un espacio físico de la Dirección de Salud en el que se implementó un consultorio médico que empezó a funcionar a partir de septiembre de 1990 con la colaboración del Dr. Simón Moreno, médico que prestaba su servicio a la nueva casa de salud siendo funcionario del hospital el cuál laboraba las 4 horas de la mañana con la Sra. Rosa Elena Grefa auxiliar de enfermería, en el cuál se prestaba atención de emergencias y de morbilidad y a partir de septiembre de 1990 se incrementa al servicio de farmacia con la Sra. Tula Lastra como auxiliar de la misma.

La Dirección de Salud cedió un espacio físico más amplio en septiembre de 1990, con la creación del programa de Salud Comunitaria (SAFIC), se contrató un médico para que se hiciera cargo de la dirección de esta nueva unidad de salud el Dr. Octaviano Rosero, una enfermera la Lcda. Mariana Tabango, una auxiliar de

odontología la Sra. Marlene Cordobilla, y se facilitó un odontólogo rural el Dr. Edgar Carrera para el departamento de odontología; para septiembre de 1990 se creó una farmacia para mejorar el servicio, como auxiliar de farmacia la Sra. Tula Lastra. Con este personal ya se empezó a prestar los siguientes servicios:

Consulta curativa:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demanda Espontánea.</li> <li>- Consultas Subsecuentes.</li> </ul>
Consultas preventivas:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PAI</li> <li>- Control del niño sano.</li> <li>- Detección de desnutridos y niños en riesgo.</li> </ul>
Consulta preventiva de embarazadas:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Detección de riesgo de distocia.</li> <li>- Toxoide tetánico.</li> <li>- Detección enfermedades urogenitales.</li> </ul>
Promoción de salud:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planificación familiar.</li> <li>- Lactancia materna.</li> <li>- Educación nutricional.</li> </ul>
Estomatología: Espontánea.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Atención por demanda</li> <li>-Prevención escolar y de embarazadas.</li> </ul>

Estos servicios fueron prestados a la ciudadanía durante 4 años.

Por el año de 1994 el Dr. David Carbonell pasa a ser el Director Provincial de Salud quien durante su mandato logra la descentralización de esta unidad de salud al ocurrir esto el personal con toda su infraestructura se traslada al local situado frente al Registro Civil laborando y prestando los mismos servicios durante 2 años, durante el transcurrir de este tiempo el Dr. David Carbonell y el Dr. Abdón Guerrero quien era entonces jefe de Área 1 gestionaron un proyecto para la construcción propia de la unidad esto lo hicieron en convenio con la ONG (Organización No Gubernamental) denominada Nueva Frontera de Italia el proyecto fue aprobado y el establecimiento lo hicieron en el barrio Aeropuerto 2, el cual se ubica en la parte norte de la ciudad del Tena , comprende las Lotizaciones Aeropuerto 2, Asociación de Empleados

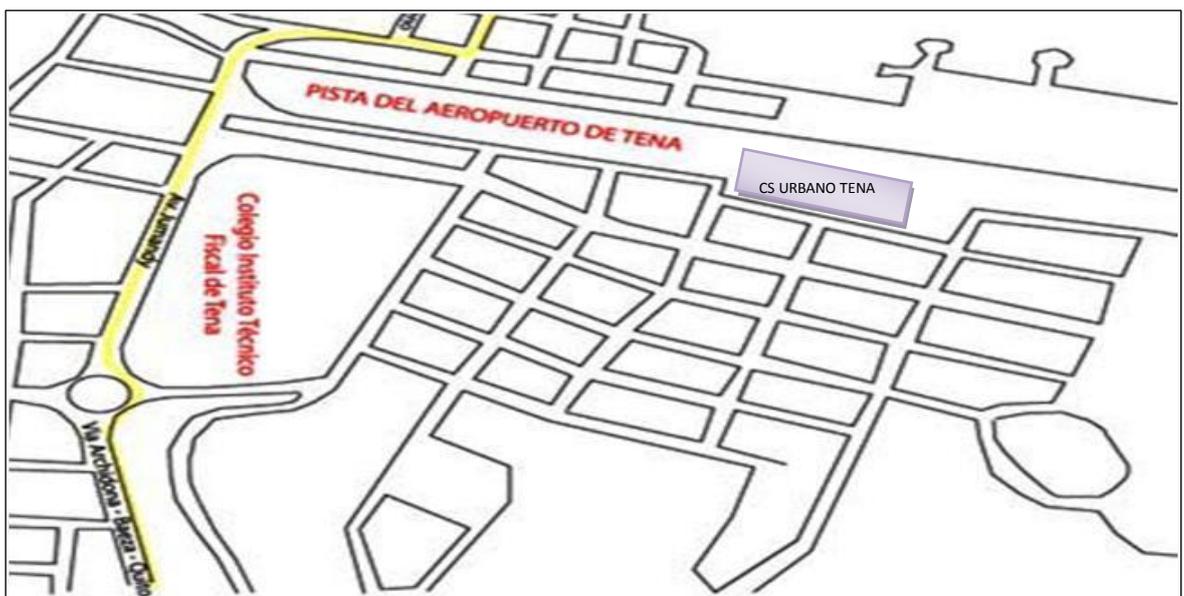
Municipio de Tena y Colina de las Palmas con los siguientes linderos al norte con el polígono de lotización Colina de las Palmas y prolongación de la calle Leticia Villacís; al sur con la Av. Muyuna; al este con las calles Ayahuasca y Noreste y al oeste con el polígono de la lotización de la Asociación Empleados Municipales de Tena. El terreno fue donado por el municipio y la presidenta barrial existiendo en aquel tiempo solo 6 familias, con las gestiones ya realizadas y aprobadas la inauguración del local se lo realizó el 12 de abril de 1996, por lo pronto el personal sigue laborando y prestando los servicios anteriores.

Actualmente el Centro de Salud Urbano Tena se encuentra funcionando en las Barrio Aeropuerto N 2 en las calles Rubén Cevallos y Ayahuasca.

### 1.1.2 Cultura

En el Centro de Salud Urbano Tena se atienden a personas con identidad Kichwa mestiza y blanca de todas las edades, sin distinción de raza, creencia religiosa, cultura, política o económica.

### 1.1.3 Ubicación Geográfica (Croquis)



El CS “Urbano Tena” está localizado en el cantón Tena, provincia de Napo, Ecuador en la zona centro Norte de la ciudad. Unidad Operativa del Ministerio de Salud Pública que brinda atención médica de primer nivel.

Sus límites son: al norte con el polígono de lotización Colina de las Palmas y prolongación de la calle Leticia Villacís; al sur con la Av. Muyuna; al este con las calles Ayahuasca y Noreste y al oeste con el polígono de la lotización de la Asociación Empleados Municipales de Tena.

**Teléfono:** (06)2888796

**Dirección:** Barrio Aeropuerto N 2, entre las calles Rubén Cevallos y Ayahuasca.

### 1.1.4 Infraestructura

El Centro de Salud Urbano Tena se encuentra construido de cemento armado, paredes de bloque, fachadas de vistosos colores, dividido en compartimentos correspondientes a: Departamento DOTS, Ecosonografía, 5 consultorios médicos, odontología, baños, laboratorio, vacunas, farmacia, estadística, departamento de enfermería y consultorio obstétrico.

Los servicios básicos que dispone el Centro de Salud son: alcantarillado, agua, luz natural y eléctrica, recolección de basura, teléfono, contamos con ventilación natural y artificial.

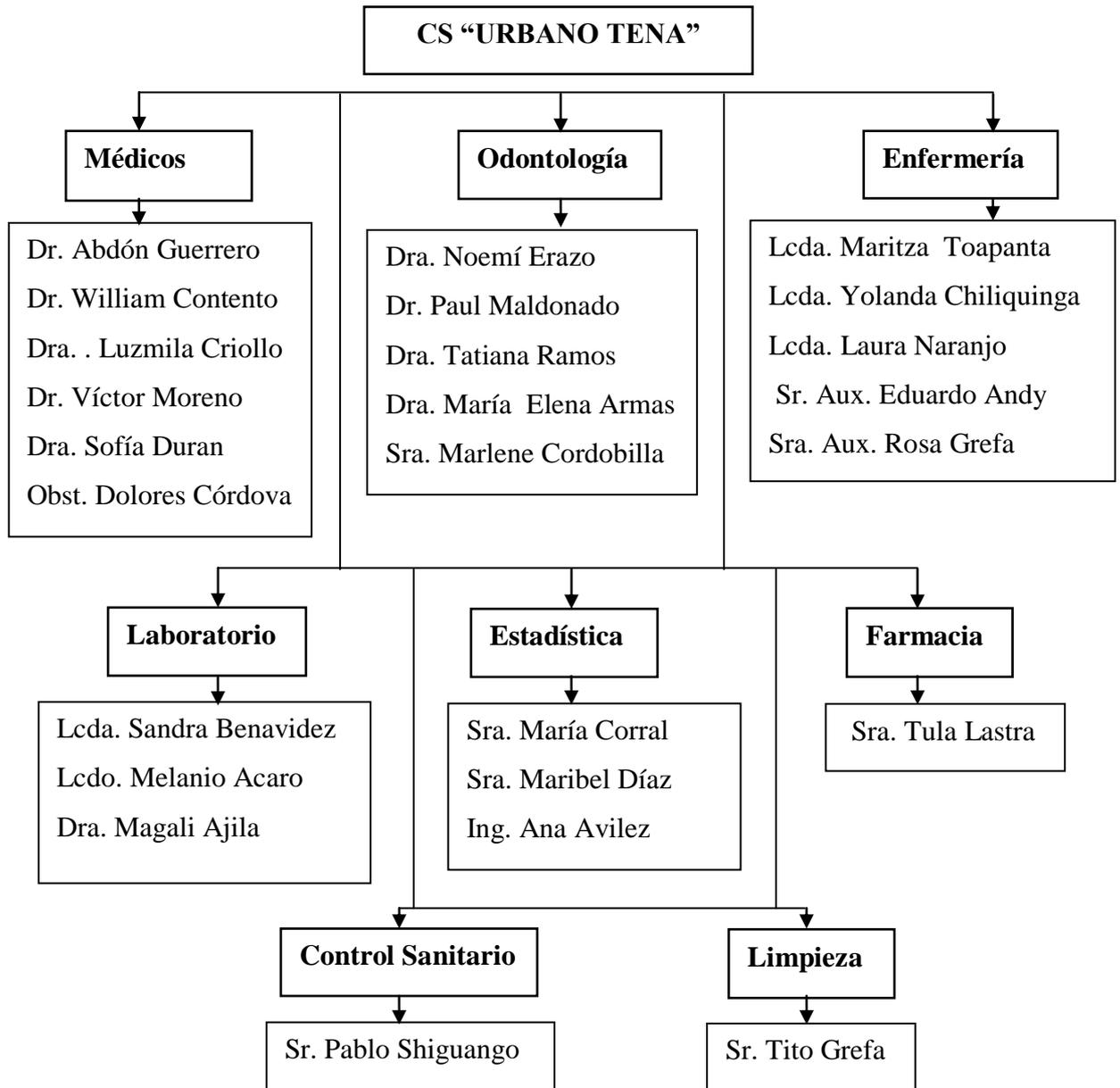
Las vías de acceso son regulares aunque la calle Rubén Cevallos se encuentra en malas condiciones. Existe una sola línea de bus que cumple con el trayecto hasta el Centro de Salud y es la línea 3.

El hospital de referencia más cercano se encuentra en el Tena, a 5 minutos de la Centro de Salud, y el sistema de referencia se lo realiza por gestión del personal.

El C. S. U. Tena se encuentra distribuido de la siguiente forma:



### 1.1.5 Recursos Humanos



### 1.1.6 POBLACIÓN Y COMUNIDADES DE INFLUENCIA

<b>MINISTERIO DE SALUD PUBLICA</b> <b>DIRECCION PROVINCIAL DE SALUD DE NAPO</b> <b>AREA DE SALUD N° 1</b> <b>AÑO 2013</b>		
UNIDAD OPERATIVA	C S U TENA	
GRUPOS DE EDAD	NUMERO	
6 A 11 MESES	592	
12 A 23 MESES	524	
1 A 4 AÑOS	2.068	
2 A 4 AÑOS	1.543	
5 A 9 AÑOS	2.714	
10 A 14 AÑOS	2.669	
15 A 19 AÑOS	2.522	
20 A 64 AÑOS	10.405	
65 A 74 AÑOS	522	
75 y mas AÑOS	292	
EMBARAZADAS	740	
M.EF. 10 A 49 AÑOS	7.709	
M.E.F. 15 A 49 AÑOS	6.163	
D.O.C. 25 A 64 AÑOS	4.617	
D.O.C. 35 A 64 AÑOS	2.764	
<b>POBLACION TOTAL</b>	<b>21.784</b>	

**Fuente:** INEC-Proyecciones de población por provincia.  
**ELAB.** MSP-Sistema Común de información

Las comunidades actuales del área de influencia de la unidad operativa, básicamente son:

Alto Ongota	Chonta yacu
Bajo Ongota	Calvario
San Gabriel	Tiwinza
Centro Auca	Alto Tena
Awapungo	San Fco. De Guayaquil
Huamahurco	Atacapi
Las Peñas	Tazayacu
Amaden	Huayrayacu
Aso. 21 de Enero	San Vicente

Santa Inés	San José de Chacumbi
San Pedro de Uglo	Chambira
Uglupamba	San Pedro de Acllack
Barrio Lupi	

Así como también de barrios que se encuentran alrededor del Centro de Salud, como son:

- Aeropuerto N 2
- Colinas
- Las Palmas
- Terere
- Pepita de Oro
- Tanques de agua
- San Alfonso
- Dos Ríos
- San Luis
- Barrio Central

El Centro de Salud Urbano Tena tiene una afluencia de usuarios muy elevada tratando de brindar atención con calidad y calidez a la mayoría de personas, se atiende en forma gratuita como en todas las dependencias del Ministerio de Salud Pública.

Se presta especial atención a menores de 5 años y mujeres embarazadas, los cuales reciben suplementos vitamínicos, nutricionales micronutrientes (Mi Papilla, Mi Bebida, hierro y vitamina A, respectivamente).

También se realiza Planificación Familiar con la entrega de anticonceptivos orales y parenterales como también del DIU y métodos de barrera como el preservativo. Así mismo la detección oportuna de cáncer de cuello uterino mediante el examen de Papanicolaou. En las mañanas el personal de salud brinda charlas educativas a todos los usuarios, con diferentes temas, cumpliendo así con actividades de promoción y prevención de la salud.

## TEÓRICO

### 1.2. ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA (AIEPI)



La estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) fue diseñada en 1996 por la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), para ayudar a reducir la mortalidad y la morbilidad infantil debido a enfermedades fácilmente prevenibles, y favorecer de este modo el crecimiento y desarrollo saludables en niños menores de cinco años, especialmente de los grupos más vulnerables. Esto se lograría a través de capacitación, información y educación. <sup>(1)</sup>

Desde entonces, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) promueve su aplicación en la región de las Américas y, hasta el año 2001, dieciocho países lo habían adoptado formalmente. En ellos se concentra el 52% de la población menor de cinco años del continente y en ellos ocurre el 75% de las muertes anuales en este grupo de edad. <sup>(1)</sup>

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) es una estrategia que combate las principales causas de muerte en la niñez, a través de la prevención y del tratamiento mejorando las habilidades del personal de salud, los sistemas de salud y las prácticas de la familia y la comunidad. <sup>(2)</sup>

*1 Organización Panamericana de la Salud (Documento PDF).*

*2 Organización Mundial de la Salud y UNICEF (Documento PDF).*

La estrategia de AIEPI es la intervención de mayor impacto que permite mejorar las condiciones de salud de los niños menores de 5 años, en particular, y reducir la carga de enfermedad general en la población; su diseño incluye acciones de detección precoz y tratamiento apropiado así como intervenciones de prevención y de promoción de la salud.<sup>(2)</sup>

Integra la evaluación sistemática y atención de los problemas de salud que afectan al niño, con medidas preventivas y de promoción de la salud que contribuyen a mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de la población respecto al cuidado del niño en el hogar.<sup>(2)</sup>

Además brinda una herramienta de trabajo concreta para fortalecer la integración de los servicios de salud, permitiendo que se establezcan o refuercen redes de atención entre servicios, tanto en una misma institución (hospitales) como entre instituciones de salud (hospitales, centros de salud, puestos de salud) y agentes comunitario. La efectiva aplicación de la estrategia AIEPI depende del adecuado funcionamiento e integración de los diferentes niveles de atención.<sup>(2)</sup>

### **1.2.1 Objetivos de la estrategia AIEPI**

- Reducir la mortalidad en los niños menores de 5 años, especialmente la ocasionada por neumonía, diarrea, malaria, tuberculosis, dengue, meningitis, trastornos nutricionales y enfermedades prevenibles por vacunas, así como sus complicaciones.<sup>(2)</sup>
- Reducir la incidencia y/o gravedad de los episodios de enfermedades infecciosas que afectan a los niños, especialmente neumonía, diarrea, parasitosis intestinales, meningitis, tuberculosis, malaria, además de los trastornos nutricionales.<sup>(2)</sup>
- Garantizar una adecuada calidad en la atención de los niños menores de 5 años, tanto en los servicios de salud como en el hogar.<sup>(2)</sup>

- Fortalece aspectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de la niñez en la atención de los servicios de salud y en la dinámica familiar, comunitaria y local.<sup>(2)</sup>
- Apoya los esfuerzos dirigidos a fortalecer el desarrollo local para la atención de la salud mejorando las actitudes, habilidades y destrezas en la familia, la comunidad y los sectores para el cuidado de los niños menores de 5 años y la protección del ambiente.<sup>(2)</sup>

### 1.2.2 Características de la estrategia (AIEPI)

La Atención Integrada a las enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) está basada en un enfoque que considera que el acceso a una buena atención para el niño es un derecho, que se caracteriza por las siguientes condiciones:<sup>(2)</sup>

**1) Aborda los principales problemas de salud del niño.** El enfoque está dirigido a evaluar en forma sistemática en la atención de todos los niños, las causas más importantes de mortalidad, morbilidad, los antecedentes de vacunación, los problemas de alimentación, lactancia materna, desarrollo, afecto entre otros.<sup>(2)</sup>

**2) Asegura la identificación precoz,** de todos los niños gravemente enfermos, con enfoque de riesgo.<sup>(2)</sup>

**3) Responde a la demanda actual de atención de la población,** 3 de cada 4 niños que acuden diariamente a hospitales, centros de salud y proveedores de atención de salud, tienen una de las cinco enfermedades a cuyo control está dirigida la estrategia.<sup>(2)</sup>

**4) Promueve la aplicación de acciones de promoción y de prevención** como condición necesaria para propiciar salud integral a la niñez, posicionando a la familia y a la comunidad como actores principales en el mejoramiento de las condiciones de vida de los niños y niñas.<sup>(2)</sup>

**5) Es eficaz en función del costo y su disminución.** El Banco Mundial (Invertir en salud, 1993) clasificó AIEPI entre las 10 intervenciones más eficaces en función del costo para los países de ingresos bajos y medianos. El tratamiento incorrecto de enfermedades de la infancia lleva al gasto de recursos escasos. <sup>(2)</sup>

**6) Mejora la equidad.** La estrategia AIEPI asegura una atención de calidad en el primer nivel de atención a través de la incorporación de medidas preventivas y curativas sencillas que protegen al niño de la muerte por neumonía, diarrea, sarampión, malaria y desnutrición, disminuyendo de esta manera la inequidad en la atención de salud. <sup>(2)</sup>

**7) Refuerza el concepto de integralidad.** Modifica la atención del niño, ya que su abordaje se hace desde su condición de salud y no solo por la enfermedad que pueda presentar. <sup>(2)</sup>

**8) Fortalece la capacidad de planificación y resolución del primer nivel de atención,** poniendo a disposición del personal de salud y de los agentes comunitarios de salud, las herramientas para la resolución adecuada de los problemas más frecuentes que afectan la salud del niño, y son motivo de consulta. <sup>(2)</sup>

**9) Fortalece la participación de la comunidad** en el cuidado, protección y promoción de la salud del niño. La educación para la salud, la comunicación y la información permiten conocer, intercambiar y/o mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de los padres, maestros y otras personas encargadas de su atención en el hogar y en la comunidad. <sup>(2)</sup>

**10) Posee ámbitos de aplicación en el servicio de salud y en la comunidad.** Enfatiza en el servicio de salud el manejo de casos y en la comunidad la promoción, prevención y factores protectores. <sup>(2)</sup>

### **1.2.3 Componentes de la estrategia AIEPI**

La estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia se operacionaliza a través de tres componentes. <sup>(2)</sup>

- **Mejoramiento del desempeño del Personal de Salud,** que incluye la adaptación, la capacitación y el seguimiento posterior para la prevención y control de enfermedades infantiles. <sup>(2)</sup>

- **Fortalecimiento de los Servicios de Salud**, para apoyar al trabajador de salud en sus tareas permanentes para que ofrezcan una atención de buena calidad. <sup>(2)</sup>
- **Mejoramiento de las prácticas familiares y comunitarias** que incluye las intervenciones que se hacen desde el servicio de salud, cuando se atiende a la madre y al niño, y las acciones en el hogar y la comunidad en beneficio de la salud de los niños. <sup>(2)</sup>

La estrategia beneficia al niño que acude a consulta por morbilidad o por atención del niño sano, se pretende que en primer lugar se busquen activamente signos que podrían agravarse rápidamente si no son detectados oportunamente y además sistematizar la evaluación de aspectos preventivos y promocionales para brindar una atención más completa de la que actualmente se ofrece. <sup>(2)</sup>

La estrategia AIEPI contempla una secuencia ordenada de pasos que permiten al personal de salud evaluar, clasificar y tratar diferentes problemas de salud que el niño puede presentar y que habitualmente no son detectados, al focalizar la atención solo en el motivo de consulta expresado por los padres. <sup>(2)</sup>

#### **1.2.4 Las intervenciones de la Estrategia AIEPI en el hogar son:**

- Educar a la madre y otros responsables del cuidado del niño.
- Enseñar los signos generales de peligro para la búsqueda oportuna de atención.
- Manejo precoz de los casos.
- Búsqueda apropiada de asistencia.
- Brindar atención de seguimiento para controlar la evolución del niño a partir del tratamiento indicado, o de las recomendaciones para su cuidado. <sup>(2)</sup>

### 1.2.5 Principios

Para cumplir sus objetivos, la estrategia AIEPI se debe basar en los siguientes principios:<sup>(2)</sup>

**Equidad:** tiene una connotación de justicia e igualdad social con responsabilidad y valoración de la individualidad, llegando a un equilibrio entre las dos cosas, la equidad es lo justo en plenitud; acceso igualitario a los medios de producción y distribución de los servicios de salud.<sup>(2)</sup>

**Integralidad:** Es un valor moral, que tienen las personas cuando son congruentes y respetuosas de sus actos y creencias.<sup>(2)</sup>

**Eficiencia:** Uso racional de los recursos con que se cuenta para alcanzar un objetivo predeterminado. A mayor eficiencia menor la cantidad de recursos que se emplearan, logrando mejor optimización y rendimiento.<sup>(2)</sup>

**Coordinación intersectorial e interinstitucional:** Mecanismos de coordinación entre sectores e instituciones para la definición conjunta de políticas de salud y para la solución concertada e integral de las mismas.<sup>(2)</sup>

**Participación social:** toda acción orientada directa o indirectamente a influir sobre las tomas de decisiones en asuntos sociales.<sup>(2)</sup>

**Trabajo en equipo:** grupo de personas trabajando de manera coordinada en la ejecución de un proyecto.<sup>(2)</sup>

**Longitudinalidad:** el seguimiento de los distintos problemas de salud de un paciente por el mismo personal.<sup>(2)</sup>

**Decisión y compromiso político:** acción orientada a comprometerse directa o indirectamente a participar activamente en los niveles de decisión de políticas en salud.<sup>(2)</sup>

**Ética:** la ética estudia la moral y determina que es lo bueno y, desde este punto de vista, como se debe actuar. Es decir, es la teoría o la ciencia del comportamiento moral. Se incluye la confidencialidad, moral, veracidad, etc.<sup>(2)</sup>

### **1.3. ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA (AIEPI) Y EL PROCESO DE ENFERMERÍA**

#### **El proceso de atención integral de las niñas y niños**

El proceso de AIEPI puede ser utilizado por médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud que atienden a las mujeres gestantes, a recién nacidos, lactantes, niñas y niños sanos o enfermos desde el nacimiento hasta menores de 5 años de edad. Se trata de un proceso de manejo de casos para ser utilizado en un establecimiento de primer nivel de atención.<sup>(3)</sup>

El proceso de AIEPI describe como atender a una niña o niño que asiste a un consultorio sano o por una enfermedad, o para una visita de seguimiento programada para verificar el crecimiento y desarrollo o su estado de inmunización. Además del tratamiento, el proceso incorpora actividades básicas para la prevención de enfermedades.<sup>(3)</sup>

El proceso de atención integrada de casos de AIEPI incluye los siguientes elementos: evaluar, clasificar la enfermedad, determinar el o los tratamientos, tratar de acuerdo a la clasificación, aconsejar a la madre o acompañante y consultas de reevaluación y seguimiento.<sup>(3)</sup>

*2 Organización Mundial de la Salud y UNICEF (Documento PDF).*

*3 Modulo de capacitación en la atención de enfermería del niño con diarrea, Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Lic. Enf. Verónica Basso, Argentina/Diciembre 2008. OPS/FCH/CH/09.02. E pag.18, 19, 22.*

Estos pasos permiten al personal de salud evaluar sistemáticamente; es decir, todas las personas lo deben hacer de la misma manera. En relación a la salud de la niña o niño AIEPI incluye Cuadros de Procedimientos específicos para dos grupos de edad.<sup>(3)</sup>

- De 0 a 2 meses (incluyendo procedimientos para la mujer embarazada), y
- De 2 meses hasta 5 años.
- Puericultura<sup>(3)</sup>

**Nota:** La prioridad de toda atención es enseñar a la madre cuando volver de inmediato.<sup>(3)</sup>

### **Proceso de enfermería aplicado a AIEPI**

El proceso de enfermería constituye una herramienta técnico científica en la atención que se le brinda a todo ser humano, en los diferentes niveles de atención, que permita en cualquier caso aplicar la promoción, educación, prevención, tratamiento y rehabilitación para limitar el daño que se genere a partir de diversos problemas que afectan al individuo, familia y a la comunidad.<sup>(3)</sup>

El proceso abarca una serie de dimensiones que afectan la salud y que a través del mismo se puede intervenir en los diferentes casos que se presentan para que el individuo pueda resolver sus problemas de salud, tomando en cuenta los aspectos socioeconómicos, culturales, espirituales, educativos, de tal forma que a través de las intervenciones se logre que las personas modifique su estilo de vida para tener mejor calidad de vida.<sup>(3)</sup>

El proceso de enfermería se ha definido como “*el método por el que se aplica la base teórica al ejercicio de la enfermería. Es un planteamiento para resolver problemas basados en una reflexión que exige capacidad cognoscitiva, técnicas e instrumentos que favorezcan la relación interpersonal. Tiene como fin satisfacer las necesidades del paciente, usuario y su familia*”.<sup>(3)</sup>

3Modulo de capacitación en la atención de enfermería del niño con diarrea, Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Lic. Enf. Verónica Basso, Argentina/Diciembre 2008. OPS/FCH/CH/09.02. E pag. 18, 19, 22.

## **Objetivos del proceso de enfermería**

Los objetivos del proceso de enfermería en AIEPI están dirigidos al paciente, enfermera/o y comunidad.<sup>(3)</sup>

### **Para el paciente:**

- Permitir la participación activa del paciente y su familia en los cuidados que se realizan en las diferentes etapas del proceso.
- Mantener el bienestar del paciente a un nivel óptimo.
- Garantizar la mejor calidad de vida del paciente y su familia durante el mayor tiempo posible.
- Realizar prácticas de auto cuidado.<sup>(3)</sup>

### **Para la enfermera/o:**

- Aumentar la satisfacción en el trabajo.
- Fomentar la relación enfermera paciente.
- Permitir la dirección del cuidado brindado al paciente durante las 24 horas del día. Educar para el auto cuidado.
- Permite la proyección social de la enfermería.<sup>(3)</sup>

### **Para la comunidad:**

- Fomentar la prevención y promoción de la salud.
  - Fomentar estilos de vida saludable.
  - Fortalecer la participación comunitaria.
  - Fomentar los valores comunitarios con enfoque de interculturalidad y género.
- (3)

*3Modulo de capacitación en la atención de enfermería del niño con diarrea, Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Lic. Enf. Verónica Basso, Argentina/Diciembre 2008. OPS/FCH/CH/09.02. E pag. 18, 19, 22.*

## **Consultas de reevaluación y seguimiento**

El seguimiento es otro momento de encuentro con la niña o niño y su familia, en el cual la enfermera/o podrá continuar el proceso de enfermería y reevaluar el plan de cuidados. En la consulta de seguimiento se averigua si ha presentado algún problema nuevo y si es necesario realizar una evaluación como si fuera una visita inicial. Si no presenta un problema nuevo, se evalúa de acuerdo a los Cuadros de Atención de Seguimiento.<sup>(3)</sup>

En la consulta de seguimiento, no se debe utilizar los Cuadros de Procedimientos para evaluar o clasificar un síntoma. Los Cuadros de Atención de Seguimiento indican las acciones a tomar de acuerdo a la evolución de su problema. Esto evita administrar medicamentos repetidos.<sup>(3)</sup>

## 1.4.LA DIARREA

Se define diarrea como la eliminación de tres o más deposiciones inusualmente líquidas o blandas en un periodo de 24 horas. <sup>(4)</sup>

Trastorno digestivo que se caracteriza principalmente por una mala absorción abrupta de los nutrientes, en particular agua y electrolitos, que se manifiesta sobre todo por un aumento del volumen de las heces y de su contenido de agua. <sup>(5)</sup>

Síndrome caracterizado por el aumento de la frecuencia fluidez y/o volumen de las heces, con disminución de su consistencia. <sup>(6)</sup>

### 1.4.1 Epidemiología

A nivel global hay alrededor de dos mil millones de casos de enfermedad diarreica cada año, y 1.9 millones de niños menores de 5 años de edad se complican a causa de diarrea anualmente, fundamentalmente en los países en desarrollo. Esto asciende a 18% de todas las complicaciones de niños menores de cinco años, y significa que más de 5.000 niños mueren cada día como resultado de enfermedades diarreicas. De todas las muertes infantiles provocadas por la diarrea, 78% ocurren en África y el sudeste Asiático. <sup>(2)</sup>

En los países industrializados, esta patología sigue siendo una causa importante de morbilidad y consume costos sustanciales de la salud. Cada niño menor de 5 años de edad presenta un promedio de tres episodios anuales de diarrea aguda. <sup>(2)</sup>

Gracias a los esfuerzos realizados en las últimas tres décadas se ha logrado disminuir la tasa de mortalidad en los países en desarrollo; se piensa que entre los factores que han contribuido a esos resultados, se incluye la distribución y el uso generalizado de Soluciones de Rehidratación Oral (SRO), el aumento de las tasas de lactancia materna, mejor nutrición, mejor estado sanitario e higiene y un aumento de la cobertura de la vacunación. <sup>(7)</sup>

2 Organización Mundial de la Salud y UNICEF (Documento PDF).

4 Manual de tratamiento de la diarrea en niños / Washington, D.C.OPS, 2008, Pag1

5 Pediatría Meneghelo /capítulo 247.3, pag1550.

6 Revista Papeña Medicina Familiar 2007/Dra. Tania Durán Collazos; 4(5): pág. 30

7 Organización Mundial de Gastroenterología 2012.pag7.

### **1.4.2 Vías de transmisión**

Los agentes infecciosos que usualmente causan los episodios diarreicos son transmitidos por una ruta fecal-oral, lo cual incluye la ingestión de alimentos o agua contaminada, la transmisión persona a persona y el contacto directo con las heces contaminadas.<sup>(8)</sup>

### **1.4.3 Factores de riesgo**

Algunas conductas de riesgo que facilitan la transmisión de organismos patógenos son:

- Preparar la comida con manos contaminadas;
- Permitir a los niños el gatear en lugares contaminados;
- Permitir a los niños el jugar en áreas contaminadas con heces animales o humanas.<sup>(8)</sup>

Factores de riesgo que facilitan la diseminación de los patógenos que causan diarrea, a saber:

- Falla en la lactancia materna exclusiva por 4-6 meses. El riesgo de desarrollar episodios severos de diarrea aumenta considerablemente en comparación con aquellos niños que recibieron una lactancia materna exclusiva adecuada, de igual manera aumenta el riesgo de morbi-mortalidad.<sup>(8)</sup>
- Falla para continuar la lactancia hasta el primer año de vida. La lactancia materna hasta el primer año de vida reduce la incidencia o severidad de algunos tipos de enfermedad diarreica, como shigellosis y cólera.<sup>(8)</sup>
- Utilización del biberón o “chupón”. Estos son fácilmente contaminables con materia fecal y son difíciles de limpiar. Cuando se agrega leche a un biberón contaminado; si esta no es consumida de inmediato, facilita el crecimiento bacteriano.<sup>(8)</sup>

- Almacenar alimentos cocinados a temperatura ambiente. Cuando se guardan los alimentos cocinados para su consumo posterior, estos pueden contaminarse con facilidad.<sup>(8)</sup>
- Beber agua contaminada con materia fecal. El agua puede contaminarse desde su fuente o en el hogar.<sup>(8)</sup>
- Falla en el lavado de manos antes de cocinar, después de defecar o después de manipular heces.<sup>(8)</sup>
- Falla en el desecho adecuado de las heces (incluyendo los pañales) de una manera higiénica. Las heces de los niños pueden contener una gran cantidad de virus infecciosos o bacterias. Las heces animales pueden también transmitir infecciones entéricas a los humanos.<sup>(8)</sup>

Factores debido a variaciones climáticas:

- Diarreas Virales se incrementan durante el invierno
- Diarreas por bacterias se incrementan en épocas de sequía.<sup>(9)</sup>

#### **1.4.4 Etiopatogenia**

El origen es viral, parasitario, bacteriano y no infeccioso este último puede deberse a: transgresión alimentaria, alergia, uso de medicamentos, intolerancia a algún componente alimentario (lactosa, glucosa, etc.).<sup>(6)</sup>

#### **Viral**

Generalmente de comienzo brusco, con vómitos y fiebre que preceden en varias horas al comienzo de la diarrea. Los rotavirus son la causa más común especialmente en lactantes y niños pequeños, lesionan las células epiteliales del intestino delgado, produciendo tumefacción, vacuolización y necrosis a causa de sus enteró toxinas.<sup>(6)</sup>

6 *Revista Papeña Medicina Familiar 2007/Dra. Tania Durán Collazos; 4(5): pág. 30*

8 *Plan General para la Construcción de Criterios Técnicos (revista fármacos 2003, 16 (1-2) pg.5.*

9 *Guía de Manejo de EDA/ Carmen Emilia Ospina / Versión 1 / código G-SA-20 pag6.*

Produce cambios en el microcirculación alterando la absorción de nutrientes y líquidos lo que ocasiona una diarrea osmótica.<sup>(6)</sup>

### **Bacteriana**

Generalmente en niños mayores. Con condiciones deficitarias de higiene y alimentación. Las diarreas son acuosas con moco y pueden contener sangre. La diarrea se produce por 3 mecanismos. 1). Liberación de entero toxinas (V. Cholerae, E. colienterotoxigenica). 2) Enteroinvasión (E. Colienterohemorrágica). 3) Proliferación intracelular (Shigella) esta última además puede ocasionar alteraciones en el sensorio, convulsiones y coma por liberación de neurotoxinas.<sup>(6)</sup>

### **Parasitaria**

Transmitida por vía ano-mano-boca. E. histolítica puede causar diarrea mucosanguinolenta con poco compromiso del estado general. Cryptosporidium y Giardialamblia si bien se asocia a diarrea prolongada, puede dar episodios de diarrea aguda.<sup>(6)</sup>

### **Agentes frecuentes en diarrea aguda <sup>(6)</sup>**

<b>ETIOLOGIA</b>	<b>FORMA DE TRANSMISIÓN</b>
<b>VIRALES</b> Rotavirus Adenovirus Enterovirus	Fecal – oral Respiratoria.
<b>BACTERIANAS</b> E. Colienterotoxigenica.	Fecal-oral
E. Colienteroadherente, Enterotoxigenica	Fecal – oral
E. Colienteropatógena	
Salmonella no typhi (enteritidis, choleraesuis)	Alimentos contaminados por manipuleo de persona colonizada.
Vibrio cholerae	Agua y alimentos contaminados.
Yersenia, Proteusmirabelis	Alimentos contaminados.
<b>PARASITARIAS</b> GiardiaLamblia	Alimentos y aguas contaminadas. Los quistes pueden sobrevivir más de 3 meses.
Cryptosporidium	Persona – persona y aguas contaminadas.
Entamoebahistolitica. Balantidiumcoli.isospora belli	Persona a persona. Alimentos aguas contaminadas. En inmunocomprometidos.

## 1.4.5 TIPOS CLÍNICOS DE ENFERMEDADES DIARREICAS

Se puede reconocer cuatro tipos clínicos de diarrea:

### A) De acuerdo a su duración

**Diarrea aguda:** Síndrome caracterizado por el aumento de la frecuencia fluidez y/o volumen de las heces, con disminución de su consistencia. <sup>(6)</sup> Cuando la diarrea dura menos de 14 días. <sup>(4)</sup>

**Diarrea persistente:** cuando la duración de la diarrea es mayor de 14 días, pero persiste por 14 días o más. Los riesgos principales son la desnutrición y las infecciones extra intestinales graves de deshidratación. <sup>(4)</sup>

### B) De acuerdo a la presencia o no de sangre en heces :

**Diarrea disentérica:** cuando hay presencia de sangre visible en heces, es de escasa cantidad generalmente no lleva a la deshidratación si no a la desnutrición, va acompañado de fiebre, dolor abdominal, vómitos, inapetencia. <sup>(4)</sup>

Los agentes etiológicos que producen generalmente son: *Shigella flexneri*, *Campylobacter jejuni*, *Entamoeba histolytica*, estos tienen carácter invasivo a la mucosa intestinal. <sup>(4)</sup>

C) **Diarrea acuosa:** es de consistencia líquida sin presencia de sangre visible. Es generalmente de abundante cantidad y su consecuencia más importante es la deshidratación. Este tipo clínico de diarrea se divide en dos subtipos. <sup>(4)</sup>

**Diarrea secretora:** es por incremento de secreciones intestinales por ejemplo: diarrea producido por *Vibrio cholerae* y por la *Escherichia coli* enterotoxigénica. <sup>(4)</sup>

**Diarrea osmótica:** es por incompetencia de la mucosa intestinal para una adecuada absorción subsecuente a una descamación exagerada del epitelio intestinal. Por ejemplo típico: diarrea ocasionada por el rotavirus. <sup>(4)</sup>

4 Manual de tratamiento de la diarrea en niños / Washington, D.C. OPS, 2008, Pag2.

6 Revista Papeña Medicina Familiar 2007/Dra. Tania Durán Collazos; 4(5): pág.30, 31

Categoría	Manifestación clínica
Diarrea aguda	Presencia de 3 o más deposiciones acuosas, disminuidas de consistencia, en las 24 horas previas
Disentería	Presencia de sangre visible en las materias fecales
Diarrea persistente	Episodio de diarrea de inicio agudo y que dura más de 14 días

7 Organización Mundial de Gastroenterología 2012.pag7.

## 1.4.6 EVALUACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LA DIARREA

Pregunte sobre diarrea entodoslos niños /niñas, **PREGUNTE:**

### ¿Tiene el niño / niña diarrea?

Refiérase a la diarrea con palabras que los padres o cuidadores entiendan.

Si responden que el niño /niña NO tiene diarrea, pregúntele sobre el próximo signo principal, fiebre.<sup>(10)</sup>

Si responde que el niño /niña SI tiene diarrea, o si ya había explicado que la diarrea era el motivo por el que había acudido al servicio de salud, registre la respuesta. Luego evalúe al niño/ niña para ver si hay signos de deshidratación, diarrea persistente y /o disentería.<sup>(10)</sup>

### ¿Hace cuánto tiempo?

La diarrea con una duración de **14 días o más** es diarreapersistente.

Deles tiempo para que les respondan a la pregunta dado que tal vez necesiten tiempo para recordar el número exacto de días.<sup>(10)</sup>

### ¿Hay sangre en las heces?

Pregúnteles si han visto sangre en las heces en algún momento durante este episodio de diarrea.<sup>(10)</sup>

7 Organización Mundial de Gastroenterología 2012.pag7.

10 "Manual de capacitación en AIEPI, preparado por el Equipo de Salud de la Niñez Enero 2004; Dra. Carmen Laspina, Dra. Irlanda Ordoñez, Ing. Lupe Orozco, Dr. Walter Torres, Dr. Roberto Chiriboga y Dr. Miguel Hinojosa". Pág. 28, 29,30 Edición 1.

A continuación, verifique si hay signos de **deshidratación**. Cuando un niño/niña comienza a estar deshidratado, se muestran inquietos e irritables.<sup>(10)</sup>

Si la deshidratación persistente, se torna letárgico o inconsciente. A medida que el cuerpo del niño/niña pierde líquidos, los ojos pueden verse o estar hundidos. Si se pellizca al niño/niña, la piel vuelve a su posición inicial lenta o muy lentamente.<sup>(10)</sup>

Luego, **observe:**

### **El estado general del niño/niña**

Cuando verificó la presencia de signos de peligro en general, observe si el niño/niña se encontraba **letárgico o inconsciente**. Si está letárgico o inconsciente, presenta un signo general de peligro. Recuerde utilizar este signo de peligro en general para clasificar la diarrea.<sup>(10)</sup>

Un niño/niña presenta el signo **inquieto e irritable** si todo el tiempo se comporta de esta manera o cada vez que le tocan o mueven. Si un lactante o niño/niña está tranquilo mientras se amamanta pero al dejar de tomar el pecho se torna nuevamente inquieto e irritable, presenta el signo “inquieto o irritable”. Muchos niños/niñas pueden estar molestos solo porque se encuentran en el consultorio. Generalmente es posible consolar y calmar a estos niños/niñas y no significa que tiene el signo “inquieto e irritable”.<sup>(10)</sup>

### **Si los ojos están hundidos**

Los ojos de un niño/niña deshidratado tal vez parezcan hundidos. Decida si usted considera que los ojos están hundidos. Luego pregúnteles a los padres o cuidadores si piensan que los ojos del niño/niña se ven diferentes. Su opinión le ayuda a confirmar que los ojos del niño/niña están hundidos.<sup>(10)</sup>

**Nota:** En un niño/niña severamente desnutrido, visiblemente emaciado (es decir, con marasmo), los ojos siempre pueden parecer hundidos, incluso si el niño/niña no padece deshidratación.<sup>(10)</sup>

*10 “Manual de capacitación en AIEPI, preparado por el Equipo de Salud de la Niñez Enero 2004; Dra. Carmen Laspina, Dra. Irlanda Ordoñez, Ing. Lupe Orozco, Dr. Walter Torres, Dr. Roberto Chiriboga y Dr. Miguel Hinojosa”. Pag 28, 29,30. Edición 1.*

A pesar de que el signo de los ojos hundidos es menos confiable en un niño/niña emaciado, aún debe utilizar el signo para deshidratación.<sup>(10)</sup>

### **Ofrezca líquido al niño/niña**

Ofrezca agua al niño/niña en una taza o cuchara. Observe como bebe.

Un niño/niña no **puede beber** si no es capaz de llevar líquidos a la boca y tragarlo.

Un niño/niña **bebe mal** si está demasiado débil y necesita ayuda para hacerlo. Solo puede tragar cuando se le pone el líquido en la boca.<sup>(10)</sup>

Un niño/niña pose un signo **bebe ávidamente, con sed** si es evidente que desea beber. Observe si el niño intenta alcanzar la taza o la cuchara cuando se le ofrece líquidos. Cuando se le retira el agua, observe si el niño/niña se enoja porque quiere beber más.<sup>(10)</sup>

Si el niño/niña toma un sorbo solo porque se le incita a hacerlo y no quiere más, no presenta el signo “bebe ávidamente, con sed”.<sup>(10)</sup>

### **Pellizque la piel del abdomen**

Solicíteles que coloquen al niño/niña en la camilla acostado boca arriba con los brazos a los costados del cuerpo (no sobre la cabeza) y las piernas extendidas, o pídale que le coloquen sobre su regazo, acostado boca arriba.<sup>(10)</sup>

Localice la región del abdomen del niño/niña entre el ombligo y el costado. Para hacer el pliegue cutáneo, utilice los dedos pulgar e índice; no emplee la punta de los dedos por que causará dolor. Coloque la mano de modo que cuando pellizque la piel, se forme un pliegue longitudinal en relación con el cuerpo del niño/niña y no transversal.<sup>(10)</sup>

Levante firmemente todas las capas de la piel y el tejido por debajo de ellas. Pellizque la piel durante un segundo, luego suéltela y fíjese si la piel vuelve a su lugar.<sup>(10)</sup>

- Muy lentamente (en más de 2 segundos)<sup>(10)</sup>

*10 “Manual de capacitación en AIEPI, preparado por el Equipo de Salud de la Niñez Enero 2004; Dra. Carmen Laspina, Dra. Irlanda Ordoñez, Ing. Lupe Orozco, Dr. Walter Torres, Dr. Roberto Chiriboga y Dr. Miguel Hinojosa”. Pág. 28, 29,30. Edición 1.*

- Lentamente (la piel permanece levantada aunque sea brevemente)
- Inmediatamente<sup>(10)</sup>

En un niño/niña con marasmo (desnutrición grave), la piel puede volver a su lugar lentamente incluso cuando no está deshidratado.<sup>(10)</sup>

En un niño/niña con sobrepeso o edema, la piel puede volver a su lugar inmediatamente aun si está deshidratado. Si está deshidratado. Si bien el pliegue cutáneo es menos claro en estos niños, utilícelos para clasificar la deshidratación.<sup>(10)</sup>

### Cómo clasificar la diarrea

Si un niño/niña presenta el signo principal de diarrea, puede clasificarse como deshidratación, diarrea persistente, disentería. Al clasificar la diarrea, los niños/as:

- Si presenta signos de deshidratación, se clasifica como diarrea con deshidratación.
- Si han padecido diarreas durante 14 días o más, clasifíquelos, como diarrea persistente.
- Si tiene sangre en las heces clasifíquelos como disentería.<sup>(10)</sup>

### Evaluación de la deshidratación utilizando el “método Dhaka”<sup>(7)</sup>

Evaluación	Plan A	Plan B	Plan C
1 Estado General	Normal	Irritable/hipoactivo*	Letárgico/comatoso*
2 Ojos	Normal	Hundidos	–
3 Mucosa	Normales	Secas	–
4 Sed	Normal	Sediento	Incapaz de beber*
5 Pulso radial	Normal	Volumen bajo*	Ausente/ incontable*
6 Turgidez de la piel	Normal	Reducida*	–
Diagnóstico	No hay deshidratación	Cierta deshidratación. Se observan por lo menos dos signos, incluyendo por lo menos un signo clave (*)	Deshidratación severa. Se observan signos de “cierta deshidratación” más al menos un signo clave (*)
Tratamiento	Evitar la deshidratación  Reevaluar periódicamente	Rehidratar con SRO a no ser que no pueda beber  Reevaluación frecuente	Rehidratar con líquidos i.v. y SRO  Reevaluación más frecuente

7 Organización Mundial de Gastroenterología 2012.pag9.

10 “Manual de capacitación en AIEPI, preparado por el Equipo de Salud de la Niñez Enero 2004; Dra. Carmen Laspina, Dra. Irlanda Ordoñez, Ing. Lupe Orozco, Dr. Walter Torres, Dr. Roberto Chiriboga y Dr. Miguel Hinojosa”. Pág. 28, 29,30. Edición 1.

A todo niño atendido por diarrea es necesario, después de evaluarlo, hacerle una doble clasificación:

- De acuerdo al estado de hidratación (no deshidratado, deshidratado o deshidratado grave).
- De acuerdo al tipo de diarrea (líquida aguda, disentería o diarrea persistente).<sup>(1)</sup>

De esta manera se le brindará un tratamiento y control más racionales.<sup>(9)</sup> **EVALUACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LA DIARREA**<sup>(1)</sup>

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, PREGUNTAR:	OBSERVAR Y DETERMINAR		EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Hace cuánto tiempo?</li> <li>• ¿Hay sangre en las heces?</li> </ul>	El estado del niño(a) Está: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Letárgico o inconsciente?</li> <li>• ¿Intranquilo o irritable?</li> <li>• Si tiene los ojos hundidos</li> <li>• Signos de pliegue cutáneo</li> </ul>	Deshidratación	Dos de los signos siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Letargia o inconsciencia</li> <li>• Intranquilo o irritable</li> <li>• Ojos hundidos</li> <li>• Signo de pliegue cutáneo</li> <li>• Mama mal o no puede mamar</li> </ul>	<b>Deshidratación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Referir urgentemente al hospital con la madre dando sorbos frecuentes de suero oral en el camino.</li> <li>• Dar líquidos para la deshidratación grave: Aplicar plan C</li> <li>• Aconsejar a la madre que continúe dándole el pecho</li> </ul>
		Clasificar la diarrea	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay signos suficientes para clasificar como deshidratación</li> </ul>	<b>No tiene deshidratación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar líquidos para tratar la diarrea en casa (Plan A)</li> <li>• Indicar cuándo volver de inmediato</li> <li>• Enseñar signos de peligro y medidas preventivas</li> <li>• Si la diarrea continúa, hacer seguimiento 2 días después</li> </ul>
		Tiene diarrea hace 7 días o más	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene diarrea hace 7 días o más</li> </ul>	<b>Diarrea prolongada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Referirlo urgentemente al hospital, con la madre administrándole sorbos frecuentes de suero oral.</li> <li>• Recomendar a la madre que continúe dándole el pecho</li> </ul>
		Tiene sangre en las heces	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene sangre en las heces</li> </ul>	<b>Diarrea con sangre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Referirlo urgentemente al hospital</li> <li>• Recomendar a la madre que continúe dándole el pecho si tolera</li> <li>• Administrar una dosis de vitamina K intramuscular</li> <li>• Administrar la primera dosis de los antibióticos recomendados</li> </ul>

1 Organización Panamericana de la Salud, (Serie OPS/FCH/CA/06.2.E).2005, Pág. 7

9 Guía Manejo de EDA/ Carmen Emilia Espina, (código G-SA-20/versión 1). 2010, pág. 9

## 1.5.PLAN A: TRATAR LA DIARREA EN CASA

Tratamiento de un niño/o niña cuando tiene diarrea pero SIN DESHIDRATACIÓN.

Las cuatro reglas del tratamiento en casa son:

1. DAR MAS LIQUIDOS ( todo lo que el niño/niña acepte)<sup>(10)</sup>
2. CONTINUAR LA ALIMENTACIÓN <sup>(10)</sup>
3. CUÁNDO REGRESAR<sup>(10)</sup>
4. INDICAR MEDIDAS PREVENTIVAS <sup>(11)</sup>

Los niños/niñas que padecen diarrea y llega al establecimiento de salud SIN DESHIDRATACION recibirán tratamiento de acuerdo con el **plan A.**<sup>(10)</sup>

### 1.5.1 REGLA 1: DAR MÁS LÍQUIDO

**Decir a los padres o cuidadores que:**

Le dé todo el líquido que acepte dar más liquido de lo acostumbrado, tan pronto como comience la diarrea, el propósito es reemplazar líquidos que se pierde con la diarrea y prevenir la deshidratación.<sup>(10)</sup>

Dígales a los padres o cuidadores que le dé el pecho con más frecuencia y durante más tiempo y que le debe dar otros líquidos después de dar el seno.<sup>(10)</sup>

El suero oral se recomienda para prevenir la deshidratación en la casa. Además se puede ofrecer otros líquidos preparados con alimentos por ejemplo: sopa, agua de arroz, yogur casero, y/o agua limpia con una tasa y cuchara.<sup>(10)</sup>

El **plan A** describe dos situaciones en las que los padres o cuidadores deben administrar el suero oral en la casa.<sup>(10)</sup>

- 1) **El niño/niña ha recibido tratamiento con el plan B o el plan C durante esta visita.** En otras palabras, acaba de ser rehidratado. A este niño/niña le ayudará beber el suero oral para evitar que se vuelva a deshidratar.<sup>(10)</sup>

*10 "Manual de capacitación en AIEPI, preparado por el Equipo de Salud de la Niñez Enero 2004; Dra. Carmen Laspina, Dra. Irlanda Ordoñez, Ing. Lupe Orozco, Dr. Walter Torres, Dr. Roberto Chiriboga y Dr. Miguel Hinojosa". pág. 93, 94,95.*

*11Guía de bolsillo AIEPI/ Dr. Luis Carlos Ochoa V., Dr. Ricardo Posada S., Dr. Felipe Restrepo N, Lic. Patricia Aristizabal M. / IPS-SUSALUD. Pág. 89.*

**El niño/niña no puede regresar a un servicio de salud si empeora la diarrea.**

Porejemplo, la familia vive muy lejos o los padres cuidadores tienen un empleo al que no puede faltar.<sup>(10)</sup>

Enseñar a los padres o cuidadores a preparar la mezcla o como dar suero oral.

Entregarle por lo menos dos paquetes de suero oral para utilizar en la casa.<sup>(10)</sup>

Los pasos para hacer el suero oral son:

- Lávese las manos con agua y jabón.
- Vierta el contenido de un paquete en un recipiente limpio. Utilice cualquier recipiente disponible, como un frasco, un tazón o una botella.
- Mida un litro de agua pura. Es mejor hervir y enfriar el agua, pero si no se puede, use el agua más limpia que tenga.
- Vierta el agua con el recipiente con el polvo de suero oral. Mezcle bien hasta que el polvo se disuelva completamente.
- Pruebe la solución para que sepa el gusto que tiene.<sup>(10)</sup>

Mostrar a los padres o cuidadores a cargo del niño/a la cantidad de líquidos que debe darle de los que le da habitualmente.

- Hasta los dos años: 50 a 100 ml después de cada deposición diarreica.
- 2 años o más: de 100 a 200 ml después de cada deposición diarreica.<sup>(10)</sup>

La diarrea puede durar algunos días y el SRO no interrumpirá la diarrea. El beneficio del SRO es que reemplaza el líquido y las sales que el niño/a pierde con la diarrea o impide que se agrave.<sup>(10)</sup>

Educar a los padres que:

- Deben dar sorbitos frecuentes de una taza o cuchara.
- Si el niño/a vomita, esperen 10 min antes de darle más líquidos. Luego continúen dándole líquido, pero más lentamente.<sup>(10)</sup>

*10 "Manual de capacitación en AIEPI, preparado por el Equipo de Salud de la Niñez Enero 2004; Dra. Carmen Laspina, Dra. Irlanda Ordoñez, Ing. Lupe Orozco, Dr. Walter Torres, Dr. Roberto Chiriboga y Dr. Miguel Hinojosa". pag 93, 94,95.*

- Continuar administrando líquidos hasta que cese la diarrea.<sup>(10)</sup>

### **Terapia de rehidratación oral**

El tratamiento lógico de esta condición debe incluir el uso de soluciones electrolitos que contengan la mayoría de las sales que se pierden (sodio, cloro, potasio, bicarbonato) y además glucosa que facilitan la absorción intestinal de sodio y agua.<sup>(12)</sup>

### **Solución de rehidratación oral (SRO):**

Cloruro de sodio	3.5 gramos
Cloruro de potasio	1.5 gramos
Citrato de sodio tribásico	2.9 gramos
Glucosa	20.0 gramos
Agua	1 litro <sup>(12)</sup>

### **Auto preparación de la SRO**

Básicamente hay tres opciones para disponer de sales de rehidratación oral en el hogar:

- 1) Los sobres de SRO empaquetados industrialmente.
- 2) El suero casero o suero simple de sal y azúcar que podría ser preparado por la madre en su hogar.
- 3) Alimentos o líquidos que son preparados y administrados a los niños en forma habitual, y por su composición se asemejan a las SRO, esto es, que contengan sales (todas o al menos sodio) y un soluto (carbohidrato y/o proteínas) que faciliten la absorción del sodio y agua. Ejemplo: sopa de fideo y pollo, sopa de arroz o de mandioca, que están preparadas con sal.<sup>(12)</sup>

*10 "Manual de capacitación en AIEPI, preparado por el Equipo de Salud de la Niñez Enero 2004; Dra. Carmen Laspina, Dra. Irlanda Ordoñez, Ing. Lupe Orozco, Dr. Walter Torres, Dr. Roberto Chiriboga y Dr. Miguel Hinojosa". pag 93, 94,95.*

*12 Atención primaria de salud principios y métodos/OPS/1992, segunda edición.pag192, 194, 195.*

La fórmula para el auto preparación del SRO son las siguientes:<sup>(12)</sup>

Sal común	1 cucharadita
Azúcar (sacarosa)	8 cucharaditas
Agua	1 litro (4 tazas llenas; hay que confirmarlo a nivel local.)

La preparación de la solución de rehidratación oral (SRO) en casa puede presentar muchas dificultades, y existe el peligro de producir una hipernatremia en el niño cuando la solución contiene demasiada sal o muy poca agua.<sup>(12)</sup>

### **1.5.2 REGLA 2: CONTINUAR LA ALIMENTACIÓN**

Durante la enfermedad se debe continuar la alimentación acostumbrada en condiciones normales, y se debe aumentar el número de porciones después de que la diarrea desaparezca.<sup>(4)</sup>

La lactancia materna debe continuarse siempre. La idea es dar alimento nutritivo en la cantidad que el niño acepte. Continuarla alimentación también acelera la recuperación de su función intestinal normal, esto incluye la capacidad para digerir y absorber varios nutrientes, los niños a quienes se les restringe o diluye la alimentación pierde peso, tienen diarrea de mayor duración y recupera la función intestinal más lentamente.<sup>(4)</sup>

#### **Que alimentos dar**

Son los mismos requeridos para niños sanos.

#### **Leche**

1. Se debe aconsejar que los niños sean lactados más de lo usual.
2. Los bebés que no reciben leche materna deberían recibir su fórmula acostumbrada al menos cada tres horas, si es posible con taza.<sup>(4)</sup>

*4 Manual de tratamiento de la diarrea en niños / Washington, D.C.OPS, 2008, Serie II, Pág. 238,239,240.  
12 Atención primaria de salud principios y métodos/OPS/1992, segunda edición. pág., 195.*

3. Los bebés menores de seis meses que reciben leche materna y otros alimentos deberían recibir más leche materna. Si se están dando otros líquidos además de la leche, debe usarse una taza en lugar de un biberón. <sup>(4)</sup>

Es más importante monitorear la respuesta clínica del niño (por ejemplo, aumento de peso, estado general). <sup>(4)</sup>

### **Otros alimentos**

Si el niño es mayor de seis meses y ya estará recibiendo otros alimentos, deberían recibir cereales, vegetales y otros alimentos además de la leche. Si el niño es mayor de seis meses y todavía no se han indicado otros alimentos, éstos deberían iniciarse durante la diarrea o tan pronto termine. <sup>(4)</sup>

Los alimentos basados en la leche fermentada pueden digerirse más fácilmente. La leche debería mezclarse con un cereal. Si es posible, se deben agregar de 5 a 10 ml de aceite vegetal a cada ingesta de cereal. Se debe dar carne, pescado o huevos, si están disponibles. <sup>(4)</sup>

Los alimentos ricos en potasio, como plátanos, papas, agua de coco verde y jugo de fruta fresca, son beneficiosos. <sup>(4)</sup>

### **Cuánto alimento y con qué frecuencia**

Ofrecer alimentos cada tres o cuatro horas (seis veces al día). Las comidas pequeñas frecuentes son mejor toleradas. <sup>(4)</sup>

### **1.5.3 REGLA 3: CUANDO VOLVER**

Diga a los padres o cuidadores cuáles son los signos que le indican que deben regresar:

- No es capaz de beber o tomar el pecho.
- Empeora <sup>(10)</sup>

*4 Manual de tratamiento de la diarrea en niños / Washington, D.C. OPS, 2008, Serie II, Pág. 238, 239, 240.*

*10 "Manual de capacitación en AIEPI, preparado por el Equipo de Salud de la Niñez Enero 2004; Dra. Carmen Laspina, Dra. Irlanda Ordoñez, Ing. Lupe Orozco, Dr. Walter Torres, Dr. Roberto Chiriboga y Dr. Miguel Hinojosa". pág. 93, 94, 95.*

- Tiene fiebre<sup>(10)</sup>

Si el niño tiene diarrea, también dígales que regrese si el niño/a tiene:

- Sangre en las heces
- Bebe mal o vomita<sup>(10)</sup>

#### **1.5.4 CUARTA REGLA: INDICAR MEDIDAS PREVENTIVAS**

Es importante en todo niño que es dado de alta promover prevención para evitar nuevos episodios de diarrea, estas 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
- 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 y otros materiales que estén en contacto con él bebe. (11)

*10 "Manual de capacitación en AIEPI, preparado por el Equipo de Salud de la Niñez Enero 2004; Dra. Carmen Laspina, Dra. Irlanda Ordoñez, Ing. Lupe Orozco, Dr. Walter Torres, Dr. Roberto Chiriboga y Dr. Miguel Hinojosa".pág.93, 94,95.*

*11 Guía de bolsillo AIEPI/ Dr. Luis Carlos Ochoa V., Dr. Ricardo Posada S., Dr. Felipe Restrepo N, Lic. Patricia Aristizabal M. / IPS-SUSALUD. Pág. 89.*

## **CAPITULO II**

### **DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **2.1. Tipo de Estudio**

La investigación que se va a realizar es de tipo no experimental por que el investigador se limita a observar, medir y analizar los acontecimientos sin manipulación de variables, además es este de campo y bibliográfica.

Es investigación de campo, debido a que la indagación se realiza en el medio donde se desarrolla el problema y es bibliográfica por que se obtuvo información a través de consultas de diferentes libros, revistas y otras fuentes a fin de obtener información en cuanto a las teorías en las que se sustentó la tesis.

#### **2.2. Diseño del Estudio**

**Descriptivo:** Esta se basa en la descripción de los sucesos y en el análisis de las realidades, dirigido a determinar “como es” o “como esta” la situación de las variables que se estudian en una población.

#### **Diseño por la dimensión temporal:**

El reciente estudio es transversal por la aplicación de encuestas a los padres de familia de los niños/as que son atendidos en consulta externa del Centro de Salud Urbano Tena, durante un tiempo determinado.

#### **2.3. Universo y Muestra**

El universo poblacional utilizado para nuestra investigación es de 334 niños/as que presentaron enfermedades diarreicas agudas que acuden por consulta externa del Centro de Salud Urbano Tena, durante el tiempo de estudio.

## 2.4. Población y muestra

### Formula estadística

**n** = Tamaño de la muestra

**N** = Universo o Población.

**e2**= Error de estimación 0.05

$$n = \frac{N}{e^2(N - 1) + 1}$$

$$n = \frac{334}{(0.05)^2(334 - 1) + 1}$$

$$n = \frac{334}{(0.0025) (333) + 1}$$

$$n = \frac{334}{1.83}$$

$$n = 183$$

## 2.5. Métodos, Técnicas e Instrumentos

**Observación:** Este método es un registro visual de lo que ocurre en una situación real, permitiéndonos obtener datos mediante la observación de características, condiciones de los individuos, conductas, actividades y factores ambientales de la población en estudio.

**Encuesta:** Esta técnica consiste en obtener información de los sujetos de estudio, proporcionada por ellos mismos, sobre opiniones, conocimientos, actitudes o sugerencias, de los padres de familia.

**Entrevista:** Es la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto. En este caso no se ejecutara la entrevista debido a que los sujetos de estudio son niños y por tal motivo se realiza las encuestas a los padres de familia.

## **2.6. Análisis e interpretación de datos**

Para ejecutar el análisis e interpretación de los resultados de investigación, lo realizaremos a través del programa Excel, tablas y gráficos.

## CAPÍTULO III

### PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

#### 3.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

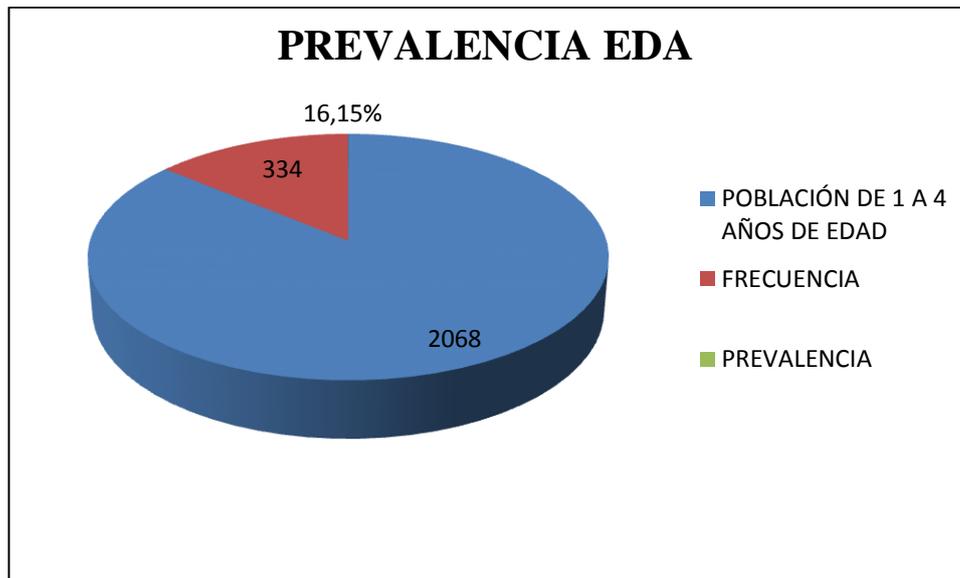
TABLA N° 1

**Prevalencia de las Enfermedades Diarreicas Agudas en el CS “Urbano Tena” en niños de 1 a 4 años de edad.**

POBLACIÓN DE 1 A 4 AÑOS DE EDAD	FRECUENCIA	PREVALENCIA
2.068	334	16.15%

**FUENTE:** Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los padres de familia de niños/as con EDA que acuden al CS “Urbano Tena”.

**ELABORADO POR:** IRE. Wilmer Guanotaxi, IRE. Luis Sisa



**ANÁLISIS:** En relación a la Tabla N° 1 vemos que el 16.15% representa la prevalencia de la EDA en el CS “Urbano Tena” en niños de 1 a 4 años de edad.

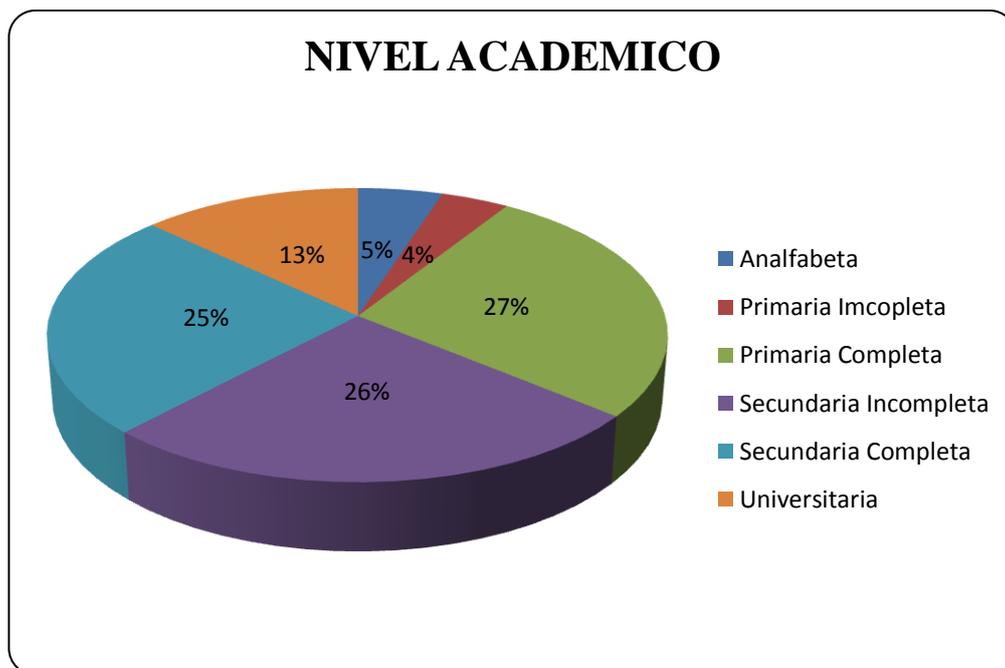
**TABLA N° 2**

**Nivel de educación de los padres que acuden al centro de salud “Urbano Tena” con niños con EDA.**

<b>OPCIONES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Analfabeta	10	5%
Primaria Incompleta	7	4%
Primaria Completa	49	27%
Secundaria Incompleta	48	26%
Secundaria Completa	45	25%
Universitaria	24	13%
<b>TOTAL</b>	<b>183</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los padres de familia de niños/as con EDA que acuden al CS “Urbano Tena”.

**ELABORADO POR:** IRE. Wilmer Guanotaxi, IRE. Luis Sisa



**ANÁLISIS:** En relación a la Tabla N°2 vemos que el 27% de la población tiene como nivel académico Primaria Completa, mientras que el 26% Secundaria Incompleta.

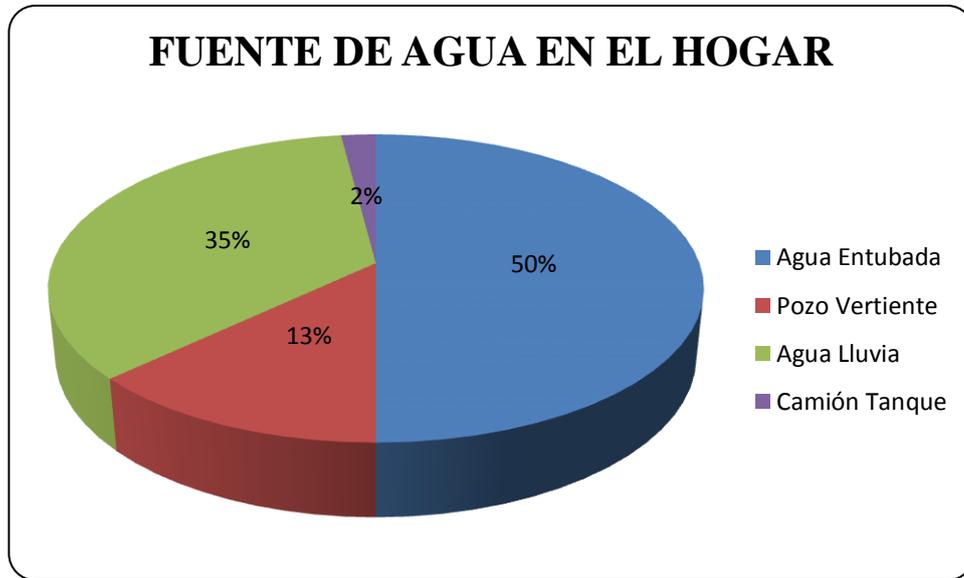
**TABLA N° 3**

**Fuente principal de agua en el hogar de niños con EDA que acuden al CS “Urbano Tena”.**

<b>OPCIONES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Agua Entubada	92	50%
Pozo Vertiente	24	13%
Agua Lluvia	64	35%
Camión Tanque	3	2%
<b>TOTAL</b>	<b>183</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los padres de familia de niños/as con EDA que acuden al CS “Urbano Tena”.

**ELABORADO POR:** IRE. Wilmer Guanotaxi, IRE. Luis Sisa



**ANÁLISIS:** En relación a la Tabla N°3 vemos que el 100% de la población en estudio no poseen una fuente de agua apta para el consumo humano, la misma que representa un factor de riesgo de EDA.

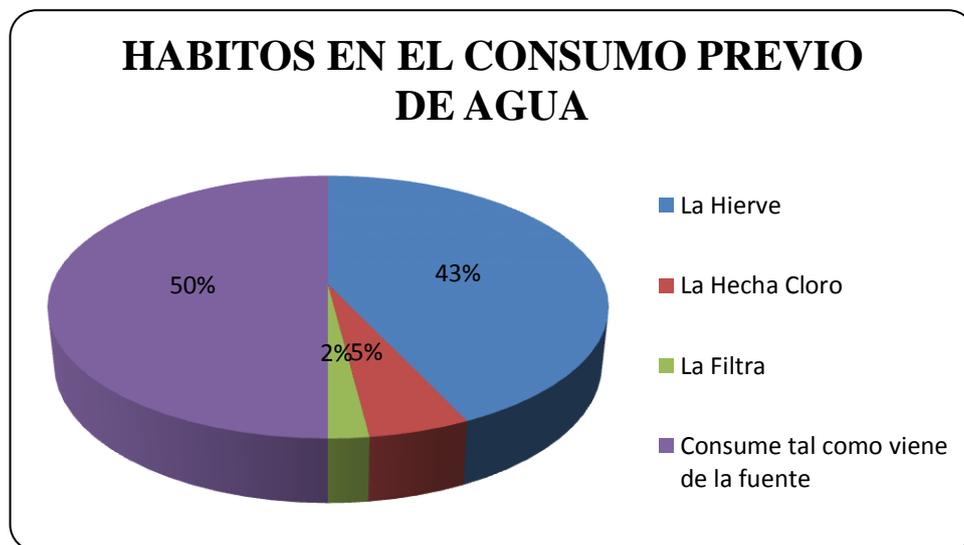
**TABLA N° 4**

**Hábitos en el hogar de los niños con EDA que acuden al CS “Urbano Tena”, en relación al previo consumo de agua.**

<b>OPCIONES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
La Hierve	78	43%
La Hecha Cloro	10	5%
La Filtra	4	2%
Consume tal como viene de la fuente	91	50%
<b>TOTAL</b>	<b>183</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los padres de familia de niños/as con EDA que acuden al CS “Urbano Tena”.

**ELABORADO POR:** IRE. Wilmer Guanotaxi, IRE. Luis Sisa



**ANÁLISIS:** En relación a la Tabla N°4 vemos que el 50% de la población consume el agua tal como viene de la fuente.

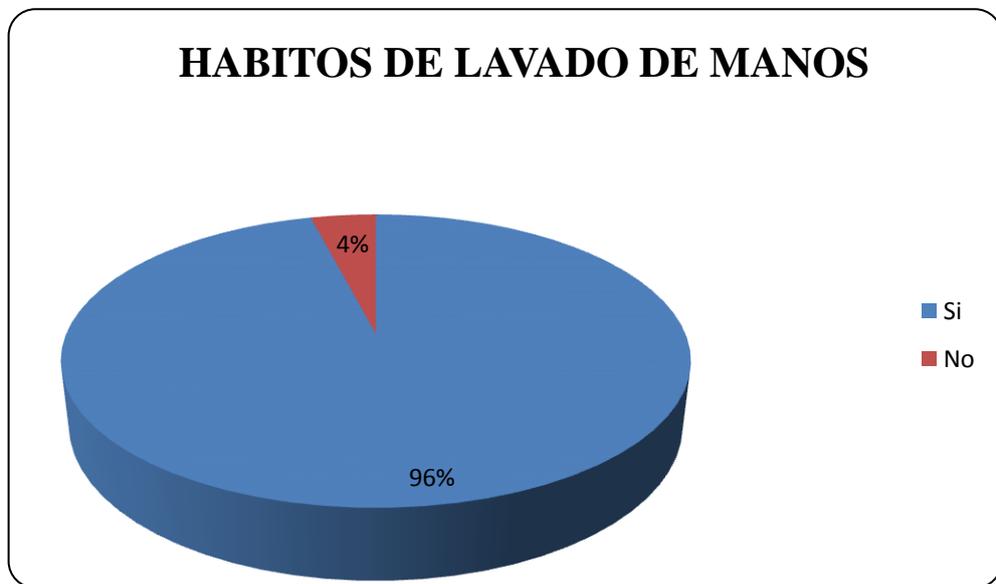
**TABLA N° 5**

**Hábitos de padres de los niños con EDA que acuden al CS “Urbano Tena”, en relación al lavado de manos antes de comer (después de ir al baño y luego de cambiar los pañales al niño).**

<b>OPCIONES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	176	96%
No	7	4%
<b>TOTAL</b>	<b>183</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los padres de familia de niños/as con EDA que acuden al CS “Urbano Tena”.

**ELABORADO POR:** IRE. Wilmer Guanotaxi, IRE. Luis Sisa



**ANÁLISIS:** En relación a la Tabla N°5 vemos que el 96% de la población se lavan las manos antes de comer (después de ir al baño y luego de cambiar los pañales al niño).

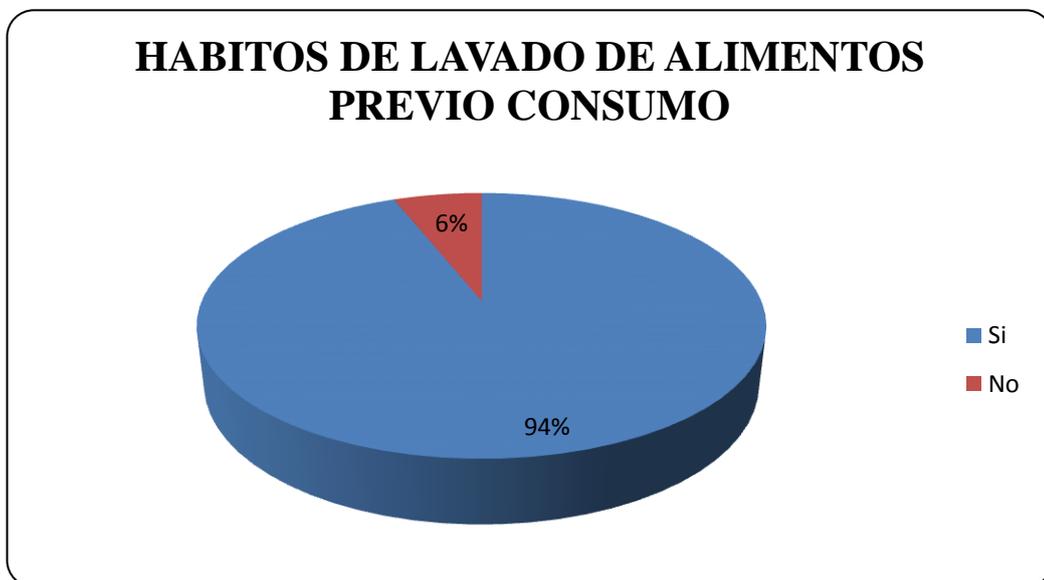
**TABLA N° 6**

**Hábitos en el hogar de los niños con EDA que acuden al CS “Urbano Tena”, en relación al lavado de los alimentos antes de consumirla.**

<b>OPCIONES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	172	94%
No	11	6%
<b>TOTAL</b>	<b>183</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los padres de familia de niños/as con EDA que acuden al CS “Urbano Tena”.

**ELABORADO POR:** IRE. Wilmer Guanotaxi, IRE. Luis Sisa



**ANÁLISIS:** En relación a la Tabla N°6 vemos que el 94% de la población lavan los alimentos antes de consumirla.

**TABLA N° 7**

**Lugar donde realizan las deposiciones las familias de los niños con EDA que acuden al CS “Urbano Tena”.**

<b>OPCIONES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
En el baño	114	62%
Al aire libre	67	37%
Cava un hoyo y las entierra	2	1%
<b>TOTAL</b>	<b>183</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los padres de familia de niños/as con EDA que acuden al CS “Urbano Tena”.

**ELABORADO POR:** IRE. Wilmer Guanotaxi, IRE. Luis Sisa



**ANÁLISIS:** En relación a la Tabla N°7 vemos que el 62% de la población realizan las deposiciones en el baño, mientras que el 37% al aire libre.

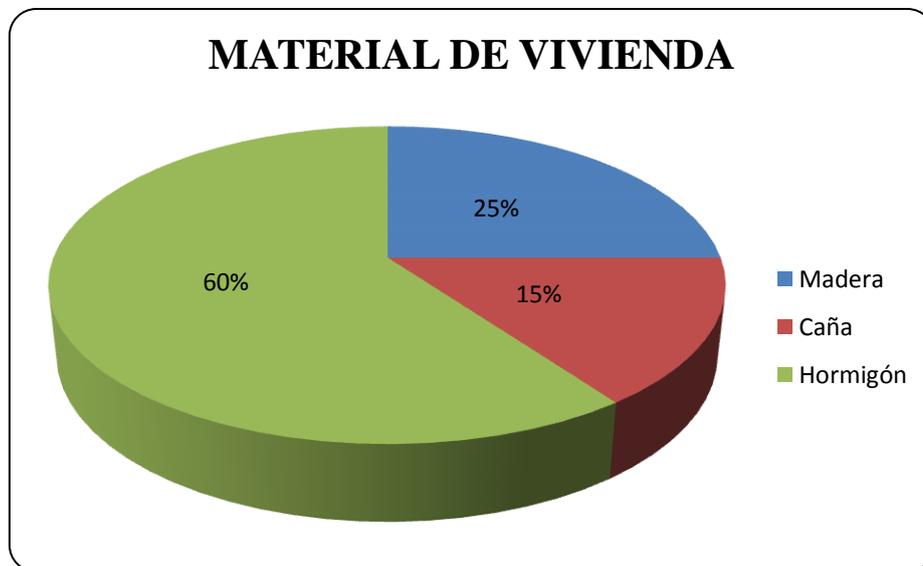
**TABLA N° 8**

**Tipo de material con el que está construida la casa donde habitan los niños con EDA que acuden al CS “Urbano Tena”.**

<b>OPCIONES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Madera	46	25%
Caña	27	15%
Hormigón	110	60%
<b>TOTAL</b>	<b>183</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los padres de familia de niños/as con EDA que acuden al CS “Urbano Tena”.

**ELABORADO POR:** IRE. Wilmer Guanotaxi, IRE. Luis Sisa



**ANÁLISIS:** En relación a la Tabla N°8 vemos que el 60% de la población habitan en casas de material de Hormigón, mientras que el 25% es de madera.

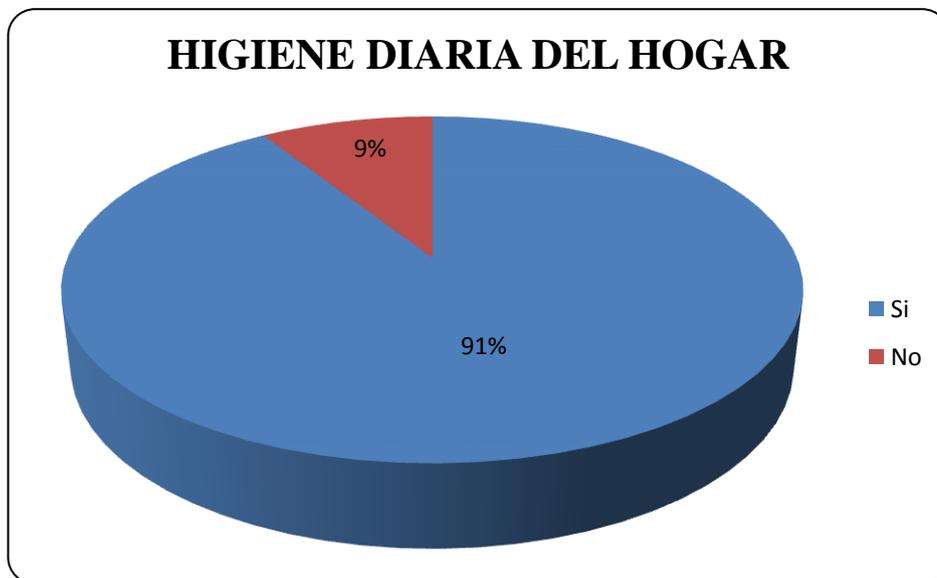
**TABLA N° 9**

**Hábitos de los padres de niños con EDA que acuden al CS “Urbano Tena”, en relación a la higiene diaria del hogar.**

<b>OPCIONES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	166	91%
No	17	9%
<b>TOTAL</b>	<b>183</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los padres de familia de niños/as con EDA que acuden al CS “Urbano Tena”.

**ELABORADO POR:** IRE. Wilmer Guanotaxi, IRE. Luis Sisa



**ANÁLISIS:** En relación a la Tabla N°9 vemos que el 91% de la población realizan la higiene diaria de su casa.

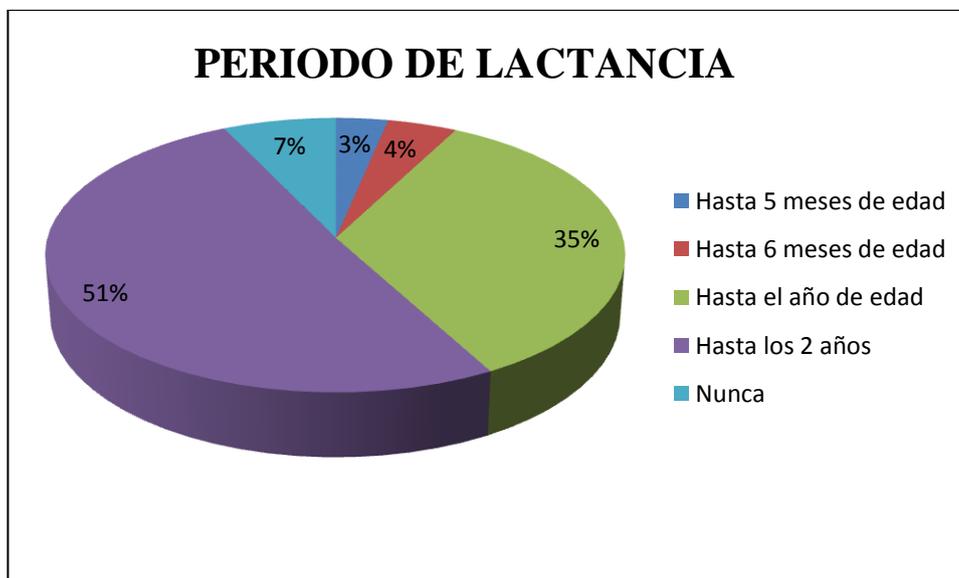
**TABLA N° 10**

**Tiempo de lactancia materna de los niños con EDA que acuden al CS “Urbano Tena”.**

<b>OPCIONES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Hasta 5 meses de edad	6	3%
Hasta 6 meses de edad	8	4%
Hasta el año de edad	63	35%
Hasta los 2 años de edad	93	51%
Nunca	13	7%
<b>TOTAL</b>	<b>183</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los padres de familia de niños/as con EDA que acuden al CS “Urbano Tena”.

**ELABORADO POR:** IRE. Wilmer Guanotaxi, IRE. Luis Sisa



**ANÁLISIS:** En la presente tabla se evidencia que el 51% de la población han recibido lactancia materna hasta los 2 años de edad, mientras que el 10% de la población resulta preocupante debido a que no han recibido lactancia materna exclusiva, la misma que resulta un factor de riesgo de la enfermedad, por un deficiente desarrollo del sistema inmunológico.

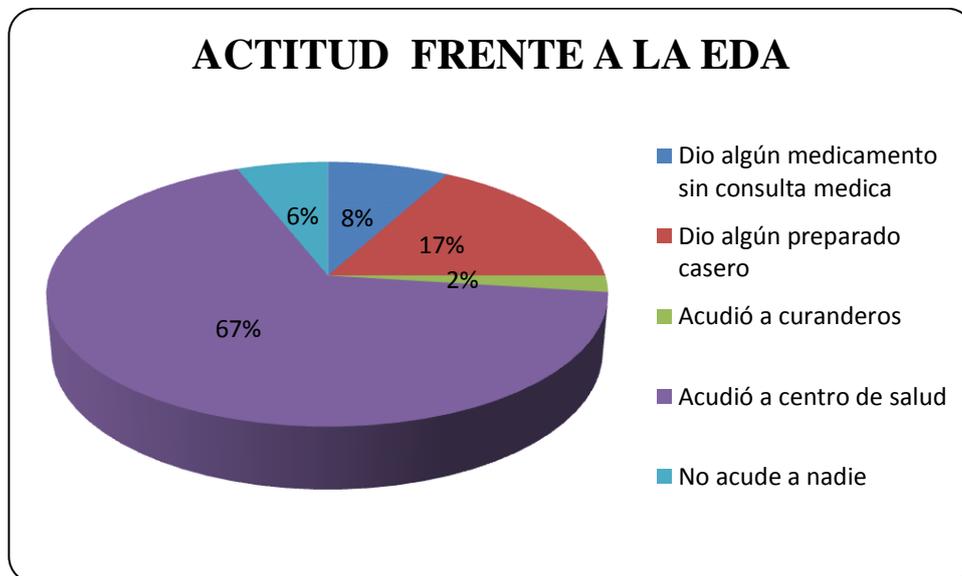
**TABLA N° 11**

**Actitud de los padres, frente a la EDA de los niños que acuden al CS “Urbano Tena”.**

<b>OPCIONES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Dio algún medicamento sin consulta medica	15	8%
Dio algún preparado casero	32	17%
Acudió a curanderos	4	2%
Acudió a centro de salud	122	67%
No acude a nadie	10	6%
<b>TOTAL</b>	<b>183</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos de la encuesta aplicada a las padres de familia de niños/as con EDA que acuden al CS “Urbano Tena”

**ELABORADO POR:** IRE. Wilmer Guanotaxi, IRE. Luis Sisa



**ANÁLISIS:** En relación a la Tabla N°11 vemos que el 67% de la población acudió al centro de salud frente a la aparición de la EDA, mientras que el 33% de la población resulta preocupante debido a que no buscan ayuda médica profesional, la misma que puede ser un factor de riesgo para la aparición de complicaciones por un mal manejo de la enfermedad.

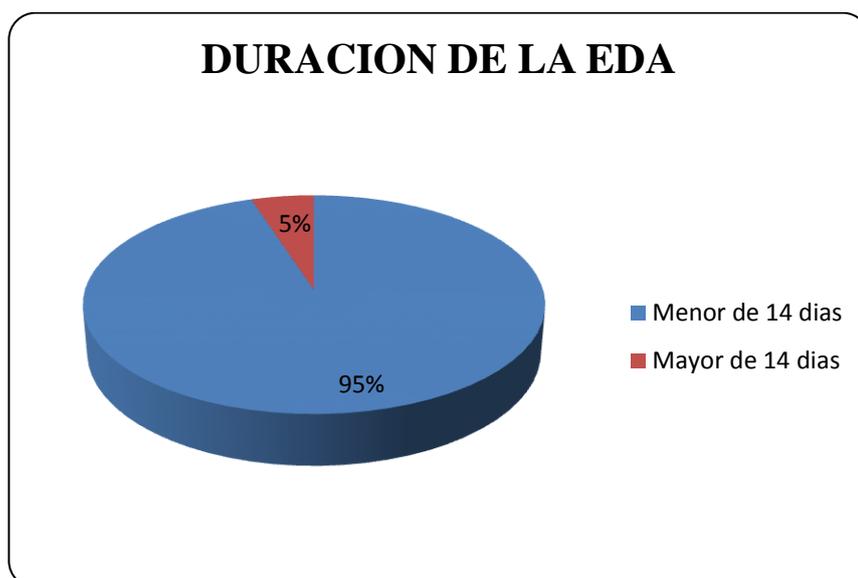
**TABLA N° 12**

**Periodo de duración de la EDA de los niños que acuden al CS “Urbano Tena”.**

<b>OPCIONES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Menor de 14 días	174	95%
Mayor de 14 días	9	5%
<b>TOTAL</b>	<b>183</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los padres de familia de niños/as con EDA que acuden al CS “Urbano Tena”

**ELABORADO POR:** IRE. Wilmer Guanotaxi, IRE. Luis Sisa



**ANÁLISIS:** En relación a la Tabla N°12 vemos que el 95% de la población tuvieron diarrea con una duración menor de 14 días.

**TABLA N° 13**

**Numero de deposiciones diarias que realizan los niños con EDA que acuden al CS “Urbano Tena”.**

<b>OPCIONES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
3 deposiciones	53	29%
4 deposiciones	49	27%
5 deposiciones	40	22%
6 deposiciones	26	14%
Más de 6 deposiciones	15	8%
<b>TOTAL</b>	<b>183</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los padres de familia de niños/as con EDA que acuden al CS “Urbano Tena”.

**ELABORADO POR:** IRE. Wilmer Guanotaxi, IRE. Luis Sisa



**ANÁLISIS:** En relación a la Tabla N°13 vemos que el 56% de la población realizaron entre 3 y 4 deposiciones diarias, mientras que el 44% de la población realizaron más de 5 deposiciones diarias, la misma que resulta preocupante debido a que la mayor cantidad de deposiciones diarias indica mayor gravedad de la enfermedad.

**TABLA N° 14**

**Niños con EDA que acuden al CS “Urbano Tena” con deposiciones acompañado de sangre.**

<b>OPCIONES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	35	19%
No	148	81%
<b>TOTAL</b>	<b>183</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los padres de familia de niños/as con EDA que acuden al CS “Urbano Tena”.

**ELABORADO POR:** IRE. Wilmer Guanotaxi, IRE. Luis Sisa



**ANÁLISIS:** En relación a la Tabla N° 14 vemos que el 19% de la población si realizaron deposiciones acompañados de sangre (fue en poca cantidad).

**TABLA N° 15**

**Niños con EDA que acuden al CS “Urbano Tena” con deposiciones acompañado de moco.**

<b>OPCIONES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	98	54%
No	85	46%
<b>TOTAL</b>	<b>183</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los padres de familia de niños/as con EDA que acuden al CS “Urbano Tena”.

**ELABORADO POR:** IRE. Wilmer Guanotaxi, IRE. Luis Sisa



**ANÁLISIS:** En relación a la Tabla N°15 vemos que el 54% de la población realizaron deposiciones acompañados de moco.

**TABLA N° 16**

**Niños con EDA que acuden al CS “Urbano Tena” con deposiciones acompañado de mal olor.**

<b>OPCIONES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	158	86%
No	25	14%
<b>TOTAL</b>	<b>183</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los padres de familia de niños/as con EDA que acuden al CS “Urbano Tena”.

**ELABORADO POR:** IRE. Wilmer Guanotaxi, IRE. Luis Sisa



**ANÁLISIS:** En relación a la Tabla N°16 vemos que el 86% de la población realizaron deposiciones de mal olor.

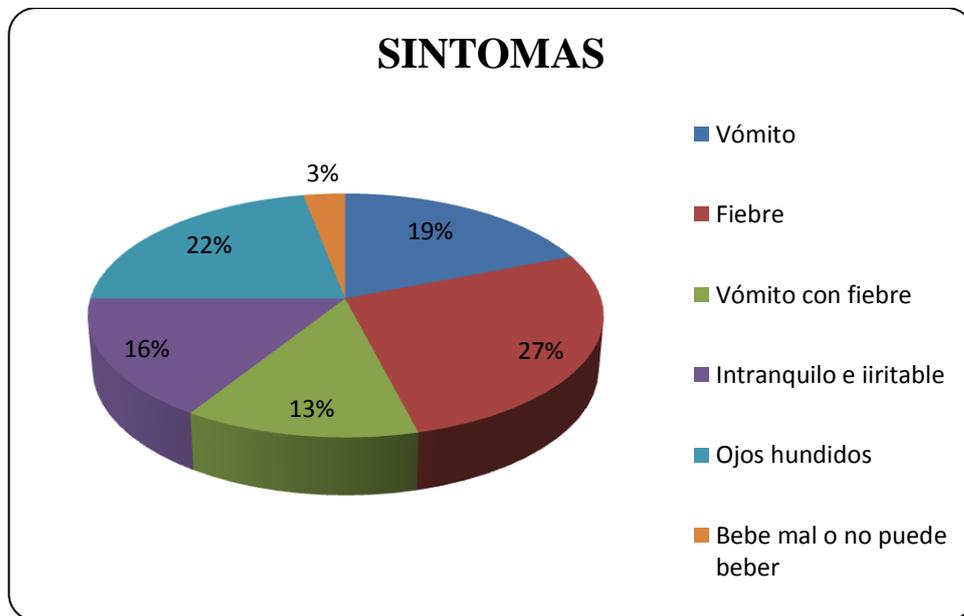
**TABLA N° 17**

**Principales síntomas de los niños con EDA que acuden al CS “Urbano Tena”.**

<b>OPCIONES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Vómito	34	19%
Fiebre	50	27%
Vómito con fiebre	24	13%
Intranquilo e irritable	30	16%
Ojos hundidos	40	22%
Bebe mal o no puede beber	5	3%
<b>TOTAL</b>	<b>183</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los padres de familia de niños/as con EDA que acuden al CS “Urbano Tena”.

**ELABORADO POR:** IRE. Wilmer Guanotaxi, IRE. Luis Sisa



**ANÁLISIS:** En relación a la Tabla N°17 vemos que la aparición de los síntomas en la población en estudio fue en su totalidad, pero el 41% de la población presentan signos de peligro, la misma que resulta preocupante debido a la posible necesidad de hospitalización.

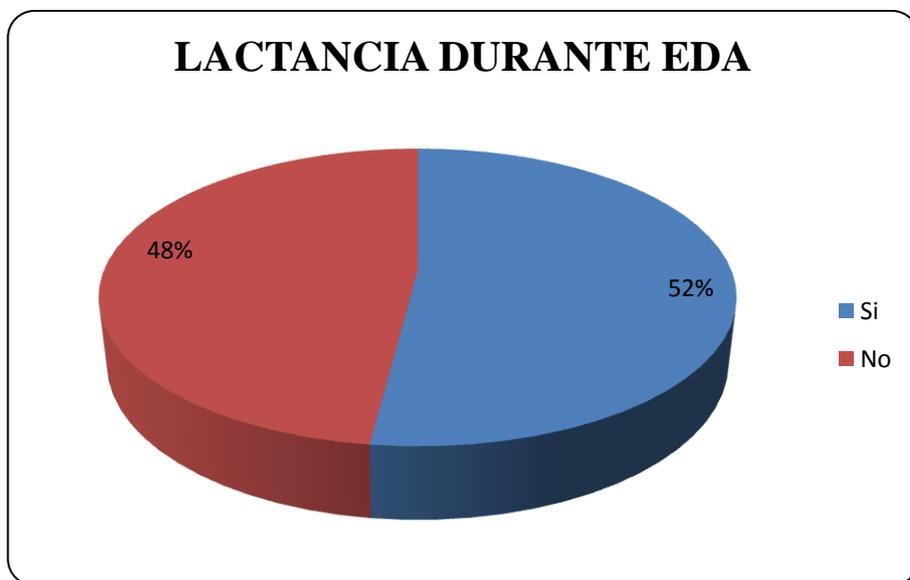
**TABLA N° 18**

**Continuidad de lactancia materna durante la EDA de los niños que acuden al CS “Urbano Tena”.**

<b>OPCIONES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	96	52%
No	87	48%
<b>TOTAL</b>	<b>183</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los padres de familia de niños/as con EDA que acuden al CS “Urbano Tena”.

**ELABORADO POR:** IRE. Wilmer Guanotaxi, IRE. Luis Sisa



**ANÁLISIS:** En relación a la Tabla N°18 vemos que el 52% de la población continuaron con la lactancia materna durante la EDA.

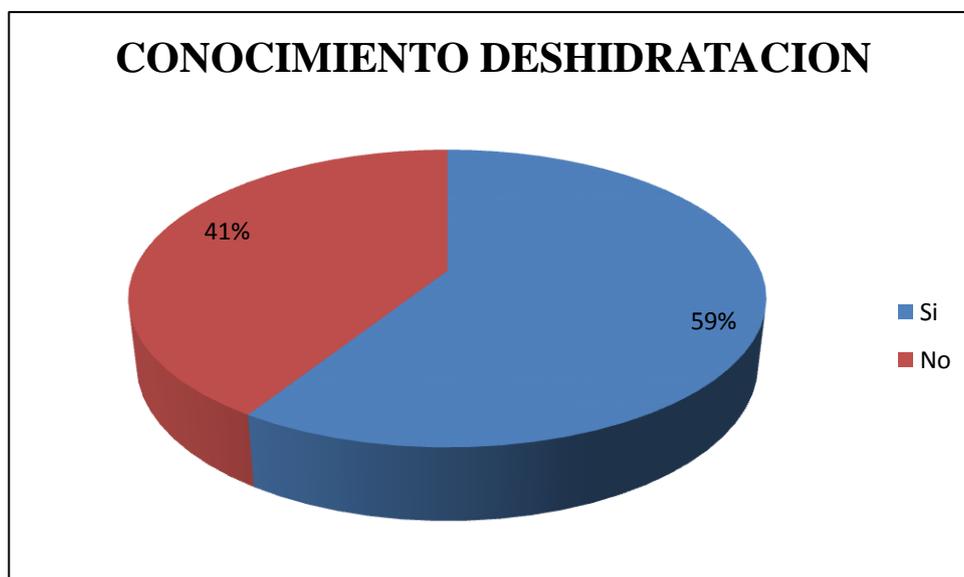
**TABLA N° 19**

**Los padres conocen sobre la pérdida de agua que produce la EDA en el cuerpo y la posibilidad de muerte de los niños que acuden al CS “Urbano Tena”.**

<b>OPCIONES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	108	59%
No	75	41%
<b>TOTAL</b>	<b>183</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los padres de familia de niños/as con EDA que acuden al CS “Urbano Tena”.

**ELABORADO POR:** IRE. Wilmer Guanotaxi, IRE. Luis Sisa



**ANÁLISIS:** En relación a la Tabla N°19 vemos que el 59% de la población conocen sobre la pérdida de agua que produce la EDA en el cuerpo del niño y su riesgo de muerte. Mientras que el 41% no tienen conocimiento en cuanto a esta patología.

**TABLA N° 20**

**Los padres saben cómo identificar la deshidratación en el niño con EDA que acude al CS “Urbano Tena”.**

<b>OPCIONES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	81	44%
No	102	56%
<b>TOTAL</b>	<b>183</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los padres de familia de niños/as con EDA que acuden al CS “Urbano Tena”.

**ELABORADO POR:** IRE. Wilmer Guanotaxi, IRE. Luis Sisa



**ANÁLISIS:** En relación a la Tabla N° 20 vemos que el 56% de la población no saben identificar una deshidratación.

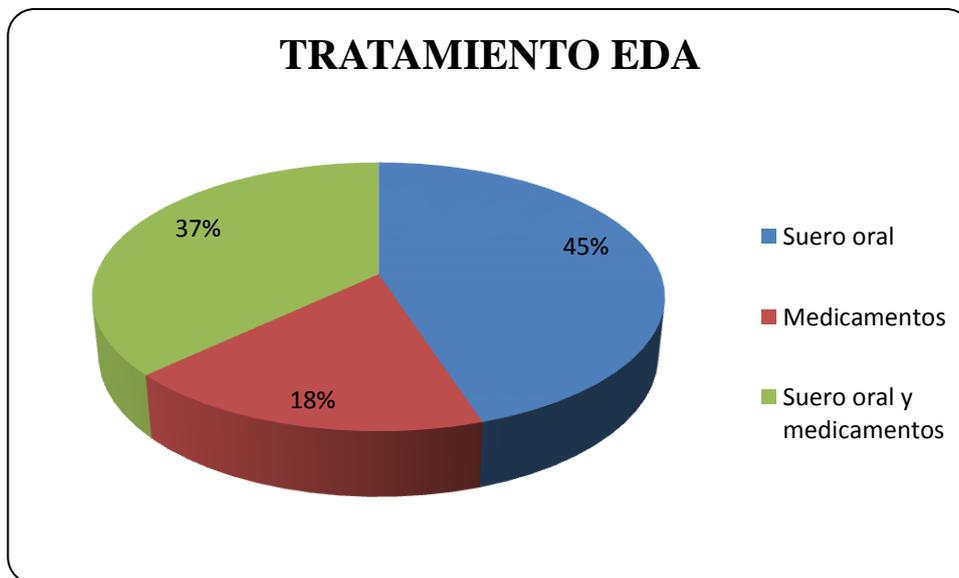
**TABLA N° 21**

**Tratamiento médico de los niños con EDA que acuden al CS “Urbano Tena”.**

<b>OPCIONES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Suero oral	83	45%
Medicamentos	33	18%
Suero oral y medicamentos	67	37%
<b>TOTAL</b>	<b>183</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los padres de familia de niños/as con EDA que acuden al CS “Urbano Tena”.

**ELABORADO POR:** IRE. Wilmer Guanotaxi, IRE. Luis Sisa



**ANÁLISIS:** En relación a la Tabla N°21 vemos que el 45% de la población son tratados con suero oral durante una EDA, mientras que el 37% aumenta la administración de SRO más paracetamol, dando un total de 82% de la población que administran SRO durante la diarrea.

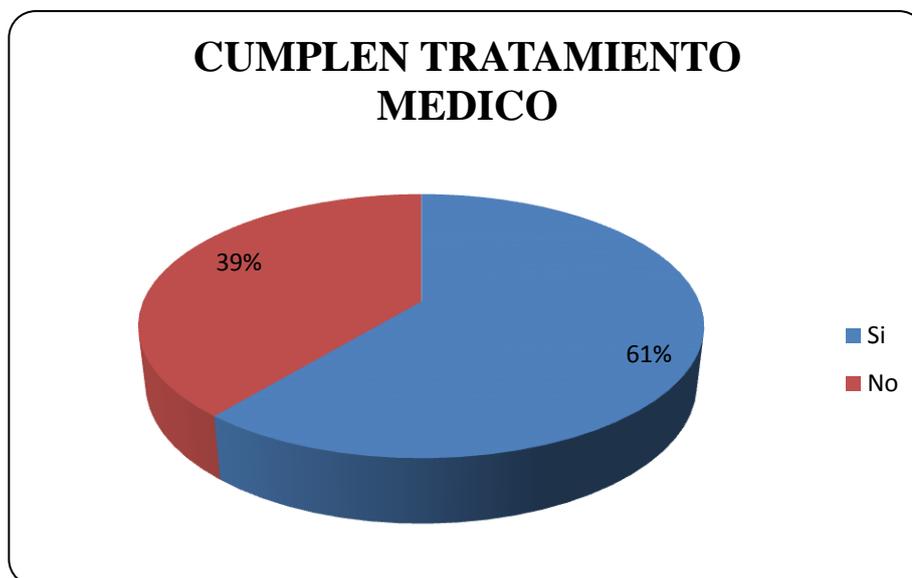
**TABLA N° 22**

**Los padres de niños con EDA que acudieron al CS “Urbano Tena” cumplieron con el tratamiento médico indicado para el hogar.**

<b>OPCIONES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	112	61%
No	71	39%
<b>TOTAL</b>	<b>183</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los padres de familia de niños/as con EDA que acuden al CS “Urbano Tena”.

**ELABORADO POR:** IRE. Wilmer Guanotaxi, IRE. Luis Sisa



**ANÁLISIS:** En relación a la Tabla N°22 vemos que el 61% de la población cumplen con el tratamiento médico indicado. Mientras que el 39% no cumplen con el tratamiento médico indicado.

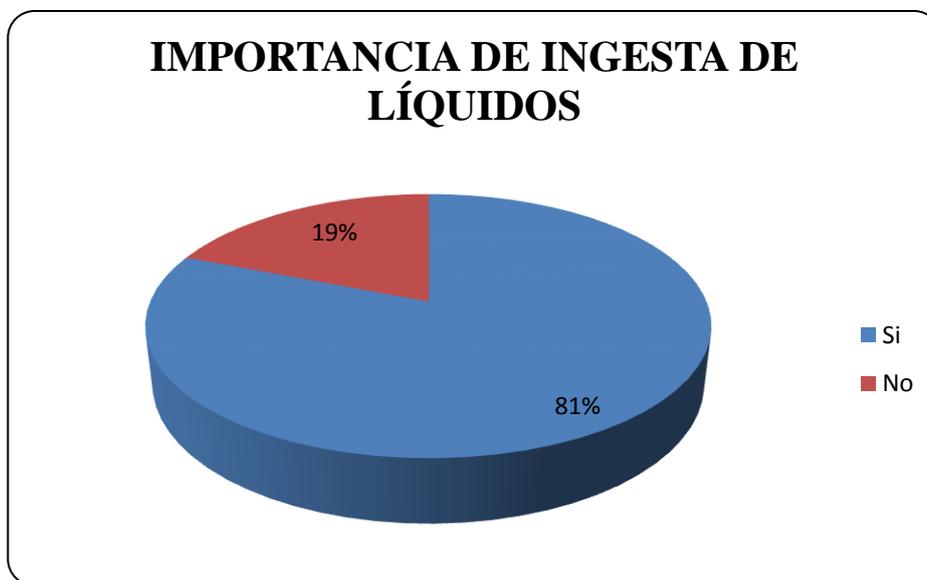
**TABLA N° 23**

**Conocimiento de los padres sobre la importancia de la ingesta de líquidos en los niños con EDA que acuden al CS “Urbano Tena”.**

<b>OPCIONES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	148	81%
No	35	19%
<b>TOTAL</b>	<b>183</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los padres de familia de niños/as con EDA que acuden al CS “Urbano Tena”.

**ELABORADO POR:** IRE. Wilmer Guanotaxi, IRE. Luis Sisa



**ANÁLISIS:** En relación a la Tabla N°23 vemos que el 81% de la población conocen sobre la importancia de la ingesta de líquidos en un niño con EDA. Mientras que el 19% desconocen de su importancia.

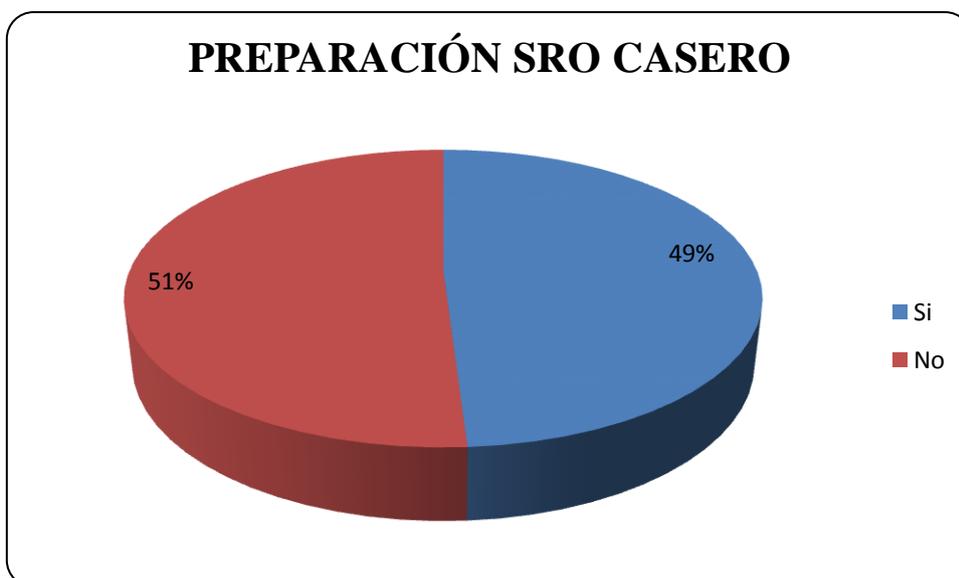
**TABLA N° 24**

**Conocimiento de los padres de niños con EDA que acuden al CS “Urbano Tena” en relación a la preparación del suero oral casero.**

<b>OPCIONES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	89	49%
No	94	51%
<b>TOTAL</b>	<b>183</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los padres de familia de niños/as con EDA que acuden al CS “Urbano Tena”.

**ELABORADO POR:** IRE. Wilmer Guanotaxi, IRE. Luis Sisa



**ANÁLISIS:** En relación a la Tabla N°24 vemos que el 51% de la población no saben cómo preparar el suero oral casero.

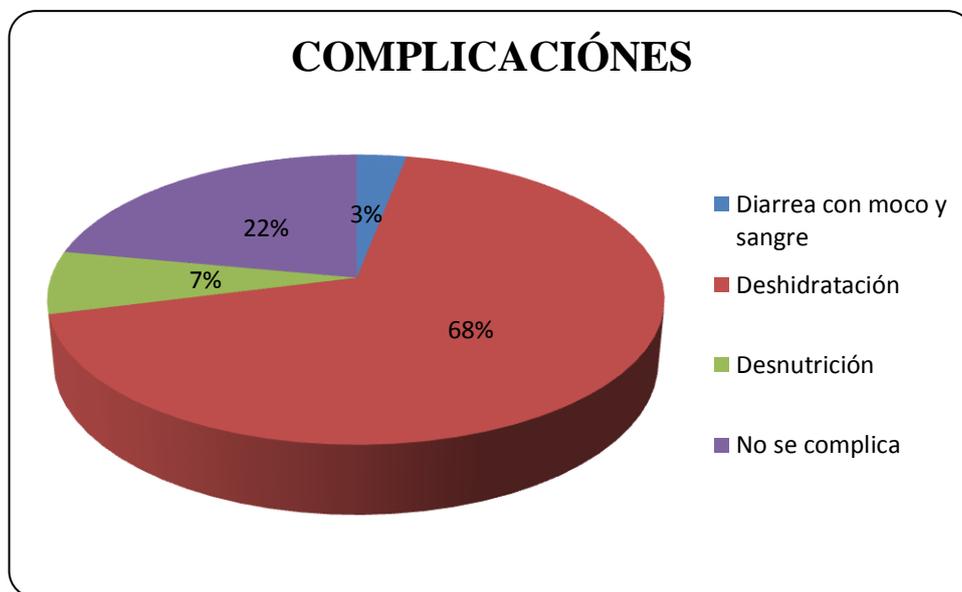
**TABLA N° 25**

**Posibles complicaciones de los niños con EDA que acuden al CS “Urbano Tena”.**

<b>OPCIONES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Diarrea con moco y sangre	5	3%
Deshidratación	124	68%
Desnutrición	13	7%
No se complica	41	22%
<b>TOTAL</b>	<b>183</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los padres de familia de niños/as con EDA que acuden al CS “Urbano Tena”.

**ELABORADO POR:** IRE. Wilmer Guanotaxi, IRE. Luis Sisa



**ANÁLISIS:** En relación a la Tabla N°25 vemos que el 68% de la población se complicaron con deshidratación.

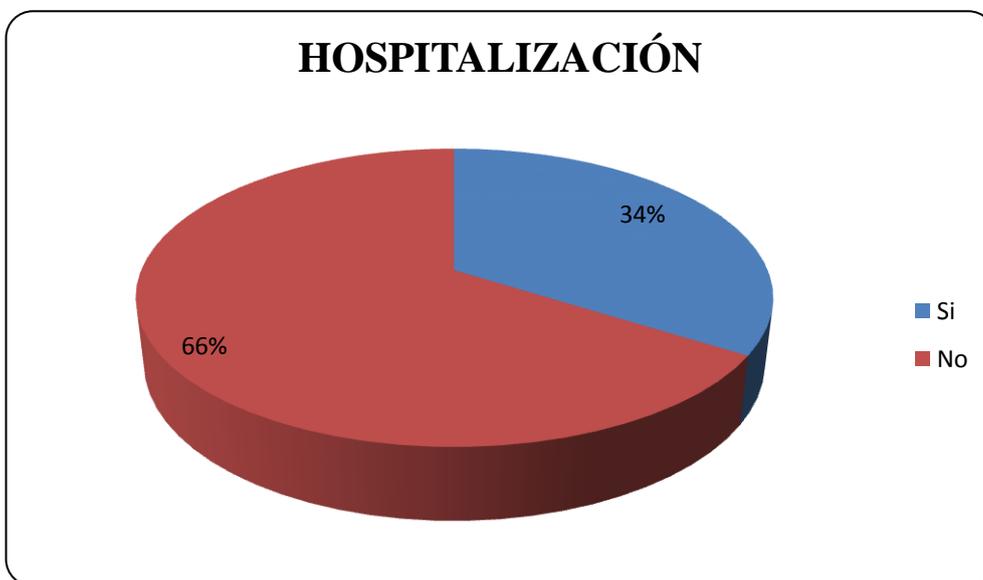
**TABLA N° 26**

**Niños con EDA que acuden al CS “Urbano Tena” que requirieron ser hospitalizados.**

<b>OPCIONES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	62	34%
No	121	66%
<b>TOTAL</b>	<b>183</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos de la encuesta aplicada a los padres de familia de niños/as con EDA que acuden al CS “Urbano Tena”.

**ELABORADO POR:** IRE. Wilmer Guanotaxi, IRE. Luis Sisa



**ANÁLISIS:** En relación a la Tabla N°26 vemos que el 66% de la población no tuvieron la necesidad de ser hospitalizados.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 3.2. CONCLUSIONES

Basándonos en los objetivos planteados en la investigación y del análisis de los resultados obtenidos mediante la encuesta aplicada a los padres de niños/as con enfermedades diarreicas agudas (EDA) de 1 a 4 años de edad que acuden al CS Urbano Tena, en la presente investigación, se llega a las siguientes conclusiones:

- La prevalencia de la EDA en niños de 1 a 4 años de edad en el CS “Urbano Tena” es baja, con un porcentaje de 16.15%.
- La fuente de agua en el hogar de la población en estudio, no es apto para el consumo humano en su totalidad (100%) y la mitad de la población consumen el agua sin tratarla, la cual representa una de las principales causas de EDA en la población en estudio.
- Las inadecuadas eliminaciones fisiológicas resultan preocupantes en la población, debido a que el 37% corresponden a las deposiciones al aire libre, constituyendo una posible causa de EDA en la población en estudio.
- Un 33% de la población en estudio no tuvo una actitud adecuada frente a la EDA, la misma que resulta alarmante, debido a las complicaciones que puede llevar un mal manejo de un niño con EDA.
- Casi la mitad de la población en estudio (44%) realizaron más de 5 deposiciones diarias, la misma que resulta preocupante debido a que a mayor cantidad de deposiciones diarias, mayor gravedad de la enfermedad.
- En la mayoría de la población, las deposiciones fueron acompañadas de moco y mal olor, mientras que una mínima parte de la población realizaron deposiciones con sangre (poca cantidad), la misma que indica que la mayor parte de la población fueron infectados por agentes poco agresivos.

- El 41% de la población presentaron signos de peligro, la misma que resulta preocupante debido a la posibilidad de hospitalización y estudio. Pero es importante señalar que los datos fueron obtenidos de la encuesta, la misma que se pudo haber exagerado en la entrega de la información, debido a que no se registran niños fallecidos.
- La interrupción de lactancia materna durante la EDA de la población en estudio es media (48%), mientras que el 41% de la población carece de conocimiento en relación a la deshidratación, por lo que representa un mal manejo materno y riesgo de complicación de la enfermedad.
- El cumplimiento del tratamiento médico y el conocimiento de la población en relación a la preparación del suero oral casero son medianamente bajos, por lo que resultan preocupantes debido a la posibilidad de complicación de la enfermedad.
- Las complicaciones de la EDA son elevadas, lo que representa la necesidad de atención médica, hospitalización, estudio y un alto riesgo de fallecer o morir.
- Debido al déficit de conocimientos de los padres en relación a la EDA y a los problemas encontrados según las encuestas aplicadas, se desarrolló un programa educativo dirigido a los padres de familia.

### **3.3. RECOMENDACIONES:**

- Se recomienda solicitar capacitaciones continuas referentes a las formas de prevención de la enfermedad, poniéndolas en práctica, en orientación a disminuir el riesgo de infección en la población.

- Debido a que la fuente de agua en el hogar de la población en estudio, no es apto para el consumo humano se recomiendan utilizar las diferentes técnicas y métodos para tratar el agua previa su consumo.
- Ante las inadecuadas eliminaciones fisiológicas, se recomienda construir letrinas sanitarias para reducir la transmisión de los agentes que causan EDA.
- Ante la actitud inadecuada frente a la EDA, se recomienda visitar el centro de salud más cercano o a un médico de confianza, debido a que un mal manejo de la EDA podría producir complicaciones.
- Se recomienda vigilar el número de deposiciones, que realicen los niños cuando estén con diarrea, debido a que la mayor cantidad de deposiciones diarias indica, mayor gravedad de la enfermedad.
- Se recomienda verificar si las deposiciones fueron acompañadas de moco, sangre y mal olor, debido a que estas son los indicadores de la agresividad de la enfermedad.
- Ante la aparición de los signos de peligro, se recomienda visitar el centro de salud más cercano debido a que el niño tiene riesgo de complicación.
- Frente a la aparición de la EDA se recomienda continuar con la lactancia materna y pedir información al personal de salud acerca de esta patología.
- Se recomienda cumplir con el tratamiento médico y solicitar información al personal de salud sobre los signos de alarma para evitar las recaídas y complicaciones de la enfermedad.

- Frente a la EDA se recomienda tomar abundantes líquidos (SRO) para reducir el riesgo de complicación y por ende la necesidad de hospitalización.
- Desarrollado el programa educativo se recomienda a los padres de familia poner en práctica los conocimientos transmitidos, brindando un adecuado cuidado del niño en el hogar, frente a la aparición de la EDA.

## CONCLUSIONES

**Tabla 1:** La prevalencia de la EDA en niños de 1 a 4 años de edad en el CS “Urbano Tena” es de 16.15%.

**Tabla 2:** el nivel educativo de la población en estudio es medio/medio alto (65%).

**Tabla 3:** la fuente de agua en el hogar de la población en estudio, en su mayoría no es apto para el consumo humano (100%).

**Tabla 4:** la mitad de la población en estudio consumen el agua sin tratarla (posible causa de la EDA).

**Tabla 5:** los hábitos de lavado de manos de la población en estudio es elevado.

**Tabla 6:** los hábitos de lavado de alimentos previo al consumo de la población en estudio es elevada.

**Tabla 7:** las eliminaciones fisiológicas adecuadas de la población en estudio está entre media y media alta.

**Tabla 8:** el material de vivienda en donde habitan la población en estudio es media.

**Tabla 9:** la higiene diaria en el hogar de la población en estudio es alta.

**Tabla 10:** el periodo de lactancia materna exclusiva de la población en estudio es medianamente elevada, pero preocupante resulta el 10 % de la población.

**Tabla 11:** la actitud de los padres de familia frente a la enfermedad diarreica aguda de la población en estudio fueron medianamente adecuadas.

**Tabla 12:** el periodo de duración de la EDA de la población en estudio en su mayoría es menor de 14 días, sin embargo un mínimo porcentaje requiere de atención médica en hospitales, para estudios.

**Tabla 13:** la cantidad de deposiciones diarias de la población en estudio da un 44% más de 5 deposiciones diarias, y el 56 % entre 3 a 4 deposiciones diarias; por lo que el 44% de la población resulta preocupante, debido a que la mayor cantidad de deposiciones diarias indica mayor gravedad de la enfermedad.

**Tabla 14:** las deposiciones con sangre de la población en estudio es medianamente baja, tomando en cuenta que esto si representa preocupación y estudio (sangre en poca cantidad).

**Tabla 15:** la deposición acompañada de moco de la población en estudio es medianamente elevada.

**Tabla 16:** las deposiciones con mal olor de la población en estudio es elevada, lo que indica infección digestiva.

**Tabla 17:** la aparición de los síntomas en la población en estudio fueron en su totalidad, por lo que el 41 % de la población presentan signos de peligro, la misma que resulta preocupante debido a la posibilidad de hospitalización y estudio.

**Tabla 18:** la lactancia materna durante la EDA de la población en estudio es media.

**Tabla 19:** el conocimiento en relación a la deshidratación de la población en estudio es media baja, por lo que representa riesgo.

**Tabla 20:** el conocimiento para identificar la deshidratación de la población en estudio es media baja, lo que representa un riesgo alto de morir o fallecer.

**Tabla 21:** el tratamiento médico de los niños con EDA de la población en estudio es elevada.

**Tabla 22:** el cumplimiento del tratamiento médico de la población en estudio es media baja, la cual resulta preocupante.

**Tabla 23:** el conocimiento de la importancia de la ingesta de líquidos en un niño con EDA de la población en estudio es medianamente elevada, lo que representa menor riesgo de deshidratación.

**Tabla 24:** el conocimiento en relación a la preparación del suero oral casero de la población en estudio es medianamente baja.

**Tabla 25:** las complicaciones de la EDA de la población en estudio es elevada, lo que representa la necesidad de atención médica, hospitalización, estudio y un alto riesgo de fallecer o morir.

**Tabla 26:** la necesidad de hospitalización de la población en estudio es media baja.

## **CAPITULO IV**

### **PROPUESTA**

#### **PROGRAMA EDUCATIVO DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS DIRIGIDO A LOS PADRES DE NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD URBANO TENA.**

##### **DATOS INFORMATIVOS:**

**Institución:** Quienes elaboraran este proyecto es el equipo de trabajo que efectuó la investigación correspondiente y que está conformado por los estudiantes del internado rotativo de la Escuela de Enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar.

**País/ Área Geográfica:** Ecuador, provincia de Napo, cantón Tena.

**Dirección:** Centro de Salud Urbano Tena, comunidad de Bajo Ongota.

##### **Responsables:**

- IRE. Wilmer Alex Guanotaxi Simaliza
- IRE. Luis Alfredo Sisa Tandapilco

## **INTRODUCCIÓN**

Las medidas preventivas se han convertido en un componente esencial para conservar nuestra vida saludable y en especial en la prevención de las enfermedades diarreicas agudas en los niños.

En la actualidad, las personas que habitan en las zonas rurales carecen del conocimiento de esta, debido a su nivel de educación media baja y a la falta de charlas y capacitaciones continuas; en donde parece que la necesidad de lavarse las manos, los alimentos, el consumo de agua tratada y el uso de baterías sanitarias es algo poco importante y sencillo.

Sin embargo, esta tiene una estrecha relación con la causa de las enfermedades diarreicas, en donde los malos hábitos higiénicos y alimenticios son los que principalmente ayudan en la propagación y desarrollo de los microorganismos que causan la enfermedad.

Por ello, este programa educativo va dirigido a los padres de familia con el propósito de capacitar y disminuir el índice de morbi-mortalidad a causa de las enfermedades diarreicas en los niños/as que acuden al “Centro de Salud Urbano Tena”.

## **JUSTIFICACIÓN**

La presente propuesta tiene como finalidad ejecutar un programa educativo dirigido a padres de familia, que ayude a prevenir, evitar complicaciones y posibles muertes de los niños a causa de la Enfermedad Diarreica Aguda.

Este programa educativo responde a las necesidades de mejorar el conocimiento de los padres de niños con enfermedades diarreicas agudas que acuden al CS “Urbano Tena”, debido a que se ha evidenciado un alto índice de niños con esta patología y un bajo conocimiento de los padres en cuanto a las causas, formas preventivas y cuidados de los niños en el hogar.

La propuesta cuenta con el apoyo y colaboración de la Lic. Rosa Pozo coordinadora del IRE, la misma que facilita la ejecución de nuestra propuesta.

## **OBJETIVO GENERAL**

Capacitar a los padres de familia a través de charlas educativas orientadas a prevenir Enfermedades Diarreicas Agudas en niños de 1 a 4 años de edad que acuden al CS “Urbano Tena”.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Reunir y educar la mayor cantidad posible de padres de familia durante la ejecución de nuestra propuesta.
- Mejorar el conocimiento de los padres sobre causas, medidas de prevención y cuidados en el hogar de un niño con Enfermedad Diarreica Aguda a través charlas educativas.
- Instruir a los padres a identificar los principales signos de alarma en un niño con Enfermedad Diarreica Aguda y los signos de peligro en general.
- Mejorar la captación del contenido mediante presentación de videos, entrega de trípticos relacionados a la patología y respuestas a inquietudes durante la charla educativa.

## **METODOLOGÍA**

- **Expositiva.**- La presentación de la temática estará a cargo de los I.R.E. / UEB.
- **Explicativa/Participativa.**- Los padres de familia expondrán sus inquietudes sobre los temas tratados.

## **RESPONSABLES**

- Coordinadora del CS “Urbano Tena”
- Enfermera líder del CS “Urbano Tena”
- Enfermeras del CS “Urbano Tena”
- Internos Rotativos de Enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar.

## **BENEFICIARIOS**

### **Directos:**

- Niños/as con enfermedades diarreicas agudas que acuden al CS “Urbano Tena”.

### **Indirectos:**

- Padres de familia que acuden al CS “Urbano Tena” con niños con enfermedades diarreicas agudas.
- Internos Rotativos de Enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar.

## **LUGAR**

- Consulta externa del CS “Urbano Tena”.
- Comunidad de Bajo Ongota.

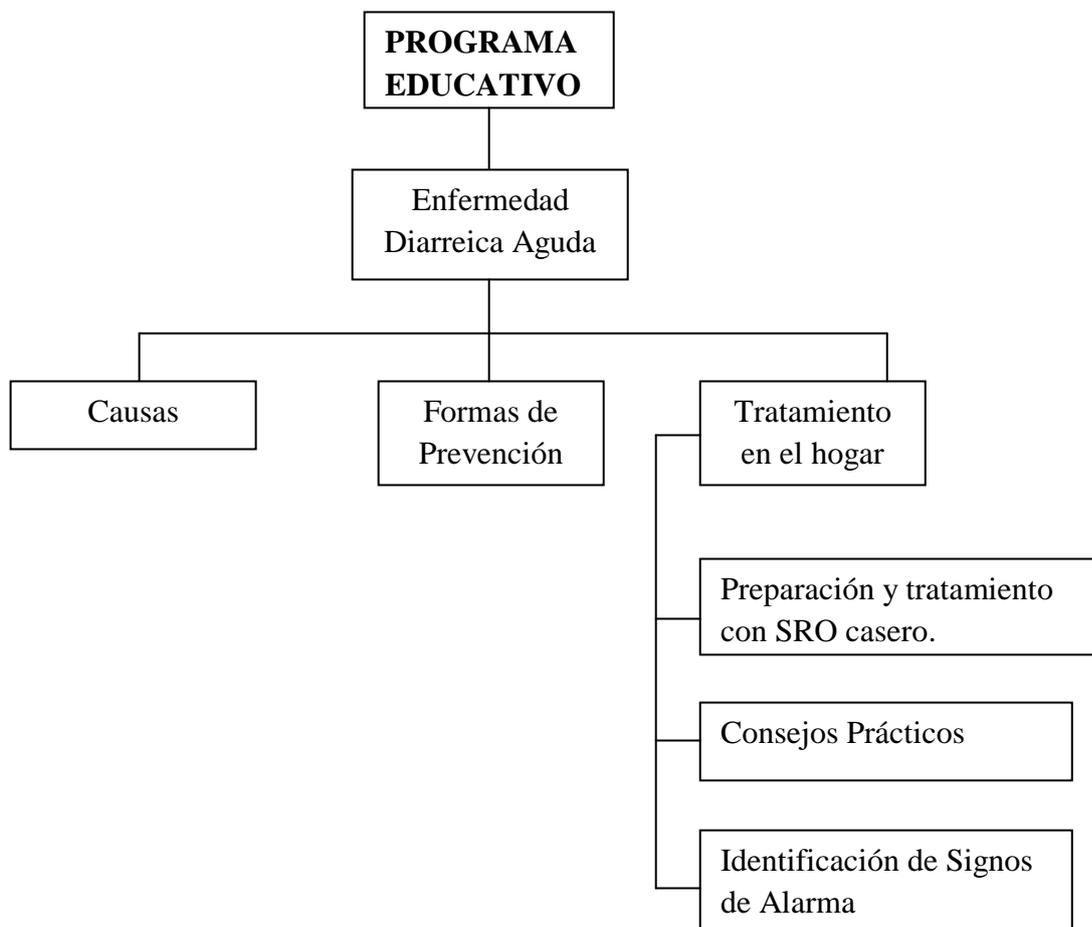
## **ESTRATEGIA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN.**

La evaluación del programa será con la aplicación de un plan de visitas domiciliarias preparada para el efecto.

## **SUSTENTACIÓN DE LA PROPUESTA**

La presente propuesta tiene su sustento en la investigación realizada, de lo cual se concluyó que una de las estrategias es la aplicación de un **PROGRAMA EDUCATIVO DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS DIRIGIDO A LOS PADRES DE NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD URBANO TENA.**

La propuesta está sustentada en la siguiente temática:



## **DESARROLLO DE LA PROPUESTA**

**PROGRAMA EDUCATIVO DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES  
DIARREICAS AGUDAS DIRIGIDO A LOS PADRES DE NIÑOS DE 1 A 4  
AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD URBANO TENA.**

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

FECHA	ACTIVIDADES	TEMÁTICA	RECURSOS MATERIALES	RESPONSABLES
Enero	Charlas educativas dirigidas a padres de familia que acuden al "CS Urbano Tena".	Concepto de EDA	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Guía bibliográfica</li> <li>➤ Computador</li> <li>➤ Infocus</li> <li>➤ Trípticos</li> <li>➤ Impresión</li> <li>➤ Pliego cartulinas</li> <li>➤ Papel crepe</li> <li>➤ Marcadores</li> <li>➤ Escarchas de colores</li> <li>➤ Fomix</li> <li>➤ Goma</li> </ul>	IRE. Wilmer Guanotaxi  IRE. Luis Sisa
		Formas de Contagio		
Presentación de Videos Educativos.	Causas de EDA			
Febrero	Entrega de Trípticos	Signos y Síntomas		
		Medidas Preventivas		
Marzo	Visitas Domiciliarias	Cuidados en el hogar		
		Signos de Alarma		
		Consejos Prácticos		

## ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS



Se define a la diarrea, como la deposición líquida de tres veces o más al día (es decir un número de popo mayor que lo normal en forma líquida).<sup>(13)</sup>

La diarrea es un signo de infección en el estómago e intestino, es decir a nivel de todo el sistema digestivo, el cual puede ser ocasionada por virus, bacterias y parásitos.<sup>(13)</sup>

### CLASIFICACIÓN DE LA DIARREA

Se puede reconocer cuatro tipos clínicos de diarrea:

#### A) De acuerdo a su duración

**Diarrea aguda:** Síndrome caracterizado por el aumento de la frecuencia fluidez y/o volumen de las heces, con disminución de su consistencia. Cuando la diarrea dura menos de 14 días.<sup>(4)</sup>

**Diarrea persistente:** cuando la duración de la diarrea es mayor de 14 días, pero persiste por 14 días o más. Los riesgos principales son la desnutrición y las infecciones extra intestinales graves de deshidratación.<sup>(4)</sup>

#### B) De acuerdo a la presencia o no de sangre en heces:

**Diarrea disintérica:** cuando hay presencia de sangre visible en heces, es de escasa cantidad generalmente no lleva a la deshidratación si no a la desnutrición, va acompañado de fiebre, dolor abdominal, vómitos, inapetencia.<sup>(4)</sup>

*4 Manual de tratamiento de la diarrea en niños / Washington, D.C.OPS, 2008, Pag2.  
13 Boletín Epidemiológico Es Salud-GCPS-OPIS, Lima 2012/Bol. EPI N° 02 – 2012, pág. 2.*

**D) Diarrea acuosa:** es de consistencia líquida sin presencia de sangre visible. Es generalmente de abundante cantidad y su consecuencia más importante es la deshidratación. <sup>(4)</sup>

Todas las personas podemos contagiarnos de enfermedades diarreicas agudas y tener diarrea, que si no tratamos a tiempo, nos causará una deshidratación que puede llevarnos a la muerte. <sup>(14)</sup>

Las diarreas son más frecuentes en los niños menores de 5 años. En los menores de 1 año si no se trata a tiempo pueden causar la muerte. <sup>(14)</sup>

## FORMAS DE CONTAGIO

Se contagian fundamentalmente por las heces de personas enfermas que tienen diarrea.

La transmisión de las enfermedades diarreicas es por vía fecal-oral, que quiere decir que las heces o cacas con microbios de las personas enfermas ensucian o contaminan: <sup>(14)</sup>

- El agua de ríos, pozos, charcos.
- Los alimentos: cuando cocinamos o comemos con las manos sucias, defecamos dentro de las fincas de comida.
- Las manos sino lavamos bien después de defecar antes de comer.
- Las moscas que tocan con sus patas las heces y luego se posan sobre los alimentos no protegidos. <sup>(14)</sup>



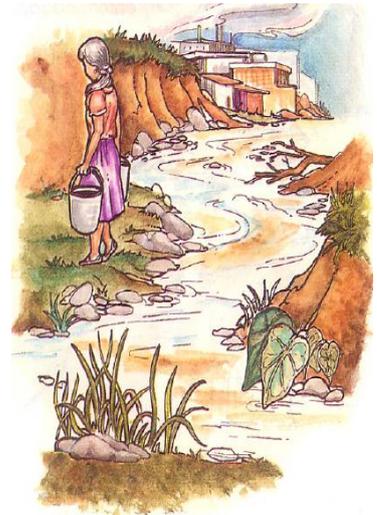
*4 Manual de tratamiento de la diarrea en niños / Washington, D.C. OPS, 2008, Pag2.*

*14 Almudena González-Vigil Santos/Experta en salud pública/Noviembre 2009, República de Guinea Ecuatorial, pág. 6, 10, 12, 13,14.*

## CAUSAS

Fácilmente enfermaremos de DIARREA si:

- Falta de acceso al agua potable, falta de posibilidades de refrigeración de los alimentos y sistema de eliminación de excretas ineficiente.
- Consumo de alimentos sin lavado previo.
- Malos hábitos de higiene en el hogar.
- Eliminación de basura cercana al hogar.
- Desecho inadecuado de las heces incluyendo en pañales y excremento de animales.
- Falta de lavado de manos antes de comer y después de ir al baño.
- Falta de lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.
- Uso de biberones
- Desnutrición.
- Defensas bajas del cuerpo.
- Falta de acceso a información.<sup>(14)</sup>



## SINTOMAS

Las enfermedades diarreicas agudas pueden causar síntomas como:

- Fiebre
- Vómitos
- Dolor de vientre
- Deposiciones líquidas (moco, sangre)
- Falta de apetito<sup>(14)</sup>



*14 Almudena González-Vigil Santos/Experta en salud pública/Noviembre 2009, República de Guinea Ecuatorial, pág. 14, 15, 18, 19.*

## COMPLICACIONES DE LA DIARREA

### Pérdida de fluidos del organismo:

La pérdida de un volumen de agua y de sales mayores que lo habitual lleva a la deshidratación. La deshidratación se presenta cuando las pérdidas de agua y sales son mayores que el consumo.<sup>(15)</sup>

A mayor número de deposiciones diarreicas, mayor será la cantidad de agua y sales que el niño pierde. Si el niño está vomitando mucho, lo que es frecuente con la diarrea, también se presenta la deshidratación.<sup>(15)</sup>

La **deshidratación** puede causar:

- Pérdida de peso rápidamente
- Se orina poco o nada
- Ojos hundidos sin brillo y sin lágrimas
- La lengua y el paladar se quedan secos
- La piel queda seca (si se pellizca la piel de un deshidratado, la arruga que se forma tarda en bajar)
- Respiración rápida, sueño y piel fría
- La muerte<sup>(16)</sup>

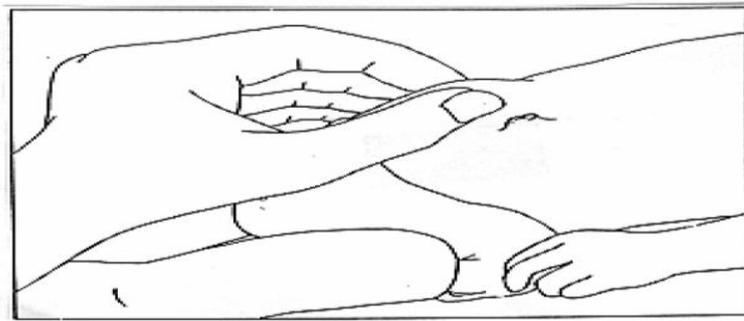


<sup>15</sup>Ministerio de salud de la provincia de buenos aires programa materno infantil subprograma de salud integral del niño de 0 a 5 años coordinadora: Raineri Flavia, 2007, pág. 12.

<sup>16</sup>Proyecto MOST 1820 N. Fort Myer Drive, Suite 600 Arlington, VA 22209 USA, Lineamientos para los Nuevos Protocolos de Tratamiento de la Diarrea para Trabajadores Comunitarios de Salud, pág.2

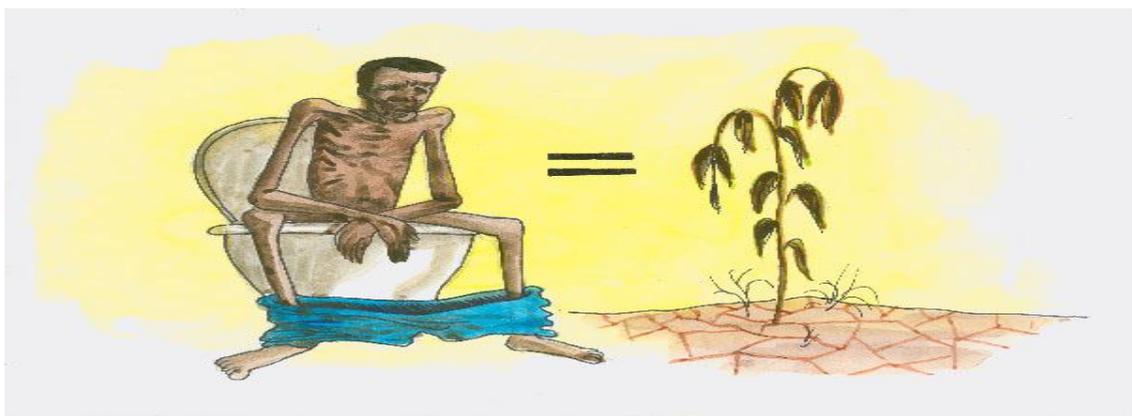
## Signos de Deshidratación

- **Estado general:** letárgico o inconsciente, irritable o inquieto.
- **Ojos:** hundidos.
- **Ofrecer líquidos con una taza:** bebe mal o no puede beber; bebe ávidamente, con sed.
- **Llora sin lagrimas**
- **Signo del pliegue:** desaparece muy lentamente (en más de 2 seg); o lentamente (en menos de 2 seg).<sup>(15)</sup>



## Pérdida de nutrientes:

Se pierden nutrientes durante la diarrea. La diarrea puede causar desnutrición, la que empeora si la madre no alimenta a su niño mientras tiene la diarrea.<sup>(16)</sup>



<sup>15</sup>Ministerio de salud de la provincia de buenos aires programa materno infantil subprograma de salud integral del niño de 0 a 5 años coordinadora: Raineri Flavia, 2007, pág. 12.

<sup>16</sup>Proyecto MOST 1820 N. Fort Myer Drive, Suite 600 Arlington, VA 22209 USA, Lineamientos para los Nuevos Protocolos de Tratamiento de la Diarrea para Trabajadores Comunitarios de Salud, pág.2

## PLAN A: TRATAR LA DIARREA EN CASA

Tratamiento de un niño/o niña cuando tiene diarrea pero SIN DESHIDRATACIÓN.

Las cuatro reglas del tratamiento en casa son:

1. DAR MAS LIQUIDOS ( todo lo que el niño/niña acepte)<sup>(10)</sup>
2. CONTINUAR LA ALIMENTACIÓN <sup>(10)</sup>
3. CUÁNDO REGRESAR <sup>(10)</sup>
4. INDICAR MEDIDAS PREVENTIVAS <sup>(11)</sup>

Los niños/niñas que padecen diarrea y llega al establecimiento de salud SIN DESHIDRATACION recibirán tratamiento de acuerdo con el **plan A.**<sup>(10)</sup>

### REGLA 1: DAR MÁS LÍQUIDO

#### Decir a los padres o cuidadores que:

Le dé todo el líquido que acepte dar más liquido de lo acostumbrado, tan pronto como comience la diarrea, el propósito es reemplazar líquidos que se pierde con la diarrea y prevenir la deshidratación.<sup>(10)</sup>

Decir a la madre que le dé el pecho con más frecuencia y durante más tiempo y que le debe dar otros líquidos después de dar el seno.<sup>(10)</sup>



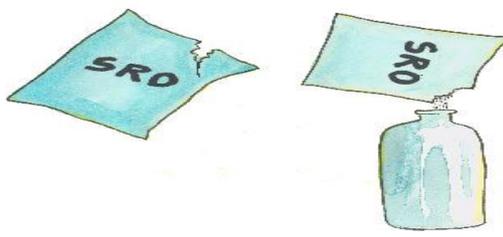
El suero oral se recomienda para prevenir la deshidratación en la casa. Además se puede ofrecer otros líquidos preparados con alimentos por ejemplo: sopa, agua de arroz, yogur casero, y/o agua limpia con una tasa y cuchara.<sup>(10)</sup>

*10 "Manual de capacitación en AIEPI, preparado por el Equipo de Salud de la Niñez Enero 2004; Dra. Carmen Laspina, Dra. Irlanda Ordoñez, Ing. Lupe Orozco, Dr. Walter Torres, Dr. Roberto Chiriboga y Dr. Miguel Hinojosa". pag 93, 94,95.*

*11Guía de bolsillo AIEPI/ Dr. Luis Carlos Ochoa V., Dr. Ricardo Posada S., Dr. Felipe Restrepo N, Lic. Patricia Aristizabal M. / IPS-SUSALUD. Pág. 89.*

Mostrar a los padres o cuidadores a cargo del niño/a la cantidad de líquidos que debe darle de los que le da habitualmente.<sup>(10)</sup>

- Hasta los dos años: 50 a 100 ml después de cada deposición diarreica.
- 2 años o más: de 100 a 200 ml después de cada deposición diarreica.<sup>(10)</sup>
- La diarrea puede durar algunos días y el SRO no interrumpirá la diarrea. El beneficio del SRO es que reemplaza el líquido y las sales que el niño/a pierde con la diarrea o impide que se agrave.<sup>(10)</sup>



Educar a los padres que:

- Deben dar sorbitos frecuentes de una taza o cuchara.
- Si el niño/a vomita, esperen 10 min antes de darle más líquidos. Luego continúen dándole líquido, pero más lentamente.
- Continuar administrando líquidos hasta que cese la diarrea.<sup>(10)</sup>



<sup>10</sup> “Manual de capacitación en AIEPI, preparado por el Equipo de Salud de la Niñez Enero 2004; Dra. Carmen Laspina, Dra. Irlanda Ordoñez, Ing. Lupe Orozco, Dr. Walter Torres, Dr. Roberto Chiriboga y Dr. Miguel Hinojosa”. pag 93, 94,95.

## Auto preparación del SRO

Básicamente hay tres opciones para disponer de sales de rehidratación oral en el hogar:

- 1) Los sobres de SRO empaquetados industrialmente.<sup>(10)</sup>
- 2) El suero casero o suero simple de sal y azúcar que podría ser preparado por la madre en su hogar.<sup>(10)</sup>
- 3) Alimentos o líquidos que son preparados y administrados a los niños en forma habitual, y por su composición se asemejan a las SRO, esto es, que contengan sales (todas o al menos sodio) y un soluto (carbohidrato y/o proteínas) que faciliten la absorción del sodio y agua. Ejemplo: sopa de fideo y pollo, sopa de arroz o de mandioca, que están preparadas con sal.<sup>(12)</sup>

## Preparación de suero oral empaquetados industrialmente

1. Lávese las manos
2. Coja 1 litro de agua mineral ó sino tiene, ponga 1 litro de agua (del pozo o del manantial) a hervir durante 15 minutos.
3. Deje enfriar el agua y cuando esté fría la pone en una botella de agua limpia
4. Ponga dentro de la botella el contenido del sobre de suero.
5. Mézclelo todo bien.
6. De a beber al enfermo una taza de suero cada 15 minutos hasta que no tenga más sed.<sup>(14)</sup>



*10 "Manual de capacitación en AIEPI, preparado por el Equipo de Salud de la Niñez Enero 2004; Dra. Carmen Laspina, Dra. Irlanda Ordoñez, Ing. Lupe Orozco, Dr. Walter Torres, Dr. Roberto Chiriboga y Dr. Miguel Hinojosa". pag 93, 94,95.*

*12 Atención primaria de salud principios y métodos/OPS/1992, segunda edición.pag192, 194, 195.*

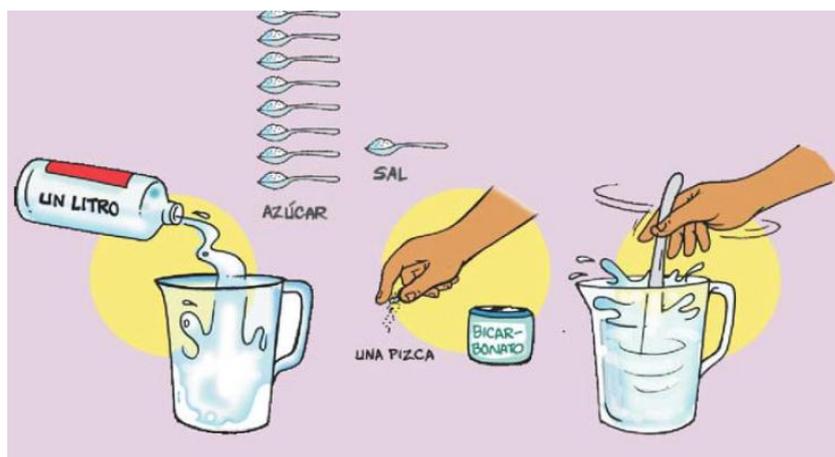
*14 Almudena González-Vigil Santos/Experta en salud pública/Noviembre 2009, República de Guinea Ecuatorial, pág. 28,29.*

### Importante:

El sobre de suero oral preparado dura 1 día, si no se ha bebido, no sirve para el día siguiente. Hay que preparar 1 suero nuevo cada día.<sup>(14)</sup>

### Preparación de suero oral casero

1. Lávese las manos
2. Coja 1 litro de agua mineral ó sino tiene, ponga 1 litro de agua (del pozo o del manantial) a hervir durante 15 minutos.
3. Deje enfriar el agua y cuando esté fría la pone en una botella de agua limpia.
4. Ponga dentro de la botella 8 cucharas de azúcar y una de sal.
5. Mézclelo todo bien
6. De a beber al enfermo una taza de suero cada 15 minutos hasta que no tenga más sed.
7. A partir de entonces dar suero al enfermo cada vez que haga caca ó defeque: Una (1) taza si es un niño pequeño (si es un bebe dásela a cucharaditas poco a poco); Dos tazas (2) si es un niño grande.
8. Si vomita después de beber, espere un rato y vuelva a darle más suero oral (SRO), más lentamente o a cucharaditas.<sup>(16)</sup>

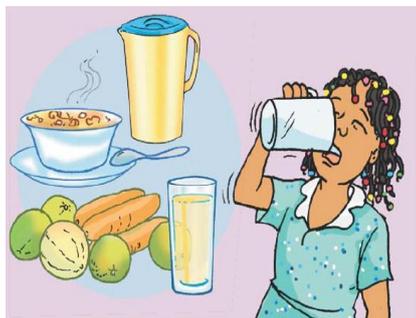


¡El suero oral preparado en casa y los sobres de “SRO”, ambos son igualmente buenos y el efecto es el mismo!<sup>(14)</sup>

<sup>14</sup> Almudena González-Vigil Santos/Experta en salud pública/Noviembre 2009, República de Guinea Ecuatorial, pág. 26,27.

<sup>16</sup> Proyecto MOST 1820 N. Fort Myer Drive, Suite 600 Arlington, VA 22209 USA, Lineamientos para los Nuevos Protocolos de Tratamiento de la Diarrea para Trabajadores Comunitarios de Salud, pág.2

## REGLA 2: CONTINUAR LA ALIMENTACIÓN



Durante la enfermedad se debe continuar la alimentación acostumbrada en condiciones normales, y se debe aumentar el número de porciones después de que la diarrea desaparezca.<sup>(4)</sup>

La lactancia materna debe continuarse siempre. La idea es dar alimento nutritivo en la cantidad que el niño acepte. Continuarla alimentación también acelera la recuperación de su función intestinal normal, esto incluye la capacidad para digerir y absorber varios nutrientes, los niños a quienes se les restringe o diluye la alimentación pierden peso, tienen diarrea de mayor duración y recuperan la función intestinal más lentamente.<sup>(4)</sup>

### Que alimentos dar

Son los mismo que requeridos para niños sanos.

### Leche

- Se debe aconsejar que los niños sean lactados más de lo usual.
- Los bebés que no reciben leche materna deberían recibir su fórmula acostumbrada al menos cada tres horas, si es posible con taza.
- Los bebés menores de seis meses que reciben leche materna y otros alimentos deberían recibir más leche materna. Si se están dando otros líquidos además de la leche, debe usarse una taza en lugar de un biberón.<sup>(4)</sup>



Es más importante monitorear la respuesta clínica del niño (por ejemplo, aumento de peso, estado general).<sup>(4)</sup>

## Otros alimentos

Si el niño es mayor de seis meses y ya estará recibiendo otros alimentos, deberían recibir cereales, vegetales y otros alimentos además de la leche. Si el niño es mayor de seis meses y todavía no se han indicado otros alimentos, éstos deberían iniciarse durante la diarrea o tan pronto termine.<sup>(4)</sup>

Los alimentos basados en la leche fermentada pueden digerirse más fácilmente. La leche debería mezclarse con un cereal. Si es posible, se deben agregar de 5 a 10 ml de aceite vegetal a cada ingesta de cereal. Se debe dar carne, pescado o huevos, si están disponibles.<sup>(4)</sup>

Los alimentos ricos en potasio, como plátanos, papas, agua de coco verde y jugo de fruta fresca, son beneficioso.<sup>(4)</sup>

## Cuánto alimento y con qué frecuencia

Ofrecer alimentos cada tres o cuatro horas (seis veces al día). Las comidas pequeñas frecuentes son mejor toleradas.<sup>(4)</sup>

## REGLA 3: CUANDO VOLVER

Diga a los padres o cuidadores cuales son los signos que le indican que deben regresar:

- No es capaz de beber o tomar el pecho.
- Empeora
- Tiene fiebre<sup>(10)</sup>

Si el niño tiene diarrea, también dígales que regrese si el niño/a tiene:

- Sangre en las heces
- Bebe mal o vomita<sup>(10)</sup>

*4 Manual de tratamiento de la diarrea en niños / Washington, D.C.OPS, 2008, Serie II, Pág. 238, 239,240.*

*10 "Manual de capacitación en AIEPI, preparado por el Equipo de Salud de la Niñez Enero 2004; Dra. Carmen Laspina, Dra. Irlanda Ordoñez, Ing. Lupe Orozco, Dr. Walter Torres, Dr. Roberto Chiriboga y Dr. Miguel Hinojosa". pag 93, 94,95.*

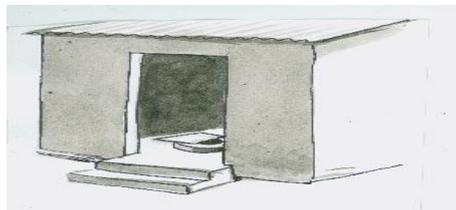
## CUARTA REGLA: INDICAR MEDIDAS PREVENTIVAS

Es importante en todo niño que es dado de alta promover prevención para evitar nuevos episodios de diarrea, estas 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.<sup>(10)</sup>



- Preparación higiénica de los alimentos, mantenerlos en recipientes limpios y bien tapados.<sup>(10)</sup>
- 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.<sup>(10)</sup>



- 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 y otros materiales que estén en contacto con él bebe.<sup>(11)</sup>

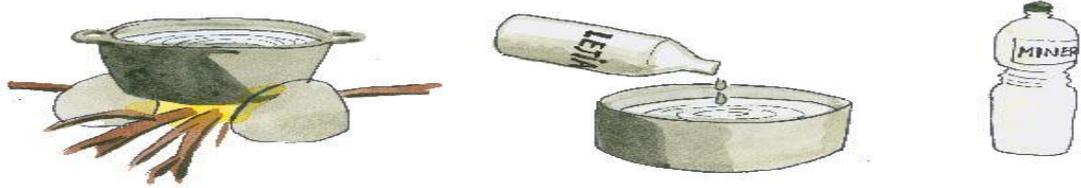
<sup>10</sup> "Manual de capacitación en AIEPI, preparado por el Equipo de Salud de la Niñez Enero 2004; Dra. Carmen Laspina, Dra. Irlanda Ordoñez, Ing. Lupe Orozco, Dr. Walter Torres, Dr. Roberto Chiriboga y Dr. Miguel Hinojosa". pág. 93, 94,9.

<sup>11</sup> Guía de bolsillo AIEPI/ Dr. Luis Carlos Ochoa V., Dr. Ricardo Posada S., Dr. Felipe Restrepo N, Lic. Patricia Aristizabal M. / IPS-SUSALUD. Pág. 89.

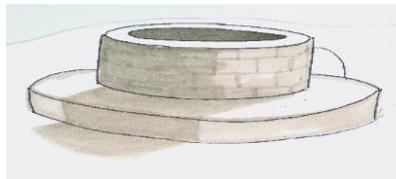
- Evitar que los niños pequeños se metan las manos a la boca.<sup>(14)</sup>

### Beber agua desinfectada o potable:

- Hervir el agua 15 minutos ó echar unas gotas de cloro apta para desinfectar agua de beber, según se indique en las instrucciones de la botella.<sup>(14)</sup>



- Guardar el agua de beber en recipientes limpios y tapados.
- Proteger los pozos ó manantiales donde se toma el agua de beber.<sup>(14)</sup>



**Tratamiento de residuos:** es muy importante no acumular basura adentro, ni alrededor o cerca de la casa, y mantenerla en recipientes cerrados, para evitar moscas y roedores.<sup>(14)</sup>



- Dar al bebe leche de la madre. No dar leche artificial ya que su preparación y la falta de higiene adecuada del biberón, suele favorecer la aparición de diarreas.<sup>(14)</sup>



<sup>14</sup> Almudena González-Vigil Santos/Experta en salud pública/Noviembre 2009, República de Guinea Ecuatorial, pág. 32, 33, 34, 35.

- La higiene en la preparación de alimentos, lavado de frutas y verduras.<sup>(3)</sup>
- Cocción de los alimentos: huevos (consistencia dura); carne bien cocida (especialmente la carne picada). Para ser consumidas, las carnes deben perder el color rosado.<sup>(3)</sup>



- No usar el mismo cuchillo, tabla o mesada donde se apoyó carne cruda para cortar otros alimentos, sin antes lavarlos con agua y detergente.<sup>(3)</sup>
- Consumir solamente la leche, los derivados lácteos y los jugos que hayan sido pasteurizados.<sup>(3)</sup>
- No administrar medicamentos e infusiones caseras sin indicación médica.<sup>(3)</sup>

**PRESUPUESTO DEL DESARROLLO DE LA PROPUESTA**

<b>DETALLE</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>VALOR UNITARIO</b>	<b>VALOR TOTAL</b>
Internet	10 horas	\$ 0,80	\$ 8,00
Impresiones	20 B/N	\$ 0,20	\$ 4,00
	18 color	\$ 0,50	\$ 9,00
Trípticos	30	\$ 1,25	\$ 37,50
Pliegos Cartulinas	8	\$ 0,35	\$ 2,80
Papel Crepe	4	\$ 0,30	\$ 1,20
Marcadores	1 docena	\$ 5,80	\$ 5,80
Escarchas de colores	6	\$ 0,30	\$ 1,80
Goma	1	\$ 1,75	\$ 1,75
Fómix	4	\$ 0,60	\$ 2,40
Movilización, taxi.	8	\$ 1,00	\$ 8,00
<b>TOTAL</b>			<b>\$ 82,25</b>

## **SOSTENIBILIDAD**

Este es un programa que se desarrolla en el Centro de Salud Urbano Tena, debido a que durante la investigación se evidencio un bajo conocimiento de los padres de familia en relación a las Enfermedades Diarreicas Agudas en los niños de 1 a 4 años de edad, la misma que servirá para mejorar sus conocimientos con el objetivo de prevenir estas enfermedades.

El desarrollo de nuestro programa educativo se realizara en el área de consulta externa y comunidad de Bajo Ongota, debido a que nuestra propuesta va dirigida a los padres de niños de 1 a 4 años de edad que acuden al CS “Urbano Tena”.

**Social:** Se cuenta con el interés de los padres de familia en desarrollar conocimientos adecuados sobre la prevención, signos de alarma y cuidados en el hogar de los niños con Enfermedades Diarreicas Agudas.

## **FACTIBILIDAD**

Es factible la aplicación de un programa educativo para prevenir las Enfermedades Diarreicas Agudas en niños de 1 a 4 años de edad, debido a que se cuenta con el apoyo de la coordinadora del centro de salud, la participación del personal de enfermería, la colaboración de los padres de familia y demás usuarios.

La estructura física se encuentra en condiciones favorables para la presentación de charlas en papelotes, diapositivas, proyección de videos y entrega de trípticos.

**Técnico:** Director de Tesis. Dr. René Alarcón

**Económica:** La propuesta planteada será posible con el autofinanciamiento de los internos de enfermería, ya que se tiene un ingreso económico becado por la Coordinación Zonal de Salud 2.

## **RESULTADOS ESPERADOS**

Padres de familia educados mediante charlas en papelotes, diapositivas, proyección de videos y entrega de trípticos, con un mejor conocimiento de las causas, síntomas, métodos de prevención, cuidados en el hogar y signos de alarma que puedan presentarse con esta patología.

## **BIBLIOGRAFIA:**

1. Organización Panamericana de la Salud (Documento PDF).
2. Organización Mundial de la Salud y UNICEF (Documento PDF).
3. Modulo de capacitación en la atención de enfermería del niño con diarrea, Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Lic. Enf. Verónica Basso, Argentina/Diciembre 2008. OPS/FCH/CH/09.02. E pag.18, 19, 22.
4. Manual de tratamiento de la diarrea en niños / Washington, D.C.OPS, 2008, Pag1
5. Pediatría Meneghelo /Tomo 2/Quinta Edición/capítulo 247.3, pag1550.
6. Revista Pacea Medicina Familiar 2007/Dra. Tania Durán Collazos; 4(5): pág. 30
7. Organización Mundial de Gastroenterología 2012.pag7.
8. Plan General para la Construcción de Criterios Técnicos (revista fármacos 2003, 16 (1-2) pg.5.
9. Guía de Manejo de EDA/ Carmen Emilia Ospina / Versión 1 / código G-SA-20 pag6.
10. “Manual de capacitación en AIEPI, preparado por el Equipo de Salud de la Niñez Enero 2004; Dra. Carmen Laspina, Dra. Irlanda Ordoñez, Ing. Lupe Orozco, Dr. Walter Torres, Dr. Roberto Chiriboga y Dr. Miguel Hinojosa”. Pág. 28, 29,30 Edición 1.
11. Guía de bolsillo AIEPI/ Dr. Luis Carlos Ochoa V., Dr. Ricardo Posada S., Dr. Felipe Restrepo N, Lic. Patricia Aristizabal M. / IPS-SU SALUD. Pág. 89.
12. Atención primaria de salud principios y métodos/OPS/1992, segunda edición.pag192, 194, 195.
13. Boletín Epidemiológico Es Salud-GCPS-OPIS, Lima 2012/Bol. EPI N ° 02 – 2012, pág. 2.
14. Almudena González-Vigil Santos/Experta en salud pública/Noviembre 2009, República de Guinea Ecuatorial, pág. 6, 10, 12, 13,14.
15. Ministerio de salud de la provincia de buenos aires programa materno infantil subprograma de salud integral del niño de 0 a 5 años coordinadora: Raineri Flavia, 2007, pág. 12.

16. Proyecto MOST 1820 N. Fort Myer Drive, Suite 600 Arlington, VA 22209  
USA, Lineamientos para los Nuevos Protocolos de Tratamiento de la Diarrea  
para Trabajadores Comunitarios de Salud, pág.2

# ANEXOS

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL DESARROLLO DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN  
INTERNOS ROTATIVOS DE ENFERMERIA 2013 – 2014**

ACTIVIDADES	A	M	JN	JL	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	JN	JL	RESPONSABLES
Análisis del tema de tesis.	→																IRE. Wilmer Guanotaxi IRE. Luis Sisa
Denuncia del Tema de Investigación y aprobación CIE.			→														IRE. Wilmer Guanotaxi IRE. Luis Sisa
Designación de Director (a) de tesis.			→														CIE Directora Escuela de Enfermería
Desarrollo del proyecto: Tema, objetivos, justificación, problema, hipótesis, variables, Operacionalización de las variables, diseño		→															IRE. Wilmer Guanotaxi IRE. Luis Sisa Dr. René Alarcón

metodológico y aplicación de los instrumentos de recolección de la información.																	
Desarrollo de la propuesta.										→							IRE. Wilmer Guanotaxi IRE. Luis Sisa Dr. René Alarcón
Presentación primer borrador del proyecto al director de tesis.												→					IRE. Wilmer Guanotaxi IRE. Luis Sisa Dr. René Alarcón
Designación de Vocales y presentación de borradores de tesis.													→				IRE. Wilmer Guanotaxi IRE. Luis Sisa
Defensa del trabajo de Investigación.														→			IRE. Wilmer Guanotaxi IRE. Luis Sisa

## **RECURSOS Y PRESUPUESTO**

### **Talentos Humanos**

- Enfermera líder del departamento de enfermería del CS Urbano Tena.
- Coordinadora del CS Urbano Tena.
- Personal profesional de enfermería del CS Urbano Tena.
- Coordinadora del Internado Rotativo de Enfermería.
- Internos de Enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar.

### **Recursos Técnicos**

- Proyector de imágenes
- Computadora
- Impresora
- Flash memory

### **Recursos Materiales**

- Trípticos
- Pliegos Cartulinas
- Papel Crepe
- Marcadores
- Escarchas de colores
- Goma
- Fomix
- Pizarrón de tiza líquida
- Sillas

**PRESUPUESTO DE LA TESIS**

<b>DETALLE</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>VALOR UNITARIO</b>	<b>VALOR TOTAL</b>
Internet	60 horas	\$ 0,80	\$ 48,00
Impresiones propuesta	B/N 20 Color 18	\$ 0,20 \$ 0,50	\$ 4,00 \$ 9,00
Impresiones borrador tesis	3	\$ 30,00	\$ 90,00
Copias de encuestas	555	\$ 0,05	\$ 27,75
Trípticos	30	\$ 1,25	\$ 37,50
Pliegos Cartulinas	8	\$ 0,35	\$ 2,80
Papel Crepe	4	\$ 0,30	\$ 1,20
Marcadores	1 docena	\$ 5,80	\$ 5,80
Escarchas de colores	6	\$ 0,30	\$ 1,80
Goma	1	\$ 1,75	\$ 1,75
Fómix	4	\$ 0,60	\$ 2,40
Movilización	Taxi (15 carreras)	\$ 1,00	\$ 15,00
	Transporte (24 viajes)	\$ 7,00	\$ 168,00
Carpetas	5	\$ 0,30	\$ 1,50
Anillados	3	\$ 2,00	\$ 6,00
Imprevistos		\$ 60,00	\$ 60,00
<b>TOTAL</b>			\$ 482.50



**UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO  
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**ENCUESTA SOBRE EL TRATAMIENTO EN EL HOGAR DEL  
NIÑO CON ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA**

**DATOS PERSONALES DEL NIÑO/A Y LA MADRE**

**Nombres del niño/a.....**  
**Edad del niño/a.....Sexo.....**  
**Nombres de la madre.....**  
**Edad de la madre.....C.I.....**

**1.- ¿Cuál es su nivel de educación?**

- Analfabeta
- Primaria incompleta
- Primaria Completa
- Secundaria Incompleta
- Secundaria Completa
- Universitaria

**2.- ¿Cuál es la fuente principal de agua en su hogar?**

- Agua entubada
- Pozo vertiente
- Agua Lluvia
- Camión tanque

**3.- ¿Qué hace Ud. antes de consumir el agua?**

- La hierve
- La hecha cloro
- La filtra
- Consume tal como viene de la fuente

**4.- ¿Ud. Se lava las manos antes de comer, después de ir al baño y luego de cambiar los pañales a su bebe?**

Si ( ) no ( )

**5.- ¿Ud. Lava los alimentos antes de consumirla?**

Si ( ) no ( )

**6.- ¿Dónde realiza su familia las deposiciones?**

- En el baño
- Al aire libre
- Cava un hoyo y las entierra.

**7.- ¿De qué material es su casa?**

- De madera
- De caña
- De hormigón

**8.- ¿Ud. realiza la higiene diaria de su casa?**

Si ( ) No ( )

**9.- Cuando tuvo su hijo/a. ¿Por cuánto tiempo le dio de lactar?**

- 2 a 3 meses de edad
- 4 a 6 meses de edad
- 6to mes al año de edad
- Hasta los 2 años
- Nunca

**10.- ¿Su hijo/a tuvo diarrea alguna vez?**

Si ( ) no ( )

**11.- Cuando su hijo/a tuvo diarrea. ¿Qué hizo Ud.?**

- Le dio algún medicamento sin consultar al médico.
- Le dio algún preparado casero.
- Acudió a Curanderos.
- Acudió a centro de salud.
- No acude a nadie

**12.- ¿Por cuánto tiempo duro la diarrea?**

- Menor de 14 días.
- Mayor de 14 días.

**13.- Cuando su hijo/a estuvo con diarrea. ¿Cuántas deposiciones diarias hizo?**

- 3 deposiciones
- 4 deposiciones
- 5 deposiciones
- 6 deposiciones
- Más de 6 deposiciones

**14.- ¿Observo sangre en las heces?**

Si ( ) no ( )

**15.- ¿Observo moco en las heces?**

Si ( ) no ( )

**16.- ¿Las heces fueron de mal olor?**

Si ( ) no ( )

**17.- A más de las heces líquidas. ¿Cuál de estos síntomas observo?**

- Vómito
- Fiebre
- Vomito con fiebre
- Intranquilo e irritable
- Ojos hundidos
- Bebe mal o no puede beber

**18.- ¿Cuándo su hijo/a estuvo con diarrea continuo dándole de lactar?**

Si ( ) no ( )

**19.- ¿Sabía Ud. que la diarrea produce pérdida de agua en el cuerpo del niño y que podría causar su muerte?**

Si ( ) no ( )

**20.- ¿Ud. Sabe cómo identificar si su niño/a ha perdido agua de su cuerpo?**

Si ( ) no ( )

**21.- Cuando usted acudió al médico. ¿Qué tratamiento le dio a su hijo?**

- Suero oral
- Medicamentos
- Suero oral y medicamentos

**22.- Cuándo el médico le envió con el tratamiento. ¿Cumplió Ud. con la prescripción médica indicada?**

Si ( ) no ( )

**23.- ¿Sabía Ud. que tomar abundante líquido, es fundamental en el tratamiento de un niño/a con diarrea?**

Si ( ) no ( )

**24.- ¿Sabe Ud. como preparar el suero oral casero?**

Si ( ) no ( )

**25.- Durante el tratamiento de la diarrea. ¿Su hijo/a tuvo alguna de estas complicaciones?**

- Diarrea con moco y sangre
- Deshidratación
- Desnutrición
- No se complica

**26.- ¿Su hijo/a tubo alguna necesidad de ser hospitalizado?**

Si ( ) no ( )



## VISITAS DOMICILIARES

**Nombres y Apellidos:**

**Edad:**

**Dirección domiciliaria:**

**Fecha:**

<b>Problema</b>	<b>Actividad</b>	<b>Acuerdos y Compromisos</b>

**FIRMA**

.....

**RESPONSABLES**

IRE. Wilmer Guanotaxi

IRE. Luis Sisa



Tena-Napo-Ecuador

**CENTRO DE SALUD URBANO TENA**

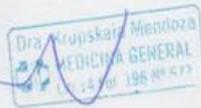
Viernes 28 de Marzo del 2014

CERTIFICO:

Que, los Internos Rotativos de Enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar, Wilmer Alex Guanotaxi Simaliza con C.I. 020210474-1, Sisa Tandapilco Luis Alfredo con C.I. 020181570-1, desarrollaron el **“PROGRAMA EDUCATIVO DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS DIRIGIDO A LOS PADRES DE NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD URBANO TENA”**, la misma que constituye su propuesta de su tesis de grado.



  
Dra. Krupskaja Mendoza  
COORDINADORA DEL CS URBANO TENA



## CENTRO DE SALUD URBANO TENA



## APLICACIÓN DE ENCUESTAS A LOS PADRES DE FAMILIA







## PRINCIPALES FUENTES DE AGUA EN EL HOGAR







**CHARLAS EDUCATIVAS EN EL CENTRO DE SALUD  
“URBANO TENA”**







## ENTREGA DE TRIPTICOS

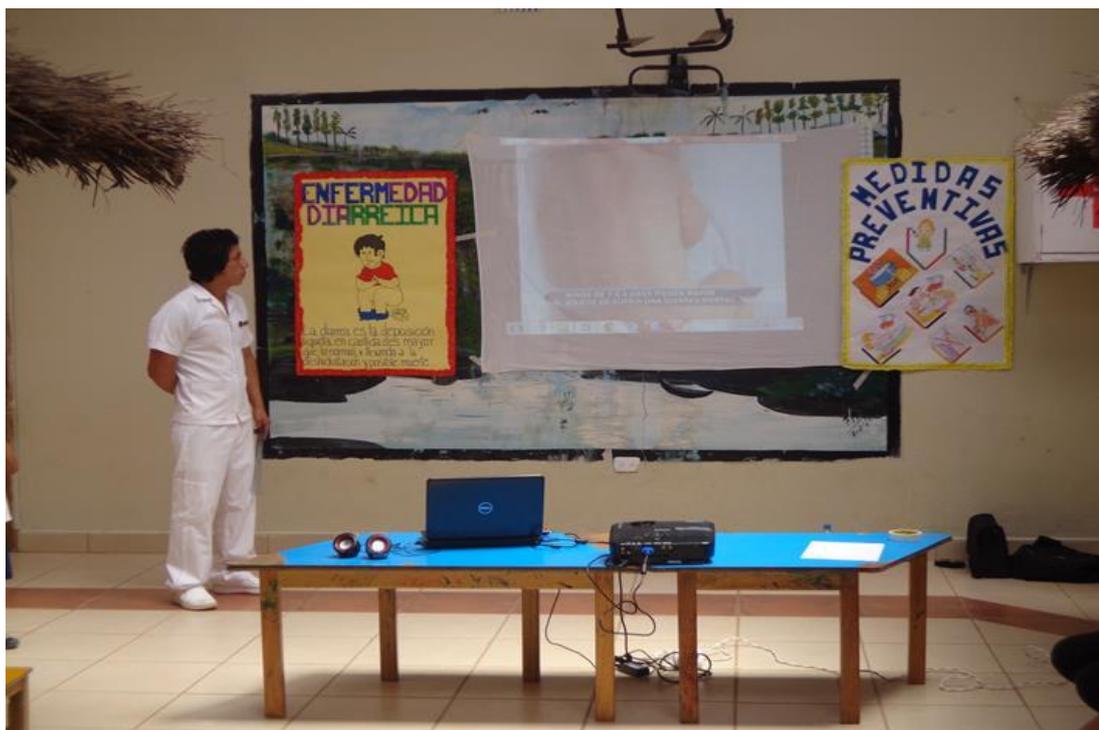


**CHARLA EDUCATIVA EN LA COMUNIDAD DE  
“BAJO ONGOTA”**





## PROYECCIÓN DE VIDEOS EDUCATIVOS





**UNIVERSIDAD ESTATAL DE  
BOLIVAR**



Este programa educativo responde a las necesidades de mejorar el conocimiento de los padres en relación a las enfermedades diarreicas en los niños que acuden al CS” Urbano Tena “; debido a que se ha evidenciado un alto índice de niños con esta enfermedad.

**RESPONSABLES:**

**IRE.** Alex Guanotaxi

**IRE.** Luis Sisa

**SIGNOS DE ALARMA**

- ⇒ El niño no puede beber o tomar el seno de la madre.
- ⇒ Tiene fiebre
- ⇒ Sangre en las heces
- ⇒ Continua la diarrea
- ⇒ Bebe mal o vomita



***¡En caso de presentar estos signos de alarma acercarse inmediatamente al centro de salud más cercano!***

**DIRECCION:** UEB/Guaranda -Ecuador

**TELEFONO:** 0981081299

**E-MAIL:** sisaalfredo@gmail.com



**Organización**

**PROGRAMA EDUCATIVO DE  
PREVENCIÓN DE DIARREAS  
EN NIÑOS**



“Cuando la diarrea es frecuente y su duración es larga causa desnutrición y podría producir la muerte del niño”.

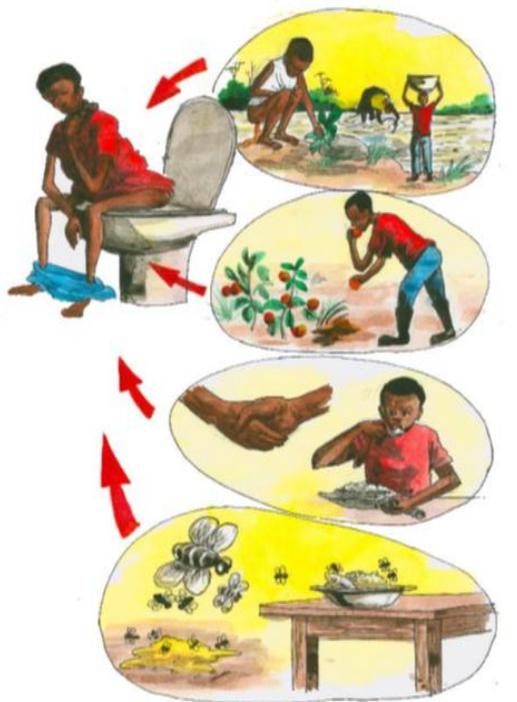
## ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN LOS NIÑOS

### DIARREA

Es el aumento de la frecuencia de las deposiciones (popo) en forma líquidas de tres veces o más al día.

### FORMA DE CONTAGIO

Se contagia por el contacto con las heces de personas enfermas con diarrea.



### CAUSAS

- ⇒ Consumo de agua de ríos, pozos, vertientes sin hervir.
- ⇒ Consumo de alimentos sin lavar.
- ⇒ Falta de lavado de manos antes de comer y después de ir al baño.
- ⇒ Falta de lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida.
- ⇒ Uso de biberones.
- ⇒ Defensas bajas en el cuerpo.
- ⇒ Deposiciones (popo) al aire libre.

### SIGNOS Y SINTOMAS

- ⇒ Fiebre
- ⇒ Vómitos
- ⇒ Dolor abdominal
- ⇒ Deposiciones líquidas con moco o sangre.
- ⇒ Falta de apetito

### MEDIDAS PREVENTIVAS

- ⇒ Lavarse las manos continuamente.
- ⇒ Hervir el agua antes de tomar.
- ⇒ Lavar los alimentos antes de comer.
- ⇒ Hacer la deposición (popo) en el baño.
- ⇒ Dar leche materna al niño por lo menos los 6 primeros meses de vida.
- ⇒ Mantener la higiene en el hogar, en especial platos, cucharas, y todos los materiales de la cocina.
- ⇒ No auto medicarse
- ⇒ Cumplir con el esquema de vacunas.



## VISITAS DOMICILIARIAS











### VISITAS DOMICILIARES

Nombres y Apellidos: *Marcela Atache*

Edad: *27 años*

Dirección domiciliaria: *Aeropuerto #2*

Fecha: *25/03/2014*

Problema	Actividad	Acuerdos y Compromisos
<i>Deshidratación</i>	<i>Dar suero oral y otros líquidos durante la diarrea. Continuar con la lactancia materna durante la diarrea. - Si el vómito espere 10 minutos y después continúe dándole líquidos sopitas y alimentos nutritivos para evitar la deshidratación</i>	<i>Madre se compromete dar leche materna, suero oral; y abundante líquidos durante la diarrea.</i>

#### FIRMA

*150067593-7*  
.....

#### RESPONSABLES

IRE. Wilmer Guanotaxi

IRE. Luis Sisa



## VISITAS DOMICILIARES

Nombres y Apellidos: *Natali Shiguango*

Edad: *21 años*

Dirección domiciliaria: *Bajo Ongota*

Fecha: *25/03/2014*

Problema	Actividad	Acuerdos y Compromisos
<i>Fiebre Deposición líquida</i>	<i>Controlar la fiebre por medios físicos aplicando Compresas de agua fría en la cabeza abdomen y pies. - Dar baño de esponja con agua templada. - Administrar abundante líquido.</i>	<i>- La madre de niño se compromete dar seguimiento durante el tratamiento en el hogar y Centro de salud. - Madre se compromete continuar aplicando compresas de agua tibia hasta que se quite la fiebre y dar abundante líquido durante la diarrea.</i>

FIRMA

*150090145-5*.....

RESPONSABLES

IRE. Wilmer Guanotaxi

IRE. Luis Sisa