UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y EL SER HUMANO

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

TEMA:

Intervención educativa de enfermería para la rehidratación oral efectiva en niños hospitalizados con EDA, Hospital General Martín Icaza, Marzo – Julio 2026

AUTORES:

EST. Allan Gabriel Pérez Lara

EST. Diana Emilia Carvajal Riera

TUTOR:

Lcda. Gladys Naranjo PhD

FECHA DE PRESENTACIÓN:

26/10/2026

DEDICATORIA

"Dedico este proyecto de tesis a mis padres, hermanos, abuelos y mi novia; a todas aquellas personas que me guiaron, confiaron en mí y me brindaron su respaldo en mis momentos de flaqueza. Agradezco profundamente su ayuda incondicional a lo largo de toda mi carrera y el haber permanecido a mi lado cuando más los necesitaba, pues sin escatimar esfuerzos sacrificaron parte de su tiempo por apoyarme en la consecución de mis metas.

De manera muy especial, dedico este logro a mi padre, Edwin Gonzalo Vega Chico. Gracias por ser un padre incondicional que me sostuvo durante todo este proceso, a quien le debo mucho más de lo que las palabras pueden expresar. Gracias por cuidar siempre de mí, por estar presente en cada paso y, sobre todo, por demostrarme ese amor paternal infinito que ha sido mi mayor fortaleza."

Allan Gabriel Pérez Lara

En primer lugar, a Dios, por ser mi guía, mi fortaleza y por darme la sabiduría necesaria para culminar esta etapa de mi vida. A mis padres, por ser mi apoyo incondicional en todo momento durante este proceso; gracias, Madre, por cada esfuerzo diario, por tu paciencia infinita y por ser el pilar fundamental que me sostuvo en cada paso de este camino. A mis hermanos, quienes siempre confiaron en mí, brindándome palabras de aliento y fortaleza. De igual manera, a mi pareja y a todas aquellas personas que estuvieron conmigo desde el día uno, entregándome su apoyo incondicional, su paciencia y su amor en cada etapa. Gracias por enseñarme que con esfuerzo los sueños se cumplen. Este logro también es de ustedes. ¡Lo logramos!

Diana Emilia Carvajal Riera

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, queremos agradecer a Dios por ser nuestra guía, por darnos la sabiduría, la salud y la fortaleza necesarias para superar cada obstáculo en este camino y permitirnos culminar con éxito esta etapa tan importante de nuestras vidas.

Agradecemos primordialmente a nuestra alma mater, “Universidad Estatal de Bolívar” por habernos abierto las puertas y brindarnos las herramientas necesarias para nuestra formación profesional.

Un agradecimiento especial a nuestra tutora Dra. Gladys Naranjo, por su infinita paciencia, su guía metodológica y por confiar en este proyecto desde el primer día. Su experiencia fue el faro que nos llevó a culminar este trabajo.

De igual manera, expresamos nuestra gratitud a los profesores que formaron parte de nuestro camino universitario, compartiendo su conocimiento y pasión por la excelencia.

Finalmente, agradecemos a nuestras familias y amigos por su apoyo incondicional, y por ser el pilar fundamental en cada etapa de este viaje. Este logro también es de ustedes.

Allan Gabriel Pérez Lara

Diana Emilia Carvajal Riera

TEMA

Intervención educativa de enfermería para la rehidratación oral efectiva en niños hospitalizados con EDA, Hospital General Martín Icaza, Marzo – Julio 2026

INDÍCE

DEDICATORIA ..... **II**

AGRADECIMIENTO ..... **III**

TEMA ..... **IV**

INDÍCE ..... **V**

CERTIFICADO DE SEGUIMIENTO AL PROCESO INVESTIGATIVO EMITIDO POR EL TUROR ..... **XII**

RESUMEN ..... **XIV**

ABSTRACT ..... **XV**

INTRODUCCIÓN **16**

CAPITULO I **19**

1. Problema **19**

1.1 Planteamiento del problema 19

1.2 Formulación del problema 22

1.3 Justificación de la investigación 23

1.4 Objetivos 25

1.4.1 Objetivo General 25

1.4.2 Objetivos Específicos 25

1.5 Limitaciones 26

CAPITULO II **27**

2. Marco teórico **27**

2.1 Antecedentes de la investigación 27

2.1.1 Internacionales 27

2.1.2 Nacionales 28

2.1.3 Locales 30

2.2 Bases teóricas 31

2.2.1 Definición de enfermedad diarreica aguda 31

2.2.2 Clasificación de la enfermedad diarreica aguda.....32

2.2.3 Tipos de diarrea en pediatría.....33

2.2.4 Diferencia entre diarrea aguda, persistente y crónica 34

2.2.5 Etiología de la EDA 36

2.2.6 Factores de riesgo asociados 37

2.2.7 Fisiopatología de la enfermedad diarreica aguda.....38

2.2.8 Manifestaciones clínicas 39

2.2.9 Complicaciones de la EDA 41

2.2.10 Deshidratación asociada a la EDA.....42

2.2.11 Definición de deshidratación.....43

2.2.12 Relación entre EDA y deshidratación 44

2.2.13 Clasificación de la deshidratación.....45

2.2.14 Rehidratación Oral 48

2.2.15 Fundamento fisiológico de la rehidratación oral.....50

2.2.16 Sales de rehidratación oral (SRO).....51

2.2.17 Tipos de rehidratación oral.....52

2.2.18 Planes de tratamiento para la deshidratación asociada a enfermedad diarreica aguda 53

2.2.19 Indicaciones de la rehidratación oral.....55

2.2.20 Educación a padres sobre preparación y uso correcto del SRO 55

2.2.21 Intervención Educativa de Enfermería.....56

2.3 Definición de términos (glosario) 57

CAPITULO III 59

3. Marco metodológico 59

3.1 Enfoque y Nivel de la investigación 59

3.1.1 Enfoque de la investigación 59

3.1.2 Nivel de la investigación.....59

3.2 Tipo de investigación 59
3.2.1 Investigación Bibliográfica 59
3.2.2 Investigación de Campo 60
3.3 Diseño de investigación 60
3.3.1 Investigación transversal 60
3.4 Población y muestra 60
3.5 Variables 63
3.5.1 Variable de caracterización 63
3.5.2 Variable dependiente 63
3.6 Operacionalización de las variables 63
3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos 68
3.8 Técnicas de procesamiento y análisis de datos 69
CAPITULO IV 70
4. Resultados o logros alcanzados según los objetivos planteados 70
4.1 Resultados según el primer objetivo. 70
4.2 Resultados según el segundo objetivo. 106
4.3 Resultados según el tercer objetivo. 125
4.4 Cumplimiento de los objetivos 127
CAPITULO V 129
5. Marco administrativo 129
5.1 Recursos 129
5.1.1 Humanos 129
5.1.2 Institucionales 129
5.1.3 Tecnológicos 129
5.1.4 Materiales 129
5.2 Cronograma de actividades 130

5.3 Presupuesto 131

CAPITULO VI 132

6. Conclusiones y recomendaciones.....132

6.1 Conclusiones 132

6.2 Recomendaciones.....133

7. Bibliografía.....134

8. Anexos.....143

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Signos clínicos de deshidratación 46

Tabla 2 Características clínicas de la enfermedad diarreica aguda (EDA) .. 70

Tabla 3 Estado nutricional y alimentación 72

Tabla 4 Valoración del estado de hidratación 73

Tabla 5 Manejo terapéutico 74

Tabla 6 Realiza higiene de manos antes de preparar el SRO 75

Tabla 7 Prepara el SRO utilizando la cantidad exacta de agua indicada 76

Tabla 8 Utiliza agua segura o previamente hervida para preparar el SRO .. 77

Tabla 9 No agrega azúcar, jugos u otras sustancias al SRO 78

Tabla 10 Administra el SRO en pequeñas cantidades frecuentes 79

Tabla 11 Administra el SRO aun cuando el niño presenta diarrea continua 80

Tabla 12 Administra el SRO después de cada deposición líquida o vómito 81

Tabla 13 Continúa la lactancia materna o alimentación habitual del niño... 82

Tabla 14 Conserva adecuadamente el SRO preparado 83

Tabla 15 Desecha el SRO después de 24 horas de preparado 84

Tabla 16 Cumple las indicaciones brindadas por el personal de enfermería 85

Tabla 17 Participa activamente durante la educación recibida 86

Tabla 18 Informa oportunamente cambios en el estado clínico del niño 87

Tabla 19 Mantiene una actitud colaborativa durante el proceso terapéutico 88

Tabla 20 Realiza higiene de manos antes de preparar el SRO - Pos test 89

Tabla 21 Prepara el SRO utilizando la cantidad exacta de agua indicada- Pos test 90

Tabla 22 Utiliza agua segura o previamente hervida para preparar el SRO- Pos test 91

Tabla 23 No agrega azúcar, jugos u otras sustancias al SRO- Pos test 92

Tabla 24 Administra el SRO en pequeñas cantidades frecuentes- Pos test .93

Tabla 25 Administra el SRO aun cuando el niño presenta diarrea continua- Pos test 94

Tabla 26 Administra el SRO después de cada deposición líquida o vómito- Pos test 95

Tabla 27 Continúa la lactancia materna o alimentación habitual del niño- Pos test 96

Tabla 28 Conserva adecuadamente el SRO preparado- Pos test.....97

Tabla 29 Desecha el SRO después de 24 horas de preparado- Pos test.....98

Tabla 30 Cumple las indicaciones brindadas por el personal de enfermería- Pos test 99

Tabla 31 Participa activamente durante la educación recibida- Pos test....100

Tabla 32 Informa oportunamente cambios en el estado clínico del niño- Pos test 101

Tabla 33 Mantiene una actitud colaborativa durante el proceso terapéutico- Pos test 102

Tabla 34 Comparación del cumplimiento de recomendaciones en la preparación y administración del SRO pre y postest 103

Tabla 35 Comparación del nivel de cumplimiento de las prácticas pre y postes.....105

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Resolución y aprobación del tema por consejo directivo 143

Anexo 2. Aprobación del tema y designación del tutor 147

Anexo 3. Solicitud de la ejecución del proyecto 148

Anexo 4. Validación del instrumento.....151

Anexo 5. Anexo con los validadores del instrumento.....154

Anexo 6. Consentimiento informado 155

Anexo 7. Aplicación del instrumento.....156

Anexo 8. Evidencias de las tutorías.....159

Anexo 9. Evidencia de la aplicación del instrumento 160

Anexo 10. Desarrollo de la intervención educativa.....162

Anexo 11. Análisis en el sistema Compilatio.....163

CERTIFICADO DE SEGUIMIENTO AL PROCESO INVESTIGATIVO EMITIDO POR EL TUROR

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICADO EMITIDO POR LA TUTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

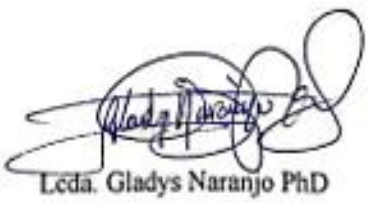
CERTIFICACIÓN DE LA TUTORA

El suscrito Lcda. Gladys Naranjo PhD, Tutora del presente Proyecto de Investigación, como modalidad de Titulación de Grado de Enfermería.

CERTIFICA

El proyecto de investigación como requisito para titulación de grado con el tema: **Intervención educativa de enfermería para la rehidratación oral efectiva en niños hospitalizados con EDA, Hospital General Martín Icaza, Marzo – Julio 2026,** realizado por los estudiantes **Allan Gabriel Pérez Lara** con C.I: 0201935541 y **Diana Emilia Carvajal Riera**, con C.I. 0250231248, han cumplido con los lineamientos teóricos y metodológicos contemplados en el reglamento de la Unidad de Titulación de la Carrera de Enfermería, para ser sometido a revisión y calificación por los miembros del tribunal nombrado por el Consejo Directivo de la Facultad y posteriormente a la sustentación pública respectiva. Es todo en cuanto puedo certificar en honor de la verdad facilitando a los interesados dar al presente, el uso legal que estimen conveniente.

(Firma)



Lcda. Gladys Naranjo PhD

TUTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

DERECHOS DE AUTOR

Nosotros **Allan Gabriel Pérez Lara** y **Diana Emilia Carvajal Riera** portadores de la Cédula de Identidad No **0201935541** y **0250231248** en calidad de autores y titulares de los derechos morales y patrimoniales del Trabajo de Titulación: **Intervención educativa de enfermería para la rehidratación oral efectiva en niños hospitalizados con EDA, Hospital General Martín Icaza, Marzo – Julio 2026** modalidad proyecto de investigación de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN, concedemos a favor de la Universidad Estatal de Bolívar, una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservamos a nuestro favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizamos a la Universidad Estatal de Bolívar, para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Digital, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Los autores declaran que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Allan Gabriel Perez Lara
Time Stamping Security Data

Allan Gabriel Pérez Lara
(firma electrónica)

Validar sólo en FirmaEC.
Firmado Electrónicamente por:
CARVAJAL RIERA
DIANA EMILIA

Diana Emilia Carvajal Riera
(firma electrónica)

RESUMEN

La enfermedad diarreica aguda (EDA) constituye una de las principales causas de morbilidad infantil y representa un importante problema de salud pública debido a que la deshidratación continúa como su complicación más frecuente y potencialmente grave. En este contexto, la educación proporcionada por el personal de enfermería desempeña un papel fundamental para fortalecer los conocimientos de los padres o cuidadores sobre la administración adecuada de la terapia de rehidratación oral y la identificación temprana de signos de alarma. El objetivo general fue desarrollar una intervención educativa de enfermería sobre la administración de la terapia de rehidratación oral en niños hospitalizados con enfermedad diarreica aguda en el Hospital General Martín Icaza, durante el período marzo–julio de 2026. La investigación presentó un enfoque cuantitativo, con diseño preexperimental de tipo pretest–postest en un solo grupo y alcance descriptivo; la población estuvo conformada por 60 padres o cuidadores de niños hospitalizados con EDA. Para la recolección de la información se aplicó un cuestionario estructurado antes y después de la intervención educativa, complementado con una guía de rehidratación oral y sesiones educativas dirigidas por el personal de enfermería. Los resultados evidenciaron un incremento en el nivel de conocimientos de los participantes respecto a la preparación, administración y beneficios de las sales de rehidratación oral, así como un mejor reconocimiento de los signos de alarma asociados a la deshidratación. Se concluyó que la intervención educativa de enfermería fortaleció significativamente los conocimientos de los cuidadores, favoreció la correcta aplicación de la terapia de rehidratación oral y contribuyó a optimizar el cuidado del niño hospitalizado con enfermedad diarreica aguda, promoviendo la prevención de complicaciones y una recuperación más segura.

Palabras clave: enfermedad diarreica aguda; rehidratación oral; intervención educativa; enfermería; deshidratación.

ABSTRACT

Acute diarrheal disease (ADD) is one of the leading causes of childhood morbidity and represents a significant public health problem, as dehydration remains its most common and potentially serious complication. In this context, education provided by nursing staff plays a fundamental role in strengthening parents' or caregivers' knowledge regarding the proper administration of oral rehydration therapy and the early identification of warning signs. The overall objective was to develop a nursing education intervention on the administration of oral rehydration therapy in children hospitalized with acute diarrheal disease at Martín Icaza General Hospital during the period from March to July 2026. The study employed a quantitative approach, with a single-group pre-post pre-experimental design and a descriptive scope; the study population consisted of 60 parents or caregivers of children hospitalized with acute diarrheal disease (ADD). To collect data, a structured questionnaire was administered before and after the educational intervention, supplemented by an oral rehydration guide and educational sessions led by nursing staff. The results showed an increase in the participants' knowledge regarding the preparation, administration, and benefits of oral rehydration salts, as well as improved recognition of warning signs associated with dehydration. It was concluded that the nursing education intervention significantly strengthened caregivers' knowledge, promoted the correct application of oral rehydration therapy, and helped optimize care for hospitalized children with acute diarrheal disease, thereby promoting the prevention of complications and a safer recovery.

Keywords: acute diarrheal disease; oral rehydration; educational intervention; nursing; dehydration.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad diarreica aguda (EDA) constituye uno de los problemas de salud pública más relevantes en la población infantil a nivel mundial, especialmente en niños menores de cinco años. Esta condición se caracteriza por la presencia de deposiciones líquidas o semilíquidas con aumento en la frecuencia habitual y, en la mayoría de los casos, tiene origen infeccioso. Entre sus principales complicaciones se encuentra la deshidratación, la cual puede variar desde formas leves hasta cuadros graves que requieren atención médica inmediata si no se maneja de manera oportuna.

A nivel regional, los sistemas de vigilancia epidemiológica continúan reportando casos de enfermedades diarreicas en la población infantil, evidenciando que los niños menores de cinco años concentran una proporción importante de los casos notificados. Esta situación refleja la necesidad de fortalecer la vigilancia epidemiológica, así como las estrategias de prevención y control orientadas a reducir la incidencia de la enfermedad y sus complicaciones. (Instituto Nacional de Salud de Colombia, 2026).

En Ecuador, la enfermedad diarreica aguda sigue siendo una causa frecuente de atención en los servicios de salud, particularmente en la población infantil. Factores como el acceso limitado a agua segura, las condiciones de saneamiento básico, los hábitos de higiene y el estado nutricional de los niños influyen en la aparición y evolución de esta enfermedad, lo que evidencia la importancia de generar información local que permita comprender mejor su comportamiento y orientar acciones de prevención y control. (Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil, 2024).

En el ámbito local, el Hospital General Martín Icaza, ubicado en la ciudad de Babahoyo, constituye un establecimiento de referencia para la atención de la población de la provincia de Los Ríos y zonas cercanas. En su servicio de emergencias pediátricas se atiende un número considerable de niños menores de cinco años con diferentes afecciones, entre ellas cuadros compatibles con enfermedad diarreica aguda. A pesar de esto, existe limitada información sistematizada sobre la prevalencia de esta enfermedad y los factores asociados en la población pediátrica atendida en este servicio.

En este contexto, la presente investigación busca evaluar la

intervención educativa de enfermería para la rehidratación oral efectiva en niños hospitalizados con EDA en el Hospital General Martín Icaza, marzo-julio 2026. El propósito es generar evidencia que fortalezca las competencias del personal de enfermería, optimice el manejo clínico, reduzca complicaciones y contribuya a estrategias de prevención en la población infantil local.

La presente investigación se estructuró en seis capítulos que permitieron desarrollar de manera organizada el proceso investigativo. El primer capítulo correspondió al planteamiento del problema, donde se describió la situación problemática desde los ámbitos internacional, regional, nacional y local; además, se formularon el problema de investigación, la justificación, los objetivos y las limitaciones del estudio, sustentando la necesidad de desarrollar una intervención educativa de enfermería dirigida a fortalecer la rehidratación oral en niños hospitalizados con enfermedad diarreica aguda.

El segundo capítulo comprendió el marco teórico, integrado por los antecedentes de investigaciones internacionales, nacionales y locales, así como las bases conceptuales relacionadas con la enfermedad diarreica aguda, la deshidratación, la terapia de rehidratación oral, las sales de rehidratación oral y la intervención educativa de enfermería. Estos fundamentos proporcionaron el sustento científico para el desarrollo del estudio y la propuesta planteada.

El tercer capítulo presentó el marco metodológico, en el cual se describieron el enfoque, nivel, tipo y diseño de la investigación; además, se definieron la población, las variables, la operacionalización, las técnicas e instrumentos de recolección de datos y los procedimientos utilizados para el procesamiento y análisis de la información, garantizando el rigor metodológico durante la ejecución del estudio.

El cuarto capítulo expuso los resultados obtenidos mediante la aplicación del pretest y postest, permitiendo valorar el nivel de conocimientos de los padres o cuidadores antes y después de la intervención educativa. Asimismo, se presentó la propuesta de intervención educativa de enfermería y el análisis del cumplimiento de los objetivos planteados, evidenciando el aporte de la educación sanitaria en el fortalecimiento de las prácticas de rehidratación oral.

El quinto capítulo correspondió al marco administrativo, donde se

describieron los recursos humanos, materiales y financieros requeridos para la ejecución del proyecto, además del cronograma de actividades y el presupuesto, elementos que demostraron la factibilidad y organización de la investigación.

Finalmente, el sexto capítulo reunió las conclusiones y recomendaciones derivadas de los hallazgos obtenidos, las cuales permitieron responder a los objetivos planteados y proponer acciones orientadas a fortalecer la intervención educativa de enfermería en la administración de la terapia de rehidratación oral. El documento concluyó con las referencias bibliográficas utilizadas para sustentar el estudio y los anexos que respaldaron el desarrollo metodológico y la propuesta educativa implementada.

CAPITULO I

1. PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

A nivel mundial, la enfermedad diarreica aguda (EDA) continúa como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil, especialmente en menores de cinco años; la Organización Mundial de la Salud (2024) reporta que cada año se producen cerca de 1.700 millones de episodios de diarrea infantil y aproximadamente 443.832 niños menores de cinco años fallecen por esta causa, constituyéndose como la tercera causa de muerte en niños de 1 a 59 meses. La principal complicación asociada sigue siendo la deshidratación grave, situación prevenible mediante una rehidratación oral oportuna y una adecuada educación sanitaria familia.

En América Latina y el Caribe, la enfermedad diarreica aguda continúa como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil; UNICEF (2024) reporta que la diarrea sigue siendo una de las enfermedades prevenibles más letales en menores de cinco años y forma parte de las principales causas de consulta y hospitalización pediátrica. A nivel mundial, esta patología representa cerca del 9 % de todas las muertes en menores de cinco años, con más de 444.000 fallecimientos anuales; aunque la mayor carga se concentra en África y Asia, América Latina mantiene una elevada vulnerabilidad asociada a desigualdades sanitarias y limitaciones en acceso a agua segura y saneamiento

En América Latina y el Caribe, la EDA representa una carga persistente para los sistemas de salud pública debido a condiciones estructurales como pobreza, deficiencias sanitarias, acceso limitado a agua segura y desigualdad en la atención pediátrica; la OPS señala que el rotavirus continúa como la causa más frecuente de diarrea severa en menores de cinco años, con elevada demanda hospitalaria y frecuentes reingresos por deshidratación. La persistencia de cuadros prevenibles evidencia debilidades en la educación a cuidadores respecto al uso correcto de sales de rehidratación oral y reconocimiento temprano de signos de alarma.

Diversos análisis regionales muestran que en América Latina y el Caribe la diarrea ocupa una posición importante dentro de las causas de muerte

infantil; estudios recientes señalan que constituye la séptima causa de muerte en niños menores de cinco años en la región, especialmente en comunidades con baja cobertura de agua potable y saneamiento básico. Además, la cobertura de acceso a agua gestionada de forma segura alcanzó apenas el 75 % en 2022, con un crecimiento limitado desde el 71 % registrado en el año 2000, situación que incrementa la exposición infantil a infecciones gastrointestinales recurrentes y episodios severos de deshidratación (Redondo, Mazhari, & Khanolkar, 2025).

Diversos estudios recientes coinciden en que la deshidratación constituye la complicación más frecuente y de mayor riesgo derivada de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de cinco años, debido a la rápida pérdida de agua y electrolitos ocasionada por evacuaciones líquidas y vómitos persistentes (Rodríguez, 2023).

Investigaciones como las de García et al., (2024)destacan que la valoración clínica oportuna del grado de deshidratación permite establecer si el manejo debe iniciarse con terapia de rehidratación oral o con hidratación intravenosa, priorizando siempre la vía oral en cuadros leves y moderados. Pogo (2024) resalta que el control de signos vitales, el balance hídrico y la educación a los padres forman parte esencial de la intervención de enfermería para prevenir complicaciones graves y reducir la hospitalización prolongada.

En Ecuador, la enfermedad diarreica aguda (EDA) continúa como una de las principales causas de consulta, hospitalización y complicaciones pediátricas en menores de cinco años; estudios recientes reportan una prevalencia aproximada del 25 % en esta población, lo que representa cerca del 7,4 % de la demanda de consultas médicas y alrededor del 10 % de los ingresos hospitalarios pediátricos. Esta carga asistencial se concentra principalmente en niños menores de dos años, especialmente en contextos rurales y urbano-marginales donde persisten limitaciones en agua potable, saneamiento y educación sanitaria familiar (Astudillo, Alcívar, Briones, & Reyes, 2024).

Respecto a diarrea persistente o crónica, aunque la mayor carga corresponde a cuadros agudos, se reconoce que un episodio diarreico se clasifica como persistente cuando supera los 14 días y crónico cuando mantiene evolución prolongada con compromiso nutricional y metabólico; estas formas representan menor frecuencia, pero mayor riesgo de

hospitalización prolongada, alteraciones electrolíticas y deterioro del estado nutricional. En Ecuador, los cuadros persistentes suelen asociarse a infecciones recurrentes, parasitosis, malabsorción intestinal y desnutrición infantil, especialmente en zonas con alta vulnerabilidad sanitaria (Ministerio de Salud Pública, 2022).

La persistencia de episodios de EDA en niños a nivel nacional se relaciona con determinantes sociales y ambientales, como el acceso a agua segura, condiciones de saneamiento, hábitos de higiene y estado nutricional. En consecuencia, resulta prioritario generar evidencia local que permita comprender cómo interactúan estos factores en contextos específicos de atención, para orientar medidas de prevención, educación sanitaria y respuesta oportuna dentro de los servicios de salud (Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil, 2024)

En el ámbito local, el Hospital General Martín Icaza en Babahoyo atiende continuamente niños menores de cinco años con EDA en su servicio de pediatría, donde la deshidratación es común. Sin embargo, existe información limitada sobre la efectividad del manejo con RO, particularmente en cuanto a la adherencia de padres/cuidadores y competencias del personal de enfermería para educar y supervisar su administración correcta.

A pesar de las guías establecidas, persisten brechas en la implementación de intervenciones educativas de enfermería que promuevan la RO efectiva, lo que puede llevar a subutilización, manejo inadecuado y mayor riesgo de complicaciones o hospitalizaciones prolongadas. No hay datos sistematizados en este hospital sobre barreras educativas, tasas de éxito en RO post-intervención ni impacto en la recuperación de niños hospitalizados con EDA.

En este escenario, contar con datos específicos del hospital sobre la frecuencia de EDA y los factores relacionados con su presentación permitiría fortalecer la vigilancia clínica y epidemiológica, orientar decisiones en la atención de emergencias pediátricas y apoyar estrategias preventivas, especialmente en aspectos clave como edad, agente etiológico reportado, estado nutricional, condiciones de saneamiento y gradiente de deshidratación al ingreso.

Por lo anterior, se plantea la necesidad de desarrollar un estudio que evalúe la intervención educativa de enfermería para la rehidratación oral efectiva en niños hospitalizados con EDA en el Hospital General Martín Icaza, de marzo a julio de 2026, con el propósito de generar evidencia para mejorar competencias enfermeras, elevar tasas de éxito en RO y apoyar acciones de prevención y control en la población infantil.

1.2 Formulación del problema

¿De qué manera el desarrollo de una intervención educativa de enfermería contribuye al fortalecimiento del nivel de conocimientos de los padres en el proceso preparación de Sales de Rehidratación Oral (SRO) destinadas a niños hospitalizados con enfermedad diarreica aguda (EDA) en el Hospital General Martín Icaza, durante el período marzo – julio 2026?

1.3 Justificación de la investigación

La necesidad de este estudio surge porque la enfermedad diarreica aguda continúa como una de las principales causas de hospitalización pediátrica y la deshidratación representa su complicación más frecuente y peligrosa; la OMS reporta más de 443.000 muertes anuales en menores de cinco años por diarrea, mientras en Ecuador la EDA genera cerca del 10 % de ingresos hospitalarios pediátricos. En el Hospital General Martín Icaza persisten casos asociados a manejo inadecuado de la rehidratación oral y escasa educación familiar (Ortega, 2022).

La importancia de la investigación radica en que la gastroenteritis y la deshidratación continúan como causas prioritarias de hospitalización pediátrica en el Hospital General Martín Icaza; Tomalá (2025) evidenció una prevalencia de gastroenteritis de 13,75, valor superior al nivel severo ≥11 según la escala de Vesikari, además se registraron 3 defunciones durante el primer semestre del año. Estos hallazgos confirman la necesidad de fortalecer intervenciones educativas de enfermería para prevenir complicaciones y mejorar la rehidratación oral efectiva

El aporte del estudio consiste en generar evidencia aplicada sobre la efectividad de las intervenciones edu-comunicativas de enfermería en el manejo hospitalario de niños con EDA; además, permitirá establecer estrategias prácticas para que padres y cuidadores comprendan la correcta administración de la rehidratación oral, identifiquen signos de alarma y participen activamente en la recuperación del niño. Esto fortalecerá la calidad del cuidado pediátrico y reducirá la posibilidad de reingresos por deshidratación prevenible.

La factibilidad del proyecto es viable porque el Hospital General Martín Icaza recibe de forma frecuente pacientes pediátricos con enfermedad diarreica aguda, lo que garantiza acceso a la población de estudio y al escenario clínico necesario; además, existe disponibilidad del personal de enfermería, historias clínicas y acompañamiento institucional para la recolección de datos. La investigación utilizará encuestas y estrategias educativas de bajo costo, lo que facilita su ejecución dentro del período marzo–julio 2026.

Los principales beneficiarios serán los niños hospitalizados con EDA y sus padres o cuidadores, quienes recibirán orientación clara y práctica sobre la rehidratación oral efectiva; también se beneficiará el personal de enfermería al fortalecer su función educativa y mejorar la calidad de la atención pediátrica. De forma institucional, el hospital podrá disminuir complicaciones, estancias prolongadas y reingresos asociados a deshidratación, optimizando recursos y resultados asistenciales.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Desarrollar la intervención educativa de enfermería en la administración de la terapia de rehidratación oral en niños hospitalizados con enfermedad diarreica aguda (EDA), en el Hospital General Martín Icaza, durante el período marzo – julio 2026

1.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de conocimientos de los padres sobre el procedimiento de preparación de SRO para la rehidratación oral en niños hospitalizados con enfermedad diarreica aguda mediante la aplicación de un pre test y pos test.
- Diseñar una guía de rehidratación oral para el fortalecimiento de conocimientos de los padres de niños hospitalizados con enfermedad diarreica aguda.
- Ejecutar la intervención educativa de enfermería en la correcta administración de sales orales de niños hospitalizados con enfermedad diarreica aguda mediante charlas educativas.

1.5 Limitaciones

En primer lugar, el reducido tamaño de la población debido a una disminución coyuntural de casos. Durante el periodo comprendido entre marzo y julio de 2026, se registró un flujo de ingresos hospitalarios por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) notablemente menor al esperado en el área de Pediatría del Hospital General Martín Icaza. Esta baja incidencia epidemiológica durante esos meses limitó el universo disponible a solo 60 cuidadores. Para futuros estudios, se sugiere ampliar el periodo de recolección de información con el fin de mitigar estas fluctuaciones temporales.

En segundo lugar, el factor tiempo y las responsabilidades de los investigadores complementaron la dificultad logística. El cumplimiento simultáneo de las exigencias del internado rotativo restringió la permanencia continua en el hospital limitando la posibilidad de extender el periodo de campo.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Internacionales

Titihalawa et al. (2021), en Pontianak, Indonesia, desarrollaron el estudio titulado “Intervención de enfermería en niños con diarrea: estudio de caso”, con el objetivo de describir la aplicación del conocimiento y la práctica del cuidado de enfermería en niños con diarrea con riesgo de hipovolemia por pérdida activa de líquidos. La metodología presentó un enfoque cualitativo con diseño fenomenológico y estudio de caso, durante dos semanas, con participación de enfermeras pediátricas y familiares como informantes. Los resultados identificaron como prioridades la reposición de líquidos, el control de la temperatura corporal y la prevención de lesiones en la piel; además, destacaron la participación activa de los padres mediante educación sobre rehidratación oral y vigilancia domiciliaria. Concluyeron que cubrir las necesidades hídricas constituye la principal intervención de enfermería para prevenir hipovolemia y mejorar la recuperación del niño hospitalizado.

Kasaram (2024), en la India, desarrolló el estudio denominado “Estudio para evaluar la efectividad de un programa estructurado de enseñanza sobre el manejo domiciliario de la diarrea y la deshidratación en madres de niños en áreas seleccionadas”, con el objetivo de valorar el nivel de conocimiento materno sobre el cuidado en casa de la diarrea y la deshidratación, evaluar la efectividad de una intervención educativa estructurada y determinar su relación con variables demográficas. La metodología correspondió a un estudio preexperimental con aplicación de un programa educativo dirigido a madres de niños menores de cinco años. Los resultados evidenciaron mejora significativa en el conocimiento sobre rehidratación oral, signos de alarma y prevención de complicaciones después de la intervención; concluyó que la educación de enfermería fortalece la capacidad de las madres para actuar de forma oportuna y segura frente a episodios de EDA, reduciendo riesgos de hospitalización y deshidratación severa

Nanbur et al. (2025), en Jos, Nigeria, desarrollaron el estudio “Efecto de un programa estructurado de enseñanza sobre el conocimiento y la utilización de la solución de rehidratación oral en madres”, con el objetivo de evaluar el impacto de una intervención educativa de enfermería sobre el conocimiento y uso de sales de rehidratación oral en madres de niños menores de cinco años con diarrea. La metodología correspondió a un diseño cuasi experimental con pretest y postest de un solo grupo; participaron 70 madres, aunque 2 abandonaron el estudio, con una tasa de respuesta de 97,1 %. Se aplicó un programa educativo de 3 horas basado en guías de la OMS sobre preparación y uso de ORS. Los resultados mostraron incremento significativo en conocimiento y utilización, con valores t de 3,528 ($p = 0,001$) y 20,382 ($p < 0,001$); concluyeron que la educación estructurada fortalece la rehidratación oral y mejora el manejo de la diarrea infantil, recomendando ampliar estas estrategias educativas desde enfermería hacia cuidadores familiares.

2.1.2 Nacionales

Goyes et al. (2022), en Ecuador, desarrollaron el estudio “Efectividad de la educación sanitaria para la prevención de enfermedades diarreicas agudas”, con el objetivo de evaluar y sistematizar publicaciones sobre la efectividad de la educación sanitaria en la prevención de EDA. La metodología correspondió a una revisión sistematizada en bases como Scopus, PubMed, Medline y SciELO; se analizaron 40 estudios seleccionados de 105 hallazgos iniciales. Los resultados evidenciaron que la educación sanitaria mejora conocimientos, prácticas de higiene y uso de rehidratación oral; concluyeron que reduce morbilidad, hospitalización y riesgo de complicaciones en niños vulnerables

Álava et al. (2023), en Portoviejo, Ecuador, desarrollaron el estudio “Terapia de rehidratación en niños, ¿oral o intravenosa?”, con el objetivo de analizar las generalidades de la terapia de rehidratación pediátrica y determinar la vía más adecuada según el grado de deshidratación. La metodología correspondió a una investigación documental bibliográfica de tipo revisión, con consulta en bases como PubMed, SciELO, BVS y Elsevier. Los resultados evidenciaron que la rehidratación oral constituye el tratamiento de elección en deshidratación leve y moderada, mientras la vía intravenosa se reserva para

casos severos o fracaso terapéutico; concluyeron que la elección depende del estado clínico del niño y del cumplimiento de guías pediátricas vigentes.

Taris (2023), en Riobamba, Ecuador, desarrolló el estudio titulado "Intervención de enfermería en pacientes pediátricos de 3 a 5 años de edad con deshidratación moderada en el Hospital General IESS Riobamba", con el objetivo de determinar las intervenciones de enfermería aplicadas en pacientes pediátricos con deshidratación moderada. La metodología presentó un enfoque mixto, cualitativo y cuantitativo, con diseño transversal y de campo; se aplicó un cuestionario de 19 preguntas a 12 profesionales de enfermería del área de pediatría. Los resultados evidenciaron experiencia media en el cuidado clínico, identificación adecuada de factores de riesgo y buena relación enfermera–paciente–familia; concluyó que las intervenciones de enfermería fueron adecuadas y favorecieron la prevención de complicaciones y la recuperación del niño hospitalizado

Chicaiza et al. (2024), en Riobamba, Ecuador, desarrollaron el estudio denominado "Protocolo de diagnóstico y tratamiento de diarrea aguda en pacientes pediátricos en emergencia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba, Ecuador", con el objetivo de elaborar un protocolo clínico para el diagnóstico y tratamiento oportuno de la EDA en pacientes pediátricos. La metodología fue una revisión bibliográfica narrativa con enfoque protocolizado, utilizando bases como PubMed, SciELO, Scopus y Web of Science; se identificaron 50 investigaciones y 33 cumplieron criterios de inclusión. Los resultados evidenciaron que la valoración del grado de deshidratación determina el manejo terapéutico, priorizando la rehidratación oral en casos leves y moderados, y la vía intravenosa en cuadros graves; concluyeron que la aplicación de protocolos estandarizados mejora la atención, reduce complicaciones y fortalece la respuesta clínica del personal de salud.

Pogo (2024), en Ecuador, desarrolló el estudio titulado "Intervención de enfermería en paciente pediátrico con deshidratación grave, según la taxonomía NANDA, NOC y NIC", con el objetivo de describir los cuidados de enfermería proporcionados a pacientes pediátricos con deshidratación grave y demostrar la utilidad de la teoría de Marjory Gordon en la elaboración de un plan de atención estandarizado. La metodología tuvo enfoque cualitativo, descriptivo y documental, basada en revisión de literatura científica y guías clínicas. Los

resultados evidenciaron que la valoración inicial, el control de signos vitales, el balance hídrico, la administración de líquidos y la educación a los padres fortalecen la recuperación del paciente; concluyó que la actuación oportuna de enfermería mejora el pronóstico y reduce complicaciones en niños hospitalizados

2.1.3 Locales

Ortega (2022), en Babahoyo, Ecuador, desarrolló el estudio "Proceso de atención de enfermería en lactante menor de 11 meses de edad con gastroenteritis bacteriana", con el objetivo de elaborar un plan de cuidados de enfermería para un lactante menor hospitalizado con gastroenteritis bacteriana mediante la aplicación del proceso de atención de enfermería. La técnica escogida fue el estudio de caso clínico descriptivo, realizado en el hospital general Martín Icaza, que se fundamentó en la valoración mediante patrones funcionales de Marjory Gordon y fundamentado por la teoría de adaptación de Callista Roy. Se evidenció la deshidratación, la diarrea persistente y la emesis frecuente como los riesgos clínicos más importantes, así como la necesidad de instruir a los padres sobre una correcta hidratación, la administración de soluciones de rehidratación oral y la vigilancia de los signos de alarma. Concluyó que la intervención de enfermería y la educación a la familia favorecen la recuperación del paciente pediátrico y disminuyen las complicaciones por gastroenteritis bacteriana.

Tomalá (2025), en Babahoyo, Ecuador, desarrolló el estudio "Factor de riesgo ambiental y su influencia en la gastroenteritis en infantes de 2 a 5 años. Hospital General Martín Icaza", con el objetivo de analizar los factores de riesgo ambientales y su influencia en la gastroenteritis infantil. La metodología utilizada fue cuantitativa, descriptiva, explicativa y transversal; participaron 37 pacientes pediátricos con sus respectivas prestaciones de cuidados, aplicando encuesta y escala de Vesikari. Los resultados mostraron hacinamiento en el 76 %, consumo de agua no potable en el 76 %, falta de servicios básicos en el 57 % y una prevalencia de gastroenteritis de 13,75, superior al nivel severo ≥11; concluyó que los factores ambientales incrementan el riesgo de gastroenteritis y complicaciones como la deshidratación y hospitalización pediátrica.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Definición de enfermedad diarreica aguda

La enfermedad diarreica aguda (EDA) constituye una alteración gastrointestinal caracterizada por la expulsión de tres o más deposiciones líquidas o semilíquidas en un período de 24 horas, acompañada o no de vómitos, fiebre, dolor abdominal y signos de deshidratación. Esta condición representa una de las principales causas de morbimortalidad infantil, especialmente en niños menores de cinco años, debido a la rápida pérdida de agua y electrolitos que compromete el equilibrio hidroelectrolítico y el estado general del paciente (Organización Mundial de la Salud, 2024).

Desde el punto de vista clínico, la EDA es un síndrome infeccioso de rápido desarrollo que afecta, fundamentalmente, al intestino delgado y grueso, lo que provoca la alteración de una absorción normal de líquidos y nutrientes. Ésta puede presentarse como episodios autolimitados leves o formas más severas que requieren la administración de líquidos vía intravenosa por riesgo de shock hipovolémico, especialmente en niños y población pediátrica en general. La severidad depende de factores como edad, estado nutricional, inmunidad y acceso temprana y eficaz a e tratamiento de rehidratación (Beltrán & Muñoz, 2022).

En pediatría, la enfermedad diarreica aguda posee una relevancia clínica mayor porque los niños presentan mayor susceptibilidad a la deshidratación debido a su menor reserva hídrica corporal y mayor requerimiento metabólico. La pérdida continua de líquidos mediante diarrea y vómitos puede desencadenar deterioro rápido del estado general, letargo, alteraciones metabólicas y compromiso hemodinámico. Por esta razón, la identificación temprana y la intervención inmediata constituyen pilares fundamentales del manejo asistencial (Díaz, Artis, & Gómez, 2021).

La mayoría de los episodios de EDA tienen origen infeccioso y están relacionados con agentes virales, bacterianos o parasitarios transmitidos por agua contaminada, alimentos inseguros o malas prácticas de higiene. Entre los agentes más frecuentes destacan rotavirus, norovirus, Escherichia coli, Salmonella y Giardia lamblia. Esta situación se agrava en contextos de pobreza, hacinamiento y deficiencias sanitarias, donde la exposición a

microorganismos patógenos aumenta considerablemente (Nazate, Ramos, Mejía, & Villarreal, 2022).

Desde la perspectiva de enfermería, la EDA requiere una valoración integral orientada a detectar signos clínicos de deshidratación, establecer el grado de compromiso fisiológico y promover acciones educativas dirigidas a padres o cuidadores. La correcta administración de sales de rehidratación oral, el control de signos de alarma y la continuidad del cuidado domiciliario forman parte esencial de la intervención enfermera para disminuir complicaciones, evitar hospitalizaciones prolongadas y fortalecer la recuperación pediátrica (Lumbreras, Borraz, Bretón, Morales, & Sánchez, 2024).

2.2.2 Clasificación de la enfermedad diarreica aguda

La enfermedad diarreica aguda se clasifica según su duración, mecanismo fisiopatológico y manifestaciones clínicas; esta clasificación permite orientar el diagnóstico y seleccionar el tratamiento más adecuado en pediatría. La forma aguda comprende episodios con duración menor de 14 días y constituye la presentación más frecuente en menores de cinco años. Su evolución suele relacionarse con infecciones virales o bacterianas que alteran la absorción intestinal y favorecen la pérdida rápida de líquidos y electrolitos, con riesgo elevado de deshidratación si no existe intervención oportuna (Chicaiza, y otros, 2024).

La diarrea persistente corresponde a los episodios de diarrea que se extienden entre más de 14 y menos de 30 días, y suele asociarse a las infecciones prolongadas, las deficiencias nutricionales, las parasitosis o las alteraciones intestinales que provocan malabsorción. Pone en riesgo de desnutrición, alteraciones electrolíticas y hospitalización prolongada, sobre todo en los niños de alto riesgo por vulnerabilidad social o inmunológica. La detección precoz ayuda a minimizar sus complicaciones para evitar que afecte el crecimiento infantil (Cilleruelo & García, 2024).

La diarrea crónica es la que se acompaña de heces alteradas que persisten en el tiempo, antes de los 30 días; por lo general, su causa está relacionada con enfermedades inflamatorias intestinales, síndromes de malabsorción, intolerancias o trastornos del metabolismo. Tiene mayor repercusión clínica que la diarrea aguda, ya que en esta forma crónica el

compromiso nutricional es progresivo y exige la realización de complementos diagnósticos más complejos. En pediatría esta clasificación comporta un diagnóstico exhaustivo y seguimiento multidisciplinario (Berghezan, y otros, 2025).

Otra clasificación importante corresponde al mecanismo fisiopatológico; se distinguen diarrea osmótica, secretora, inflamatoria y por alteración de la motilidad intestinal. La diarrea osmótica aparece cuando sustancias no absorbidas atraen agua hacia la luz intestinal; la secretora ocurre por secreción excesiva de agua y electrolitos; la inflamatoria se relaciona con daño de la mucosa intestinal y la motora con alteraciones en el tránsito intestinal. Esta diferenciación facilita la interpretación clínica y la selección terapéutica (Álava, Saltos, Ponce, & Zambrano, 2023).

En el ámbito hospitalario pediátrico, la clasificación clínica también considera el grado de deshidratación asociado; se reconoce deshidratación leve, moderada y grave según signos como sed intensa, mucosas secas, llenado capilar, pliegue cutáneo y estado neurológico. Esta valoración determina si el manejo debe realizarse con terapia de rehidratación oral o con hidratación intravenosa. La correcta clasificación favorece decisiones clínicas seguras y reduce complicaciones prevenibles en niños hospitalizados con EDA (Monedero & Alcalá, 2023).

2.2.3 Tipos de diarrea en pediatría

En pediatría, la diarrea se clasifica en diferentes tipos según su mecanismo fisiopatológico y su forma de presentación clínica; esta diferenciación permite establecer conductas terapéuticas más precisas y disminuir el riesgo de complicaciones asociadas a la deshidratación. La diarrea aguda infecciosa representa la forma más frecuente y suele aparecer de manera súbita con evacuaciones líquidas abundantes, fiebre, vómitos y malestar general. Su origen se relaciona principalmente con virus, bacterias y parásitos transmitidos por agua contaminada o deficiencias higiénicas (Benitez, Santos, Ibarra, & Coria, 2024).

La diarrea osmótica ocurre cuando sustancias no absorbidas permanecen en la luz intestinal y atraen agua por efecto osmótico; esta situación suele observarse en intolerancia a la lactosa, mala absorción de

carbohidratos y algunas alteraciones nutricionales frecuentes en la infancia. Clínicamente se caracteriza por disminución de las deposiciones cuando se suspende la ingesta del agente causal. Este tipo de diarrea requiere valoración alimentaria y control nutricional para evitar deterioro ponderal en el paciente pediátrico (Álava et al., 2023).

La diarrea secretora se produce por una alteración en la secreción intestinal de agua y electrolitos, lo que genera evacuaciones abundantes y persistentes incluso durante el ayuno; suele asociarse a infecciones bacterianas como Vibrio cholerae o Escherichia coli enterotoxigénica. Este tipo presenta mayor riesgo de deshidratación rápida debido a la pérdida continua de sodio, potasio y bicarbonato, situación que exige intervención inmediata mediante terapia de rehidratación y vigilancia clínica constante (Motuma, y otros, 2025).

La diarrea inflamatoria aparece cuando existe lesión de la mucosa intestinal secundaria a infección invasiva o procesos inflamatorios; se manifiesta con fiebre alta, dolor abdominal, presencia de moco o sangre en las heces y deterioro del estado general. Su identificación resulta importante porque puede requerir estudios complementarios, vigilancia hospitalaria y tratamiento antimicrobiano específico. En niños pequeños, esta forma clínica incrementa el riesgo de complicaciones sistémicas y alteraciones nutricionales severas (Padilla, Cabrera, Venturelli, & Cárdenas, 2024).

La diarrea por alteración de la motilidad intestinal se relaciona con cambios en la velocidad del tránsito gastrointestinal; puede presentarse en trastornos funcionales, enfermedades neurológicas o alteraciones endocrinas que afectan el movimiento intestinal. Aunque su frecuencia es menor en pediatría hospitalaria, su evaluación es necesaria cuando la evolución clínica no corresponde a causas infecciosas comunes. La intervención de enfermería debe considerar observación continua, control de la hidratación y educación a los cuidadores sobre signos de alarma y adherencia terapéutica (Pogo, 2024)

2.2.4 Diferencia entre diarrea aguda, persistente y crónica

La diferenciación entre diarrea aguda, persistente y crónica se establece principalmente según el tiempo de duración del cuadro clínico; esta clasificación permite definir el abordaje terapéutico, el nivel de riesgo y la necesidad de estudios complementarios en pediatría. La diarrea aguda implica

episodios con duración de menos de 14 días y se sitúa como la forma más habitual en la infancia; generalmente asociada a infecciones, bien víricas, bacterianas o parasitarias, que provocan una rápida pérdida de agua y electrolitos (Castro & Muñoz, 2022).

La diarrea aguda suele presentarse con numerosas evacuaciones líquidas, vómitos, fiebre y dolor abdominal, siendo la deshidratación su complicación más habitual, sobre todo en niños menores de 5 años por tener en general una reserva hídrica corporal limitada, tanto en cantidad de agua como de disponibilidad y uso. La Organización Mundial de la Salud señala que esta forma clínica puede evolucionar rápidamente hacia cuadros severos cuando no existe reposición adecuada de líquidos mediante sales de rehidratación oral o tratamiento oportuno en servicios de salud (Organización Mundial de la Salud, 2024).

La diarrea persistente se define como aquella cuya duración es igual o superior a 14 días y menor de 30 días; esta condición suele originarse a partir de una diarrea aguda mal resuelta o asociada a infecciones prolongadas, desnutrición, parasitosis intestinal o deficiencias inmunológicas. Su relevancia clínica radica en el mayor riesgo de alteraciones electrolíticas, pérdida de peso y compromiso nutricional progresivo, lo que exige seguimiento más estrecho y manejo integral (Machado, 2020).

La diarrea crónica corresponde a cuadros con duración mayor de 30 días; en esta fase suele sospecharse la presencia de patologías de base como síndromes de malabsorción, intolerancia alimentaria, enfermedad inflamatoria intestinal, trastornos metabólicos o alteraciones estructurales del intestino (Barrio, Pérez, & Vázquez, 2023). A diferencia de la diarrea aguda, la evolución es progresiva, que se presenta con deterioro nutricional, con retraso del crecimiento y la necesidad de estudios de especialidad para identificar la causa de forma precisa.

Desde la óptica de enfermería, distinguir entre estos tres tipos de diarrea es la clave para poder priorizar la actuación inmediata: rehidratación en la diarrea aguda, potenciación de la vigilancia nutricional en la diarrea persistente y control total con educación a los cuidadores en la diarrea crónica. Esta clasificación favorece decisiones clínicas seguras, reduce hospitalizaciones prolongadas y mejora el pronóstico pediátrico mediante una atención

individualizada según la evolución del cuadro gastrointestinal

2.2.5 Etiología de la EDA

La etiología de la enfermedad diarreica aguda en pediatría se relaciona principalmente con agentes infecciosos que alteran el funcionamiento normal del tracto gastrointestinal; entre ellos predominan virus, bacterias y parásitos capaces de producir inflamación intestinal, alteración en la absorción de agua y electrolitos, así como incremento en la secreción intestinal. Esta condición representa una de las principales causas de consulta y hospitalización en menores de cinco años, especialmente en contextos con limitaciones sanitarias y deficiencias en acceso a agua potable segura (León, 2024).

Los virus constituyen la causa más frecuente de EDA en niños pequeños; el rotavirus continúa como uno de los principales agentes etiológicos, aunque la vacunación ha reducido significativamente su incidencia en varios países. También destacan norovirus, adenovirus entérico y astrovirus, los cuales producen cuadros de diarrea líquida acompañada de vómitos, fiebre y rápida deshidratación. Estas infecciones presentan alta transmisibilidad por contacto directo, superficies contaminadas y consumo de agua insegura (Ñamiña & Sanmartín, 2024).

Las bacterias también representan una causa importante de diarrea aguda, especialmente en cuadros moderados y severos; entre las más frecuentes se encuentran Escherichia coli, Salmonella spp., Shigella spp., Campylobacter jejuni y Vibrio cholerae. Estas infecciones suelen asociarse con alimentos contaminados, deficiente manipulación alimentaria y condiciones de saneamiento inadecuadas. Clínicamente pueden manifestarse con diarrea con moco, sangre, fiebre alta y dolor abdominal importante, lo que incrementa el riesgo de hospitalización pediátrica (Drummond, Troncone, Vancampenhoud, & Graciela, 2021).

Los parásitos intestinales participan con mayor frecuencia en diarreas persistentes o recurrentes; entre ellos destacan Giardia lamblia, Entamoeba histolytica y Cryptosporidium spp., especialmente en zonas rurales y poblaciones con baja cobertura de agua potable y saneamiento básico. Estas infecciones generan alteraciones prolongadas en la absorción intestinal, pérdida de peso y deterioro nutricional progresivo. Su presencia exige diagnóstico

diferencial y seguimiento más prolongado en el paciente pediátrico (Durán, De Rodríguez, Quimis, & García, 2024).

Además de los agentes infecciosos, existen factores predisponentes que favorecen la aparición de la EDA; entre ellos destacan la desnutrición, la suspensión temprana de la lactancia materna, el uso inadecuado de antibióticos, la ausencia de vacunación, el hacinamiento y las deficiencias en higiene familiar. Desde enfermería, la identificación de estos factores permite fortalecer acciones preventivas mediante educación sanitaria, vigilancia clínica y promoción de prácticas seguras de hidratación y alimentación infantil (Pogo, 2024).

2.2.6 Factores de riesgo asociados

Los factores de riesgo asociados a la enfermedad diarreica aguda en pediatría corresponden a condiciones biológicas, ambientales, sociales y conductuales que incrementan la probabilidad de presentar episodios diarreicos y complicaciones como la deshidratación. En la población infantil menor de cinco años, estas condiciones son especialmente importantes debido a la inmadurez en la respuesta inmunitaria, así como a la insuficiente reserva del agua en el cuerpo. La detección de estos determinantes da lugar a la mejora de las estrategias de prevención desde el primer nivel de atención hospitalaria y a la mejora de la intervención de enfermería en el ámbito hospitalario (Yard, Núñez, & Correoso, 2021).

Uno de los determinantes de riesgo principales corresponde a las condiciones de acceso a agua potable y la falta de higiene; las condiciones de ingestión del agua contaminada y la eliminación de las heces favorecen la transmisión de los agentes infecciosos bacterianos, virales y parásitos intestinales. Esta situación se observa con mayor frecuencia en sectores rurales y urbano-marginales, donde persisten limitaciones estructurales en servicios básicos. La exposición continua a estas condiciones incrementa la recurrencia de diarrea y la hospitalización pediátrica (Priya, Jasrotia, & King, 2026).

La desnutrición infantil constituye otro factor importante, ya que disminuye la respuesta inmunológica y aumenta la susceptibilidad frente a infecciones gastrointestinales (Morales, Montserrat, & León, 2023). Los niños con bajo peso, anemia o deficiencias nutricionales presentan mayor frecuencia

de diarrea persistente y mayor riesgo de deshidratación severa. Además, la suspensión temprana de la lactancia materna exclusiva reduce la protección inmunológica natural y favorece infecciones repetitivas durante los primeros años de vida (Goyes, Morillo, Gómez, & Tubón, 2022)

Los hábitos inadecuados de higiene familiar también influyen de forma directa; el lavado deficiente de manos, la manipulación incorrecta de alimentos, el uso de biberones sin adecuada desinfección y la falta de higiene en superficies domésticas facilitan la transmisión fecal-oral de microorganismos patógenos. Múltiples investigaciones han avalado que la educación sanitaria sobre la EDA dirigida a progenitores y cuidadores disminuye la incidencia de EDA y, además, el desarrollo que tiene el reconocimiento temprano de signos y síntomas de alarma (Chicaiza, y otros, 2024).

Los factores sociales, como en el caso de hacinamiento y pobreza, el escaso nivel educativo que tienen los cuidadores o el escaso acceso que no tienen a los servicios de salud, completan el perfil de riesgo epidemiológico, que está caracterizado por la dificultad que ofrecen esas condiciones para la consulta oportuna, para el uso correcto de las sales de rehidratación oral o para la continuidad del tratamiento domiciliario. Desde enfermería, reconocer estos determinantes permite planificar intervenciones edu-comunicativas más efectivas, orientadas a prevenir complicaciones y reducir reingresos hospitalarios por deshidratación prevenible (Pogo, 2024).

2.2.7 Fisiopatología de la enfermedad diarreica aguda

La fisiopatología de la enfermedad diarreica aguda se basa en la alteración del equilibrio normal entre absorción y secreción de agua y electrolitos en el intestino; cuando agentes infecciosos como virus, bacterias o parásitos afectan la mucosa intestinal, se produce una disminución en la capacidad de absorción y un aumento en la secreción de líquidos hacia la luz intestinal. Este desequilibrio genera evacuaciones frecuentes y líquidas que favorecen la pérdida rápida de sodio, potasio y bicarbonato, con alto riesgo de deshidratación en el paciente pediátrico (Marcillo, Vega, Arboleda, & Muñoz, 2026).

En las infecciones virales, especialmente por rotavirus y norovirus, ocurre destrucción parcial de los enterocitos del intestino delgado; esta lesión

reduce la actividad enzimática y limita la absorción de nutrientes y agua, lo que favorece diarrea osmótica y pérdida hídrica continua. Además, el daño epitelial altera la función de las vellosidades intestinales y disminuye la capacidad de recuperación rápida del sistema digestivo. Esta situación explica la elevada frecuencia de deshidratación en niños pequeños (Del Valle & Pin, 2024)

En las infecciones bacterianas, algunas enterotoxinas estimulan la secreción activa de cloro y sodio hacia la luz intestinal; como consecuencia, el agua sigue este gradiente osmótico y produce diarrea secretora abundante. En otros casos, bacterias invasivas lesionan directamente la mucosa intestinal y provocan inflamación, sangrado y presencia de moco en las heces. Este proceso incrementa el riesgo de alteraciones electrolíticas severas y compromiso hemodinámico si no existe tratamiento oportuno (Rodríguez, 2023).

La pérdida continua de líquidos mediante diarrea y vómitos produce disminución del volumen intravascular, alteración del equilibrio ácido-base y reducción de la perfusión tisular; cuando el organismo no logra compensar estas pérdidas, aparecen signos clínicos como sed intensa, mucosas secas, oliguria, irritabilidad y letargo. En etapas avanzadas puede presentarse shock hipovolémico, especialmente en menores de cinco años debido a su limitada reserva fisiológica y mayor requerimiento metabólico (García, López, & Guibert, 2024).

Desde enfermería, comprender la fisiopatología de la EDA permite establecer intervenciones oportunas orientadas al control del balance hídrico, vigilancia de signos vitales y administración adecuada de sales de rehidratación oral. La valoración temprana del grado de deshidratación facilita la decisión entre rehidratación oral o terapia intravenosa, mientras la educación a padres fortalece la continuidad del cuidado en el hogar y disminuye complicaciones prevenibles durante la recuperación pediátrica (Pogo, 2024).

2.2.8 Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas de la enfermedad diarreica aguda en pediatría se caracterizan principalmente por la presencia de tres o más deposiciones líquidas o semilíquidas en un período de 24 horas, acompañadas de disminución en la consistencia habitual de las heces. Este cuadro suele

presentarse de forma súbita y constituye el principal signo de sospecha diagnóstica. La identificación temprana de estas alteraciones permite iniciar medidas oportunas de rehidratación y disminuir el riesgo de complicaciones asociadas a la pérdida acelerada de líquidos y electrolitos (Chicaiza et al., 2024) .

La fiebre y la diarrea suelen ser presentaciones clínicas muy frecuentes, fundamentalmente cuando existe un posible origen infeccioso de origen bacteriano o viral; la fiebre puede ser elevada o moderada según la causa del cuadro, pero también según el estado inmunológico del niño. El dolor abdominal es un signo clínico que también se considera frecuente. Se presenta como cólico intestinal o de una manera menos típica en lactantes, como irritabilidad o llanto inusual. La mayoría de estos signos clínicos despiertan en el profesional de salud la idea de mayor o menor severidad del cuadro y la necesidad o no de hospitalizar al niño para control de posibles complicaciones (Rodríguez, 2023).

La presencia de vómitos representa otra manifestación importante porque incrementa la pérdida de líquidos y dificulta la administración de sales de rehidratación oral; cuando los vómitos son persistentes, aumenta el riesgo de fracaso terapéutico por vía oral y se considera la necesidad de hidratación intravenosa. También pueden presentarse náuseas, rechazo de la alimentación y disminución del apetito, factores que contribuyen al deterioro clínico y nutricional del paciente pediátrico (Álava et al., 2023).

Cuando existe sangre, moco o pus en las deposiciones, se sospecha la presencia de gérmenes entero invasores y cuadros de disentería; esta forma clínica suele acompañarse de fiebre alta, dolor abdominal intenso y mayor compromiso del estado general. La disentería requiere valoración más rigurosa porque puede asociarse a infecciones bacterianas severas y mayor riesgo de complicaciones sistémicas. La evaluación de las características de las heces constituye un elemento esencial del diagnóstico clínico (Chicaiza et al., 2024) .

La manifestación clínica de mayor relevancia corresponde a los signos de deshidratación; entre ellos destacan sed intensa, mucosas secas, ojos hundidos, ausencia de lágrimas, oliguria, irritabilidad, llenado capilar lento y alteración del estado mental. En cuadros severos pueden presentarse hipotensión, taquicardia y shock hipovolémico. Desde enfermería, la

valoración continua de estos signos permite establecer el grado de deshidratación y definir el manejo más adecuado para la recuperación del niño hospitalizado (García et al., 2024).

2.2.9 Complicaciones de la EDA

La principal complicación de la enfermedad diarreica aguda en pediatría es la deshidratación, resultado de la pérdida excesiva de agua y electrolitos mediante evacuaciones líquidas frecuentes y vómitos persistentes; esta condición representa la causa más frecuente de hospitalización y una de las principales causas de morbimortalidad infantil. Cuando la reposición hídrica no ocurre de forma oportuna, el niño puede presentar alteraciones hemodinámicas severas que comprometen su estado general y requieren manejo hospitalario inmediato (Céspedes, Montero, Meriño, & Rondón, 2025).

El desequilibrio hidroelectrolítico constituye otra complicación frecuente; la pérdida de sodio, potasio y bicarbonato altera el funcionamiento celular y afecta sistemas vitales como el cardiovascular y el neurológico. En pacientes pediátricos, esta alteración puede manifestarse con irritabilidad, letargo, debilidad muscular, oliguria y compromiso del llenado capilar. Estudios recientes reportan que el desequilibrio hidromineral fue el principal motivo de ingreso en el 75 % de los niños con EDA grave (Martínez, Rosero, Pacheco, & Aguilar, 2024).

La acidosis metabólica representa una complicación clínica de alta relevancia, producida por la pérdida excesiva de bicarbonato en las heces y la disminución de la perfusión tisular; esta alteración compromete el equilibrio ácido-base y puede desencadenar deterioro respiratorio, somnolencia y riesgo de shock hipovolémico. En el estudio realizado en una unidad de cuidados intensivos pediátricos, la acidosis metabólica fue identificada como la complicación más frecuente, con una prevalencia del 70 % de los casos hospitalizados (Céspedes González et al., 2025).

La desnutrición y el deterioro del estado nutricional también constituyen complicaciones importantes, especialmente cuando los episodios diarreicos son recurrentes o prolongados; la disminución en la absorción intestinal y la reducción de la ingesta alimentaria afectan el crecimiento y aumentan la vulnerabilidad frente a nuevas infecciones. En menores de cinco

años, esta relación entre diarrea y malnutrición genera un ciclo clínico que prolonga la recuperación y aumenta la estancia hospitalaria (Cando & Hervas, 2025).

En los casos más severos se pueden presentar complicaciones sistémicas como convulsiones, septicemia, insuficiencia renal aguda e incluso shock hipovolémico que demandarán intensificación y vigilancia continua. Esta detección, desde la enfermería, que incluye el reconocimiento de las características de los signos de alarma, el control del balance hídrico, y la correcta aplicación de planes de hidratación permitirán detener la progresión clínica y el pronóstico del paciente pediátrico hospitalizado. La intervención oportuna disminuye la morbimortalidad y fortalece la recuperación integral del niño (Pogo, 2024).

2.2.10 Deshidratación asociada a la EDA

La deshidratación asociada a la enfermedad diarreica aguda constituye la complicación más frecuente y de mayor riesgo en pediatría; se produce por la pérdida excesiva de agua y electrolitos a través de deposiciones líquidas abundantes, vómitos persistentes o disminución de la ingesta oral. Esta alteración genera un compromiso progresivo del volumen circulante y afecta inicialmente el sistema cardiovascular, aunque también puede comprometer la función renal, neurológica y metabólica cuando no existe tratamiento oportuno (García Herrero, López, & López, 2020).

Los niños menores de cinco años presentan mayor susceptibilidad a la deshidratación debido a su mayor porcentaje de agua corporal, menor capacidad de compensación fisiológica y elevada tasa metabólica; además, la rápida progresión de la diarrea y los vómitos favorece el deterioro clínico en pocas horas. La gastroenteritis aguda representa la principal causa de deshidratación en la infancia y constituye una de las razones más frecuentes de consulta y hospitalización pediátrica (García, López, & Guibert, 2024).

La clasificación de la deshidratación puede realizarse según el grado clínico y según la concentración sérica de sodio; clínicamente se reconoce deshidratación leve, moderada y grave, mientras desde el punto de vista bioquímico puede ser isotónica, hipotónica e hipertónica. La forma isotónica es la más frecuente y ocurre cuando la pérdida de agua y sodio es proporcional; en

cambio, la hipernatrémica presenta mayor pérdida de agua y la hiponatrémica mayor pérdida de sodio.

Entre los signos clínicos más importantes destacan sed intensa, mucosas secas, ojos hundidos, ausencia de lágrimas, oliguria, irritabilidad, llenado capilar lento y disminución de la turgencia cutánea; en cuadros severos pueden aparecer taquicardia, hipotensión, alteración del estado de conciencia y shock hipovolémico. La valoración clínica inmediata permite determinar el plan terapéutico y establecer si el manejo debe realizarse mediante rehidratación oral o vía intravenosa (Cellucci & Agus, 2025).

La rehidratación oral constituye el tratamiento de elección en la mayoría de los pacientes pediátricos con deshidratación leve y moderada, por ser más fisiológica, segura y económica; la vía intravenosa se reserva para deshidratación grave, vómitos incoercibles, fracaso de la terapia oral o presencia de shock. Desde enfermería, el control de signos vitales, balance hídrico, peso, diuresis y educación a los cuidadores fortalece la recuperación y reduce complicaciones prevenibles.

2.2.11 Definición de deshidratación

La deshidratación se define como el estado clínico producido por la pérdida excesiva de agua y electrolitos del organismo, cuando las pérdidas superan la capacidad de reposición corporal; esta alteración compromete el equilibrio hidroelectrolítico y afecta el funcionamiento normal de órganos y sistemas. En pediatría, representa una de las principales emergencias derivadas de la enfermedad diarreica aguda, debido a la menor reserva hídrica y mayor vulnerabilidad fisiológica de los niños menores de cinco años (García et al., 2024).

Desde el punto de vista fisiológico, la deshidratación implica una disminución del volumen total de agua corporal acompañada de alteraciones en la concentración de sodio, potasio y otros electrolitos esenciales; esta condición afecta la perfusión tisular, la función renal, la actividad cardiovascular y el equilibrio ácido-base. Cuando el proceso avanza sin tratamiento oportuno, puede producir hipovolemia severa, shock y compromiso neurológico importante, especialmente en población pediátrica hospitalizada (García Herrero, López, & López, 2020).

En niños con enfermedad diarreica aguda, la deshidratación suele originarse por la combinación de diarrea líquida abundante, vómitos persistentes y disminución en la ingesta oral; esta pérdida continua de líquidos genera un desequilibrio progresivo que puede manifestarse rápidamente con signos clínicos evidentes. La velocidad de instauración depende de la edad del niño, el estado nutricional, la presencia de fiebre y la respuesta inicial de los cuidadores frente al episodio diarreico (Chicaiza et al., 2024).

La deshidratación puede clasificarse clínicamente en leve, moderada y grave según el porcentaje de pérdida de peso corporal y la presencia de signos físicos como sed intensa, mucosas secas, ojos hundidos, oliguria, llenado capilar lento y alteración del estado de conciencia. Esta clasificación permite determinar la gravedad del cuadro y establecer si el manejo debe realizarse mediante terapia de rehidratación oral o mediante hidratación intravenosa (Álava et al., 2023).

Desde enfermería, esta definición no se refiere únicamente a la pérdida del agua en sí, sino que se basa, entre otros aspectos, en la repercusión clínica y funcional que puede tener sobre la persona pediátrica; el control del peso, la diuresis, los signos vitales y el balance hídrico contribuye a poder actuar a tiempo. La educación a padres sobre signos de alarma y uso correcto de sales de rehidratación oral fortalece la prevención de complicaciones y mejora la recuperación hospitalaria (Pogo, 2024).

2.2.12 Relación entre EDA y deshidratación

La relación entre la enfermedad diarreica aguda y la deshidratación es directa, debido a que la diarrea produce una pérdida acelerada de agua y electrolitos que supera la capacidad de reposición del organismo; esta situación se agrava cuando se asocia a vómitos, fiebre y disminución de la ingesta oral. La deshidratación es la principal complicación de la EDA en pediatría y es la causa más frecuente de ingreso hospitalario, máxime en los menores de cinco años por su escasa reserva hídrica corporal (Castro & Muñoz, 2022).

La diarrea líquida frecuente significa eliminación masiva de sodio, potasio, cloro y bicarbonato, lo que provoca que el equilibrio hidroelectrolítico y las funciones básicas (perfusión tisular, actividad cardiovascular y funcionamiento renal) se vean alterados. Cuando la reposición hídrica no

ocurre de forma temprana mediante sales de rehidratación oral, el niño puede evolucionar rápidamente hacia hipovolemia, acidosis metabólica y compromiso hemodinámico severo, con riesgo de shock hipovolémico (Fernández, Carrasco, Mateos, & Santana, 2022).

Los niños menores de cinco años presentan mayor vulnerabilidad porque poseen mayor porcentaje de agua corporal, mayor tasa metabólica y menor capacidad compensatoria frente a las pérdidas gastrointestinales; además, la desnutrición y la ausencia de lactancia materna aumentan la gravedad del cuadro clínico. Diversos estudios señalan que la deshidratación por diarrea continúa como una de las principales causas de mortalidad infantil a nivel mundial, pese a tratarse de una complicación prevenible y tratable (Álvarez, 2024) .

La intensidad de la deshidratación depende del número de deposiciones, la presencia de vómitos, el volumen de líquidos ingeridos y el tiempo de evolución del cuadro; por esta razón, la valoración clínica inmediata resulta fundamental. Signos tales como ojos hundidos, mucosas secas, disminución de la diuresis, irritabilidad, somnolencia, llenado capilar lento permiten determinar el grado de deshidratación y decidir si el tratamiento tiene que realizarse de forma oral o si, por el contrario, el tratamiento se realizará mediante hidratación intravenosa (Naveda & Pérez, 2023).

Desde enfermería el poder conocer la relación entre EDA y deshidratación permite priorizar intervenciones orientadas a la vigilancia clínica, al control del balance hídrico y a la educación de padres o cuidadores respecto del correcto uso de las sales de rehidratación oral. La detección temprana de signos de alarma y la orientación adecuada disminuyen hospitalizaciones prolongadas, reingresos y complicaciones graves, fortaleciendo la recuperación integral del paciente pediátrico hospitalizado (Pogo, 2024).

2.2.13 Clasificación de la deshidratación

La deshidratación se clasifica clínicamente según el porcentaje de pérdida de agua corporal y según la alteración de la concentración sérica de sodio; esta diferenciación permite establecer el nivel de gravedad y seleccionar el tratamiento más adecuado en el paciente pediátrico. La clasificación clínica

reconoce deshidratación leve, moderada y grave, mientras la clasificación bioquímica identifica deshidratación isotónica, hipotónica e hipertónica. Ambas formas de valoración son fundamentales en el abordaje de niños con enfermedad diarreica aguda (Marquez, 2022).

La deshidratación leve corresponde a una pérdida menor del 5 % del peso corporal en lactantes y suele manifestarse con sed, mucosas ligeramente secas, disminución leve de la diuresis y discreta irritabilidad; en esta etapa, la perfusión tisular permanece conservada y el manejo habitual se realiza mediante rehidratación oral. La identificación temprana resulta importante porque permite evitar la progresión hacia cuadros moderados o severos que requieren hospitalización (López, 2025).

La deshidratación moderada implica una pérdida aproximada entre 6 % y 10 % del peso corporal; se caracteriza por sed intensa, boca seca, ojos hundidos, oliguria, piel menos elástica, fatiga y llenado capilar más lento. En este nivel clínico existe mayor riesgo de alteraciones electrolíticas y fracaso de la rehidratación oral si no se realiza supervisión adecuada. La vigilancia continua permite prevenir complicaciones hemodinámicas más severas (López, 2025)

La deshidratación grave aparece cuando la pérdida supera el 10 % del peso corporal; en estos casos se observan signos de compromiso circulatorio como taquicardia, hipotensión, ausencia de orina, letargo, alteración del estado de conciencia y riesgo de shock hipovolémico. Esta condición constituye una urgencia pediátrica que requiere fluidoterapia intravenosa inmediata y control estricto de la función cardiovascular, renal y neurológica para evitar desenlaces fatales (García Herrero et al., 2020).

Según el sodio plasmático, la deshidratación isotónica presenta pérdida proporcional de agua y sodio y constituye la forma más frecuente en gastroenteritis aguda; la hipotónica ocurre cuando la pérdida de sodio es mayor que la de agua y favorece edema celular; la hipertónica aparece cuando la pérdida de agua supera la de sodio, lo que genera hipernatremia y mayor riesgo neurológico. Desde enfermería, reconocer esta clasificación permite aplicar intervenciones más seguras y oportunas (López, 2025).

Los signos clínicos de deshidratación permiten realizar un diagnóstico precoz de la pérdida de agua y electrolitos de un paciente pediátrico, y

fundamentalmente en los niños con enfermedad diarreica aguda, existiendo así su valoración como una útil herramienta para determinar la gravedad del mismo y seleccionar el tratamiento correcto y adecuado. La deshidratación se presenta o manifiesta con sed, disminución de la diuresis y cambios leves en el estado general; a medida que la deshidratación va progresando aparecen alteraciones circulatorias y neurológicas que ponen en riesgo la estabilidad del niño.

Tabla 1

Signos clínicos de deshidratación

Grado de deshidratación	**Signos clínicos principales**	**Manifestaciones observadas**
Leve	Sed aumentada; mucosas ligeramente secas; diuresis discretamente disminuida; pulso normal o levemente acelerado	El niño mantiene buen estado general; la clínica puede ser poco evidente, especialmente si la pérdida hídrica es menor al 2 % del peso corporal; permite manejo oportuno con rehidratación oral
Moderada	Ojos hundidos; ausencia de lágrimas; mucosas secas; disminución de la turgencia cutánea; llenado capilar lento; oliguria	Se presenta irritabilidad, fatiga, rechazo de la alimentación y mayor compromiso circulatorio; requiere vigilancia continua para evitar progresión
Grave	Pulsos periféricos rápidos, débiles o ausentes; hipotensión arterial; oligoanuria; frialdad distal; piel moteada; relleno capilar ≥ 3 segundos	Existe compromiso hemodinámico importante; disminución del nivel de conciencia; en lactantes puede observarse fontanela hundida; requiere fluidoterapia intravenosa inmediata
Deshidratación	Sequedad de piel y	Predomina la disminución del

isotónica / hiponatrémica	mucosas; palidez; taquicardia; vasoconstricción periférica	volumen circulante con signos clínicos cardiovasculares evidentes
Deshidratación hipernatrémica	Irritabilidad; sed intensa; letargia; debilidad muscular; alteraciones neurológicas	Puede presentarse convulsiones o coma; existe mayor riesgo neurológico por alteración del sodio sérico

Nota. Información obtenida de (Monedero & Alcalá, 2023; García, López, & Guibert, 2024; García Herrero, López, & López, 2020).

2.2.14 Rehidratación Oral

La terapia de rehidratación oral constituye el componente fundamental del tratamiento. Los niños, especialmente los lactantes, presentan mayor susceptibilidad a la deshidratación por sus mayores requerimientos de líquidos y electrolitos en relación con el peso corporal. Por esta razón, el estado de hidratación debe valorarse de forma rápida y la reposición debe efectuarse aproximadamente durante las primeras cuatro a seis horas, de acuerdo con el grado de deshidratación y los requerimientos del (Kliegman, Santon, Geme, & Schor, 2016).

La solución de rehidratación oral de baja osmolaridad recomendada por la Organización Mundial de la Salud constituye el estándar para la reposición de líquidos. Esta formulación contiene 75 mEq/L de sodio, 64 mEq/L de cloro, 20 mEq/L de potasio y 75 mmol/L de glucosa, con una osmolaridad total de 245 mOsm/L. El texto advierte que bebidas como refrescos, jugos de frutas y té no deben utilizarse como sustitutos del SRO, debido a que poseen concentraciones inadecuadas de sodio y una osmolaridad que no resulta apropiada para la rehidratación infantil (Kliegman, Santon, Geme, & Schor, 2016).

La rehidratación oral constituye el tratamiento de primera elección para niños con enfermedad diarreica aguda y deshidratación leve o moderada; consiste en la administración de soluciones de rehidratación oral formuladas con agua, glucosa y electrolitos que permiten restablecer el equilibrio hidroelectrolítico sin recurrir inicialmente a la vía intravenosa. Su eficacia

reside en el uso de la reabsorción del cotransporte sodio-glucosa intestinal un mecanismo que continúa activo durante los episodios diarreicos potenciando así también la reabsorción de agua y sodio (Álava, Saltos, Ponce, & Zambrano, 2023).

Las soluciones de rehidratación oral se basan, mayoritariamente, en sodio, cloruro, potasio, glucosa y un elemento equilibrante como citrato o bicarbonato; y permite corregir, por un lado, la pérdida de líquidos y por el otro, corregir las alteraciones como la acidosis. Las formulaciones hiposódicas actuales presentan menor osmolaridad que las soluciones clásicas de la OMS, lo que reduce vómitos, volumen fecal y necesidad de hidratación intravenosa, especialmente en el paciente pediátrico (Aghsaeifard, Heidari, & Alizadeh, 2022).

La rehidratación oral está indicada en deshidratación leve y moderada, incluso cuando existen vómitos no intensos; en estos casos se recomienda administrar pequeñas cantidades frecuentes, iniciando con 5 a 10 mL cada cinco minutos y aumentando progresivamente según la tolerancia del niño. La evidencia clínica demuestra que los vómitos no contraindican la terapia oral en la mayoría de los casos y que su uso reduce hospitalizaciones y complicaciones asociadas a la fluidoterapia intravenosa (Quevedo & Devia, 2022).

La dosificación habitual depende del grado de deshidratación; para deshidratación leve se administran aproximadamente 50 mL/kg en cuatro horas y para deshidratación moderada entre 75 y 100 mL/kg en el mismo período. Además, se recomienda aportar 5 a 10 mL/kg adicionales por cada deposición líquida y entre 2 y 5 mL/kg por cada vómito abundante. Esta estrategia permite corregir el déficit inicial y mantener la reposición continua durante la evolución clínica (García, López, & Guibert, 2024).

Desde enfermería, la rehidratación oral implica valoración continua del estado de hidratación, control del balance hídrico, observación de signos vitales y educación dirigida a padres o cuidadores sobre la preparación correcta de las soluciones y el reconocimiento de signos de alarma. También resulta fundamental mantener la lactancia materna y reintroducir la alimentación temprana según la tolerancia del niño. Estas intervenciones fortalecen la recuperación clínica y disminuyen reingresos por deshidratación prevenible (Pogo, 2024).

2.2.15 Fundamento fisiológico de la rehidratación oral

El fundamento fisiológico de la rehidratación oral se basa en el mecanismo de cotransporte sodio-glucosa presente en el intestino delgado; este sistema permite la absorción simultánea de sodio y glucosa a través de la membrana del enterocito, favoreciendo el paso de agua hacia el espacio intravascular por gradiente osmótico. Este mecanismo permanece funcional incluso durante los episodios de diarrea aguda, lo que convierte a la terapia de rehidratación oral en una estrategia eficaz para corregir la deshidratación pediátrica.

Cuando la glucosa y el sodio ingresan juntos mediante el transportador específico del borde en cepillo intestinal, se genera un movimiento pasivo de agua desde la luz intestinal hacia el intersticio capilar; este proceso ocurre gracias a la acción de la bomba sodio-potasio ATPasa localizada en la membrana basolateral del enterocito, la cual mantiene el gradiente electroquímico necesario para facilitar la absorción continua. Esta respuesta fisiológica permite restaurar el volumen circulante aun en presencia de diarrea activa (Cantillo, Guerra, Vistel, Escobar, & Chil, 2021).

Las soluciones de rehidratación oral presentan agua, sodio, glucosa, potasio, cloruro y un alcalinizante como el citrato o bicarbonato; tienen por objetivo la reposición de las pérdidas gastrointestinales y la corrección de las alteraciones presentes en el metabolismo como la acidosis. La disminución de la osmolaridad que presentan las fórmulas actuales mejora la absorción intestinal y disminuye el volumen fecal, los vómitos y la necesidad de la hidratación intravenosa. La OMS recomienda soluciones con sodio de 75 mmol/L y osmolaridad total de 245 mOsm/kg (Cellucci & Agus, 2025).

La relación adecuada entre sodio y glucosa resulta esencial para la eficacia terapéutica; cuando existe exceso de carbohidratos o concentración insuficiente de sodio, la absorción intestinal disminuye y puede agravarse la diarrea por efecto osmótico. Por esta razón, bebidas comerciales como jugos, gaseosas o bebidas deportivas no sustituyen las sales de rehidratación oral, ya que no mantienen la proporción fisiológica requerida para el transporte intestinal eficiente (García, López, & Guibert, 2024).

2.2.16 Sales de rehidratación oral (SRO)

Las sales de rehidratación oral constituyen una formulación terapéutica diseñada para prevenir y tratar la deshidratación causada por enfermedad diarreica aguda; su composición combina glucosa y electrolitos en proporciones específicas que permiten restaurar el equilibrio hidroelectrolítico de manera segura y eficaz. La Organización Mundial de la Salud reconoce a las SRO como uno de los avances más importantes en salud pública pediátrica, debido a su impacto en la reducción de la mortalidad infantil asociada a diarrea y deshidratación (Guerra, Cantillo, Vistal, & Escobar, 2022).

La fórmula actual recomendada corresponde a las SRO de osmolaridad reducida, desarrolladas para mejorar la absorción intestinal y disminuir el volumen fecal, los vómitos y la necesidad de hidratación intravenosa. Esta formulación contiene aproximadamente 75 mmol/L de sodio, 75 mmol/L de glucosa, 20 mmol/L de potasio, 65 mmol/L de cloruro y citrato como agente alcalinizante, con una osmolaridad total cercana a 245 mOsm/L; estos valores han demostrado mayor eficacia que la fórmula clásica anterior (Cantillo, Guerra, Vistel, Escobar, & Chil, 2021).

Las SRO se presentan habitualmente en sobres de polvo para disolver en una cantidad específica de agua potable o previamente hervida; esta presentación garantiza la estabilidad del producto, facilita su transporte y conserva la exactitud de la formulación. Estudios farmacéuticos recientes demuestran que la presentación en sobres de poliéster-aluminio-polietileno mantiene la calidad fisicoquímica y microbiológica del producto, asegurando su eficacia terapéutica durante el tiempo establecido de almacenamiento (Cantillo, Guerra, Vistel, Escobar, & Chil, 2021).

La correcta preparación de las SRO resulta fundamental para evitar complicaciones como hipernatremia o fracaso terapéutico; el contenido del sobre debe diluirse exactamente en el volumen de agua indicado por el fabricante, sin agregar azúcar, sal ni otros componentes adicionales. El uso de preparaciones caseras o diluciones incorrectas puede alterar la osmolaridad y comprometer la absorción intestinal, aumentando el riesgo de complicaciones metabólicas y neurológicas en el paciente pediátrico (Cellucci & Agus, 2025).

Desde enfermería, las SRO son una herramienta fundamental dentro del

manejo pediátrico; el profesional debe educar a padres y cuidadores sobre su correcta preparación, frecuencia de administración, conservación y signos de alarma que indican que es necesario acudir a un centro hospitalario. El seguimiento continuo del estado de hidratación, tolerancia digestiva y respuesta clínica del niño es un refuerzo en su recuperación y disminuye la hospitalización por deshidratación prevenible (Pogo, 2024).

2.2.17 Tipos de rehidratación oral

La rehidratación oral se clasifica según el objetivo terapéutico y el estado clínico del paciente pediátrico; su finalidad principal consiste en restablecer el equilibrio hidroelectrolítico perdido durante la enfermedad diarreica aguda y prevenir complicaciones asociadas a la deshidratación. Esta estrategia terapéutica se aplica principalmente en niños con deshidratación leve y moderada, utilizando soluciones de rehidratación oral formuladas con sodio, glucosa y otros electrolitos que favorecen la absorción intestinal eficiente (García, López, & Guibert, 2024).

El primer tipo corresponde a la rehidratación de restitución o fase de reposición inicial; esta se utiliza cuando el niño presenta deshidratación leve o moderada y busca corregir el déficit hídrico acumulado en las primeras horas del tratamiento. Generalmente se administra entre 50 y 100 mL/kg de solución de rehidratación oral durante cuatro horas, dependiendo del grado de deshidratación. Esta fase exige observación clínica continua para valorar tolerancia digestiva y respuesta terapéutica (Álava, Saltos, Ponce, & Zambrano, 2023).

El segundo tipo es la rehidratación de mantenimiento; esta etapa inicia después de corregir el déficit inicial y tiene como propósito conservar el estado de hidratación normal del paciente, compensando las pérdidas fisiológicas diarias y las pérdidas continuas por diarrea o vómitos. Se recomienda administrar pequeñas cantidades frecuentes de solución oral, además de continuar con lactancia materna y alimentación habitual según la tolerancia clínica del niño (Cellucci & Agus, 2025).

El tercer tipo corresponde a la rehidratación por pérdidas continuas; esta modalidad busca reemplazar el volumen perdido en cada episodio de diarrea o vómito durante la evolución clínica. Habitualmente se indican entre 5

y 10 mL/kg adicionales por cada deposición líquida y entre 2 y 5 mL/kg por cada vómito significativo. Esta estrategia reduce el riesgo de recaída de la deshidratación y favorece una recuperación más estable en el paciente (García, López, & Guibert, 2024).

Desde enfermería, la correcta aplicación de estos tipos de rehidratación oral requiere valoración constante del estado general, control del balance hídrico, supervisión de la tolerancia digestiva y educación a padres o cuidadores sobre la preparación y administración adecuada de las soluciones. La identificación temprana de signos de alarma permite decidir oportunamente si el niño necesita hidratación intravenosa. Estas acciones fortalecen la seguridad clínica y disminuyen hospitalizaciones prolongadas (Pogo, 2024).

2.2.18 Planes de tratamiento para la deshidratación asociada a enfermedad diarreica aguda

El tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en la población pediátrica debe establecerse a partir de la valoración clínica del estado de hidratación, debido a que la pérdida de agua y electrolitos puede evolucionar rápidamente hacia alteraciones hemodinámicas graves. El Ministerio de Salud Pública del Ecuador establece tres planes terapéuticos para el manejo de la deshidratación: Plan A, dirigido a prevenirla; Plan B, destinado al tratamiento mediante solución de rehidratación oral; y Plan C, indicado en casos de deshidratación grave que requieren atención hospitalaria y reposición rápida de líquidos (Sánchez, Calderón, & Sotomayor, 2023).

Plan A: prevención de la deshidratación

El Plan A está dirigido a pacientes con enfermedad diarreica que no presentan signos clínicos de deshidratación; su finalidad consiste en prevenir la pérdida progresiva de líquidos y mantener un adecuado estado de hidratación. En los niños menores de seis meses se recomienda continuar la lactancia materna; mientras que, en los mayores de seis meses, debe mantenerse la lactancia, la alimentación habitual y el aporte adicional de líquidos. Estas medidas deben acompañarse de educación a padres o cuidadores acerca de la vigilancia de signos de alarma y de la necesidad de acudir a un establecimiento de salud cuando el estado clínico del niño empeore (Sánchez, Calderón, &

Sotomayor, 2023).

Plan B: tratamiento de la deshidratación mediante SRO

El Plan B está indicado cuando el niño presenta deshidratación que puede ser tratada mediante terapia de rehidratación oral. El MSP establece la administración de 75 mL/kg de solución de rehidratación oral durante un período de cuatro horas; el volumen total debe fraccionarse en ocho partes y administrarse aproximadamente cada 30 minutos. Durante este período se debe valorar la tolerancia oral y reevaluar el grado de deshidratación para determinar la continuidad o modificación del tratamiento (Sánchez, Calderón, & Sotomayor, 2023).

Cuando el niño presenta vómito durante la aplicación del Plan B, el MSP recomienda suspender temporalmente la administración de la solución entre 10 y 15 minutos y posteriormente reiniciarla. Esta conducta permite favorecer la tolerancia y evitar el abandono innecesario de la vía oral. En este proceso, enfermería cumple una función relevante mediante la supervisión de la administración del SRO, la observación de la respuesta clínica y la enseñanza práctica a los cuidadores.

Plan C: tratamiento de la deshidratación grave

El Plan C está indicado en pacientes pediátricos con deshidratación grave. De acuerdo con el MSP, estos casos requieren hospitalización y manejo inmediato, debido al riesgo de compromiso circulatorio y otras complicaciones derivadas de la pérdida intensa de líquidos y electrolitos (Sánchez, Calderón, & Sotomayor, 2023). En consecuencia, el Plan C no constituye una práctica domiciliaria que deba ejecutar el padre o cuidador; su función consiste principalmente en reconocer los signos de gravedad y buscar atención sanitaria inmediata.

En el ámbito hospitalario, la actuación de enfermería comprende la vigilancia continua del estado general del niño, el control de signos vitales, el balance hídrico, la valoración de la diuresis, la observación del estado neurológico y el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas. La gravedad de la deshidratación debe evaluarse de manera sistemática, puesto que la pérdida progresiva de agua y electrolitos puede afectar la perfusión tisular, la función renal, el equilibrio ácido-base y la estabilidad cardiovascular. En el proyecto actual ya se identifican estos elementos como componentes de la valoración

clínica pediátrica.

2.2.19 Indicaciones de la rehidratación oral

La rehidratación oral está indicada como tratamiento de primera elección en niños con enfermedad diarreica aguda que presentan deshidratación leve o moderada; esta estrategia permite corregir el déficit de líquidos y electrolitos mediante la administración de soluciones de rehidratación oral, evitando el uso innecesario de la vía intravenosa. Su uso precoz retarda el curso clínico hacia formas graves y acorta la estancia hospitalaria y favorece la obtención de una recuperación más fisiológica y más segura en el paciente pediátrico (Quevedo & Devia, 2022).

La indicación principal la constituyen los niños que presentan signos clínicos tales como sed, mucosas secas, disminución de la diuresis, irritabilidad, ojos levemente hundidos y un llenado capilar conservado; estos signos y síntomas orientan hacia la existencia de una deshidratación leve o moderada y permiten el inicio de la terapia oral bajo vigilancia clínica. Generalmente se considera una pérdida aproximada entre 3 % y 9 % del peso corporal, situación que responde favorablemente a la administración fraccionada de sales de rehidratación oral.

2.2.20 Educación a padres sobre preparación y uso correcto del SRO

La educación dirigida a padres y cuidadores sobre la preparación y uso correcto de las sales de rehidratación oral constituye una intervención fundamental para prevenir complicaciones derivadas de la enfermedad diarreica aguda; el éxito de la terapia depende no solo de la prescripción médica, sino también del conocimiento familiar sobre su correcta preparación, administración y conservación. Diferentes investigaciones han mostrado que la educación sanitaria aumenta notablemente la adherencia al tratamiento y disminuye el número de hospitalizaciones por deshidratación prevenible (Goyes, Morillo, Gómez, & Tubón, 2022).

La correcta preparación del SRO implica la disolución del contenido completo de un sobre en la cantidad exacta de agua potable, segura o previamente hervida que indique el fabricante; nunca se debe añadir azúcar, sal, zumos, leche, o refrescos, ya que todas estas adiciones modificarán la

osmolaridad y darán lugar a una baja eficacia terapéutica. La capacitación de los cuidadores debe incluir demostración práctica para evitar errores frecuentes que favorecen hipernatremia o fracaso en la rehidratación (Guerra, 2026).

2.2.21 Intervención Educativa de Enfermería

La intervención educativa de enfermería constituye un conjunto de acciones sistemáticas orientadas a fortalecer conocimientos, habilidades y conductas saludables en pacientes, familiares y cuidadores; su propósito principal consiste en promover el autocuidado, prevenir complicaciones y mejorar la adherencia terapéutica mediante procesos de enseñanza adaptados a las necesidades individuales. En el ámbito de la pediatría, esta intervención tiene una importante importancia, ya que permite que los padres puedan aprender a manejar adecuadamente el curso natural de la enfermedad y puedan implicarse activamente en la recuperación del niño ingresado en el hospital (Taris, 2023).

En el ámbito de la pediatría, esta intervención tiene una importante importancia, ya que permite que los padres puedan aprender a manejar adecuadamente el curso natural de la enfermedad y puedan implicarse activamente en la recuperación del niño ingresado en el hospital. La enseñanza oportuna transforma al cuidador en un participante activo del tratamiento y no únicamente en un acompañante pasivo del proceso hospitalario (Domínguez, 2024).

Las estrategias educativas de enfermería pueden desarrollarse mediante charlas individuales, sesiones grupales, guías impresas, demostraciones clínicas y seguimiento continuo durante la hospitalización; la selección del método depende del nivel educativo de los cuidadores, el contexto sociocultural y la gravedad del cuadro pediátrico. En este sentido, la formación basada en la participación activa favorece la retención de los aprendizajes y genera el aprendizaje para el cuidado en el hogar una vez recibido el alta hospitalaria (Kasaram, 2024).

Desde el lado profesional la intervención educativa de enfermería mejora la calidad asistencial porque articula recompensa, prevención y recuperación en el cuidado integral; en pacientes pediátricos con EDA, la función de la educación del paciente favorece optimizar la rehidratación por

vía oral efectiva, evita complicaciones prevenibles y ayuda a la continuidad terapéutica en el domicilio. La enfermería no solo ejecuta procedimientos clínicos, sino que también lidera procesos de educación sanitaria que impactan directamente en los resultados de salud infantil (Nanbur, Dongurum, Achema, Andy, & Chunuan, 2025).

2.3 Definición de términos (glosario)

Balance hídrico: Registro sistemático de los líquidos administrados y eliminados para valorar el estado de hidratación del paciente (Pogo, 2024).

Deshidratación: Estado ocasionado por la pérdida excesiva de agua y electrolitos que altera el funcionamiento normal del organismo (García et al., 2024).

Diarrea aguda: Emisión de tres o más deposiciones líquidas o semilíquidas en 24 horas con duración menor de 14 días (Organización Mundial de la Salud, 2024).

Diarrea crónica: Episodio diarreico con duración superior a 30 días, generalmente relacionado con enfermedades gastrointestinales de base (Barrio et al., 2023).

Diarrea persistente: Diarrea cuya duración oscila entre 14 y 30 días, con mayor riesgo de alteraciones nutricionales (Cilleruelo y García, 2024).

Educación sanitaria: Estrategia orientada a fortalecer conocimientos y promover prácticas saludables para prevenir enfermedades (Goyes et al., 2022).

Enfermedad diarreica aguda: Infección gastrointestinal caracterizada por diarrea de inicio súbito, frecuente en niños menores de cinco años (Organización Mundial de la Salud, 2024).

Equilibrio hidroelectrolítico: Estado fisiológico en el que agua y electrolitos permanecen en concentraciones adecuadas (García Herrero et al., 2020).

Hipovolemia: Disminución del volumen sanguíneo circulante causada por pérdidas importantes de líquidos corporales (Titihalawa et al., 2021).

Intervención educativa: Conjunto de acciones planificadas para fortalecer conocimientos y habilidades relacionadas con el cuidado de la salud (Kasaram, 2024).

Llenado capilar: Parámetro clínico utilizado para evaluar la perfusión

periférica mediante el tiempo de recuperación del color cutáneo (Monedero y Alcalá, 2023).

Morbimortalidad: Indicador que integra la frecuencia de enfermedad y mortalidad en una población específica (Organización Mundial de la Salud, 2024).

Rehidratación oral: Administración de soluciones con glucosa y electrolitos para corregir la deshidratación leve o moderada (Álava et al., 2023).

Sales de rehidratación oral: Preparado con glucosa y electrolitos que favorece la absorción intestinal de agua durante la diarrea (Aghsaeifard et al., 2022).

Shock hipovolémico: Estado crítico ocasionado por una disminución severa del volumen circulante y de la perfusión tisular (García Herrero et al., 2020).

Signos de alarma: Manifestaciones clínicas que indican riesgo de complicaciones y requieren atención médica inmediata (Chicaiza et al., 2024).

Solución de rehidratación oral: Mezcla estandarizada de agua, glucosa y electrolitos destinada a prevenir y tratar la deshidratación (Quevedo y Devia, 2022).

Terapia de rehidratación oral: Tratamiento recomendado para reponer líquidos y electrolitos en niños con deshidratación leve o moderada (Álava et al., 2023).

Valoración clínica: Evaluación integral del paciente mediante examen físico e identificación de signos y síntomas (Pogo, 2024).

Vigilancia epidemiológica: Proceso continuo de recopilación, análisis e interpretación de datos para prevenir y controlar enfermedades (Instituto Nacional de Salud de Colombia, 2026).

CAPITULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Enfoque y Nivel de la investigación

3.1.1 Enfoque de la investigación

La presente investigación se desarrolló bajo un enfoque **cuantitativo,** debido a que permitió medir de forma objetiva el impacto de la intervención educativa de enfermería sobre la rehidratación oral efectiva en niños hospitalizados con enfermedad diarreica aguda. Este enfoque facilito la recolección de datos numéricos relacionados con el nivel de conocimientos de los padres o cuidadores, así como la valoración clínica de la respuesta del paciente antes y después de la aplicación de la estrategia educativa; además, permitió establecer comparaciones y verificar cambios significativos en los resultados obtenidos.

3.1.2 Nivel de la investigación

Descriptivo

La investigación presentó un nivel descriptivo, porque se orientó a caracterizar las prácticas de los padres o cuidadores relacionadas con la preparación y administración de las sales de rehidratación oral en niños hospitalizados con enfermedad diarreica aguda, así como a describir los cambios observados después de la intervención educativa de enfermería. Este nivel permitió identificar y presentar las características del fenómeno estudiado mediante frecuencias, porcentajes y comparación de los resultados obtenidos en los diferentes momentos de evaluación, sin establecer relaciones causales entre las variables ni explicar de manera experimental el origen de los cambios encontrados.

3.2 Tipo de investigación

3.2.1 Investigación Bibliográfica

El proyecto se sustentó en una investigación bibliográfica, puesto que fue indispensable realizar una revisión rigurosa de literatura científica en bases de datos indexadas (como SciELO, PubMed, Scopus), manuales de la Organización Mundial de la Salud (OMS/OPS) y guías de práctica clínica del

Ministerio de Salud Pública (MSP). Esto permitió estructurar el marco teórico de la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) y fundamentar científicamente el diseño de la guía educativa aplicada.

3.2.2 Investigación de Campo

La investigación es de campo puesto que el equipo investigador se trasladó directamente al escenario natural donde ocurren los hechos: el área de Pediatría del Hospital General Martín Icaza. En este establecimiento se recolectó la información de fuente primaria mediante la interacción directa con los 60 cuidadores de los pacientes pediátricos hospitalizados, aplicando los instrumentos.

3.3 Diseño de investigación

3.3.1 Investigación transversal

La investigación fue de tipo transversal, debido a que la información se recolectó dentro de un período determinado, comprendido entre marzo y julio de 2026, en una población específica de padres o cuidadores de niños hospitalizados con enfermedad diarreica aguda. Este tipo de estudio permitió describir las prácticas relacionadas con la preparación y administración de las sales de rehidratación oral en un momento definido del proceso investigativo, sin realizar un seguimiento prolongado de los participantes a lo largo del tiempo.

3.4 Población y muestra

Para determinar la muestra del estudio, se consideró una población total de 19.200 pacientes asignados al área de Pediatría del Hospital General Martín Icaza. De esta población, 3.153 correspondían a pacientes de entre 29 dias y 14 años con diagnóstico de enfermedad diarreica aguda (EDA), de los cuales 1.538 pertenecían al grupo etario de 29 dias a 3 años.

Mediante una regla de tres simple, se determinó que los 1.538 pacientes representaban el 8,01 % de la población total asignada. Posteriormente, este porcentaje se aplicó a los 3.153 pacientes diagnosticados con EDA, obteniéndose una estimación de 253 pacientes.

Esta cantidad se distribuyó entre los 12 meses del año, obteniéndose un promedio aproximado de 21 pacientes mensuales. Considerando que la

intervención educativa se desarrollaría durante tres meses, se estimó una muestra de 63 pacientes. Finalmente, la muestra efectiva estuvo conformada por 60 pacientes, cuyos padres participaron en la investigación.

Cálculo del porcentaje de la subpoblación

$$P = \frac{1538}{19200} x\ 100$$

$$P = 8{,}01\%$$

Estimación proporcional de pacientes

$$N = \frac{3153\ x\ 8{,}01\%}{100}$$

$$N = 253\ pacientes$$

Promedio mensual estimado

$$Nm = \frac{253}{12}$$

$$Nm = 21\ pacientes/mes$$

Proyección para tres meses

$$n = \ 21\ x\ 3$$

$$n = 63\ pacientes$$

Criterios de Inclusión

- Cuidadores de niños hospitalizados en el área de pediatría con diagnóstico médico de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) que tengan entre 29 días a 3 años de edad.
- Cuidadores que acepten voluntariamente participar en la investigación mediante la firma del Consentimiento Informado.
- Cuidadores de pacientes que permanezcan hospitalizados en el servicio durante el periodo de estudio (marzo - julio 2026).

Criterios de Exclusión

- Cuidadores de niños hospitalizados en el área de pediatría con diagnóstico médico de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) mayores a 3 años de edad.
- Cuidadores que no acepten voluntariamente participar en la investigación
- Cuidadores cuyos niños sean trasladados a otra unidad hospitalaria o reciban el alta médica antes de completar la intervención educativa y la evaluación de la efectividad.

3.5 Variables

3.5.1 Variable de caracterización

Perfil clínico del paciente

3.5.2 Variable dependiente

Efectividad de la intervención educativa

3.6 Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	INSTRUMENTO
Perfil Clínico del Paciente Pediátrico	Atributos fisiológicos, sintomatológicos y de manejo terapéutico que presentan los niños hospitalizados con enfermedad diarreica aguda al ingreso del estudio. (Rp, 2018)	**ESTADO CLÍNICO INICIAL**	Tiempo de evolución de la diarrea	**Nominal y Ordinal** *(Según cada indicador)*	**FICHA DE REGISTRO CLÍNICO**
			Número de deposiciones en 24 horas		
			Presencia de vómitos		
			Número de vómitos en 24 horas		
			Presencia de temperatura mayor a 38.5 C		
			Tipo de diarrea		
			Estado nutricional		
			Lactancia materna		
			Tipo de dieta		
		VALORACIÓN DEL ESTADO DE HIDRATACIÓN	Ojos hundidos		
			Mucosas secas/saliva espesa		
			Ausencia de lágrimas al llorar		
			Sed intensa		
			Disminución de la diurésis		
			Irritabilidad		

			Letargo		
			Llenado capilar lento		
			Pliegue cutáneo positivo		
			Estado de Hidratación		
		MANEJO TERAPÉUTICO	Uso de Sales de Rehidratación Oral (SRO)		
			Tipo de hidratación		
			Tolerancia al SRO		

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	INSTRUMENTO
Efectividad de la intervención educativa	Conjunto de acciones sistemáticas realizadas por el profesional de enfermería orientadas a fortalecer los conocimientos de los padres o cuidadores sobre la prevención, identificación y manejo de la deshidratación mediante la rehidratación oral en niños hospitalizados con EDA (Goyes, Morillo, Gómez, & Tubón, 2022)	**Dimensión 1: Preparación y Administración del SRO**	Realiza higiene de manos antes de preparar el SRO	**Cualitativa Ordinal:** (Puntaje de 0 a 14 pts): • Adecuado: 12 a 14 puntos. •Parcialmente adecuado: 9 a 11 puntos.	**GUÍA DE OBSERVACIÓN DE CONOCIMIENTOS**
			Prepara el SRO utilizando la cantidad exacta de agua indicada		
			Utiliza agua segura o previamente hervida para preparar el SRO		
			No agrega azúcar, jugos u otras sustancias al SRO		
			Administra el SRO en pequeñas cantidades frecuentes		
			Administra el SRO después de cada deposición líquida o vómito		
			Administra el SRO aun cuando el niño presenta diarrea continua		
		Dimensión 2: Respuesta y colaboración del cuidador	Continúa la lactancia materna o alimentación habitual del niño		
			Conserva adecuadamente el SRO preparado		

			Desecha el SRO después de 24 horas de preparado	• Inadecuado: 0 a 8 puntos.	
			Cumple las indicaciones brindadas por el personal de enfermería		
			Participa activamente durante la intervención recibida		
			Informa oportunamente cambios en el estado clínico del niño		
			Mantiene una actitud colaborativa durante el proceso terapéutico		

3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica utilizada fue la observación directa, debido a que permitió valorar de manera objetiva el estado clínico de los niños hospitalizados con enfermedad diarreica aguda y verificar el nivel de efectividad de la intervención educativa aplicada a los padres o cuidadores sobre la rehidratación oral. Esta técnica facilitó la obtención de información en tiempo real dentro del contexto hospitalario, permitiendo identificar características clínicas relacionadas con el estado de hidratación, la sintomatología presentada y el cumplimiento de las recomendaciones proporcionadas por el personal de enfermería para la preparación y administración adecuada de las sales de rehidratación oral.

Ficha de registro clínico

Como instrumento se utilizó una ficha de registro clínico diseñada de acuerdo con los objetivos y variables del estudio. Permitió recopilar información relacionada con el perfil clínico del paciente pediátrico hospitalizado con enfermedad diarreica aguda. La ficha incluyó indicadores referentes al estado clínico inicial, tales como tiempo de evolución de la diarrea, número de deposiciones, presencia y frecuencia de vómitos, temperatura corporal, tipo de diarrea, estado nutricional, lactancia materna y tipo de dieta. Además, incorporó aspectos relacionados con la valoración del estado de hidratación, incluyendo ojos hundidos, mucosas secas, ausencia de lágrimas, sed intensa, disminución de la diuresis, irritabilidad, letargo, llenado capilar lento y pliegue cutáneo, así como variables asociadas al manejo terapéutico mediante el uso de sales de rehidratación oral y la tolerancia al tratamiento.

Guía de observación

Se empleó una guía de observación estructurada para poder evaluar cómo se había visto la intervención educativa de enfermería dirigida a padres o cuidadores de niños hospitalizados con enfermedad diarreica aguda. El instrumento se concibió a partir de dos dimensiones: una que se enfoca en la preparación y administración de las sales de rehidratación oral, la otra en la respuesta y colaboración del cuidador. Los indicadores de cada dimensión miden aquellos aspectos que guardan relación con la higiene de manos, la forma correcta

de preparar las sales de rehidratación oral, la seguridad del agua utilizada, la forma correcta de administrar la rehidratación a través del tratamiento de las sales de rehidratación oral, la continuidad de la alimentación, la forma de conservar correctamente la solución preparada, el cumplimiento de las indicaciones de enfermería, el tipo de participación del cuidador y la identificación oportuna de cambios clínicos en el niño. La valoración se realizó mediante una escala ordinal de cumplimiento que permitió clasificar los resultados como adecuados, parcialmente adecuados o inadecuados según el puntaje obtenido.

Cabe mencionar que, el instrumento de investigación fue validado por tres profesionales de la salud, obteniendo un criterio de aprobación aceptable y muy aceptable, así mismo, los participantes firmaron un acta de consentimiento informado, para que la información obtenida sea confidencial, cuya información se utilizó únicamente para el análisis del trabajo de investigación.

3.8 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

La información obtenida mediante la ficha de registro clínico y la guía de observación fue revisada, codificada y organizada en una base de datos elaborada en Microsoft Excel; posteriormente, los datos fueron ingresados al programa IBM SPSS Statistics versión 25 para su procesamiento estadístico. Este procedimiento permitió ordenar la información de manera sistemática, verificar su consistencia y facilitar el análisis de las variables relacionadas con el perfil clínico de los pacientes pediátricos y la efectividad de la intervención educativa de enfermería.

Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva mediante frecuencias absolutas, porcentajes y distribución de resultados según las dimensiones e indicadores establecidos en el estudio; los hallazgos fueron presentados en tablas y gráficos estadísticos para facilitar su interpretación.

Se realizo una comparación de los resultados observados antes y después de la intervención educativa, con el propósito de identificar cambios en las prácticas de los padres o cuidadores respecto a la preparación y administración de las sales de rehidratación oral y determinar la efectividad de la intervención.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS O LOGROS ALCANZADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS PLANTEADOS

4.1 Resultados según el primer objetivo.

Identificar el nivel de conocimientos de los padres sobre la rehidratación oral en niños hospitalizados con enfermedad diarreica aguda mediante la aplicación de un pre test y pos test.

Características de la población

Tabla 2

Características clínicas de la enfermedad diarreica aguda (EDA)

Variable	Ítem	Frecuencia	Porcentaje
Presencia de vómitos	Sí	50	83,30%
	No	10	16,70%
Temperatura >38,5 °C	Sí	19	31,70%
	No	41	68,30%
Tipo de diarrea	Líquida	23	38,30%
	Semilíquida	26	43,30%
	Con moco	6	10,00%
	Con sangre	5	8,30%
Total		60	100,0%

Nota: Resultados obtenidos tras la ficha clínica

Análisis e interpretación

Los resultados evidenciaron que el 83,3% de los niños hospitalizados presentó vómitos y el 43,3% diarrea semilíquida, mientras que el 31,7% registró temperatura superior a 38,5 °C; este comportamiento clínico reflejó el predominio de manifestaciones compatibles con enfermedad diarreica aguda sin alta frecuencia de fiebre, aspecto que orienta la necesidad de priorizar medidas oportunas de rehidratación oral y vigilancia del estado de hidratación. Estos hallazgos guardan concordancia con lo reportado por Tomalá (2025), quien identificó que los episodios de diarrea en la población pediátrica se acompañan

principalmente de vómitos y alteraciones gastrointestinales, las cuales incrementan el riesgo de deshidratación y requieren una intervención temprana por parte del personal de enfermería.

Tabla 3

Estado nutricional y alimentación

Variable	Ítem	Frecuencia	Porcentaje
Estado nutricional	Normal	28	46,70%
	Riesgo de bajo peso	25	41,70%
	Bajo peso	7	11,70%
	Desnutrición aguda	0	0,00%
	Desnutrición moderada	0	0,00%
	Desnutrición grave	0	0,00%
Lactancia materna	Sí	38	63,30%
	No	22	36,70%

Nota: Resultados obtenidos tras la ficha clínica

Análisis e interpretación

El estado nutricional de los niños mostró predominio de condiciones favorables, con 46,7% de participantes en estado nutricional normal; no obstante, el 41,7% presentó riesgo de bajo peso y el 11,7% bajo peso, mientras que el 63,3% mantuvo lactancia materna, lo que evidencia la coexistencia de factores protectores y condiciones que incrementan la vulnerabilidad frente a la enfermedad diarreica aguda y sus complicaciones. Estos resultados coinciden con lo descrito por Álvarez (2024), quien señala que el compromiso del estado nutricional aumenta la susceptibilidad a procesos infecciosos gastrointestinales y resalta la importancia de una adecuada alimentación y de la lactancia materna para favorecer la recuperación y disminuir el riesgo de deshidratación.

Tabla 4

Valoración del estado de hidratación

	Si		No		Total	
Signo clínico	**F**	%	**F**	%	%	
Ojos hundidos	52	86,7%	8	13,3%	60	100,0%
Mucosas secas o saliva espesa	28	46,7%	32	53,3%	60	100,0%
Ausencia de lágrimas al llorar	24	40,0%	36	60,0%	60	100,0%
Sed intensa	36	60,0%	24	40,0%	60	100,0%
Disminución de la diuresis	45	75,0%	15	25,0%	60	100,0%
Irritabilidad	38	63,3%	22	36,7%	60	100,0%
Letargo	27	45,0%	33	55,0%	60	100,0%
Llenado capilar lento	32	53,3%	28	46,7%	60	100,0%
Pliegue cutáneo positivo	32	53,3%	28	46,7%	60	100,0%

Nota: Resultados obtenidos tras la ficha clínica

Análisis e interpretación

La valoración del estado de hidratación mostró predominio de signos clínicos compatibles con deshidratación, entre los que destacaron los ojos hundidos (86,7%), la disminución de la diuresis (75,0%), la irritabilidad (63,3%) y la sed intensa (60,0%); además, más de la mitad de los niños presentó llenado capilar lento y pliegue cutáneo positivo (53,3% en ambos casos), lo que evidencia la necesidad de una evaluación clínica sistemática para orientar el tratamiento oportuno. Estos resultados concuerdan con Pogo (2024), quien señala que la identificación temprana de signos clínicos de deshidratación constituye un elemento esencial para establecer intervenciones de enfermería dirigidas a prevenir complicaciones y favorecer la recuperación del paciente pediátrico.

Tabla 5

Manejo terapéutico

Variable	Ítem	Frecuencia	Porcentaje
Uso de Sales de Rehidratación Oral (SRO)	Sí	60	100,00%
	No	0	0,00%
Tipo de hidratación	Oral	60	100,00%
	Intravenosa	0	0,00%
Tolerancia al SRO	Adecuada	45	75,00%
	Inadecuada	15	25,00%

Nota: Resultados obtenidos tras la ficha clínica

Análisis e interpretación

El manejo terapéutico evidenció que el 100,0% de los niños recibió Sales de Rehidratación Oral mediante hidratación por vía oral; además, el 75,0% presentó una tolerancia adecuada al tratamiento, mientras que el 25,0% mostró tolerancia inadecuada, lo que refleja la aplicabilidad de esta estrategia como primera línea de manejo en la mayoría de los casos. Estos hallazgos son consistentes con lo descrito por Álava et al. (2023), quienes sostienen que la terapia de rehidratación oral constituye el tratamiento de elección en pacientes pediátricos con enfermedad diarreica aguda y alcanza resultados favorables cuando existe una adecuada tolerancia y seguimiento clínico.

Resultados de la Guía de observación pre test

Tabla 6

Realiza higiene de manos antes de preparar el SRO

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Sí	34	56,70%
No	26	43,30%
Total	**60**	**100,00%**

Nota: Resultados obtenidos de la guia de observación pre test

Análisis e interpretación

En la valoración inicial se identificó que el 56,7% de los padres realizó la higiene de manos antes de preparar las Sales de Rehidratación Oral, mientras que el 43,3% omitió esta práctica, lo que evidenció que una proporción importante de cuidadores presentaba deficiencias en una medida básica para prevenir la contaminación durante la preparación del tratamiento. Este comportamiento coincide con lo reportado por Kasaram (2024), quien encontró que los conocimientos y prácticas de los cuidadores sobre el manejo domiciliario de la diarrea resultan insuficientes antes de recibir una intervención educativa estructurada, situación que justifica el fortalecimiento de la educación en salud para promover prácticas seguras.

Tabla 7

Prepara el SRO utilizando la cantidad exacta de agua indicada

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Sí	15	25,00%
No	45	75,00%
Total	**60**	**100,00%**

Nota: Resultados obtenidos de la guia de observación pre test

Análisis e interpretación

La valoración del pretest evidenció que únicamente el 25,0% de los padres preparó las Sales de Rehidratación Oral con la cantidad exacta de agua indicada, mientras que el 75,0% no cumplió este procedimiento, lo que refleja un conocimiento insuficiente sobre una medida esencial para garantizar la eficacia y seguridad de la rehidratación oral. Este resultado concuerda con Nanbur et al. (2025), quienes identificaron un bajo nivel de utilización correcta de la solución de rehidratación oral antes de la aplicación de un programa educativo estructurado, situación que respalda la necesidad de fortalecer la capacitación de los cuidadores para optimizar el manejo de la enfermedad diarreica aguda.

Tabla 8

Utiliza agua segura o previamente hervida para preparar el SRO

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Sí	28	46,70%
No	32	53,30%
Total	**60**	**100,00%**

Nota: Resultados obtenidos de la guia de observación pre test

Análisis e interpretación

Los resultados del pretest mostraron que el 46,7% de los padres utilizó agua segura o previamente hervida para preparar las Sales de Rehidratación Oral, mientras que el 53,3% no aplicó esta medida, lo que evidencia deficiencias en una práctica fundamental para prevenir la contaminación de la solución y favorecer un tratamiento seguro. Este comportamiento coincide con lo señalado por Goyes et al. (2022), quienes indican que la educación sanitaria fortalece las prácticas de higiene y preparación correcta de las soluciones de rehidratación oral, aspecto indispensable para reducir el riesgo de complicaciones asociadas a la enfermedad diarreica aguda.

Tabla 9

No agrega azúcar, jugos u otras sustancias al SRO

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Sí	39	65,00%
No	21	35,00%
Total	**60**	**100,00%**

Nota: Resultados obtenidos de la guia de observación pre test

Análisis e interpretación

En el pretest, el 65,0% de los padres preparó las Sales de Rehidratación Oral sin agregar azúcar, jugos u otras sustancias, mientras que el 35,0% modificó la solución, práctica que puede alterar su composición y disminuir la efectividad terapéutica; estos resultados evidencian que una proporción importante de cuidadores aún mantenía prácticas inadecuadas durante la preparación del SRO. Este hallazgo coincide con Aghsaeifard et al. (2022), quienes destacan que la solución de rehidratación oral debe prepararse exactamente conforme a las recomendaciones establecidas, ya que la incorporación de otros componentes modifica su osmolaridad y compromete su eficacia clínica en el tratamiento de la enfermedad diarreica aguda.

Tabla 10

Administra el SRO en pequeñas cantidades frecuentes

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Sí	32	53,30%
No	28	46,70%
Total	**60**	**100,00%**

Nota: Resultados obtenidos de la guia de observación pre test

Análisis e interpretación

Los resultados del pretest evidenciaron que el 53,3% de los padres administró las Sales de Rehidratación Oral en pequeñas cantidades y de forma frecuente, mientras que el 46,7% no aplicó esta recomendación, lo que demuestra que cerca de la mitad de los cuidadores presentaba dificultades para ejecutar adecuadamente una práctica esencial durante el manejo de la enfermedad diarreica aguda. Este resultado es consistente con lo descrito por Quevedo y Devia (2022), quienes indican que la administración fraccionada de la solución de rehidratación oral favorece la tolerancia digestiva y optimiza la reposición de líquidos, especialmente en niños con episodios de vómitos o diarrea persistente.

Tabla 11

Administra el SRO aun cuando el niño presenta diarrea continua

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Sí	32	53,30%
No	28	46,70%
Total	**60**	**100,00%**

Nota: Resultados obtenidos de la guia de observación pre test

Análisis e interpretación

El pretest mostró que el 53,3% de los padres continuó administrando las Sales de Rehidratación Oral aun cuando el niño presentaba diarrea continua, mientras que el 46,7% suspendió esta práctica, lo que evidencia un conocimiento limitado sobre una recomendación fundamental para prevenir la progresión de la deshidratación durante la enfermedad diarreica aguda. Este hallazgo coincide con Titihalawa et al. (2021), quienes señalaron que una proporción importante de cuidadores desconoce que la terapia de rehidratación oral debe mantenerse durante los episodios diarreicos para compensar las pérdidas de líquidos y favorecer la recuperación del paciente pediátrico.

Tabla 12

Administra el SRO después de cada deposición líquida o vómito

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Sí	25	41,70%
No	35	58,30%
Total	**60**	**100,00%**

Nota: Resultados obtenidos de la guia de observación pre test

Análisis e interpretación

Los resultados del pretest evidenciaron que el 41,7% de los padres administró las Sales de Rehidratación Oral después de cada deposición líquida o episodio de vómito, mientras que el 58,3% no aplicó esta recomendación, lo que demuestra un predominio de prácticas inadecuadas para compensar las pérdidas de líquidos y electrolitos ocasionadas por la enfermedad diarreica aguda. Este comportamiento guarda concordancia con Chicaiza et al. (2024), quienes identificaron deficiencias en el conocimiento de los cuidadores respecto a la frecuencia adecuada de administración del SRO y resaltaron la necesidad de fortalecer la educación sanitaria para optimizar el manejo domiciliario de los niños con diarrea aguda.

Tabla 13

Continúa la lactancia materna o alimentación habitual del niño

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Sí	36	60,00%
No	24	40,00%
Total	**60**	**100,00%**

Nota: Resultados obtenidos de la guia de observación pre test

Análisis e interpretación

La valoración inicial mostró que el 60,0% de los padres continuó la lactancia materna o la alimentación habitual del niño durante el episodio de enfermedad diarreica aguda, mientras que el 40,0% suspendió esta práctica, lo que evidencia que una proporción considerable de cuidadores aún mantenía conductas que podrían afectar el estado nutricional y la recuperación del paciente pediátrico. Estos resultados coinciden con Ortega (2022), quien señala que la continuidad de la lactancia materna y de la alimentación habitual constituye una recomendación fundamental durante la diarrea aguda, debido a que favorece el mantenimiento del estado nutricional y contribuye a una recuperación más rápida del niño.

Tabla 14

Conserva adecuadamente el SRO preparado

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Sí	12	20,00%
No	48	80,00%
Total	**60**	**100,00%**

Nota: Resultados obtenidos de la guia de observación pre test

Análisis e interpretación

Los resultados del pretest evidenciaron que únicamente el 20,0% de los padres conservó adecuadamente las Sales de Rehidratación Oral una vez preparadas, mientras que el 80,0% no cumplió esta recomendación, lo que revela importantes deficiencias en las prácticas de almacenamiento y un mayor riesgo de contaminación de la solución durante su utilización. Este comportamiento concuerda con lo reportado por Taris (2023), quien señala que el desconocimiento sobre las condiciones adecuadas de conservación del SRO constituye una limitación frecuente entre los cuidadores y representa un aspecto prioritario para las intervenciones educativas orientadas al manejo seguro de la enfermedad diarreica aguda.

Tabla 15

Desecha el SRO después de 24 horas de preparado

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Sí	19	31,70%
No	41	68,30%
Total	**60**	**100,00%**

Nota: Resultados obtenidos de la guia de observación pre test

Análisis e interpretación

Los resultados del pretest evidenciaron que el 31,7% de los padres desechó las Sales de Rehidratación Oral después de 24 horas de preparadas, mientras que el 68,3% mantuvo la solución por un tiempo superior al recomendado, lo que refleja un conocimiento insuficiente sobre las condiciones de seguridad para su utilización y un potencial riesgo de contaminación microbiológica. Estos hallazgos coinciden con Nanbur et al. (2025), quienes señalaron que el desconocimiento acerca del tiempo adecuado de conservación del SRO constituye una de las principales deficiencias en el manejo domiciliario de la enfermedad diarreica aguda, por lo que recomiendan fortalecer las estrategias de educación dirigidas a los cuidadores.

Tabla 16

Cumple las indicaciones brindadas por el personal de enfermería

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Sí	43	71,70%
No	17	28,30%
Total	**60**	**100,00%**

Nota: Resultados obtenidos de la guia de observación pre test

Análisis e interpretación

Los resultados del pretest evidenciaron que el 71,7% de los padres cumplió las indicaciones brindadas por el personal de enfermería, mientras que el 28,3% no siguió las recomendaciones establecidas, lo que indica que, aunque predominó la adherencia a las orientaciones profesionales, aún persistieron dificultades que podrían limitar la efectividad del manejo de la enfermedad diarreica aguda en el hogar. Este comportamiento es similar al descrito por Goyes et al. (2022), quienes señalaron que la orientación proporcionada por el personal de enfermería favorece el cumplimiento de las medidas terapéuticas, aunque la adherencia depende del nivel de comprensión y educación recibido por los cuidadores.

Tabla 17

Participa activamente durante la educación recibida

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Sí	45	75,00%
No	15	25,00%
Total	**60**	**100,00%**

Nota: Resultados obtenidos de la guia de observación pre test

Análisis e interpretación

Los resultados del pretest mostraron que el 75,0% de los padres participó activamente durante la educación brindada por el personal de enfermería, mientras que el 25,0% presentó una participación limitada, lo que evidencia una adecuada disposición de la mayoría de los cuidadores para recibir información relacionada con el manejo de la enfermedad diarreica aguda y la rehidratación oral. Este hallazgo concuerda con Pogo (2024), quien señala que la participación activa de los cuidadores durante las intervenciones educativas facilita la adquisición de conocimientos y fortalece la aplicación de prácticas seguras para el cuidado del niño con enfermedad diarreica aguda.

Tabla 18

Informa oportunamente cambios en el estado clínico del niño

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Sí	43	71,70%
No	17	28,30%
Total	**60**	**100,00%**

Nota: Resultados obtenidos de la guia de observación pre test

Análisis e interpretación

Los resultados del pretest evidenciaron que el 71,7% de los padres informó oportunamente los cambios en el estado clínico del niño, mientras que el 28,3% no comunicó estas variaciones de manera adecuada, lo que indica que, aunque predominó una conducta favorable, aún existía un grupo de cuidadores con limitaciones para reconocer la importancia de notificar signos de alarma durante la enfermedad diarreica aguda. Estos hallazgos coinciden con Tomalá (2025), quien destaca que la identificación y comunicación temprana de cambios clínicos por parte de los cuidadores facilita la intervención oportuna del personal de salud y contribuye a prevenir complicaciones asociadas con la deshidratación.

Tabla 19

Mantiene una actitud colaborativa durante el proceso terapéutico

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Sí	49	81,70%
No	11	18,30%
Total	**60**	**100,00%**

Nota: Resultados obtenidos de la guia de observación pre test

Análisis e interpretación

Los resultados del pretest evidenciaron que el 81,7% de los padres mantuvo una actitud colaborativa durante el proceso terapéutico, mientras que el 18,3% presentó una participación menos favorable, lo que refleja una adecuada disposición de la mayoría de los cuidadores para apoyar las actividades orientadas al manejo de la enfermedad diarreica aguda y la recuperación del niño. Este resultado coincide con Álava et al. (2023), quienes señalan que la colaboración activa de los cuidadores con el personal de salud favorece el cumplimiento de las medidas terapéuticas y fortalece la efectividad de las intervenciones de enfermería dirigidas al tratamiento de la enfermedad diarreica aguda.

Resultados de la Guía de observación post test

Tabla 20

Realiza higiene de manos antes de preparar el SRO - Pos test

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Sí	52	86,70%
No	8	13,30%
Total	**60**	**100,00%**

Nota: Resultados obtenidos de la guia de observación post test

Análisis e interpretación

Los resultados del postest evidenciaron que el 86,7% de los padres realizó la higiene de manos antes de preparar las Sales de Rehidratación Oral, mientras que únicamente el 13,3% no cumplió esta práctica; este hallazgo demuestra un fortalecimiento de una de las principales medidas de prevención de la contaminación durante la preparación del SRO, atribuible a la intervención educativa desarrollada por el personal de enfermería. Estos resultados son consistentes con Goyes et al. (2022), quienes señalan que las estrategias educativas dirigidas a los cuidadores favorecen la adopción de prácticas de higiene esenciales para garantizar un manejo seguro de la enfermedad diarreica aguda y reducir el riesgo de complicaciones.

Tabla 21

Prepara el SRO utilizando la cantidad exacta de agua indicada- Pos test

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Sí	56	93,30%
No	4	6,70%
Total	**60**	**100,00%**

Nota: Resultados obtenidos de la guia de observación post test

Análisis e interpretación

Los resultados del postest mostraron que el 93,3% de los padres preparó las Sales de Rehidratación Oral utilizando la cantidad exacta de agua indicada, mientras que solo el 6,7% no cumplió esta recomendación; este comportamiento evidencia una mejora importante en la ejecución de una práctica esencial para garantizar la concentración adecuada de la solución y favorecer la efectividad del tratamiento. Este hallazgo coincide con Nanbur et al. (2025), quienes señalaron que las intervenciones educativas fortalecen significativamente los conocimientos de los cuidadores y mejoran la preparación correcta de las Sales de Rehidratación Oral durante el manejo de la enfermedad diarreica aguda.

Tabla 22

Utiliza agua segura o previamente hervida para preparar el SRO- Pos test

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Sí	59	98,30%
No	1	1,70%
Total	**60**	**100,00%**

Nota: Resultados obtenidos de la guia de observación post test

Análisis e interpretación

Los resultados del postest evidenciaron que el 98,3% de los padres utilizó agua segura o previamente hervida para preparar las Sales de Rehidratación Oral, mientras que únicamente el 1,7% no aplicó esta recomendación; estos resultados reflejan una elevada adopción de prácticas higiénicas que contribuyen a prevenir la contaminación de la solución y favorecen un manejo más seguro de la enfermedad diarreica aguda. Este comportamiento coincide con lo descrito por Taris (2023), quien sostiene que la educación proporcionada a los cuidadores fortalece el cumplimiento de las medidas de bioseguridad durante la preparación del SRO, lo que incrementa la calidad del cuidado brindado al paciente pediátrico.

Tabla 23

No agrega azúcar, jugos u otras sustancias al SRO- Pos test

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Sí	60	100,00%
No	0	0,00%
Total	**60**	**100,00%**

Nota: Resultados obtenidos de la guia de observación post test

Análisis e interpretación

Los resultados del postest mostraron que el 100,0% de los padres preparó las Sales de Rehidratación Oral sin agregar azúcar, jugos u otras sustancias, lo que evidencia el cumplimiento completo de una recomendación fundamental para conservar las propiedades terapéuticas de la solución y garantizar su eficacia durante el tratamiento de la enfermedad diarreica aguda. Este resultado concuerda con Ortega (2022), quien señala que la educación sanitaria fortalece la comprensión de los cuidadores sobre la preparación correcta del SRO y favorece la eliminación de prácticas inadecuadas que pueden comprometer la efectividad de la terapia de rehidratación oral.

Tabla 24

Administra el SRO en pequeñas cantidades frecuentes- Pos test

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Sí	56	93,30%
No	4	6,70%
Total	**60**	**100,00%**

Nota: Resultados obtenidos de la guia de observación post test

Análisis e interpretación

Los resultados del postest evidenciaron que el 93,3% de los padres administró las Sales de Rehidratación Oral en pequeñas cantidades y de forma frecuente, mientras que el 6,7% aún no aplicó esta recomendación; estos hallazgos reflejan una mejora sustancial en la ejecución de una práctica que favorece la tolerancia del tratamiento y optimiza la reposición de líquidos y electrolitos en niños con enfermedad diarreica aguda. Este comportamiento coincide con Chicaiza et al. (2024), quienes destacan que las intervenciones educativas fortalecen las competencias de los cuidadores para administrar correctamente el SRO, lo que contribuye a un manejo más seguro y efectivo del paciente pediátrico.

Tabla 25

Administra el SRO aun cuando el niño presenta diarrea continua- Pos test

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Sí	55	91,70%
No	5	8,30%
Total	**60**	**100,00%**

Nota: Resultados obtenidos de la guia de observación post test

Análisis e interpretación

Los resultados del postest mostraron que el 91,7% de los padres continuó administrando las Sales de Rehidratación Oral aun cuando el niño presentó diarrea continua, mientras que el 8,3% no mantuvo esta práctica; este resultado evidencia una adecuada comprensión de una de las principales recomendaciones para prevenir la progresión de la deshidratación y favorecer la recuperación clínica del paciente pediátrico. Estos hallazgos concuerdan con Titihalawa et al. (2021), quienes señalan que la educación dirigida a los cuidadores incrementa el cumplimiento de las recomendaciones sobre la continuidad de la terapia de rehidratación oral durante los episodios diarreicos, fortaleciendo el manejo oportuno de la enfermedad diarreica aguda.

Tabla 26

Administra el SRO después de cada deposición líquida o vómito- Pos test

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Sí	52	86,70%
No	8	13,30%
Total	**60**	**100,00%**

Nota: Resultados obtenidos de la guia de observación post test

Análisis e interpretación

Los resultados del postest evidenciaron que el 86,7% de los padres administró las Sales de Rehidratación Oral después de cada deposición líquida o episodio de vómito, mientras que el 13,3% no cumplió esta recomendación; este comportamiento refleja una adecuada incorporación de las indicaciones relacionadas con la reposición continua de líquidos y electrolitos, aspecto fundamental para disminuir el riesgo de deshidratación en niños con enfermedad diarreica aguda. Estos hallazgos coinciden con Kasaram (2024), quien señala que las intervenciones educativas fortalecen las prácticas de administración del SRO y favorecen la aplicación correcta de las recomendaciones clínicas por parte de los cuidadores, contribuyendo a un manejo más efectivo de la enfermedad diarreica aguda.

Tabla 27

Continúa la lactancia materna o alimentación habitual del niño- Pos test

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Sí	36	60,00%
No	24	40,00%
Total	**60**	**100,00%**

Nota: Resultados obtenidos de la guia de observación post test

Análisis e interpretación

Los resultados del postest evidenciaron que el 86,7% de los padres administró las Sales de Rehidratación Oral después de cada deposición líquida o episodio de vómito, mientras que el 13,3% no cumplió esta recomendación; este comportamiento refleja una adecuada incorporación de las indicaciones relacionadas con la reposición continua de líquidos y electrolitos, aspecto fundamental para disminuir el riesgo de deshidratación en niños con enfermedad diarreica aguda. Estos hallazgos coinciden con Kasaram (2024), quien señala que las intervenciones educativas fortalecen las prácticas de administración del SRO y favorecen la aplicación correcta de las recomendaciones clínicas por parte de los cuidadores, contribuyendo a un manejo más efectivo de la enfermedad diarreica aguda.

Tabla 28

Conserva adecuadamente el SRO preparado- Pos test

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Sí	60	100,00%
No	0	0,00%
Total	**60**	**100,00%**

Nota: Resultados obtenidos de la guia de observación post test

Análisis e interpretación

Los resultados del postest evidenciaron que el 100,0% de los padres conservó adecuadamente las Sales de Rehidratación Oral después de su preparación, lo que demuestra la adopción generalizada de una práctica esencial para preservar la calidad e inocuidad de la solución durante su utilización; este hallazgo refleja el efecto favorable de la intervención educativa sobre uno de los aspectos que presentó mayores deficiencias en la valoración inicial. Estos resultados concuerdan con Pogo (2024), quien señala que la educación impartida por el personal de enfermería fortalece las prácticas de conservación del SRO y contribuye a garantizar un manejo seguro de la enfermedad diarreica aguda en la población pediátrica.

Tabla 29

Desecha el SRO después de 24 horas de preparado- Pos test

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Sí	59	98,30%
No	1	1,70%
Total	**60**	**100,00%**

Nota: Resultados obtenidos de la guia de observación post test

Análisis e interpretación

Los resultados del postest mostraron que el 98,3% de los padres desechó las Sales de Rehidratación Oral después de 24 horas de preparadas, mientras que únicamente el 1,7% no cumplió esta recomendación; este comportamiento evidencia un elevado nivel de adherencia a las normas de conservación y seguridad del SRO, lo que disminuye el riesgo de contaminación y favorece un tratamiento más seguro para el niño con enfermedad diarreica aguda. Estos hallazgos coinciden con Álava et al. (2023), quienes destacan que la educación proporcionada por el personal de enfermería mejora significativamente las prácticas relacionadas con el almacenamiento y el tiempo de utilización de las Sales de Rehidratación Oral, fortaleciendo la calidad del cuidado brindado por los cuidadores.

Tabla 30

Cumple las indicaciones brindadas por el personal de enfermería- Pos test

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Sí	46	76,70%
No	14	23,30%
Total	**60**	**100,00%**

Nota: Resultados obtenidos de la guia de observación post test

Análisis e interpretación

Los resultados del postest evidenciaron que el 76,7% de los padres cumplió las indicaciones brindadas por el personal de enfermería, mientras que el 23,3% aún presentó dificultades para seguir completamente las recomendaciones; este comportamiento refleja una adecuada adherencia a las orientaciones proporcionadas durante la intervención educativa y un fortalecimiento de las prácticas relacionadas con el manejo de la enfermedad diarreica aguda. Estos hallazgos coinciden con Tomalá (2025), quien señala que la educación impartida por el personal de enfermería favorece el cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas por parte de los cuidadores y fortalece la calidad del cuidado proporcionado al paciente pediátrico.

Tabla 31

Participa activamente durante la educación recibida- Pos test

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Sí	60	100,00%
No	0	0,00%
Total	**60**	**100,00%**

Nota: Resultados obtenidos de la guia de observación post test

Análisis e interpretación

Los resultados del postest evidenciaron que el 100,0% de los padres participó activamente durante la educación recibida, lo que demuestra una aceptación integral de la estrategia educativa implementada y un elevado compromiso con el proceso de aprendizaje orientado al manejo de la enfermedad diarreica aguda; esta respuesta favorece la adquisición de conocimientos y la correcta aplicación de las recomendaciones proporcionadas por el personal de enfermería. Estos hallazgos concuerdan con Goyes et al. (2022), quienes sostienen que la participación activa de los cuidadores durante las intervenciones educativas fortalece el aprendizaje, mejora las competencias para el cuidado del niño y favorece el cumplimiento de las prácticas recomendadas para la rehidratación oral.

Tabla 32

Informa oportunamente cambios en el estado clínico del niño- Pos test

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Sí	59	98,30%
No	1	1,70%
Total	**60**	**100,00%**

Nota: Resultados obtenidos de la guia de observación post test

Análisis e interpretación

Los resultados del postest mostraron que el 98,3% de los padres informó oportunamente los cambios en el estado clínico del niño, mientras que únicamente el 1,7% no realizó esta acción; este hallazgo evidencia un fortalecimiento de la capacidad de los cuidadores para reconocer y comunicar oportunamente las variaciones clínicas, aspecto esencial para favorecer una intervención precoz y reducir el riesgo de complicaciones durante la enfermedad diarreica aguda. Estos resultados coinciden con Ortega (2022), quien señala que la educación en salud mejora el reconocimiento de los signos de alarma y promueve una comunicación más oportuna entre los cuidadores y el personal sanitario, optimizando la atención del paciente pediátrico.

Tabla 33

Mantiene una actitud colaborativa durante el proceso terapéutico- Pos test

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Sí	55	91,70%
No	5	8,30%
Total	**60**	**100,00%**

Nota: Resultados obtenidos de la guia de observación post test

Análisis e interpretación

Los resultados del postest evidenciaron que el 91,7% de los padres mantuvo una actitud colaborativa durante el proceso terapéutico, mientras que el 8,3% presentó una participación menos favorable; este comportamiento refleja una adecuada disposición para trabajar conjuntamente con el personal de enfermería, fortaleciendo el cumplimiento de las recomendaciones orientadas al manejo de la enfermedad diarreica aguda. Estos hallazgos concuerdan con Chicaiza et al. (2024), quienes señalan que las intervenciones educativas promueven una mayor participación y compromiso de los cuidadores en el proceso de atención, favoreciendo la adopción de prácticas seguras y la continuidad del tratamiento en el paciente pediátrico.

Comparación de resultados pre y pos test

Tabla 34

Comparación del cumplimiento de recomendaciones en la preparación y administración del SRO pre y pos test

	Pretest (si cumple)		**Postest (Si cumple)**	
Ítem de observación	**F**	**%**	**F**	**%**
1. Realiza higiene de manos antes de preparar el SRO	34	56,7%	52	86,7%
2. Prepara el SRO utilizando la cantidad exacta de agua indicada	15	25,0%	56	93,3%
3. Utiliza agua segura o previamente hervida para preparar el SRO	28	46,7%	59	98,3%
4. No agrega azúcar, jugos u otras sustancias al SRO	39	65,0%	60	100,0%
5. Administra el SRO en pequeñas cantidades frecuentes	32	53,3%	56	93,3%
6. Administra el SRO aun cuando el niño presenta diarrea continua	32	53,3%	55	91,7%
7. Administra el SRO después de cada deposición líquida o vómito	25	41,7%	52	86,7%
8. Continúa la lactancia materna o alimentación habitual del niño	36	60,0%	36	60,0%
9. Conserva adecuadamente el SRO preparado	12	20,0%	60	100,0%
10. Desecha el SRO después de 24 horas de preparado	19	31,7%	59	98,3%
11. Cumple las indicaciones brindadas por el personal de enfermería	43	71,7%	46	76,7%
12. Participa activamente durante la educación recibida	43	71,7%	60	100,0%

13. Informa oportunamente cambios en el estado clínico del niño	43	71,7%	59	98,3%
14. Mantiene una actitud colaborativa durante el proceso terapéutico	49	81,7%	55	91,7%

Nota: Resultados obtenidos tras la aplicación de la guia de observación

Análisis e interpretación

La comparación entre el pretest y el postest evidenció mejoras en 13 de las 14 prácticas evaluadas relacionadas con la preparación y administración de las Sales de Rehidratación Oral; los mayores incrementos se observaron en la conservación adecuada del SRO (20,0% vs. 100,0%), la preparación con la cantidad exacta de agua (25,0% vs. 93,3%) y el desecho de la solución después de 24 horas (31,7% vs. 98,3%), mientras que la continuidad de la lactancia materna permaneció sin cambios (60,0%). Estos resultados concuerdan con Kasaram (2024), quien reportó que las intervenciones educativas dirigidas a cuidadores fortalecen significativamente los conocimientos y favorecen la adopción de conductas seguras para el manejo de la enfermedad diarreica aguda en la población pediátrica.

Tabla 35

Comparación del nivel de cumplimiento de las prácticas pre y postes

	Pretest		**Postest**	
Nivel de conocimientos	**F**	%	**F**	%
Inadecuado (0–8 puntos)	48	80,0%	0	0,0%
Parcialmente adecuado (9–11 puntos)	10	16,7%	14	23,3%
Adecuado (12–14 puntos)	2	3,3%	46	76,7%
Total	**60**	100,0%	**60**	100,0%

Nota: Resultados obtenidos tras la aplicación de la guia de observación

Análisis e interpretación

La comparación del nivel de cumplimiento de las prácticas evidenció un cambio favorable después de la intervención educativa; el porcentaje de participantes con nivel inadecuado disminuyó de 80,0% a 0,0%, mientras que el nivel adecuado aumentó de 3,3% a 76,7% y el nivel parcialmente adecuado pasó de 16,7% a 23,3%, resultados que reflejan una mejora sustancial en la aplicación correcta de las recomendaciones para la preparación y administración de las Sales de Rehidratación Oral. Estos hallazgos coinciden con Nanbur et al. (2025), quienes demostraron que las intervenciones educativas dirigidas a los cuidadores incrementan significativamente el nivel de conocimientos y favorecen la adopción de conductas adecuadas para el manejo de la enfermedad diarreica aguda en niños.

4.2 Resultados según el segundo objetivo.

Diseñar una guía de rehidratación oral para el fortalecimiento de conocimientos de los padres de niños hospitalizados con enfermedad diarreica aguda.

REHIDRATANDO CON AMOR:

GUIA DE EDUCACIÓN PARA UNA REHIDRATACIÓN ORAL SEGURA Y EFECTIVA

Intervención educativa de enfermería para la rehidratación oral efectiva en niños hospitalizados con EDA, Hospital General Martín Icaza, Marzo – Julio 2026

Proyecto investigacion



GUIA DE EDUCACIÓN PARA UNA REHIDRATACIÓN ORAL SEGURA Y EFECTIVA



Esta guía está pensada como un apoyo para los padres que tenga que manejar pacientes pediátricos con EDA. Además, la guía también sirve para que el enfermero pueda brindar orientación y educación a cualquier cuidador o familiar con el objetivo de prevenir la deshidratación y sus complicaciones.

Desarrollado por:

Est. Pérez Lara Allan Gabriel
Est. Carvajal Riera Diana Emilia

Contenido

05 Introducción

05 • EDA

05 • Terapia de rehidratacion oral

05 • Objetivo general

06 • Objetivos especificos

06 Tema 1: Conociendo la enfermedad diarreica

06 • ¿Qué es la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)?

07 • Causas más frecuentes de la EDA

08 • Consecuencias de la diarrea

08 • Signos de alarma

08 • ¿Qué es la deshidratación?

09 • Importancia de la rehidratación oral

10 Tema 2: Preparación correcta de las sales de rehidratación oral

10 • ¿Qué son las Sales de Rehidratación Oral (SRO)?

10 • Beneficios de las Sales de Rehidratación Oral

11 • Materiales necesarios para la preparación

12 • Errores frecuentes durante la preparación

12 • Conservación adecuada de la solución

13 Tema 3: Administración Adecuada de las Sales de Rehidratación Oral

14 • Administración después de vómitos y diarrea

14 • ¿Qué hacer cuando el niño rechaza la solución?

15 • Continuidad de la lactancia materna y alimentación

4

15 Tema 4: Signos de alarma y cuándo acudir al establecimiento de salud

15 • ¿Qué son los signos de alarma?
16 • Signos de gravedad en el comportamiento del niño
16 • ¿Cuándo acudir al establecimiento de salud?

17 Tema 5: Prevención de la enfermedad diarreica aguda en el hogar

17 • Mantener un entorno limpio y seguro
17 • Lavado correcto de manos
17 • Vacunación infantil

18 Tema 6: ABC

18 • A - Causas y Tipos
18 • B - Basicos del Manejo (Tratamiento
18 • C - Criterios de Alarma

19 Referencias bibliográficas

Introduccion

EDA

La enfermedad diarreica aguda constituye una de las principales causas de hospitalización pediátrica y una de las complicaciones más frecuentes en menores de cinco años debido al riesgo de deshidratación; esta última representa la principal causa de morbimortalidad asociada a la enfermedad cuando no existe una reposición adecuada de líquidos y electrolitos.

> **La diarrea aguda (EDA) es una enfermedad de alta incidencia en la infancia y, como tal, debe ser prevenida y tratada oportunamente, reduciendo así sus consecuencias sobre la salud pública y mejorando el bienestar y el desarrollo integral de los niños. UNICEF. (2024).**

Terapia de rehidratacion oral

La terapia de rehidratación oral constituye el tratamiento de elección para los casos de deshidratación leve y moderada por ser una estrategia segura, eficaz y de bajo costo; sin embargo, su efectividad depende del conocimiento y la participación activa de los padres o cuidadores en la preparación y administración correcta de las sales de rehidratación oral (Álava et al., 2023).

Objetivo general

Fortalecer los conocimientos y prácticas de los padres o cuidadores sobre la correcta administración de sales de rehidratación oral mediante un programa de intervención educativa de enfermería dirigido a niños hospitalizados con enfermedad diarreica aguda.



Objetivos especificos

- Capacitar a los padres o cuidadores sobre los aspectos básicos de la enfermedad diarreica aguda y la deshidratación.
- Enseñar la preparación correcta de las sales de rehidratación oral.
- Fortalecer las habilidades relacionadas con la administración adecuada de las sales de rehidratación oral.
- Promover el reconocimiento temprano de signos de alarma asociados a la deshidratación.



Tema 1: Conociendo la enfermedad diarreica

¿Qué es la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)?

La enfermedad diarreica aguda (EDA) es una alteración del sistema digestivo caracterizada por la evacuación frecuente de heces liquidas o semiliquidas, generalmente tres o más veces al dia, durante un período menor de 14 dias. Esta condición afecta principalmente a niños menores de cinco años y constituye una de las causas más frecuentes de consulta médica y hospitalización pediátrica. La EDA puede presentarse acompañada de vómitos, fiebre, dolor abdominal y pérdida del apetito, lo que incrementa el riesgo de deshidratación. OMS. (2024).

Causas más frecuentes de la EDA

La enfermedad diarreica aguda puede originarse por diferentes factores, entre los cuales se encuentran:

Infecciones virales

- **Rotavirus.**
- **Norovirus.**
- **Adenovirus entéricos.**



Infecciones bacterianas

- **Escherichia coli.**
- **Salmonella.**
- **Shigella.**
- **Campylobacter.**

Infecciones parasitarias

- **Giardia lamblia.**
- **Entamoeba histolytica.**

Otros factores

- **Consumo de agua contaminada.**
- **Alimentos mal manipulados o en mal estado.**
- **Falta de higiene en el lavado de manos.**
- **Deficiencias en saneamiento básico.**

Mensaje clave:

La adecuada higiene de manos y el consumo de agua segura ayudan a prevenir la mayoría de los casos de diarrea infantil.



Consecuencias de la diarrea

La deshidratación puede avanzar rápidamente en los niños pequeños, por lo que requiere atención inmediata.

Cuando la diarrea no recibe un manejo adecuado, puede ocasionar complicaciones importantes:

- Pérdida excesiva de agua y electrolitos.
- Deshidratación leve, moderada o grave.
- Debilidad y cansancio.
- Pérdida de peso.
- Desnutrición.
- Alteraciones del equilibrio corporal.
- Hospitalización prolongada.
- En casos graves, riesgo de muerte.



Signos de alarma

Sed intensa.
Ojos hundidos.
Boca seca.
Llanto sin lágrimas.
Disminución de la cantidad de orina.
Somnolencia o irritabilidad.



¿Qué es la deshidratación?

La deshidratación es la pérdida excesiva de agua y sales minerales del organismo. Ocurre cuando el cuerpo pierde más líquidos de los que recibe, situación frecuente durante los episodios de diarrea y vómitos.

Importancia de la rehidratación oral

La rehidratación oral consiste en la administración de liquidos y sales minerales mediante las Sales de Rehidratación Oral (SRO), con el objetivo de reemplazar las pérdidas producidas por la diarrea y los vómitos.Kasaram, S. (2024).

Beneficios de la rehidratación oral

- Previene la deshidratación.
- Repone liquidos y electrolitos.
- Disminuye el riesgo de hospitalización.
- Favorece una recuperación más rápida.
- Reduce las complicaciones asociadas a la diarrea.

Beneficios de la rehidratación oral

- Administrar pequeñas cantidades de SRO de manera frecuente.
- Continuar ofreciendo liquidos y alimentación habitual según indicación médica.
- Vigilar la aparición de signos de alarma.
- Acudir al establecimiento de salud si el niño presenta empeoramiento de los síntomas.



Tema 2: Preparación correcta de las sales de rehidratación oral

¿Qué son las Sales de Rehidratación Oral (SRO)?

Las Sales de Rehidratación Oral (SRO) son una mezcla especial de sales minerales y glucosa diseñada para reemplazar el agua y los electrolitos que el organismo pierde durante los episodios de diarrea y vómitos. Constituyen el tratamiento recomendado por la Organización Mundial de la Salud para prevenir y tratar la deshidratación leve y moderada en niños.

Las SRO contienen sodio, potasio, cloruro, citrato y glucosa en cantidades adecuadas para favorecer la absorción de líquidos en el intestino y restablecer el equilibrio hídrico del organismo. Nanbur, P. (2025).

Beneficios de las Sales de Rehidratación Oral

El uso correcto de las SRO ofrece múltiples beneficios para la salud del niño:

Beneficios principales

✓ Reponen el agua perdida durante la diarrea.

✓ Recuperan las sales minerales esenciales para el organismo.

✓ Previenen la deshidratación.

✓ Disminuyen el riesgo de complicaciones graves.

✓ Reducen la necesidad de hospitalización.

✓ Favorecen una recuperación más rápida.

✓ Son seguras, económicas y fáciles de administrar.



Materiales necesarios para la preparación

Para preparar correctamente las SRO se requiere:

- 1 sobre de Sales de Rehidratación Oral.
- 1 litro de agua segura (hervida y enfriada o agua potable).
- Recipiente limpio con tapa.
- Cuchara limpia para mezclar.
- Vaso limpio para administrar la solución.

Recomendaciones

- **Lavarse las manos antes de preparar la solución.**
- **Utilizar utensilios completamente limpios.**
- **Verificar que el sobre de SRO no esté vencido.**



Errores frecuentes durante la preparación



- ❌ Utilizar menos agua de la indicada.
- ❌ Utilizar más agua de la indicada.
- ❌ Dividir el contenido del sobre.
- ❌ Agregar azúcar adicional.
- ❌ Mezclar con jugos o bebidas gaseosas.
- ❌ Utilizar agua contaminada.
- ❌ Preparar la solución con utensilios sucios.
- ❌ Utilizar sobres vencidos.

Conservación adecuada de la solución

Una vez preparada la solución, es necesario conservarla correctamente para evitar contaminación. Chicaiza (2024)

Recomendaciones de conservación

- ✓ Mantener la solución en un recipiente limpio y tapado.
- ✓ Conservar en un lugar fresco.
- ✓ Utilizar la solución durante las siguientes 24 horas.
- ✓ Desechar cualquier cantidad sobrante después de 24 horas.
- ✓ Preparar una nueva solución si el tratamiento continúa.

No se recomienda

- ❌ Guardar la solución por más de 24 horas.
- ❌ Exponerla al sol.
- ❌ Utilizar recipientes sucios o destapados.



Tema 3: Administración Adecuada de las Sales de Rehidratación Oral

SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL (SRO)

FORMA ADECUADA Y DOSIS



FORMA ADECUADA DE ADMINISTRACIÓN



Administrar lentamente
Ofrecer pequeñas cantidades de SRO, cucharadita a cucharadita o en pequeños sorbos.



Con frecuencia
Dar SRO con frecuencia, cada 1 a 2 minutos.



Después de cada diarrea
Administrar la cantidad recomendada según la edad después de cada evacuación diarreica.



Después de vomitar
Esperar 5 a 10 minutos y volver a iniciar con pequeñas cantidades, más lento.

La SRO reemplaza el agua y las sales que el niño pierde con la diarrea y los vómitos.

DOSIS RECOMENDADA

Dar SRO después de cada evacuación diarreica.

EDAD DEL NIÑO	CANTIDAD RECOMENDADA
Menores de 2 años	50 a 100 ml (¼ a ½ vaso)
De 2 a 10 años	100 a 200 ml (½ a 1 vaso)
Mayores de 10 años	Según tolerancia y necesidad

IMPORTANTE

- Ofrecer siempre SRO, incluso si el niño vomita.
- No suspender la alimentación ni la lactancia materna.
- Mantener al niño hidratado durante todo el día.



RECUERDE



Administrar SRO es la mejor forma de prevenir la deshidratación y proteger la salud del niño.

VIGILE SIGNOS DE ALARMA


Sed intensa


Boca seca


Ojos hundidos


Orina escasa


Decaimiento o somnolencia


Acuda al establecimiento de salud

Administración después de vómitos y diarrea

Los vómitos son frecuentes durante los cuadros de enfermedad diarreica aguda; sin embargo, no constituyen una razón para suspender la rehidratación oral. OMS, (2005).



Si el niño vomita

1. Esperar entre 5 y 10 minutos.
2. Reiniciar la administración lentamente.
3. Ofrecer cantidades más pequeñas.
4. Continuar observando la tolerancia.



Después de cada episodio de diarrea

1. Administrar la cantidad de SRO recomendada según la edad.
2. Reponer siempre los líquidos perdidos.
3. Vigilar signos de mejoría o empeoramiento.

¿Qué hacer cuando el niño rechaza la solución?

Estrategias recomendadas	Evitar
✓ Administrar con cucharita.	❌ Obligar al niño.
✓ Ofrecer pequeñas cantidades repetidas.	❌ Suspender la rehidratación.
✓ Utilizar vasos coloridos o adaptados para niños.	❌ Sustituir las SRO por gaseosas o bebidas azucaradas.
✓ Mantener una actitud tranquila y paciente.	
✓ Felicitar al niño cuando acepte la solución.	

La paciencia y la administración gradual aumentan la aceptación de las Sales de Rehidratación Oral.

Continuidad de la lactancia materna y alimentación

La diarrea no es motivo para suspender la alimentación habitual del niño.

La lactancia debe mantenerse durante todo el episodio de diarrea porque:

- Proporciona líquidos y nutrientes.
- Favorece la recuperación intestinal.
- Fortalece las defensas del niño.
- Disminuye el riesgo de desnutrición.



Tema 4: Signos de alarma y cuándo acudir al establecimiento de salud

¿Qué son los signos de alarma?

Los signos de alarma son manifestaciones que indican que el estado de salud del niño puede estar empeorando y que requiere valoración inmediata por personal de salud. Reconocer estos signos de manera temprana permite prevenir complicaciones graves, hospitalizaciones prolongadas e incluso situaciones que ponen en riesgo la vida. Pogo, M. (2024).

Algunos síntomas indican que la enfermedad requiere atención médica urgente.

Acuda inmediatamente si el niño presenta:

- Diarrea muy frecuente o abundante.
- Presencia de sangre en las heces.
- Fiebre alta persistente.
- Vómitos continuos.
- Incapacidad para beber líquidos.
- Rechazo total de alimentos y líquidos.
- Dolor abdominal intenso.
- Convulsiones.



Signos de gravedad en el comportamiento del niño

Los cambios en el comportamiento también pueden indicar una complicación.



Observe si el niño presenta:

- ⚠ Somnolencia excesiva.
- ⚠ Debilidad marcada.
- ⚠ Irritabilidad constante.
- ⚠ Dificultad para despertar.
- ⚠ Disminución de la actividad habitual.
- ⚠ Pérdida de conciencia.

¿Cuándo acudir al establecimiento de salud?

Debe acudir inmediatamente cuando:

- ✓ El niño presenta signos de deshidratación.
- ✓ Tiene diarrea acompañada de sangre.
- ✓ Presenta vómitos persistentes.
- ✓ No tolera líquidos.
- ✓ Tiene fiebre alta.
- ✓ Presenta convulsiones.
- ✓ Se observa muy decaído o somnoliento.
- ✓ La diarrea persiste varios días sin mejoría.

Goyes, M.(2022).



Ministerio de Salud Pública

Tema 5: Prevención de la enfermedad diarreica aguda en el hogar



Mantener un entorno limpio y seguro

- 🏠 Eliminar adecuadamente los desechos.
- 🏠 Mantener limpios baños y superficies.
- 🏠 Evitar la presencia de insectos.
- 🏠 Limpiar regularmente juguetes y objetos de uso frecuente.
- 🏠 Mantener una adecuada higiene del hogar.

Lavado correcto de manos

El lavado de manos constituye una de las medidas más efectivas para prevenir enfermedades infecciosas.



- 🧼 Antes de preparar alimentos.
- 🧼 Antes de alimentar al niño.
- 🧼 Después de usar el baño.
- 🧼 Después de cambiar pañales.
- 🧼 Después de manipular basura.
- 🧼 Después de limpiar al niño.

Vacunación infantil

Las vacunas ayudan a prevenir algunas infecciones que pueden causar diarrea grave.



Importancia

- 💉 Protegen contra enfermedades infecciosas.
- 💉 Reducen complicaciones y hospitalizaciones.
- 💉 Fortalecen la salud infantil.

Recomendación

- ✓ Mantener el esquema de vacunación completo según la edad.

Tema 6: ABC

A - Causas y Tipos

- Aguda (menos de 14 días): Habitualmente infecciosa (gastroenteritis por rotavirus, norovirus, E. coli, Salmonella) o por toxinas alimentarias.
- Persistente / Crónica (más de 14 días): Asociada a intolerancias (lactosa, gluten), enfermedades inflamatorias intestinales, síndrome de intestino irritable o parásitos.

B - Tratamiento basico

Aspecto	Recomendación Clave	Qué Evitar
Hidratación	Soluciones de Rehidratación Oral (SRO), caldos claros, agua.	Bebidas azucaradas, refrescos, jugos industriales, café y alcohol.
Alimentación	Dieta blanda: arroz blanco, plátano verde/maduro cocido, manzana cocida, tostadas, pollo hervido.	Lácteos, alimentos grasos, fritos, picantes y ricos en fibra insoluble.
Medicación	Tomar medicamentos solo bajo indicación médica.	No usar antidiarreicos (ej. loperamida) si hay fiebre o sangre en heces. Nunca tomar antibióticos sin prescripción.

C - Criterios de Alarma

- **Sangre o moco**: Heces de color negro, con sangre visible o pus.
- **Fiebre alta**: Temperatura superior a 38.5 °C o dolor abdominal severo e persistente.
- **Deshidratación**: Boca seca, llanto sin lágrimas, orina muy oscura o ausencia de orina por más de 8 horas, mareo al ponerse de pie o letargo.
- **Duración**: Más de 24-48 horas en lactantes y niños pequeños, o más de 3 días en adultos sin mejoría.

Referencias bibliográficas

1. Álava, M., Zambrano, J., & Vera, L. (2023). Terapia de rehidratación en niños, ¿oral o intravenosa? Revista Científica Dominio de las Ciencias, 9(2), 1320–1338.
2. Chicaiza, M., Guamán, J., & colaboradores. (2024). Protocolo de diagnóstico y tratamiento de diarrea aguda en pacientes pediátricos en emergencia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba, Ecuador. Revista Científica Dominio de las Ciencias.
3. Goyes, M., López, J., & colaboradores. (2022). Efectividad de la educación sanitaria para la prevención de enfermedades diarreicas agudas. Revista Científica Multidisciplinaria.
4. Kasaram, S. (2024). A study to assess the effectiveness of a structured teaching programme regarding home management of diarrhea and dehydration among mothers of under-five children in selected areas. International Journal of Advances in Nursing Management.
5. Nanbur, P., Gyang, D., & colaboradores. (2025). Effect of a structured teaching programme on knowledge and utilization of oral rehydration solution among mothers. International Journal of Nursing Research.
6. Organización Mundial de la Salud. (2024). Diarrhoeal disease. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease
7. Organización Mundial de la Salud & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2005). The treatment of diarrhoea: A manual for physicians and other senior health workers (4th rev.). World Health Organization.
8. Pogo, M. (2024). Intervención de enfermería en paciente pediátrico con deshidratación grave, según la taxonomía NANDA, NOC y NIC. Universidad Técnica de Babahoyo.
9. UNICEF. (2024). Diarrea: Datos de UNICEF sobre salud infantil. https://data.unicef.org/topic/child-health/diarrhoeal-disease/

4.3 Resultados según el tercer objetivo.

Ejecutar la intervención educativa de enfermería en la correcta administración de sales orales de niños hospitalizados con enfermedad diarreica aguda mediante charlas educativas.

Cronograma de actividades:

Día / Sesión	Tema de la Charla	Objetivos de Aprendizaje	Duración	Materiales de Apoyo
Después de la aplicación del pre test / Sesión 1	Introducción a la EDA y Reconocimiento de la Deshidratación	• Definir qué es la Enfermedad Diarreica Aguda. • Identificar los signos físicos de deshidratación (ojos hundidos, boca seca, llanto sin lágrimas).	2 min	•Tríptico informativo.
Sesión 2	Signos de Alarma y Cuándo Acudir al Médico	• Enseñar a reconocer cuándo la diarrea se convierte en una emergencia (fiebre alta, sangre en heces, vómito constante).	2 min	•Infografía visual. •Guía
Sesión 3	Preparación Correcta de las Sales de Rehidratación Oral (SRO)	• Aprender la higiene previa. • Explicar la importancia de diluir todo el sobre en exactamente 1 litro de agua hervida fría. • Conocer la regla de	5 min	•Infografía visual. •Guía

		las 24 horas de conservación.		
Sesión 4	Técnica de Administración Correcta y Manejo del Vómito	• Enseñar la administración fraccionada (a cucharaditas o jeringa). • Explicar el manejo en caso de que el niño vomite (esperar 10-15 min y reiniciar lentamente).	5 min	• Infografía visual. •Guía
Sesión 5	Demostrativo (Evaluación de la Técnica)	• Lograr que los cuidadores preparen y dosifiquen el suero por sí mismos bajo supervisión para corregir errores en tiempo real.	10 min	• Insumos reales de preparación.

4.4 Cumplimiento de los objetivos

Objetivo	Resultado o logro alcanzado
Identificar el nivel de conocimientos de los padres sobre el procedimiento de preparación de SRO para la rehidratación oral en niños hospitalizados con enfermedad diarreica aguda mediante la aplicación de un pre test y pos test.	Se identificó que, antes de la intervención educativa, los padres presentaban un nivel de conocimientos predominantemente inadecuado en la preparación de las sales de rehidratación oral; el 80,0 % se ubicó en nivel inadecuado (0-8 puntos), el 16,7 % en parcialmente adecuado (9-11 puntos) y solo el 3,3 % alcanzó un nivel adecuado (12-14 puntos). Después de la intervención educativa, el nivel inadecuado disminuyó al 0,0 % y el nivel adecuado aumentó al 76,7 %. Los principales cambios se observaron en prácticas relacionadas con la higiene de manos, uso de agua segura, empleo de la cantidad exacta de agua, preparación sin añadir otras sustancias, conservación adecuada y desecho del SRO después de 24 horas.
Diseñar una guía de rehidratación oral para el fortalecimiento de conocimientos de los padres de niños hospitalizados con enfermedad diarreica aguda.	Se diseñó una guía educativa orientada a responder a las principales debilidades detectadas en el pretest; el material integró instrucciones claras sobre higiene de manos, preparación correcta del SRO, uso de agua segura, prohibición de agregar azúcar o jugos, administración después de cada deposición o vómito, conservación por tiempo limitado, continuidad de lactancia o alimentación habitual y reconocimiento de signos de alarma. Esta guía permitió organizar la información de forma sencilla, práctica y aplicable al contexto hospitalario, fortaleciendo el rol educativo

	de enfermería y facilitando la comprensión de los cuidadores.
Ejecutar la intervención educativa de enfermería en la correcta administración de sales orales de niños hospitalizados con enfermedad diarreica aguda mediante charlas educativas.	La intervención educativa se ejecutó mediante charlas dirigidas a los padres de niños hospitalizados con EDA; los resultados posteriores mostraron mejoras en 13 de los 14 ítems evaluados, con incrementos relevantes en conservación adecuada del SRO (20,0% a 100,0%), preparación con cantidad exacta de agua (25,0% a 93,3%), desecho después de 24 horas (31,7% a 98,3%) y uso de agua segura (46,7% a 98,3%). Estos cambios reflejan que la educación de enfermería favoreció la adquisición de conocimientos y mejoró la seguridad en el manejo de la rehidratación oral.

CAPITULO V

5. MARCO ADMINISTRATIVO

5.1 Recursos

5.1.1 Humanos

- Tutora: Dra. Gladys Naranjo
- Estudiantes de la carrera de enfermería: Allan Perez y Diana Carvajal
- Cuidadores de niños hospitalizados con EDA

5.1.2 Institucionales

- Universidad Estatal de Bolívar
- Hospital General Martín Icaza

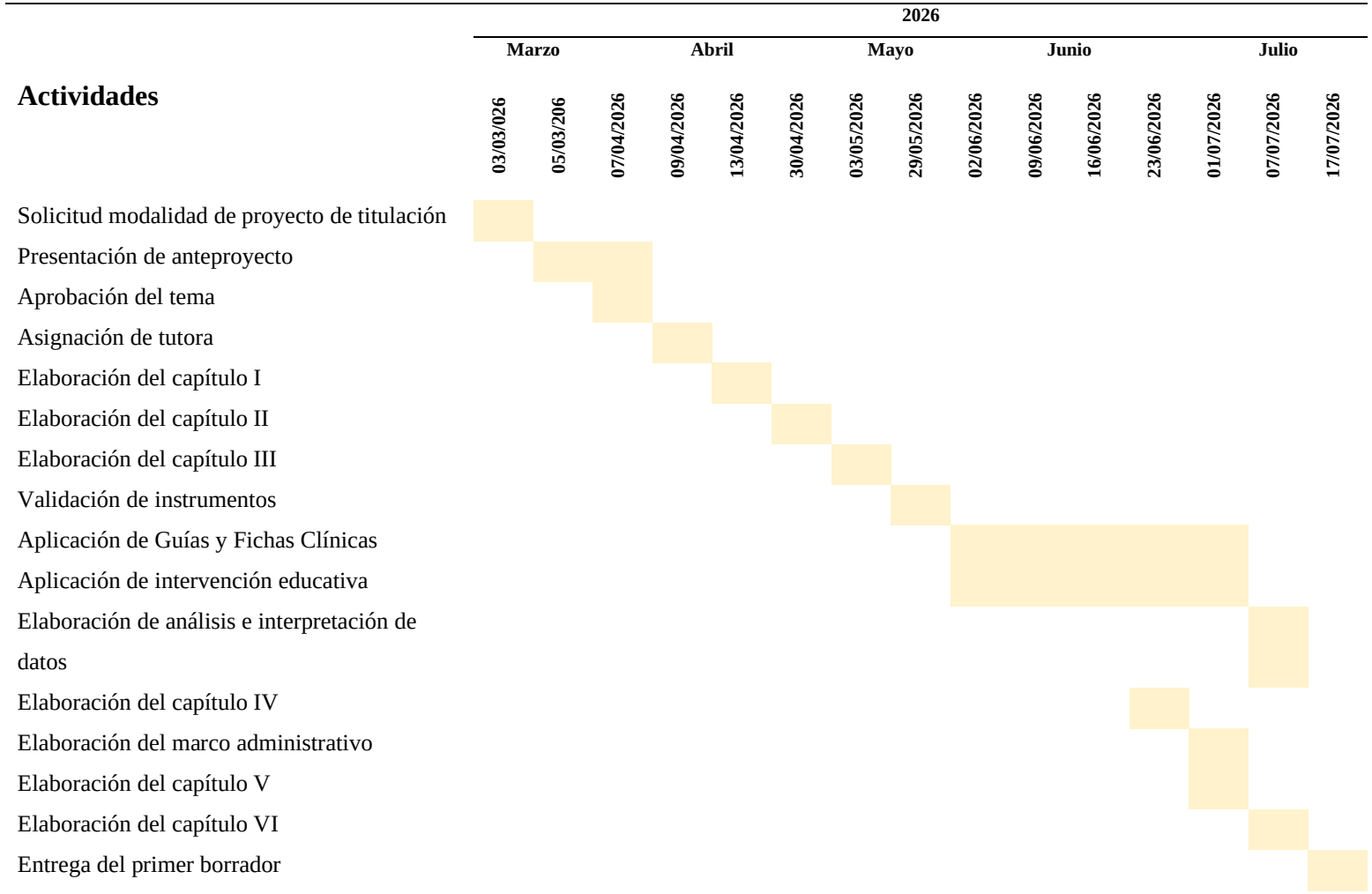
5.1.3 Tecnológicos

- Computadora
- Internet
- Pendrive
- Cámara fotográfica

5.1.4 Materiales

- Impresiones
- Anillados

5.2 Cronograma de actividades



5.3 Presupuesto

Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total $
Impresiones de oficios	3	0.10	0.30
Instrumentos de validación	3	0.05	0.15
Impresiones del borrador de tesis	1	1	1
Impresiones de fichas clínicas	60	0.10	6
Impresiones de guías	60	0.05	3
Impresiones de trípticos	60	0.10	6
Pancarta	1	10	10
Impresiones de consentimientos informados	60	0.05	3
	Total $		**29.45**

Nota: presupuesto de materiales físicos

CAPITULO VI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

Se identificó que los padres de niños hospitalizados con enfermedad diarreica aguda presentaban, antes de la intervención educativa, un nivel de conocimientos predominantemente inadecuado en la preparación de las Sales de Rehidratación Oral, especialmente en aspectos relacionados con la higiene de manos, el uso de agua segura, la cantidad exacta de agua, la ausencia de sustancias adicionales, la conservación y el desecho oportuno de la solución. Posteriormente, se observó una mejora en estas prácticas, con predominio del nivel adecuado, lo que permitió evidenciar el fortalecimiento de la preparación correcta del SRO y dar cumplimiento al primer objetivo de la investigación.

Se diseñó una guía de rehidratación oral estructurada con base en la evidencia científica y en las necesidades detectadas durante el diagnóstico inicial; el material integró contenidos relacionados con la preparación correcta de las Sales de Rehidratación Oral, las medidas de higiene, la continuidad de la alimentación, el reconocimiento de signos de alarma y las recomendaciones para su administración y conservación, constituyéndose en un recurso educativo pertinente para fortalecer las acciones de promoción y prevención desarrolladas por el personal de enfermería.

La intervención educativa de enfermería, desarrollada mediante charlas dirigidas a los padres de los niños hospitalizados, favoreció la adquisición de conocimientos y mejoró el cumplimiento de las recomendaciones sobre la preparación y administración de las Sales de Rehidratación Oral; estos resultados evidencian que la educación en salud constituye una estrategia efectiva para promover prácticas seguras en el cuidado del niño con enfermedad diarreica aguda y fortalecer el rol educativo del profesional de enfermería dentro del contexto hospitalario.

6.2 Recomendaciones

Al personal de enfermería del Hospital General Martín Icaza, incorporar de manera permanente programas de educación dirigidos a los padres o cuidadores de niños hospitalizados con enfermedad diarreica aguda, utilizando materiales educativos estandarizados que fortalezcan los conocimientos sobre la preparación, administración y conservación de las Sales de Rehidratación Oral, con el propósito de promover prácticas seguras durante la hospitalización y después del alta.

A las autoridades del Hospital General Martín Icaza, implementar la guía de rehidratación oral elaborada en esta investigación como material de apoyo para las actividades de educación en salud desarrolladas en el servicio de Pediatría; además, promover capacitaciones periódicas dirigidas al personal de enfermería para garantizar la unificación de los criterios educativos y la continuidad de las acciones de promoción y prevención.

A futuros investigadores y estudiantes del área de Ciencias de la Salud, desarrollar estudios con diseños experimentales o cuasiexperimentales y realizar seguimientos posteriores al alta hospitalaria que permitan evaluar la permanencia de los conocimientos adquiridos, la aplicación de las prácticas de rehidratación oral en el hogar y su influencia sobre la prevención de complicaciones asociadas a la enfermedad diarreica aguda infantil.

7. BIBLIOGRAFÍA

Abdulrahman, D., Moosa, F., Yahya, S., & Allah, M. (2024). Desequilibrios electrolíticos y deshidratación en niños: perspectivas bioquímicas e intervenciones de enfermería en unidades de cuidados intensivos: una revisión actualizada. *Revista de Ciencias Médicas y Químicas, 7*(11). doi:10.26655/JMCHEMSCI.2024.11.23

Aghsaeifard, Z., Heidari, G., & Alizadeh, R. (2022). Comprender el uso de la terapia de rehidratación oral: una revisión narrativa desde la práctica clínica hasta las principales recomendaciones. *Representante de Ciencias de la Salud, 5*(5). doi:https://doi.org/10.1002/hsr2.827

Álava, P., Saltos, Y., Ponce, L., & Zambrano, A. (2023). Terapia d rehidratación en niños ¿oral o intravenosa? *Recimundo, 7*(1). doi:10.26820/recimundo/7.(1).enero.2023.706-715

Álvarez, G. (2024). Relación entre desnutrición crónica y enfermedades infeccionsas en niños. *Ciencia y Desarrollo. Universidad Alas Peruanas, 27*(3). Obtenido de http://revistas.uap.edu.pe/ojs/index.php/CYD/index

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. (s.f.). *Diarrea aguda (Algoritmos AEPap).* España: Algoritmos AEPap.

Astudillo, L., Alcívar, L., Briones, J., & Reyes, A. (2024). Enfermedades diarreicas agudas en la población pediátrica en Ecuador 2013-2023. *Revista Gregoriana de Ciencias de la Salud, 1*(1), 120-136. doi:https://doi.org/10.36097/rgcs.v1i1.3108

Barrio, J., Pérez, D., & Vázquez, R. (2023). Orientación diagnóstica de la diarrea crónica. *Protoc diagn ter pediatr, 1*. Obtenido de https://pediatraselche.wordpress.com/wp-content/uploads/2023/02/10_diarrea_cronica.pdf

Beltrán, M., & Muñoz, D. (2022). Enfermedad diarreica aguda (EDA): un abordaje práctico. *Revista Neuronum, 8*(3). Obtenido de https://eduneuro.com/revista/index.php/revistaneuronum/article/viewFile/430/508

Benitez, V., Santos, A., Ibarra, L., & Coria, J. (2024). *Prevención, Diagnóstico y*

Tratamiento de la Diarrea aguda en pacientes de 2 meses a 5 años en el primer y segundo nivel de atención. CENETEC. Obtenido de https://igacem.com/wp-content/uploads/2024/09/Prevencion-Diagnostico-y-Tratamiento.pdf

Berghezan, A., López, D., Carbajo, A., Khodayar, D., Ortiz, L., & Aguirrezabalaga, B. (2025). Documento consenso SEIP/AEPap/SEPEAP/SEGHNP/SEUP sobre el diagnóstico y tratamiento etiológico de las gastroenteritis agudas de origen infeccioso. *Anales de Pediatría, 103*(4). doi:https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2025.503984

Cando, D., & Hervas, A. (2025). *Factores de riesgo y complicaciones de la desnutrición crónica en pacientes pediátricosde 0 a 5 años.* Universidad Nacional de Chimborazo. Obtenido de http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/15750/1/Cando%20C.%2c%20Deysi%20J.%3b%20Hervas%20T.%2c%20Ana%20V.%20%282025%29%20Factores%20de%20riesgo%20y%20complicaciones%20de%20la%20desnutrici%c3%b3n%20cr%c3%b3nica%20en%20pacientes%20pedi%c3%a1tricos%20de%2

Cantillo, A., Guerra, Y., Vistel, M., Escobar, J., & Chil, I. (2021). Estabilidad de la formulación sales de rehidratación oral de osmolaridad reducida (polvo y solución oral). *Amazonia, 10*(48). doi:https://doi.org/10.34069/AI/2021.48.12.7

Carbajo Ferreira, A., & Rodríguez Delgado, J. (2026). *DIARREA AGUDA.*

Castro, B., & Muñoz, D. (2022). Enfoque y manejo de la enfermedad diarreica aguda: Revisión de literatura. *Archicos de Medicina, 18*(7). doi:10.36648/1698-9465.22.18.1547

Cellucci, M., & Agus, M. (2025). *Terapia de rehidratación oral* . Obtenido de Manual MSD: https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/deshidratacion%C3%B3n-y-fluidoterapia-en-ni%C3%B1os/terapia-de-rehidratacion%C3%B3n-oral

Céspedes, A., Montero, D., Meriño, Y., & Rondón, M. (2025).

https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/4939/6783. *RIC , 104*. doi:https://doi.org/10.5281/zenodo.15594422

Chicaiza, P., Anguieta, L., Chicaiza, J., Cevallos, J., Robalino, R., & Abarca, A. (2024). Protocolo de diagnóstico y tratamiento de diarrea sguda en pacietes pediátricos en emergencia del Hospital Provincial General Docente de Riombamba, Ecuador. *CSSN Revista Científica Digital , 16*(1). doi:https://doi.org/10.47187/cssn.Vol16.Iss1.423

Cilleruelo, O., & García, A. (2024). Diarrea crónica. *Pediatr Integral, XXVIII*(8). Obtenido de https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2024/12/Pediatria-Integral-XXVIII-8_WEB.pdf#page=15

Del Valle, A., & Pin, B. (2024). *Rotavirus mediante pruebas rápidas y su asociación a las infecciones gastrointestinales en pacientes atendidos en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Jipijapa.* Universidad Estatal del Sur de Manabí. Obtenido de https://repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/8319/1/Del%20Valle%20Baque%20Alan%20Nahim%20-%20Pin%20Pibaque%20Bryan%20Steven.pdf

Díaz, J., Artis, M., & Gómez, E. C. (2021). Enfermedad diarreica aguda en pediatría: definición, clasificación, etiología, fisiopatología, clínica y diagnóstico. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría, 84*(1S). Obtenido de https://saber.ucv.ve/ojs/index.php/revista_avpp/article/view/25378?articlesBySimilarityPage=5

Domínguez, D. (2024). *Efectividad de una intervención educativa en la prevención de enfermedades diarreicas en niños menores de 5 años, Matapalo 2024.* Universidad Nacional de Tumbes. Obtenido de https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNTU_7da09c1a7fc471b917ec401f81d92241

Drummond, T., Troncone, A., Vancampenhoud, M., & Graciela, M. (2021). Tratamiento anti infeccioso. *Archivos Venezolanos de Puricultura y Pediatría, 84*(1S). Obtenido de

https://saber.ucv.ve/ojs/index.php/revista_avpp/article/view/25384

Durán, Y., De Rodríguez, Z., Quimis, Y., & García, M. (2024). Parasitosis intestinales en el Ecuador. Revisión Sistemática. *Kasmera*. Obtenido de https://produccioncientificaluz.org/index.php/kasmera/article/view/37705/45269

Fernández, J., Carrasco, M., Mateos, A., & Santana, Y. (2022). Trastornos hidroelectrolíticos. Manifestaciones clínicas y tratamiento. *Enfermería Intensiva, 33*(2). doi:https://doi.org/10.1016/j.enfi.2022.07.005

García Herrero, A., López, C., & López, M. (2020). Deshidratación aguda. *SEUP, 1*. Obtenido de https://static.aeped.es/17_deshidratacion_1a2da41a4c.pdf

García, M., López, R., & Guibert, B. (2024). *Deshidratación en contexto de gastroenterítis aguda* (Cuarta ed.). Sociedad Esañola de Urgencias de Pediatría. Obtenido de https://seup.org/wp-content/uploads/2024/04/17_Deshidratacion_4ed.pdf

Goyes, R., Morillo, J., Gómez, N., & Tubón, I. (2022). Efectividad de la educación sanitaria para la prevención de enfermedades diarreicas agudas. *Boletín de Malariología y Salud Ambiental , LXII*(5), 899-907. doi:https://doi.org/10.52808/bmsa.7e6.625.003

Guerra, Y. (2026). Coocimientos, actitudes y prácticas en la deshidratación infantil. *Revista Científica Internacional, 9*(1). doi:https://doi.org/10.46734/revcientifica.v9i1.203

Guerra, Y., Cantillo, A., Vistal, M., & Escobar, J. (2022). Nueva presentación de Sales de rehidratación oral de osmolaridad reducida del Laboratorio farmacéutico Oriente. *Orange Journal, 4*(7). doi:https://doi.org/10.46502/issn.2710-995X/2022.7.05

HOSPITAL REGIONAL HUACHO. (2026). *BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO S.E. 04-2026.* HOSPITAL REGIONAL HUACHO.

Instituto Nacional de Salud de Colombia. (2026). *Boletín Epidemiológico Semanal, Semana 3 – 2026.* Bogotá: Instituto Nacional de Salud.

Kasaram, S. (2024). A Study to Assess the Effectiveness of Structured Teaching Programme on Home Care Management of Diarrhoea and Dehydration

among mothers of children in selected areas. *International Journal of Nursing Education and Research, 12*(2). doi:10.52711/2454-2660.2024.00022

Kasaram, S. (2024). A Study to Assess the Effectiveness of Structured Teaching Programme on Home Care Management of Diarrhoea and Dehydration among mothers of children in selected areas. *International Journal of Nursing Education and Research, 12*(2). doi:https://doi.org/10.52711/2454-2660.2024.00022

Kliegman, R., Santon, B., Geme, J., & Schor, N. (2016). *Nelson. Tratado de pediatría.* Elsvier.

León Velasco, P. (2026). *Canal endémico morbilidad por enfermedad diarreica.* Bogotá: Observatorio de Salud de Bogotá.

León, E. (2024). *Etiología de la enfermedad diarreica aguda en pacientes pediátricos de Latinoamérica: revisión sistemática.* Universidad Nacional de Loja. Obtenido de https://dspace.unl.edu.ec/server/api/core/bitstreams/b08e834e-dab3-47cd-b59f-e0735db91557/content

López, A. (2025). Deshidratación: Clasificación, síntomas y tratamiento. *Ocronos, VIII*(8). Obtenido de https://revistamedica.com/deshidratacion-clasificacion-sintomas-tratamiento-practica-clinica/

Lumbreras, M., Borraz, M., Bretón, R., Morales, O., & Sánchez, M. (2024). Plan de cuidados de enfermería en paciente con deshidratación. *Revista Sanitaria de Investigación, 5*(10). Obtenido de https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10124098

Machado, K. (2020). Uso de probióticos en el tratamiento y la prevención de diarrea aguda en niños. *Archivos de Pediatría del Uruguay, 91*(1). doi:https://doi.org/10.31134/ap.91.1.6

Marcillo, J., Vega, I., Arboleda, R., & Muñoz, M. (2026). Diarrea aguda infecciosa en pediatría: etiología, diagnóstico y tratamiento. *Redilat, 7*(1). doi:https://doi.org/10.56712/latam.v7i1.5438

Marquez, N. (2022). Propuesta de protocolo para el tratamiento de la

Deshidratación aguda en Pediatría. *Pediatría y Neonatología, XVII*(15). Obtenido de https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/propuesta-de-protocolo-para-el-tratamiento-de-la-deshidratacion-aguda-en-pediatria/

Martínez, E., Rosero, E., Pacheco, Z., & Aguilar, S. (2024). Trastornos hidroelectrolíticos en pacientes críticos: diagnóstico y tratamiento. Una revisión sistemática. *Reciamuc, 8*(4). doi:https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.(4).dic.2024.137-149

Ministerio de Salud Pública. (2022). *Sala Situacional epidemiológica.* Subsecretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Pública. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2024/04/Sala-de-Situacion-DNVE_2022.pdf

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2026). *Boletín epidemiológico semanal. Semana epidemiológica 07 – 2026.* Asunción: Dirección General de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Monedero, M., & Alcalá, P. (2023). *Deshidratación y trastornos electrolíticos en pediatría.* Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario Dr. Balmis Alicante. Obtenido de https://serviciopediatria.com/wp-content/uploads/2023/05/Protocolo-TRATAMIENTO-DESHIDRATACIION-Y-ALTERACIONES-ELECTROLIGICAS.-SP-HGUA-2023.pdf

Morales, F., Montserrat, S., & León, M. (2023). Efectos de la desnutrición en el sistema inmunitario y las infecciones, y el papel de las estrategias nutricionales en la mejora del estado de salud infantil: una revisión de la literatura. *Nutrientes, 16*(1). doi:https://doi.org/10.3390/nu16010001

Motuma, A., Temesgen, S., Ketema, F., Adare, D., Argaw, D., & Birhanu, A. (2025). Prevalencia y factores de riesgo de diarrea en niños menores de cinco años en Etiopía: una revisión sistemática y un metaanálisis. *Salud Pública de BMC, 25*. doi:https://doi.org/10.1186/s12889-025-22939-2

Nanbur, S., Dongurum, C., Achema, G., Andy, E., & Chunuan, S. (2025). Efecto de un programa de enseñanza estructurado sobre el conocimiento y la

utilización de la solución de rehidratación oral por parte de las madres. *PHCFM, 17*(1). Obtenido de https://phcfm.org/index.php/phcfm/article/view/4717/8287?utm_source=chatgpt.com

Naveda, O., & Pérez, H. (2023). Gastroenteritis por rotavirus, algo más que diarrea y deshidratación. *Boletín Médico de Postgrado, 39*(2). Obtenido de https://revistas.uclave.org/index.php/bmp/article/view/4488

Nazate, Z., Ramos, R., Mejía, E., & Villarreal, M. (2022). Principales agentes etiológicos de las enfermedades diarreicas agudas infantiles en Chimborazo, Ecuador. *Boletín de Malariología y Salud Ambiental , I*(XII), 714-720. doi:https://doi.org/10.52808/bmsa.7e6.624.012

Ñamiña, J., & Sanmartín, J. (2024). *Rotavirus y adenovirus causantes de síndrome diarreico en niños menores de 2 años de parroquias rurales. Alausí, Chimborazo.* Universidad Nacional de Chimborazo. Obtenido de http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/14228/1/%c3%91ami%c3%b1a%20Rodr%c3%adguez%2c%20J.%20-%20Sanmart%c3%adn%20Cepeda%2c%20J.%20%282024%29%20Rotavirus%20y%20adenovirus%20causantes%20de%20s%c3%adndrome%20diarreico%20en%20ni%c3%b1os%20menores%20de%202%

Organización Mundial de la Salud. (7 de Marzo de 2024). *Enfermedades diarreicas*. Obtenido de who.int: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease

Organización Mundial de la Salud. (7 de Marzo de 2024). *Enfermedades diarreicas*. Obtenido de who.int: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease

Organización Panamericana de la Salud. (2016). *RIMSA 17. Recomendaciones de la 17a Reunión Interamericana Ministerial de Salud y Agricultura (Asunción, 21-22 jul. 2016).* Organización Panamericana de la Salud.

Ortega, A. (2022). *Proceso de atención de enfermería en lactante menor de 11 meses de edad con gastroenterítis bacteriana.* Universidad Técnica de Babahoyo.

Padilla, M., Cabrera, M., Venturelli, M., & Cárdenas, B. (2024). *Algoritmos en Gastroenterología y Hepatología.* CAPEH. Obtenido de https://alehlatam.org/wp-content/uploads/2025/01/Email_LIBRO-ALGORITMOS-EN-GASTROENTEROLOGIeA-Y-HEPATOLOGIeA-30-10-2024-002CORREGIDO-ONLINE-1.pdf

Pogo, R. (2024). Intervención de enfermería en paciente pediátrico con deshidratación grave, según la taxonomía NANDA, NOC y NIC. *Estudios y Perspectivas, 4*(1). doi:https://doi.org/10.61384/r.c.a..v4i1.156

Pogo, R. (2024). Intervención de Enfermería en Paciente Pediátrico Grave, según taxonomía NANDA, NOC y NIC. *Estudios y Perspectivas Revista Científica y Académica, 4*(1). doi:https://dx.doi.org/10.61384/r.c.a..v4i1.156

Priya, M., Jasrotia, S., & King, A. (2026). Riesgos para la salud pública derivados de bacterias patógenas en cuerpos de agua dulce: una revisión de los enfoques y aplicaciones de la evaluación cuantitativa del riesgo microbiano. *Limnol, 26*(1). doi:https://doi.org/10.3390/limnolrev26010010

Quevedo, M., & Devia, N. (2022). Diarrea aguda, rehidratación oral e intravenosa. *Tesla Revista Científica, 1*. doi:https://doi.org/10.55204/trc.v9789i8788.49

Redondo, P., Mazhari, T., & Khanolkar, A. (2025). Effectiveness of infrastructural interventions to improve access to safe drinking water in Latin America and the Caribbean on the burden of diarrhoea in children <5 years: a systematic literature review and narrative synthesis. *Glob Heath Action, 18*(1). doi:https://doi.org/10.1080/16549716.2025.2451610

Rodríguez, R. (2023). Incidencia y factores de riesgo de la enfermedad diarreica aguda grave en pacientes pediátricos. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 27*(6). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942023000700010

Rp, S. (8 de mayo de 2018). *Enfermería Comunitaria*. Obtenido de https://ciberindex.com/index.php/ec/issue/view/29

Sánchez, X., Calderón, N., & Sotomayor, R. J. (2023). *Antibiotic prescription*

patterns in children under 5 years of age with acute diarrhea in Quito-Ecuador. Journal of Primary Care & Community Health, 14. Obtenido de https://doi.org/10.1177/21501319231196110

Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil. (2024). *Plan Estratégico Intersectorial 2025–2030 para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil en Ecuador.* Quito: Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil.

Taris, M. (2023). *Intervención de enfermería en pacientes pediátricos de 3 a 5 años de edad con deshidratación moderada en el hospital general Iess Riobamba.* Universidad UNIANDES. Obtenido de https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/16777

Taris, M. (2023). *Intervenciónde enfermería en pacientes pediátricos de 3 a 5 años de edad con deshidratación moderada en el Hospital General IESS Riobamba.* Universidad Regional Autónoma de los Andes. Obtenido de https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/16777/1/UA-ENF-EAC-032-2023.pdf

Titihalawa, E., Kurniasih, D., & Panggus, F. (2021). Nursing Intervention in Children with Diarrrea: A case Study. *JMH, 6*(6). doi:https://doi.org/10.26911/thejmch.2021.06.06.11

Tomalá, C. (2025). *Factor de riesgo ambiental y su influencia en la gastroenteritis en infantes en infantes de 2 a 5 años. Hospital General Martin Icaza. Babahoyo.* Universidad Estatal Península de Santa Elena. Obtenido de https://repositorio.upse.edu.ec/server/api/core/bitstreams/b2bb35d9-b893-48a1-a4fd-cc5b21635f52/content

UNICEF. (Noviembre de 2024). *Diarrea*. Obtenido de Datos de UNICEF: seguimiento de la situación de los niños y las mujeres: https://data.unicef.org/topic/child-health/diarrhoeal-disease/

Yard, Y., Núñez, J., & Correoso, J. (2021). Factores de riesgo de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años . *Revista Médico Científica, 34*(1). doi:10.37416/rmc.v34i1.573

8. ANEXOS

Anexo 1. Resolución y aprobación del tema por consejo directivo

UEB | UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR — CONSEJO DIRECTIVO — FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

Resolución Nro. DFCS- RCD- 139-2026
Guaranda, 04 de abril de 2026

EL SUSCRITO DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO, ING. CARLOS RAMÍREZ CHIMBO. Mgtr., CERTIFICA: Que, el Consejo Directivo de la Facultad en sesión extraordinaria (04) del 27 de marzo de 2026, en el:

PUNTO 6.- Lectura y aprobación de la asignación de Tutores y aprobación de temas propuestas por los estudiantes, como proyectos de investigación de estudio de caso, noveno ciclo (cohorte de internado rotativo de enfermería septiembre 2025- agosto 2026.

EL CONSEJO DIRECTIVO
CONSIDERANDO:

QUE, la Constitución de la República del Ecuador, en su artículo 350 dispone: "El Sistema de Educación Superior tiene como finalidad la formación académica y profesional con visión científica y humanista; la investigación científica y tecnológica; la innovación, promoción, desarrollo y difusión de los saberes y las culturas; la construcción de soluciones para los problemas del país, en relación con los objetivos del régimen de desarrollo".

Que, el Oficio N° 058-UT-CE-FCSSH, suscrito por la Licenciada María Olalla García, PhD., Coordinadora de la Unidad de Titulación, solicita el análisis y aprobación de la asignación de tutores y temas de investigación para los estudiantes del noveno ciclo, cohorte septiembre 2025 - agosto 2026.

Que, la Comisión de Titulación de la Carrera de Enfermería analizó la pertinencia de los temas y anteproyectos en reunión efectuada el 10 de marzo de 2026.

Que, existe la sumilla de "Tratamiento en Consejo Directivo" de fecha 27 de marzo de 2026

Que, mediante el **Memorando Nº UEB-CCE-2026-105-M**, de fecha 18 de marzo de 2026, la Lcda. Stefanny Días, Mgtr., Coordinadora de la Carrera de Enfermería, remite al Decanato el Punto 3 del Acta de la Comisión de Titulación

CONSEJO DIRECTIVO RESUELVE:

Aprobar los Temas, Modalidades y Tutores para los Proyectos de Investigación y Estudios de Caso del PAO marzo-julio 2026, según el siguiente detalle:

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Nº	Nombres y apellidos	Modalidad	Tema	Línea	Sublínea	Tutor
1	Abril Zapata Liliana Esthefania Salazar Goyes Gislainne Mayerly,	Proyecto de investigación	Percepciones y practicas sobre la paternidad responsable en madres y padres adolescentes de comunidades indígenas Cantón Guaranda, marzo-julio 2026	Salud y Bienestar Humano	Calidad del cuidado del enfermero	Dra. Mery Rea
2	Kerly Johanna Agualongo Pachala Angeles Jamileis Moreno Moreno,	Proyecto de investigación	Eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en neonatología, Hospital del Niño Dr. Francisco Icaza Bustamante. Marzo–julio 2026	Salud y Bienestar Humano	Calidad del cuidado del enfermero	Mgtr. Vanessa Mite
3	Daniela Alexandra Alarcón Veloz Sandra Lisbeth Chela Chela	Proyecto de Investigación	Entrega de turno y continuidad del cuidado enfermero Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante, Marzo - Julio 2026	Salud y Bienestar Humano	Calidad del cuidado del enfermero	Dra. Mery Rea

4	Amangandi Arévalo Lizeth Vanessa Zabala Lema Jhonthan David	Proyecto de Investigación	Deterioro cognitivo y los índices antropométricos de los adultos mayores de los Centros Gerontológicos "San Miguel y "Atalaya", periodo Marzo- Julio 2026	Salud y Bienestar Humano	Cuidados para la salud y la vida	Mgtr. Stefanny Dias
5	Diana Emilia Carvajal Riera Allan Gabriel Pérez Lara	Proyecto de Investigación	Intervención educativa de enfermería para la rehidratación oral efectiva en niños hospitalizados con EDA, Hospital General Martín Icaza, marzo-julio 2026	Salud y Bienestar Humano	Salud Infantil	Dra. Gladys Naranjo
6	Cristian Miguel Cely Vergara Merlyn Lisbeth Sonabria Garcia	Proyecto de Investigación	Violencia urbana y su influencia en la salud mental de los profesionales de la salud, Hospital Martín Icaza, marzo - julio 2026	Salud y Bienestar Humano	Salud y ambiente	Mgtr. Norma Paredes
7	Chamorro Tonato Jessica Mariela Paredes Uchubanda Kerly Naomi,	Proyecto de Investigación	Conocimiento y competencia técnica del personal de enfermería sobre la administración del Kit Púrpura, Hospital General Martín Icaza, marzo–julio 2026	Salud y Bienestar Humano	Calidad del cuidado del enfermero	Dra. Silvana López
8	Chasi Lumbi Leonela Marilin, Punina Ayme Carla Cecilia,	Proyecto de Investigación	Impacto de los registros de enfermería en la calidad de atención. Hospital Martín Icaza, marzo- julio 2026	Salud y Bienestar Humano	Calidad del cuidado del enfermero	Mgtr Stefanny Dias
9	Coavoy Cevallos Araceli Lizeth Guerrero Peñafiel Mavelyn Jennifer	Proyecto de Investigación	Efecto de la consejería de enfermería en la citología cervical, Centro de Salud San Luis de Pambil, Marzo–Julio 2026	Salud y Bienestar Humano	Cuidados para la salud y la vida	Mgtr. Patricia Guerra
10	García García Naydelin Mallerly Ramos Vallejo Abigail Cristina	Proyecto de Investigación	Evaluación del nivel de comprensión del consentimiento informado en pacientes quirúrgicos, Hospital General Martín Icaza, marzo-julio 2026	Salud y Bienestar Humano	Cuidados para la salud y la vida	Dr. Santiago Freire
11	Deysi Abigail Guamán Quinatoa Liliana Lisbeth Llumitaxi Sisa	Proyecto de Investigación	Proceso de atención nutricional: antropométrico y dietético en adultos mayores, Medicina Interna, Hospital Alfredo Noboa, marzo-julio 2026	Salud y Bienestar Humano	Cuidados para la salud y la vida	Mgtr. Janine Taco
12	Sisa Sarai Gaumbuguete Llumiguano Jenniffer Jhoana Guamán Mora	Proyecto de Investigación	Competencias laborales de los internos de enfermería: Impacto en la calidad asistencial y seguridad del paciente, marzo-julio 2026	Salud y Bienestar Humano	Calidad del cuidado del enfermero	Mgtr. Norma Paredes
13	Guerrero Aguntе Mélody Belén	Proyecto de Investigación	Intervención educativa de enfermería sobre la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica.	Salud y Bienestar Humano	Cuidados para la salud y la vida	Dra. Mariela Gaibor

	Paredes Solis Mónica Esthefanía		Hospital Guayaquil, marzo-julio 2026			
14	Nataly del Carmen Jácome Roa Kerly Yuliana Moreta Tualombo	Proyecto de investigación	Prácticas alimentarias interculturales y su relación con el estado nutricional en niños de 1 a 3 años, San Juan de Llullundongo, marzo-julio 2026	Salud y Bienestar Humano	Salud Infantil	Mgtr. Janine Taco
15	Aguilar Lema Rocío Judith Curi Moreta Jessica Lisbeth	Proyecto de investigación	Desarrollo de competencias de liderazgo y razonamiento clínico en el internado rotativo de enfermería UEB, marzo-julio 2026	Salud y Bienestar Humano	Cuidados para la salud y la vida	Dra. Mariela Galbor
16	Kamilo Joel Jurado Morales Bianca Luisiana Barahona Solano	Proyecto de investigación	Intervenciones de Enfermería para la prevención de infecciones por Klebsiella pneumoniae KPC, Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante, marzo -julio 2026	Salud y Bienestar Humano	Salud Infantil	Mgtr. Lourdes Paucar
17	Lara Págalo Daniela del Carmen Sánchez Pérez Tatiana Anabel,	Proyecto de investigación	Calidad del agua de consumo de familias en situación de pobreza Cantón Guaranda, marzo-Julio 2026	Salud y Bienestar Humano	Cuidados para la salud y la vida	Mgtr. Janine Taco
18	Carmen Lisbeth León Vacacela, Glenda Jahaira Medrano Lara,	Proyecto de investigación	Plan de mejora para fortalecer los cuidados paliativos en el primer nivel de atención del centro de salud San Miguel, Marzo-Julio 2026	Salud y Bienestar Humano	Calidad del cuidado del enfermero	Dra. Silvana López
19	Cristina Yomayra Oleas García Jhoselyn Tatiana Guashpa Asitumbay	Proyecto de investigación	Intervenciones de enfermería en la valoración y control del dolor agudo postoperatorio, Hospital Guayaquil, marzo-Julio 2026	Salud y Bienestar Humano	Calidad del cuidado del enfermero	Mgtr. Morayma Remache
20	Evelyn Jaqueline Quinche Ramírez Víctor Manuel Vargas Armijos	Proyecto de investigación	Manejo de enfermería en la prevención de infecciones asociadas a la atención de salud, Hospital del niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante, marzo-julio 2026	Salud y Bienestar Humano	Calidad del cuidado del enfermero	Dra. Gladys Naranjo

MODALIDAD ESTUDIOS DE CASO

Nº	Nombres y apellidos	Modalidad	Tema	Línea	Sublínea	Tutor
1	Katerine Mariel Andrade Barragán Iván Patricio Chacha Chacha	Estudio de Caso	Experiencias de internos rotativos de enfermería sobre la tutoría clínica, durante su práctica preprofesional, UEB, marzo-julio 2026	Salud y Bienestar Humano	Calidad del cuidado del enfermero	Dra. Enf. María Olalla

UEB | UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR

CONSEJO DIRECTIVO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

2	Guaylla Yépez José Fernando Sigcha Chiguano Dina Alexandra	Estudio de Caso	Experiencias del personal de Enfermería sobre el trabajo en equipo, Hospital Alfredo Noboa Montenegro, marzo – julio 2026.	Salud y Bienestar Humano	Cuidados para la salud y la vida	Mgtr. Patricia Guerra
3	Angela Daniela Guevara Carrasco Kelsy Landerine Luna Quintanilla	Estudio de Caso	Percepciones de los estudiantes de enfermería, sobre el aprendizaje de habilidades blandas a través de simulación clínica, UEB, marzo-julio 2026	Salud y Bienestar Humano	Calidad del cuidado del enfermero	Dra. Enf. María Olalla

Notificar a la Unidad de Titulación y a los docentes designados para el inicio inmediato de las tutorías correspondientes

Notifíquese. –

ING. CARLOS RAMÍREZ CHIMBO Mgtr.
DECANO

Lo certifico. –

ABG. CRISTINA SANCHEZ NARANJO
SECRETARIA Ad-doc DE CONSEJO DIRECTIVO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
DECANO

CR/CS

Anexo 2. Aprobación del tema y designación del tutor

UEB UNIVERSIDAD ESTATAL BOLIVAR

CARRERA DE ENFERMERÍA
Unidad de Titulación

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

Guaranda, 09 de abril de 2026
Oficio N° 065-UT-CE-FCSSH

Doctora
Gladys Naranjo Chavez
Profesora Investigadora
Presente

De mi consideración:

Con un cordial saludo, me permito informar que con fecha 06 de abril de 2026, siendo las 14.29 pm, se recibe la resolución Nro. FCSSH- RCD- 139-2026 del Consejo Directivo en sesión ordinaria (04) del 27 de abril de 2026, en la que resuelve:

Aprobar la distribución de los grupos de Titulación de la Carrera de Enfermería según: acta 011-UT-CEFCSSH, Punto 3, de la Comisión de Titulación con la asignación de Tutores según la modalidad, tema presentado, líneas de investigación. Período académico marzo-julio 2026, Modalidad Proyecto de Investigación.

Por lo expuesto se ha realizado la designación como Tutor de la investigación según el siguiente detalle:

Nombres y Apellidos	Tema Aprobado por consejo directivo	Modalidad de titulación	Tutora asignada
Diana Emilia Carvajal Riera Allan Gabriel Pérez Lara	Intervención educativa de enfermería para la rehidratación oral efectiva en niños hospitalizados con EDA, Hospital General Martín Icaza, marzo-julio 2026	Proyecto de Investigación	Dra. Gladys Naranjo

Por lo que solicito muy respetuosamente se proceda con el acompañamiento y tutoría, según los tiempos establecidos, indico además que la fecha para la entrega final de los trabajos de investigación será el 19 de julio de 2026.

Atentamente

Dra. Enf. María Olalla García
Coordinadora Unidad de Titulación

Recibido
13-04-26

Dirección: Av. Ernesto Che Guevara y Gabriel Secaira
Guaranda-Ecuador
Teléfono: (593) 3220 6059
www.ueb.edu.ec

Anexo 3. Solicitud de la ejecución del proyecto

REPÚBLICA DEL ECUADOR

Ministerio de Salud Pública
Coordinación Zonal 5 - Salud
Hospital General Martín Icaza
Docencia e Investigación

Memorando Nro. MSP-CZS5-LR-HMI-UDI-2026-0015-M

Babahoyo, 11 de mayo de 2026

PARA: Srta. Mgs. Wendy Johanna Real Araujo
Director/a Médico Asistencial

ASUNTO: REQUERIMIENTO DE AUTORIZACIÓN PARA EL DESARROLLO DE TRABAJOS DE TITULACIÓN, ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA UEB

De mi consideración:

En atención al Memorando MSP-CZS5-LR-HMI-UDI-2026-0001-E, suscrito por la Licenciada Stefanny Karolina Dias Ledesma, la cual indica:

En respuesta al Documento No. UEB-FCSS-2026-0027-O

De mi consideración:

Reciba un saludo cordial de quienes hacemos la carrera de Enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar, permitame informar que según proyecto de carrera los estudiantes al iniciar el octavo ciclo deben inscribirse en una de las modalidades de titulación mientras desarrollan sus prácticas pre profesionales.

Por lo antes citada, solicito su autorización para que los estudiantes de la carrera inscritos en la Unidad de Titulación apliquen el trabajo de titulación en el establecimiento de Salud que está bajo su dirección, facilite la recolección de datos e información necesaria para el desarrollo de la investigación que se detallan a continuación:

REPÚBLICA DEL ECUADOR

Ministerio de Salud Pública
Coordinación Zonal 5 - Salud
Hospital General Martín Icaza
Docencia e Investigación

Memorando Nro. MSP-CZS5-LR-HMI-UDI-2026-0015-M

Babahoyo, 11 de mayo de 2026

Nombres y apellidos	Modalidad	Tema	Tutor
Diana Emilia Carvajal Riera Allan Gabriel Pérez Lara	Proyecto de Investigación	Intervención educativa de enfermería para la rehidratación oral efectiva en niños hospitalizados con EDA, Hospital General Martín Icaza, marzo-julio 2026	Dra. Gladys Naranjo
Cristian Miguel Cely Vergara Merlyn Liseth Sanabria García	Proyecto de Investigación	Violencia urbana y su influencia en la salud mental de los profesionales de la salud, Hospital Martín Icaza, marzo - julio 2026	Mgtr. Norma Paredes
Chamorro Tonato Jessica Mariela Paredes Uchubanda Kerly Naomi,	Proyecto de Investigación	Conocimiento y competencia técnica del personal de enfermería sobre la administración del Kit Púrpura, Hospital General Martín Icaza, marzo–julio 2026	Dra. Silvana López
Chasi Lumbi Leonela Marilin, Punina Ayme Carla Cecilia,	Proyecto de Investigación	Impacto de los registros de enfermería en la calidad de atención. Hospital Martín Icaza, marzo- julio 2026	Mgtr Stefanny Días
García García Naydelin Mallerly Ramos Vallejo Abigail Cristina	Proyecto de Investigación	Evaluación del nivel de comprensión del consentimiento informado en pacientes quirúrgicos, Hospital General Martín Icaza, marzo-julio 2026	Dr. Santiago Freire

En espera de su repuesta le expreso mi gratitud.

Teniendo en cuenta que los temas expuesto no involucran directamente pacientes ni resultados de examenes, por lo que no se necesita confidencialidad, por lo antes expuesto doy visto bueno para al realización de los mismos. Recordando que la autorización para

Ministerio de Salud Pública
Coordinación Zonal 5 - Salud
Hospital General Martín Icaza
Docencia e Investigación

Memorando Nro. MSP-CZ5S-LR-HMI-UDI-2026-0015-M

Babahoyo, 11 de mayo de 2026

realizar los estudios competen extrictamente a la Maxima Autoridad de la Institución.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Dr. Alain Cabrera Orive
RESPONSABLE DE LA GESTIÓN DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Referencias:
- MSP-CZ5S-LR-HMI-UDI-2026-0001-E

Copia:
Sra. Mgs. Stefanny Karolina Dias Ledesma
Coordinadora de la Carrera de Enfermería

Dirección: Malecon #1408 y Barreno
Código Postal: 120101 / Babahoyo -Ecuador
Teléfono: +593-2730-218
www.salud.gob.ec

Anexo 4. Validación del instrumento

UEB UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR — CARRERA DE ENFERMERÍA — FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

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

Título: "Intervención educativa de enfermería para la rehidratación oral efectiva en niños hospitalizados con EDA, Hospital General Martín Icaza, Marzo – Julio 2026"

Objetivo: Desarrollar la intervención educativa de enfermería en la administración de la terapia de rehidratación oral en niños hospitalizados con enfermedad diarreica aguda (EDA), en el Hospital General Martín Icaza, durante el periodo marzo – julio 2026

Responsables: Est. Allan Gabriel Pérez Lara y Est. Diana Emilia Carvajal Riera
Tutora: Lcda. Gladys Naranjo

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

Instrucciones: Después de leer el cuestionario realice una valoración según los siguientes ítems, marcando con una X en el puntaje que considere que refleje su apreciación

Apreciación cualitativa	Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Deficiente
Apreciación cuantitativa	**2**	**1.5**	**1**	**0.5**	**0**
1. Presentación del instrumento		X			
2. Claridad en la redacción de los ítems		X			
3. Pertinencia de la variable con los indicadores		X			
4. Relevancia del contenido		X			
5. Factibilidad de la aplicación		X			

Puntaje total:	7,5 puntos
Observaciones:	

Criterios de evaluacion	Valoracion cuantitativa	Apreciacion cualitativa	Opinion de aplicabilidad
	7.5 - 10	Aprobado	Valido - Aplicar
	0 - 7	Rechazado	No valido - Replantear

Validado por:	María Magdalena Dalle Garcia
Profesión:	Enfermera
Lugar de Trabajo:	U.E.B.
Cargo que desempeña:	Docente
Lugar y fecha de validación:	28/05/2026
Firma:	

UEB UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

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

Título: "Intervención educativa de enfermería para la rehidratación oral efectiva en niños hospitalizados con EDA, Hospital General Martín Icaza, Marzo – Julio 2026"

Objetivo: Determinar la efectividad de la intervención educativa de enfermería en la correcta administración de la terapia de rehidratación oral en niños hospitalizados con enfermedad diarreica aguda (EDA), en el Hospital General Martín Icaza, durante el período marzo – julio 2026.

Responsables: Est. Allan Gabriel Pérez Lara y Est. Diana Emilia Carvajal Riera
Tutora: Lcda. Gladys Naranjo

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

Instrucciones: Después de leer el cuestionario realice una valoración según los siguientes ítems, marcando con una X en el puntaje que considere que refleje su apreciación

Apreciación cualitativa	Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Deficiente
Apreciación cuantitativa	**2**	**1.5**	**1**	**0.5**	**0**
1. Presentación del instrumento	X				
2. Claridad en la redacción de los ítems		X			
3. Pertinencia de la variable con los indicadores		X			
4. Relevancia del contenido		X			
5. Factibilidad de la aplicación		X			

Puntaje total:	8 puntos
Observaciones:	

Criterios de evaluacion	Valoracion cuantitantiva	Apreciacion cualitativa	Opinion de aplicabilidad
	7.5 - 10	Aprobado	Valido - Aplicar
	0 - 7	Rechazado	No valido - Replantear

Validado por:	Dra. Teresa Freire
Profesión:	Medicina Pediatra
Lugar de Trabajo:	Hospital Martín Icaza
Cargo que desempeña:	Pediatra
Lugar y fecha de validación:	
Firma:	Dra. Mgs. Teresa Freire O. ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA Nº REG. 1203015811 REG. SENESCYT: 1006-2021-2401985

UEB UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

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

Título: "Intervención educativa de enfermería para la rehidratación oral efectiva en niños hospitalizados con EDA, Hospital General Martín Icaza, Marzo – Julio 2026"

Objetivo: Determinar la efectividad de la intervención educativa de enfermería en la correcta administración de la terapia de rehidratación oral en niños hospitalizados con enfermedad diarreica aguda (EDA), en el Hospital General Martín Icaza, durante el período marzo – julio 2026.

Responsables: Est. Allan Gabriel Pérez Lara y Est. Diana Emilia Carvajal Riera
Tutora: Lcda. Gladys Naranjo

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

Instrucciones: Después de leer el cuestionario realice una valoración según los siguientes ítems, marcando con una X en el puntaje que considere que refleje su apreciación

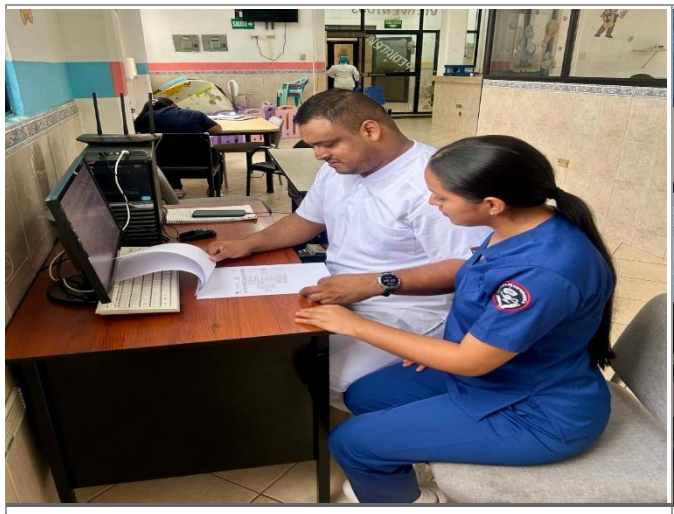
Apreciación cualitativa	Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Deficiente
Apreciación cuantitativa	**2**	**1.5**	**1**	**0.5**	**0**
1. Presentación del instrumento		X			
2. Claridad en la redacción de los ítems		X			
3. Pertinencia de la variable con los indicadores		X			
4. Relevancia del contenido		X			
5. Factibilidad de la aplicación		X			

Puntaje total:	7,5 puntos
Observaciones:	

Criterios de evaluacion	Valoracion cuantitantiva	Apreciacion cualitativa	Opinion de aplicabilidad
	7.5 - 10	Aprobado	Valido - Aplicar
	0 - 7	Rechazado	No valido - Replantear

Validado por:	Lcdo Richard Aguirre
Profesión:	Enfermero
Lugar de Trabajo:	Hospital Martin Icaza
Cargo que desempeña:	Enfermero / Líder
Lugar y fecha de validación:	
Firma:	Richard Aguirre

Anexo 5. Anexo con los validadores del instrumento



Anexo 1:

Actividad: Validación del instrumento por Licenciado del área de pediatría

Fecha: 16/04/2026

Responsable: Diana Carvajal



Anexo 2:

Actividad: Validación del instrumento por Licenciada académica

Fecha: 17/04/2026

Responsable: Allan Pérez



Anexo 3:

Actividad: Validación del instrumento por Medica pediatra

Fecha: 19/04/2026

Responsable: Diana Carvajal

Anexo 6. Consentimiento informado

UEB UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr(a) Sandy Dayana Sattos Santillan.

Lugar de Procedencia Balsahoyo

En forma voluntaria autorizo participar en la investigación titulada: "Intervención educativa de enfermería para la rehidratación oral efectiva en niños hospitalizados con EDA, Hospital General Martín Icaza, Marzo – Julio 2026"

Se me ha informado del objetivo de la investigación es: "Desarrollar la intervención educativa de enfermería en la administración de la terapia de rehidratación oral en niños hospitalizados con enfermedad diarreica aguda (EDA), en el Hospital General Martín Icaza, durante el periodo marzo – julio 2026", por lo que acepto proporcionar información referente a la encuesta e instrumentos necesarios para el alcance de los objetivos planteados.

He comprendido las preguntas pertinentes y estoy satisfecho(a) con la información brindada por los investigadores, quienes lo han comunicado de forma clara y sencilla, dándome la oportunidad de preguntar y resolver las dudas e interrogantes.

Los resultados que se obtengan se manejarán con absoluta confidencialidad y solo serán usados para los fines académicos en el marco de la ética profesional.

En tales condiciones consiento voluntariamente participar en la investigación.

Sandy Sattos
Firma del Participante
Investigación

Firma Responsable de la
Investigación

Anexo 7. Aplicación del instrumento

UEB UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR — CARRERA DE ENFERMERÍA — FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO (#13

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y EL SER HUMANO
CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA: Intervención educativa de enfermería para la rehidratación oral efectiva en niños hospitalizados con EDA, Hospital General Martín Icaza, Marzo – Julio 2026
OBJETIVO: Desarrollar la intervención educativa de enfermería en la administración de la terapia de rehidratación oral en niños hospitalizados con enfermedad diarreica aguda (EDA), en el Hospital General Martín Icaza, durante el período marzo – julio 2026
AUTORES: EST. Allan Gabriel Pérez Lara y EST. Diana Emilia Carvajal Riera
TUTORA: Lcda. Gladys Naranjo

I. FICHA DE REGISTRO CLÍNICO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO

I. Datos Generales

- Nombre del padre/madre: Sandy Saltos Santillan.
- Nombre del paciente pediátrico: Kellan Rios Saltos
- Código del participante: 1953161143
- Fecha de hospitalización: 31 / 05 / 2026
- Edad del niño: 1año
- Sexo: ☑ Masculino ☐ Femenino
- Procedencia: Babahoyo
- Diagnóstico médico: Fiebre no especificado

II. Datos Clínicos Relacionados con EDA

Variable clínica	Registro
Tiempo de evolución de la diarrea	2 días
Número de deposiciones en 24 horas	6 veces
Presencia de vómitos	☐ Sí ☑ No
Número de vómitos en 24 horas	0
Presencia de temperatura mayor a 38.5 C	☑ Sí ☐ No Valor: 39.3°C
Tipo de diarrea	☑ Líquida ☐ Semilíquida ☐ Con moco ☐ Con sangre
Estado nutricional	☑ Normal ☐ Riesgo de bajo peso ☐ Bajo peso ☐ Desnutrición Aguda ☐ Desnutrición Moderada ☐ Desnutrición Grave
Lactancia materna	☐ Sí ☑ No
Tipo de dieta	Líquida

III. Valoración del Estado de Hidratación

Signos clínicos	Sí	No
Ojos hundidos	☑	☐
Mucosas secas/saliva espesa	☑	☐
Ausencia de lágrimas al llorar	☐	☑

UEB UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

Sed intensa	☑	☐
Disminución de la diurésis	☑	☐
Irritabilidad	☑	☐
Letargo	☐	☑
Llenado capilar lento	☑	☐
Pliegue cutáneo positivo	☐	☑
Estado de Hidratación	Deshidratado	

IV. Manejo Terapéutico

Aspecto	Registro
Uso de Sales de Rehidratación Oral (SRO)	☐ Sí ☑ No
Tipo de hidratación	☐ Oral ☑ Intravenosa
Tolerancia al SRO	☐ Adecuada ☑ Inadecuada

UEB UNIVERSIDAD ESTATAL BOLIVAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

II. GUÍA DE OBSERVACIÓN DE CONOCIMIENTOS DEL CUIDADOR SOBRE LA TERAPIA DE REHIDRATACION ORAL

Objetivo: Identificar el nivel de conocimientos prácticos de los padres sobre la rehidratación oral en niños hospitalizados con enfermedad diarreica aguda mediante la aplicación de un pre test y pos test.

Instrucciones:

El investigador deberá observar y registrar el cumplimiento de las actividades relacionadas con la administración de las sales de rehidratación oral; marque con una "X" según corresponda en las opciones "Si" o "No".

N.°	Ítems de observación	Fecha:		Fecha:	
		Pre Tets		Pos Test	
		SI	NO	SI	NO
1	Realiza higiene de manos antes de preparar el SRO	☑	☐	☑	☐
2	Prepara el SRO utilizando la cantidad exacta de agua indicada	☑	☐	☑	☐
3	Utiliza agua segura o previamente hervida para preparar el SRO	☑	☐	☑	☐
4	No agrega azúcar, jugos u otras sustancias al SRO	☐	☑	☑	☐
5	Administra el SRO en pequeñas cantidades frecuentes	☑	☐	☑	☐
6	Administra el SRO aun cuando el niño presenta diarrea continua	☑	☐	☑	☐
7	Administra el SRO después de cada deposición liquida o vómito	☐	☑	☑	☐
8	Continua la lactancia materna o alimentación habitual del niño	☐	☑	☐	☑
9	Conserva adecuadamente el SRO preparado	☐	☑	☑	☐
10	Desecha el SRO después de 24 horas de preparado	☐	☑	☑	☐
11	Cumple las indicaciones brindadas por el personal de enfermería	☑	☐	☑	☐
12	Participa activamente durante la educación recibida	☑	☐	☑	☐
13	Informa oportunamente cambios en el estado clínico del niño	☑	☐	☑	☐
14	Mantiene una actitud colaborativa durante el proceso terapéutico	☑	☐	☑	☐

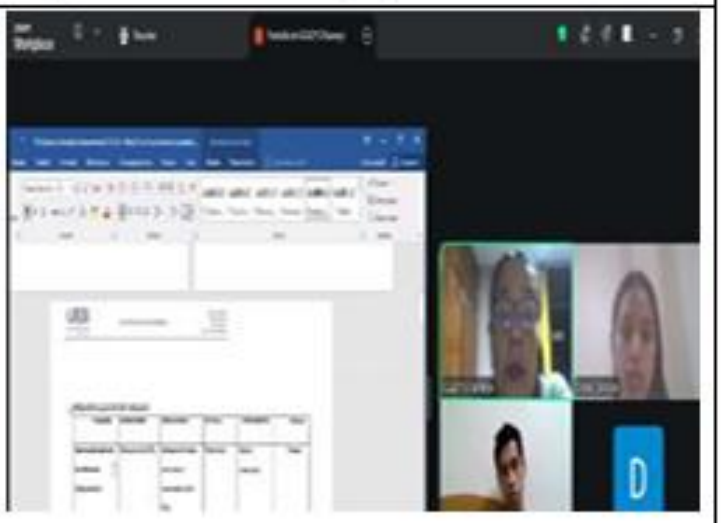
Instrumento elaborado por (Pérez y Carvajal)

Interpretación de adherencia

Puntaje obtenido	Nivel de Conocimiento
12 - 14 puntos	Adecuado
9 – 11 puntos	Parcialmente adecuado
0 – 8 puntos	Inadecuado

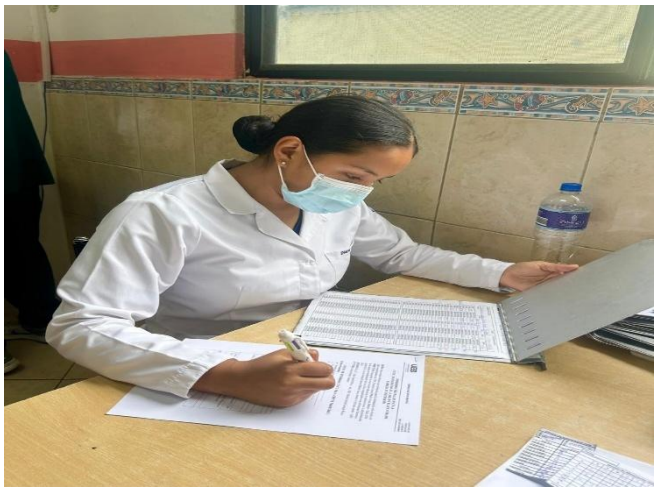
Total Pre Test	Total Pos Test
9//	13//

Anexo 8. Evidencias de las tutorías

<table>
<tr><td>  </td><td>  </td></tr>
<tr><td>GRAFICO 1:</td><td>GRAFICO 2:</td></tr>
<tr><td>Actividad: Entrega de oficio y presentación de avances
Fecha: 15/4/2026
Responsable: Diana Carvajal y Allan Pérez</td><td>Actividad: Dudas y preguntas que teníamos del tema
Fecha: 29/04/26
Responsable: Diana Carvajal y Allan Pérez</td></tr>
<tr><td>  </td><td>  </td></tr>
<tr><td>GRAFICO 3:</td><td>GRAFICO 4:</td></tr>
<tr><td>Actividad: Corrección de objetivos planteados al tema
Fecha: 06/05/2026
Responsable: Diana Carvajal y Allan Pérez</td><td>Actividad: Oralización de las variables de estudio
Fecha: 14/05/2026
Responsable: Diana Carvajal y Allan Pérez</td></tr>
</table>

Anexo 9. Evidencia de la aplicación del instrumento

ANEXOS:



Anexo 1:

Actividad: Revisión de la historia clínica del paciente

Fecha: 01/06/2026

Responsable: Diana Carvajal



Anexo 2:

Actividad: Aplicación del instrumento

Fecha: 05/06/2026

Responsable: Diana Carvajal



Anexo 3:

Actividad: Observación de la preparación de sales de hidratación oral

Fecha: 10/06/2026

Responsable: Diana Carvajal



Anexo 4:

Actividad: Observación de la preparación de sales de hidratación oral

Fecha: 15/06/2026

Responsable: Diana Carvajal

ANEXOS:



Anexo 1:

Actividad: Firma del consentimiento informado por el cuidador

Fecha: 17/06/2026

Responsable: Allan Pérez



Anexo 2:

Actividad: Aplicación del instrumento pre test

Fecha: 20/06/2026

Responsable: Allan Pérez



Anexo 3:

Actividad: Aplicación del instrumento pos test

Fecha: 23/06/2026

Responsable: Allan Pérez



Anexo 4:

Actividad: Aplicación del instrumento

Fecha: 30/06/2026

Responsable: Allan Pérez

Anexo 10. Desarrollo de la intervención educativa

ANEXOS:



Anexo 1:

Actividad: Explicación sobre la EDA en niños hospitalizados

Fecha: 03/06/2026

Responsable: Allan Pérez y Diana Carvajal



Anexo 2:

Actividad: Explicación sobre cómo preparar Sales de Rehidratación Oral

Fecha: 07/06/2026

Responsable: Allan Pérez y Diana Carvajal



Anexo 3:

Actividad: Entrega de trípticos para mayor comprensión

Fecha: 21/06/2026

Responsable: Allan Pérez y Diana Carvajal



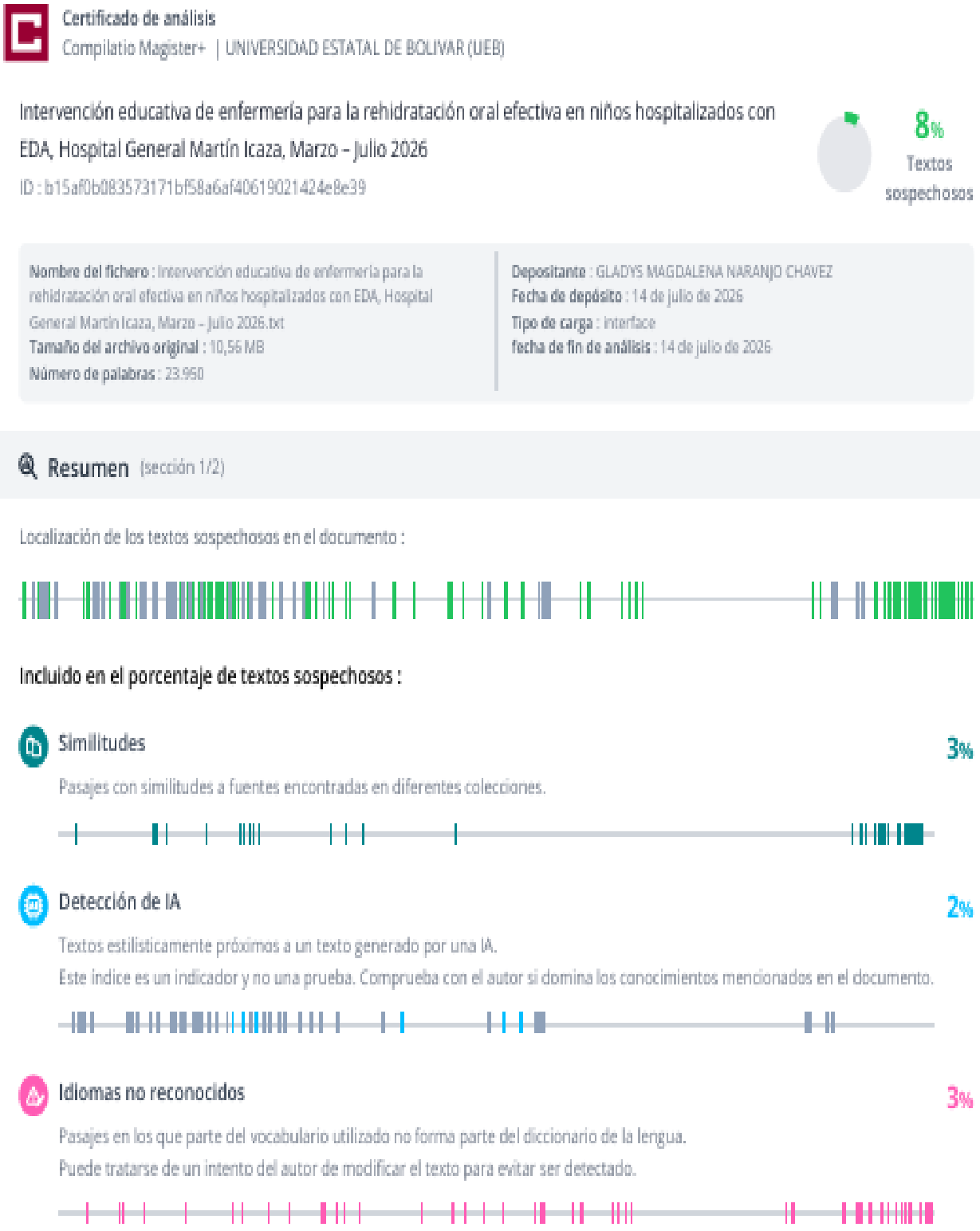
Anexo 4:

Actividad: Entrega de un pequeño aperitivo para el cuidador

Fecha: 07/07/2026

Responsable: Allan Pérez y Diana Carvajal

Anexo 11. Análisis en el sistema Compilatio



Certificado de análisis
Compilatio Magister+ | UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR (UEB)

Intervención educativa de enfermería para la rehidratación oral efectiva en niños hospitalizados con EDA, Hospital General Martín Icaza, Marzo – Julio 2026

ID : b15af0b083573171bf58a6af4061902l424e8e39

8% Textos sospechosos

Nombre del fichero : Intervención educativa de enfermería para la rehidratación oral efectiva en niños hospitalizados con EDA, Hospital General Martín Icaza, Marzo – Julio 2026.txt
Tamaño del archivo original : 10,56 MB
Número de palabras : 23.950

Depositante : GLADYS MAGDALENA NARANJO CHAVEZ
Fecha de depósito : 14 de julio de 2026
Tipo de carga : interface
fecha de fin de análisis : 14 de julio de 2026

Resumen (sección 1/2)

Localización de los textos sospechosos en el documento :

Incluido en el porcentaje de textos sospechosos :

Similitudes 3%

Pasajes con similitudes a fuentes encontradas en diferentes colecciones.

Detección de IA 2%

Textos estilísticamente próximos a un texto generado por una IA.
Este índice es un indicador y no una prueba. Comprueba con el autor si domina los conocimientos mencionados en el documento.

Idiomas no reconocidos 3%

Pasajes en los que parte del vocabulario utilizado no forma parte del diccionario de la lengua.
Puede tratarse de un intento del autor de modificar el texto para evitar ser detectado.