

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



“PREVALENCIA DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA
EN PACIENTES PEDIÁTRICOS SEGÚN EL PLAN DE
ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE REHIDRATACIÓN ORAL
DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE. ENERO
– MARZO DEL 2015 “

TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE MEDICO
CIRUJANO

Luz Geraldine Guzman Vera

DR. JHONY ALBERTO DE LA CRUZ VARGAS
DIRECTOR DE TESIS

DR. OCTAVIO M. GUILLEN D.
ASESOR

LIMA – PERU

2016

Agradecimiento

Los resultados de este proyecto, están dedicados a todas aquellas personas que, de alguna forma, son parte de su culminación a mi familia por su apoyo, amigos y doctores asesores como el Dr. Octavio Guillén Donayre, al Dr. Jhony Alberto de La Cruz Vargas y al Dr. Manuel Huamán Guerrero por guiarnos y brindarnos su apoyo.

Dedicatoria

A mi madre, Luz Elena Vera Quiroz,
con mucho amor y cariño le dedico
todo mi esfuerzo y trabajo puesto para
la realización de esta tesis

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de la enfermedad diarreica aguda en pacientes pediátricos según el plan de atención atendidos en la Unidad de rehidratación Oral del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Enero – Marzo 2015.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio de tipo Observacional – Transversal – Prospectivo – Descriptivo. Fueron seleccionados 343 pacientes quienes fueron atendidos en los meses de Enero a Marzo. Se realizó la recolección de datos a través de las fichas de atención registradas según el plan de atención de la Unidad de Rehidratación Oral del Hospital Nacional Hipólito Unanue. **RESULTADOS:** Se encontró una prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda de 96.8% y de éstos un 90.9% utilizó un Plan A. **CONCLUSIONES:** Existe un alto índice de Enfermedad Diarreica Aguda a una edad media de 29 meses, siendo el tipo acuoso el tipo de diarrea más frecuente, sin embargo a pesar de la gran prevalencia, un 91.5% no tuvo deshidratación, los cuales fueron tratados con plan de atención Plan A, siendo el factor más resaltante el uso de reposición de líquidos de rehidratación oral que fue de 77.2%.

Palabras clave: *Enfermedad Diarreica, Prevalencia, Plan de Atención*

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the prevalence of acute diarrheal disease in pediatrics patients according to care plan in the “Hospital Hipólito Unanue” Oral Rehydration Unit from January to March 2015

METHODS: It is a Transversal – Observational- Prospective – Descriptive study. 343 patients were chosen who was attended from January to March in the Oral Rehydration Unit. Data collection was conducted through registered care sheets according to care plan in the “Hospital Hipólito Unanue” Oral Rehydration Unit. **RESULTS:** We found a prevalence of acute diarrheal disease of 96.8% of wich 90.9% used A Plan.

CONCLUSIONS: There is a high rate of acute diarrheal disease in a middle age of 29 months, being the aqueous diarrheal the type most frequent. However, despite the high prevalence, 91.5% had no dehydration, being treated with an A Plan. Being also the most striking factor the use of fluid resuscitation oral rehydration of 77.2%.

Keywords: *Diarrheal Disease, Prevalence, Care Plan*

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades diarreicas siguen representando en la actualidad un problema de salud pública a nivel mundial y en nuestra patria.

Hoy en día, la enfermedad diarreica aguda constituye una de las primeras causas de morbi- mortalidad infantil en el mundo, y un problema de salud pública en países en vía de desarrollo afectando a todos los grupos etarios. Siendo, los más afectados los niños menores de 5 años.

En el Perú, el Ministerio de Salud (MINSA) informa que los números de casos de Enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años es de 486 104 y la tasa de notificación de casos fue de 168,7 por 1000 habitantes para la Semana Epidemiológica N°53 en el año 2014. Asimismo, la Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso fue la quinta y la sexta causa de las principales causas de morbilidad de consulta externa en menores de 1 año y en niños de 1 a 4 años de edad, respectivamente, de enero a diciembre del 2014.

Existen actualmente diversos factores que activan este mecanismo como toxinas bacterianas, sustancias irritativas o cuerpos extraños presentándose así episodios de diarrea.

Estudios hechos en el Perú reportan prácticas inadecuadas de las madres ante la diarrea en los niños, tales como restringir la lactancia materna y la alimentación, poco uso de las soluciones de rehidratación oral, automedicación de antibióticos. Siendo fundamental el rol de las madres en el manejo inicial de la diarrea aguda

El diagnostico precoz del cuadro de deshidratación permitirá una mejor atención y la instalación del tratamiento hidroelectrolítico correctivo inmediato o se establecerá el tratamiento antibiótico conveniente atenuando de esta forma la severidad de la patología.

Por lo tanto, fortalecer medidas de prevención y tratamiento oportuno con el objetivo de evitar la muerte por deshidratación.

ÍNDICE

CAPÍTULO I PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	9
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	12
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	12
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	15
1.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	15
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO.....	17
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	17
2.2 BASES TEÓRICAS.....	18
CAPÍTULO III METODOLOGÍA.....	35
3.1 DISEÑO DE ESTUDIO: TIPO DE ESTUDIO.....	35
3.2 POBLACION DE ESTUDIO, SELECCIÓN Y TAMAÑO DE MUESTRA.....	35
3.2.1 POBLACIÓN.....	35
3.2.2 UNIDAD DE ANÁLISIS.....	36
3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	36
3.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	36
3.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	36
3.4 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	36
3.5 INSTRUMENTOS A UTILIZAR Y MÉTODOS PARA EL CONTROL DE LA CALIDAD DE DATOS	37
3.6 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS EN LA INVESTIGACION	37
3.7 Análisis de resultados.....	37
3.7.1 Métodos de análisis de datos según tipo de variables	37
3.7.2 Programas a utilizar para análisis de datos.....	37
RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	38
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	91
CONCLUSIONES	91
RECOMENDACIONES	94
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
ANEXOS	97

CAPÍTULO I PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad diarreica aguda es una patología que puede afectar a la población en general, siendo sin embargo, los más afectados los menores de 5 años.

En el mundo se producen unos 1,700 millones de casos de enfermedades diarreicas cada año. De los cuales, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que 760000 niños menores de 5 años mueren a consecuencia de estas cada año en el mundo.

Las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de 5 años, y también, una de las principales causas de malnutrición.

En un estudio realizado por Oscar G. Gómez-Duarte, “Enfermedad diarreica aguda por Escherichia coli enteropatógenas en Colombia – 2014” reportó una mortalidad infantil de 17,1 por 1000 nacidos vivos en los últimos 10 años. Esto se asemeja a lo encontrado en el estudio “Factores de riesgo de las enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años” realizado por Lidia E. García López y colab. en la Habana, en el 2014 donde sólo en el año 2003 registraron 617.509 casos de enfermedad diarreica aguda en niños menores de un año y 982.111 en el grupo de 1 a 4 años.

Esto no es ajeno a nuestra realidad, en el 2012 el “Boletín epidemiológico de EsSalud – GCPS – OPIS dado por la Oficina de Salud Ocupacional e Inteligencia Sanitaria” reportó que en la semana epidemiológica (29 de Enero – 4 de Febrero) hubieron 105.321 episodios de enfermedades diarreicas agudas reportando una tasa ascendente en las regiones de Moquegua, Pasco y Amazonas.

Estos datos nos revelan una prevalencia en ascenso a través del tiempo en la población pediátrica lo cual se podría explicar por los múltiples factores asociados ya sean clínicos como ambientales, tanto para la presentación de la enfermedad como para desarrollar complicaciones de la misma.

En el estudio “Factores de riesgo para enfermedad diarreica aguda con deshidratación grave en pacientes de 2 meses a 5 años” de Indhira alparo y Cols. Barcelona 2014; se identificó que la edad menor de 18 meses, desnutrición, duración de la enfermedad mayor a 3 días, frecuencia de deposiciones, uso de medicina natural, falta de alcantarillado y hacinamiento son los factores de riesgo asociados para presentar la complicación más frecuente de la enfermedad, la deshidratación.

En un estudio de casos y controles, realizado en La Habana en 2014 en 145 niños menores de 5 años tratados de manera ambulatoria identificó que en los pacientes que tuvieron una alimentación con lactancia mixta, tuvieron destete precoz, mal estado de higiene personal, un bajo estado nutricional, vivían en hacinamiento, y criaban animales domésticos tenían mayor riesgo de presentar enfermedad diarreica aguda 2 veces más de aquellos que no presentaban estas características.

Concuerda con el estudio de Monteverde y cols. De la Universidad de la Plata, “Déficit de saneamiento básico y riesgo de padecimiento de diarreas: una estimación de los costos de tratamientos de salud para el Conurbano Bonaerense” estimando que más de 430mil personas por año padecen diarreas como consecuencia de la falta de servicios de saneamiento, incluyendo población pediátrica.

En el estudio de Henríquez Camacho y cols, “Incidencia y factores de riesgo para adquirir diarrea aguda en una comunidad rural de la selva peruana” se identificó que más de la mitad de la población que presentaron enfermedad diarreica aguda fueron menores de 10 años de edad, siendo los factores de riesgo para adquirirla: pobre práctica de higiene personal, falta de lavado de manos antes de alimentarse, carencias de saneamiento y bajo nivel socioeconómico.

Además de los factores de riesgo para desarrollar la enfermedad, es fundamental identificar la etiología de la misma.

La etiología de la enfermedad diarreica aguda es diversa, y en países de desarrollo como el nuestro, es frecuentemente infecciosa, causada por bacterias, parásitos y virus. Siendo las bacterianas más frecuentes en verano y las virales en invierno.

En el estudio realizado por la Dirección General de Salud, “Estudio de etiología de la diarrea en las direcciones de Salud de Cajamarca, Lambayeque, Loreto y Lima Este” el 28.5% de los casos tuvo infección por bacterias y parásitos, al igual que, Begue y cols. Con un 63% y Seas y cols. Con un 60% de etiología bacteriana.

Como vemos este problema tiene múltiples aristas. Y el impacto es de gran magnitud en nuestra población, sobretodo en pacientes con mayor riesgo de complicaciones, los menores de 5 años, por lo que es vital así como un diagnostico precoz el manejo de rehidratación oral para compensar las pérdidas por el episodio diarreico y así evitar las complicaciones de la patología, como lo es la deshidratación.

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

Así también, respecto al tratamiento con SRO, se encontró que 297 madres dieron SRO con uno o más tratamientos; de los cuales, el más común fue SRO más antibióticos (101 madres lo dieron), seguido de SRO más remedios caseros (69 madres lo dieron) y de SRO más antidiarreicos (67 madres lo dieron).

Por otro lado, las madres quienes no dieron líquidos tuvieron mayor porcentaje de casos de niños con diarrea al momento de la encuesta (41.3%) en comparación con de las madres de cada grupo que sí dio líquidos; encontrándose asociación significativa entre no dar líquidos y la presencia de diarrea en el niño al momento de la encuesta.

Por lo tanto para nosotros resulta importante identificar las características clínico epidemiológicos que presentan los pacientes para poder definir el plan de atención según el cuadro clínico, y así el tratamiento adecuado para el manejo de la enfermedad diarreica aguda y evitar complicaciones.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de la Enfermedad Diarreica Aguda según el Plan de Atención en pacientes pediátricos atendidos en la Unidad de Rehidratación Oral del Hospital Hipólito Unanue. Enero – Marzo 2015?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Más de un billón de episodios diarreicos ocurren en el mundo cada año, sobretodo en niños en los cuales se genera una elevada morbilidad y mortalidad constituyendo además un factor importante de persistencia de la desnutrición y de sus consecuencias negativas en el desarrollo del capital humano.

La incidencia en el país aún es alta, estimándose 4,38 episodios por niño por año para regiones económicamente deprimidas. Siendo por ejemplo uno de los principales motivos de atención en el Hospital de Emergencias Pediátricas de Lima, generando un total de 6mil consultas ambulatorias en menores de 5 años anualmente de las cuales un tercio de ellos se hospitalizan.

El MINSA informa que en el Perú las principales causas de morbilidad de consulta externa en menores de 1 año, de enero a diciembre del 2014, son Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores (23,7%), faringitis aguda y amigdalitis aguda

(15,7%), desnutrición (7, 7%), anemias por deficiencias de hierro (6,3%) y en quinto lugar se ubica la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (5,4%)

En nuestro país, se han realizado estudios sobre los conocimientos, actitudes y/o prácticas de las madres sobre la diarrea aguda en niños. El estudio de Alarco J. y cols. tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimientos de las madres sobre la diarrea y su prevención. El estudio se realizó en una población de extrema pobreza de Ica, Perú, el cual reportó que el 76,6 % de las madres conocía el concepto correcto de la palabra “diarrea” como “heces líquidas y aumento del número de deposiciones”, el 50% consideró como principal causa de la diarrea a los parásitos y el 34,1% a la falta de higiene. El 39% considera al dolor abdominal como un signo de la deshidratación y un 35,4% a la sed aumentada. En la alimentación, el 36,6% de las madres afirman que no se debe restringir los alimentos pero un 30,4% tuvo la creencia de que se debe suspender la leche materna. El 53,3% de las madres considera la administración del Suero de Rehidratación Oral (SRO) como la medida más adecuada ante la diarrea y el 23,2% daría antibióticos. El 67% de las madres acudiría al centro de salud y un 24,4% lo haría al curandero.

El estudio de Valerio-Cristóbal M. realizado en la Unidad de Rehidratación Oral (URO) del Instituto Nacional de Salud del Niño (ISN), Lima, Perú, de febrero a marzo del 2010, tuvo por objetivo determinar los conocimientos y las prácticas maternas sobre la alimentación durante la enfermedad diarreica aguda en niños y niñas menores de 24 meses que acuden a la URO del ISN según la edad y nivel de educación de la madre. El 67% de las madres de manera general reconocía la importancia de administración de las SRO, suero casero y panetela. El 16% de las madres en general sabían que se debe dar líquidos inmediatamente después de cada deposición líquida, siendo este conocimiento significativamente mayor en las madres quienes tenían educación secundaria completa a más. Con respecto a las prácticas, el 53,6% de las madres en general continuaron brindándole leche materna y un 11,2% de las madres suspendieron

este alimento. El 40,1% de las madres ofrecieron infusiones/agua, 23,4% dieron suero comercial pediátrico (Electoral y Frutiflex), 20,9% dieron panetela y en menor proporción suero de rehidratación oral, suero casero y “gatorade”. Solamente una madre preparó y dio suero casero.

Miranda-Calendaro J. y cols. realizaron un estudio con el objetivo de evaluar el manejo de la enfermedad diarreica aguda (EDA) en niños en el Hospital Grau Essalud. Se incluyeron los casos entre el 1ro de enero al 31 de diciembre del 2005. Se encontró que el 43,2% tuvieron 6 a 12 meses de edad; 42%, 1 a 5 años y 14,4%, 0 a 6 meses. El 40% no recibió lactancia materna exclusiva. El 22% recibió automedicación antibiótica previa. El 88% padeció de deshidratación moderada, 10% leve y 2% severa.

El hospital Nacional Hipólito Unanue, se encuentra en el distrito de El Agustino, Lima, ubicado en la avenida César Vallejo 1390, el cual cuenta con una Unidad de Rehidratación Oral las 24 horas del día en el servicio de Pediatría, orientado a atender los episodios diarreicos presentados en la población pediátrica. El distrito del Agustino según el Censo poblacional, tiene una población total de 180,262 habitantes, y de acuerdo a la clasificación INEI más de los 2/3 partes de la población se encuentra en el grupo intermedio, lo cual quiere decir que gran parte de su población es joven y adulto. El Agustino es uno de los distritos más pobres de la provincia de Lima, ocupando el tercer lugar en la jerarquía de pobreza limeña que alcanza cerca del 20% de su población total. Casi un 20% de la población vive con al menos una necesidad básica insatisfecha, y más del 5% de su población no tienen acceso al servicio de agua potable, y otro 5% no tiene acceso a servicio higiénico. En cuanto a la población infantil, menores de 5 años, el 12% sufre de desnutrición crónica, y el 53% no cuenta con seguro social.

El pilar fundamental por el que este estudio es importante es el inicio de un tratamiento precoz, como la rehidratación oral temprana. Estudios realizados en Perú reportan prácticas inadecuadas de las madres ante la diarrea en los niños, tales como restringir

la lactancia materna, la alimentación diaria y el poco conocimiento en el uso de las soluciones de rehidratación oral y automedicación de antibióticos.

Es por todas estas razones que el estudio adquiere vital importancia, para determinar la prevalencia de la enfermedad diarreica aguda en pacientes pediátricos, atendidos en la Unidad de Rehidratación Oral en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, y conocer la calificación de la enfermedad diarreica aguda atendidos con plan A, considerándolo como una medida previa el evitar las complicaciones y evitando el curso grave de la enfermedad iniciar a tiempo la rehidratación oral o el tratamiento conocido como Plan A para evitar la complicación más frecuente que es la deshidratación. E implementar medidas preventivas para el desarrollo de esta enfermedad.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de la enfermedad diarreica aguda en pacientes pediátricos pediátricos según el plan de atención en la Unidad de rehidratación Oral del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Enero – Marzo 2015.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la prevalencia de la enfermedad diarreica aguda en pacientes pediátricos según el plan de atención en la Unidad de Rehidratación Oral del Hospital Hipólito Unanue, Enero – Marzo 2015.
- Describir las características clínicas de los pacientes pediátricos según el plan de atención en la Unidad de Rehidratación Oral del Hospital Hipólito Unanue, Enero – marzo 2015.
- Determinar las características epidemiológicas en pacientes según el plan de atención en la Unidad de Rehidratación Oral del Hospital Hipólito Unanue, Enero – Marzo 2015.

- Describir los tipos de deshidratación de la enfermedad diarreica aguda en pacientes pediátricos en la Unidad de Rehidratación Oral del Hospital Hipólito Unanue, Enero – Marzo 2015.
- Determinar el tipo de plan de atención para el tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en pacientes pediátricos en la Unidad de Rehidratación Oral del Hospital Nacional Hipólito Unanue.
- Describir los hallazgos en la reacción inflamatoria en heces en pacientes pediátricos de la Unidad de Rehidratación Oral del Hospital Hipólito Unanue, Enero – Marzo 2015.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

- Guarino A y cols. “European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Paediatric Infectious Diseases Evidence-base Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe (ESPGHAN/ESPID): update 2014”
- Valerio-Cristóbal M. “Determinar los conocimientos y las prácticas maternas sobre la alimentación durante la enfermedad diarreica aguda en niños y niñas menores de 24 meses que acuden a la Unidad de Rehidratación Oral (URO) del Instituto Nacional de Salud del Niño (ISN), Lima, Perú, de febrero a marzo del 2010”
- Miranda-Calendaro J. y cols. “Manejo de la enfermedad diarreica aguda (EDA) en niños en el Hospital Grau Essalud. Enero – Diciembre 2015”
- “Prácticas y el Resultado en el Manejo inicial de la Diarrea Aguda en niños menores de 5 años por madres peruanas. Análisis ENDES 2013 en la UNMSM”
- Oscar G. Gómez-Duarte. “Enfermedad diarreica aguda por Escherichia coli enteropatógenas en Colombia – 2014”
- Indhira alparo y Cols. “Factores de riesgo para enfermedad diarreica aguda con deshidratación grave en pacientes de 2 meses a 5 años”
- Monteverde y cols. Universidad de la Plata. “Déficit de saneamiento básico y riesgo de padecimiento de diarreas: una estimación de los costos de

tratamientos de salud para el Conurbano Bonaerense”

- Henríquez Camacho y cols. “Incidencia y factores de riesgo para adquirir diarrea aguda en una comunidad rural de la selva peruana”
- Dirección General de Salud, “Estudio de etiología de la diarrea en las direcciones de Salud de Cajamarca, Lambayeque, Loreto y Lima Este”
- “Prácticas y el Resultado en el Manejo inicial de la Diarrea Aguda en niños menores de 5 años por madres peruanas. Análisis ENDES 2013 en la UNMSM”

2.2 BASES TEÓRICAS

Definición

La OMS define como diarrea: la deposición, tres o más veces al día (o con una frecuencia mayor que la normal para la persona) de heces sueltas o líquidas, además recalca que la deposición frecuente de heces formes (de consistencia sólida) no es diarrea, ni tampoco la deposición de heces de consistencia suelta y pastosa por bebés amamantados.

Guarino A y cols. en “European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Paediatric Infectious Diseases Evidence-base Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe (ESPGHAN/ESPID): update 2014”, refiere que la gastroenteritis aguda es generalmente definida como una disminución de la consistencia de las heces (líquidas y semilíquidas) y/o un incremento en la frecuencia de las heces (típicamente ≥ 3 en 24 horas), con o sin fiebre o vómitos. Además, el cambio en la consistencia de las heces versus la consistencia previa de las heces es más indicativa de diarrea que solo el número,

particularmente en los primeros meses de vida. Generalmente dura menos de 7 días y no más de 14 días.

Gonzales C. y cols. En la Guía de Práctica Clínica sobre el Diagnóstico y el Tratamiento de la Diarrea Aguda Infecciosa en Perú-2011, también define diarrea aguda infecciosa (DAI) como: una disminución de la consistencia de las heces (blandas o líquidas) y/o aumento en la frecuencia de las mismas, con o sin fiebre o vómitos e informa que en los primeros meses de vida, un cambio en la consistencia de las heces es más indicativo de diarrea que el número de deposiciones.

Prevalencia

En “El Boletín de Determinantes Sociales de Salud dado por el Ministerio de Salud”. La ENDES nos muestra que la prevalencia de EDA en menores de 5 años para el 2013 fue de 10.9%, tres puntos porcentuales menor a lo observado en el año 2009. Sin embargo, existen diferencias a nivel de las regiones que van de una prevalencia de 7.3% en la región Lima, a una prevalencia de 18.5% en la región Loreto, es decir, que en Loreto una prevalencia de Diarrea Aguda en menores de 5 años es más del doble a lo observado en Lima para el año 2013.

En relación a la prevalencia según género, la prevalencia en hombres es ligeramente superior a la prevalencia en mujeres con una diferencia de aproximadamente 2 puntos porcentuales.

Etiología

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

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

En el cuadro 1 se muestran los agentes causantes de enfermedad diarreica aguda infecciosa en niños, según Granado-Villar y cols. Además dichos autores reportan que los virus son la causa de la mayoría de los casos de gastroenteritis en el niño en todo el Mundo.

Cuadro 1: Agentes etiológicos de la diarrea aguda infecciosa en niños

Virus <ul style="list-style-type: none">• Rotavirus• Norovirus (Virus Norwalk-like)• Adenovirus entéricos• Calicivirus• Astrovirus• Enterovirus
Bacteria <ul style="list-style-type: none">• <i>Campylobacter jejuni</i>• <i>Nontyphoid Salmonella spp</i>• <i>E coli</i> enteropathogénica• <i>Shigella spp</i>• <i>Yersinia enterocolitica</i>• <i>E coli</i> productora de toxina <i>Shiga</i>• <i>Salmonella typhi</i> y <i>S.paratyphi</i>• <i>Vibrio cholerae</i>
Protozoos <ul style="list-style-type: none">• <i>Cryptosporidium</i>• <i>Giardia lamblia</i>• <i>Entamoeba histolytica</i>
Helmintos <ul style="list-style-type: none">• <i>Strongyloides stercoralis</i>

Fuente: datos tomados de Granado-Villar D, Cunill-De Sautu B, Granados A. Acute gastroenteritis. *Pediatrics in Review*. 2012 Noviembre;33(11):487-95

Gonzales C y cols. reporta que se detectó que el *Rotavirus* es la causa más común en los niños en todos los estudios. Los patógenos más frecuentes causantes de DAI bacteriana fueron *Campylobacter*, *E. coli* y *Salmonella*. El *Cryptosporidium* es el protozoario más detectado. Según la OMS, las 2 causas más comunes de

enfermedades diarreicas en países en desarrollo son los *Rotavirus* y *Escherichia coli*. En el Perú, Ochoa y cols. reportan que las *E. coli* diarrogénicas son una de las principales causas de diarrea en niños en países en vías de desarrollo y que no son rutinariamente diagnosticados en los laboratorios clínicos. Según su patogénesis y las características epidemiológicas, este grupo de bacterias se divide en seis patotipos: *E coli* enteropatógena (EPEC), *E coli* productora de toxina shiga (STEC), *E coli* enterotoxigénica (ETEC), *E coli* enteroinvasiva (EIEC), enteroagregativa (EAEC) y *E coli* difusamente adherente (DAEC). Ochoa y cols. encontraron que la prevalencia de cada patógeno varió según la edad de la población de estudio y el tipo de estudio. En general, en el caso de diarrea, se encontró que EPEC y EAEC fueron los patógenos más frecuentes en cuatro estudios cada uno, seguido de ETEC, que fue el patógeno más frecuente en solo un estudio.

La OMS informa que la infección se transmite por alimentos o agua de consumo contaminado, o bien de una persona a otra como resultado de una higiene deficiente.

Factores de riesgo

Según la OMS, cada episodio diarreico priva al niño de nutrientes necesarios para su crecimiento. En consecuencia, la diarrea es una importante causa de malnutrición, y los niños malnutridos son más propensos a enfermar por enfermedades diarreicas. También refiere que por lo general son consecuencia de la exposición a alimentos o agua contaminados. En todo el mundo, 780 millones de personas carecen de acceso al agua potable, y 2500 millones a sistemas de saneamiento apropiados.

Fisiopatología

La diarrea es una consecuencia de la disfunción en el transporte de agua y electrolitos a nivel del intestino. Como resultado de esta alteración se produce un aumento de la frecuencia, cantidad y volumen de las heces, así como un cambio en su consistencia

por el incremento de agua y electrolitos contenidos en ellas. Todo esto condiciona un riesgo, que es la deshidratación y los trastornos del equilibrio hidromineral.

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

- Invasividad. Invasión de la mucosa seguida de multiplicación celular intraepitelial y penetración de la bacteria en la lámina propia. La capacidad de una bacteria para invadir y multiplicarse en una célula, causando su destrucción, está determinada por la composición del lipopolisacarido de la pared celular de dicha bacteria en combinación con la producción y liberación de enzimas específicas. La invasividad esta regulara por una combinación de plásmidos específicos y genes cromosomales que varían de un enteropatógeno a otro.
- Producción de citotoxinas. Estas producen daño celular directo por inhibición de la síntesis de proteína.
- Producción de enterotoxinas. Da lugar a trastornos del balance de agua y sodio y mantienen la morfología celular sin alteraciones
- Adherencia a la superficie de la mucosa, esto da por resultado el aplanamiento de la microvellosidad y la destrucción de la función celular normal. En la adherencia celular intervienen factores como: vellos, glicoproteínas y otras proteínas que permiten la colonización bacteriana del intestino

La presencia de uno o varios de estos factores que se unen a receptores específicos en la superficie del enterocito, tiene gran importancia en la adhesión, que constituye la primera fase de la infección.

La gran pérdida de líquidos y electrolitos puede derivar en un cuadro de deshidratación. Esto es más frecuente en el niño pequeño por tener una mayor área de superficie

corporal en relación con el peso que el adulto, y por lo tanto, unas mayores pérdidas insensibles.

La diarrea aguda puede clasificarse según su mecanismo como:

1. Diarrea Acuosa

- **Diarrea secretora.** Cuadro diarreico como resultado del movimiento neto de agua y electrolitos desde la mucosa intestinal hacia el lumen, y cuyo volumen excede los 10ml/kg/día y cuya osmolaridad es similar al plasma. Es una diarrea abundante que produce deshidratación con trastornos del equilibrio hidroelectrolíticos y ácido base y es producida principalmente por el *Vibrio Cholerae* y la *Escherichia Coli enterotoxigénica* (ECET), aunque otras bacterias como la *Shiguella spp*, la *Yersenia enterocolítica* y las *Aeromonas* también pueden producirla.
- **Diarrea osmótica.** Es aquella que se produce por un incremento de carbohidratos en el lumen intestinal, como consecuencia de lesiones en forma de parches en las vellosidades intestinales y por la invasión de los enterocitos de la vellosidad y la posterior aglutinación de las vellosidades afectadas. La necrosis de la porción superior de las vellosidades da lugar a que en un periodo de 12 a 40 horas, los enterocitos secretores, cubran totalmente la vellosidad y del lugar a áreas donde hay secreción de líquidos y la absorción esta disminuida o ausente. En la medida que las lesiones se hacen más extensas tendrá lugar una menor absorción y se aumentará la secreción. Este mecanismo de producción de diarrea es el que provocan los agentes virales, principalmente los rotavirus.

Otro mecanismo de producción es el que ocurre por la adhesión d algunos protozoos al “borde en cepillo” del enterocito que bloquean la entrada de agua,

electrolitos y micronutrientes lo que produce un exceso de carbohidratos a nivel del lumen intestinal, que son atacados por las bacterias con producción de ácido láctico, lo cual da lugar a una diarrea ácida que se traduce clínicamente por un marcado eritema perianal. Los parásitos que con mayor frecuencia presentar este tipo de diarrea con acentuada malabsorción a los carbohidratos son la *Giardia Lamblia*, *Cryptosporidium parvum*, *Ciclospora cayetanensis* y los *Microsporidios*, aunque los pacientes inmunosuprimidos presentan un componente de hipersecreción.

También puede producirse cuando se ingiere una sustancia osmóticamente activa de pobre absorción, esto puede suceder cuando se administran purgantes como el sulfato de magnesio. Si la sustancia es ingerida con una solución isotónica, el agua y los solutos pasan por el intestino sin absorberse, y esto da lugar a la diarrea osmótica. Este tipo de diarrea se puede observar en los pacientes con malabsorción a los disacáridos (lactosa) y en lactantes alimentados con el seno materno (exceso de lactosa) o cuando se administran grandes cantidades de leche animal o leches muy concentradas.

2. **Diarrea Disentérica**

Se presenta con una elevada frecuencia en niños menores de 5 años. Constituye un problema de salud en los países subdesarrollados y puede expresarse con manifestaciones clínicas severas que pueden llevar al paciente a la muerte, y en otras ocasiones, es un cuadro más benigno por tener agentes causales con una vida autolimitada. Y puede ser invasiva y no invasiva.

- **Invasiva.** Tiene como prototipo a la *Shiguella*, aunque también puede ser producida por otros agentes bacterianos enteropatógenos como son:

Eshcerichia Coli enteroinvasiva, Salmonella, Campylobacter jejuni, Yersinia enterocolítica y Vibrio parahemolyticus.

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

En el estudio de etiología de la diarrea en las direcciones de salud de Cajamarca, Lambayeque, Loreto y Lima Este, se identificó un mayor porcentaje de hallazgo parasitario (21%) que de aislamiento bacteriano (8.9%). El porcentaje de aislamiento bacteriano en la diarrea disentérica (15,5%) fue más del doble que en diarrea acuosa, el riesgo de que las bacterias aisladas en su conjunto produzcan diarrea disentérica en comparación con diarrea acuosa fue alto.

Las bacterias aisladas fueron *Shiguella, E. Coli patógena, Salmonella, Campylobacter, Vibrios y Aeromonas*. Las bacterias más frecuentes fueron: *Shiguella* (3.3%) y *E. Coli patógena* (2.6%). En la diarrea acuosa la mayor proporción fue de *E. Coli*, y la asociación de riesgo para producir diarrea acuosa fue moderada. En las diarreas disentéricas, *Shiguella* fue la más frecuente. Dentro de los parásitos la *Giardia Lamblia* fue el parásito encontrado con mayor frecuencia en todos los tipos de diarrea, seguido de *Blastocystis hominis*.

Clínica

La amenaza más grave de las enfermedades diarreicas es la deshidratación. Según la OMS durante un episodio de diarrea, se pierde agua y electrolitos en las heces líquidas, los vómitos, el sudor, la orina y la respiración. Cuando estas pérdidas no se restituyen, se produce deshidratación.

Gonzales C y cols consideran deshidratación nula, leve o moderada deshidratación y deshidratación grave (cuadro 2). A su vez, Granado-Villar y cols. consideran nula o mínima deshidratación a la pérdida <3% del peso corporal, media o moderada deshidratación a la pérdida de 3 a 9% del peso corporal y deshidratación severa a la pérdida > 9% del peso corporal.

Síntomas	No Deshidratación (DH)	DH leve o moderada	DH grave
Pérdida de Peso	Pérdida de peso <3%	Pérdida de peso 3-8%	Pérdida de peso ≥9%
Estado mental	Bien, alerta	Normal, cansado o inquieto; irritable	Apático, letárgico, inconsciente
Sed	Normal	Sediento, impaciente por beber	Bebe mal; incapaz de beber
Frecuencia cardíaca	Normal	Normal o aumentada	Taquicardia, intensidad disminuida
Pulso	Normal	Normal o algo débil	Débil, filiforme, de difícil palpación
Respiración	Normal	Normal; rápida (taquipnea)	Profunda (batipnea)
Ojos	Normal	Ligeramente hundidos	Muy hundidos
Lágrimas	Normal	Disminuida	Ausente
Boca y lengua	Húmedas	Secas	Muy seca
Pliegue cutáneo	Normal	Normal	Retracción lenta (mayor de 2 seg.)
Llenado capilar	Normal	Normal	Prolongado (mayor de 2 seg.)
Extremidades	Tibio	Fría	Muy fría
Diuresis	Normal	Disminuida	Minima o ausente
Presión Arterial	Normal	Normal	Normal (límite inferior) o Hipotensión

Adaptado de World Health Organization. Pocket Book of Hospital Care for Children: Guidelines for the Management of Common Illnesses with Limited Resources. Geneva: WHO; 2005.
 Guarino A, Albano F, Ashkenazi S, Gendrel D, Hoekstra JH, Shamir R, et al. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, Nutrition/European Society for Paediatric Infectious Diseases: Evidence-based guidelines for the Management of acute gastroenteritis in children in Europe. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2008; 46(suppl 2): S81-S84.
 Koletzko. S. Osterrieder. S. Acute Infectious Diarrhea in Children. Dtsch Arztebl Int 2009; 106(33): 539-48

Fuente: tomado de Gonzales C, Bada C, Rojas R, Bernanola G, Chávez C. Guía de Práctica Clínica sobre el Diagnóstico y Tratamiento de la Diarrea Aguda Infecciosa en Pediatría Perú-2011. Rev Gastroenterol Perú.2011;31(3):258-77.

Diagnóstico

Según la Guía de Práctica Clínica de pediatría peruana, por Carlos Gonzales y cols. No se debe solicitar exámenes de heces rutinariamente a todos los pacientes, ya que la mayoría de episodios se autolimita. La prueba de leucocitos fecales aislada, tiene un pobre valor diagnóstico y con respecto a la búsqueda microbiológica para el diagnóstico etiológico está indicada en las siguientes condiciones:

- Si hay sangre y/o moco en las heces

- Si el paciente tiene menos de 3 meses
- Si se sospecha de sepsis de origen gastrointestinal
- Si hay duda en el diagnostico etiológico de la enfermedad diarreica
- Si se sospecha de brote, por ejemplo en hospitales o guarderías; para identificar al germen y conocer la epidemiología
- Si es un niño inmunocomprometido
- Si la diarrea no ha mejorado a los 7 días o se considera que evoluciona desfavorablemente
- Si el niño estuvo en zonas endémicas de enfermedad diarreica aguda infecciosa

En el estudio de Nilton Yhuri y cols. “Leucocitos fecales en niños con diarrea aguda: ¿momento de reconsiderar la utilidad clínica de la prueba?”, muestra que de las casi dos mil muestras fecales, la mitad fueron positivas para uno o más enteropatógenos bacterianos. La sensibilidad (S), especificidad (E), y el cociente de probabilidad (CP) variaron para los diferentes umbrales:

- > 5 leucocitos por campo, S:93.2%, E: 21.9% y CP: 1.9%
- > 20 leucocitos por campo, S:88.4%, E: 34.8% y CP: 1.35%
- > 50 leucocitos por campo, S:74.9%, E: 56.7% y CP: 1.73%
- > 100 leucocitos por campo, S:60.7%, E: 71.9% y CP: 2.17%

Concluyendo que el rendimiento del examen es sub-óptimo y que continuar con su uso rutinario en la práctica clínica no parece estar justificado, ya que promueve el uso rutinario de antibióticos.

En “La Guía Peruana del Hospital Santa Rosa” hacen el diagnostico mediante su clasificación de acuerdo a la etiología que puede ser:

- Infecciosa: ocasionada por enteropatógenos, que lesionan el enterocito desde el lumen intestinal, la transmisión es fecal oral
- No infecciosa: mala absorción, tumorales, inflamatoria, medicamentosa, endocrinos

Según las características ya mencionadas siendo de tipo acuosa o disentéricas; por su duración: aguda, menor de 14 días o persistente, de 14 días a más y según el estado de hidratación. Siendo todos éstos, criterios epidemiológicos diagnósticos. A los cuales se le agregan los exámenes auxiliares como:

1. Reacción inflamatoria en heces: presencia de leucocitos fecales, que indica infección entero – invasiva
2. lactoferrina fecal, altamente sensible como marcador de polimorfonucleares (PMN)
3. Ph fecal de 5.5 o menos o sustancias reductoras (+), lo cual indica mal absorción de carbohidratos, secundaria a diarrea viral. Si es > o igual a 8 sugiere cólera.
4. Parasitológico en heces
5. Coprocultivo: solo si hay sospecha de cuadro entero – invasivo.

Manejo

La mayoría de los casos de gastroenteritis aguda en niños se autolimitan y no requieren el uso de medicaciones. La Terapia de Rehidratación Oral es recomendada por la Academia Americana de Pediatría, la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición (ESPGHN), y la Sociedad Europea de Enfermedades Infecciosas Pediátricas (ESPID) como tratamiento de primera línea en el tratamiento de niños con deshidratación leve a moderada causada por la diarrea.

Además la OMS reporta que la introducción de las soluciones de rehidratación oral (SRO) ha disminuido significativamente la morbilidad y mortalidad asociada a la

enfermedad diarreica aguda en todo el mundo. Asimismo, Gonzales C y cols. reportan que la terapia de rehidratación oral es el tratamiento de elección para niños con deshidratación leve a moderada secundaria a enfermedad diarreica aguda.

La Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas del Perú informa que en 1975, la OMS presentó por primera vez una SRO que, posteriormente, fue utilizado en todo el mundo durante más de 25 años. En el 2002 la OMS cambió la formulación de SRO a una de menor osmolaridad (245 mosmol / kg) con una menor concentración de glucosa (13,5 g / L [75 mmol / l]) y de sodio (75 meq / L) conservando una relación 1:1 molar de sodio y glucosa. Esta nueva fórmula sustituye a la original SRO, y es la única SRO utilizada a nivel mundial por la OMS.

Debido a la gran eficacia de la solución de SRO de osmolaridad reducida, especialmente en niños con diarrea aguda y no derivada del cólera, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el UNICEF recomiendan que los países produzcan y utilicen la siguiente fórmula para reemplazar la solución de SRO recomendada anteriormente:

SRO de osmolaridad reducida	g / litro
Cloruro de sodio	2,6
Glucosa	13,5
Cloruro de potasio	1,5
Citrato trisódico dihidratado	2,9
Peso total	20.5
SRO de osmolaridad reducida	mmol/litro
Sodio	75
Cloruro	65
Glucosa, anhidro	75
Potasio	20
Citrato	10
Osmolaridad total	245

La dosis de SRO en:

- Adultos: 200 a 400 ml de solución de rehidratación oral para cada deposición suelta.
- Niños: 200 ml para cada deposición suelta y para los infantes es 1 a 1,5 veces el volumen de su alimento usual.

En el Perú, a Marzo del 2010, existen 32 registros sanitarios vigentes de Sales de Rehidratación Oral en Solución. Sin embargo, sólo 02 de las formulaciones registradas se asemejan a la composición de SRO de osmolaridad reducida establecida por la OMS:

Nº R.S.	SRO en solución	Composición
7	Electrolal NF	Glucosa 25g/L Cloruro de calcio 0,20g/L Cloruro de magnesio 0,19g/L Cloruro de potasio 1,49g/L Cloruro de sodio 1g/L Lactato de sodio 3,14g/L
2	Electrolal pediátrico	Glucosa 25g/L Citrato de potasio 2,16g/L Citrato de sodio 0,98g/L Cloruro de sodio 2,05g/L
3	Rinfur	Dextrosa 25g/L Citrato de potasio 2,18g/L Citrato trisódico dihidratado 0,98g/L Cloruro de sodio 2,34g/L
1	Electrolal Hidrat-90	Glucosa 20g/L Cloruro de potasio 1,5g/L Lactato de sodio 3,4g/L Cloruro de sodio 3,5g/L
2	Pedialyte 45	Glucosa 22,75g/L Citrato de potasio 2,16g/L Citrato de sodio 0,98g/L Cloruro de sodio 2,05g/L
3	Frutiflex 50	Sacarosa 40g/L Citrato de sodio 2,9g/L Cloruro de sodio 1,2g/L Cloruro de potasio 1,5g/L
3	Hidrax	Dextrosa 13,5g/L Cloruro de potasio 1,5g /L Citrato de sodio dihidratado 2,9g/L Cloruro de sodio 2,6g/L
2	Solución Salvadora concentrado para diluir	Dextrosa 13,5g/L Cloruro de potasio 1,5g/L Citrato de sodio dihidratado 2,9g/L Cloruro de sodio 2,6g/L
		Glucosa 25g/L Cloruro de potasio 1,49 g/L Cloruro de sodio 1g/L Citrato de calcio dihidratado 0,2g/L

Uno de los motivos de fallo en la prevención de la deshidratación en niños con gastroenteritis es el rechazo de las SRO a causa del sabor. Díez Gandía y col realizaron un ensayo donde estimaron los sabores de las soluciones de rehidratación oral (SRO) que más gustan a los niños y analizaron la relación entre los gustos del niño y la elección de un determinado sabor de SRO. De los 116 niños incluidos en el estudio a 7 de ellos no le gustó ninguno de los sabores propuestos y de este grupo 5 prefirieron el sabor neutro en la SRO. El resto de niños que participó en el estudio prefirió un saborizante en la SRO.

- **MEDIDAS GENERALES:**

- Se recomienda continuar con la dieta usual para prevenir o limitar la deshidratación. Es más efectiva que las dietas restringidas o aquellas progresivas; la cual ha demostrado en varios estudios la disminución de la duración de las diarreas.
- No es necesario suspender la lactancia materna ya que la mayoría de personas no desarrollan intolerancia a la lactosa clínicamente importante
- Las sales de rehidratación oral deben de ser usadas en casa para reponer pérdidas. El cocimiento de arroz (panetela) también puede ser usado con este fin.
- Si el paciente presenta vómitos, sin signos de deshidratación puede ser manejado de manera ambulatoria, no necesariamente debe acudir a la Unidad

de Rehidratación Oral. Puede iniciar tolerando pequeñas raciones de alimentos y lo puede realizar en casa.

- **MANEJO AMBULATORIO DEL NIÑO CON DIARREA AGUDA PERO SIN DESHIDRATACIÓN**

PLAN “A”

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

2. Dar suficiente alimento para prevenir desnutrición:

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

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

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

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

- **MANEJO DEL PACIENTE CON DIARREA AGUDA Y DESHIDRATACIÓN**

PLAN “B”

1. Iniciar administrando SRO en un periodo de 4 horas de forma continua con taza o cuchara, 50-100 ml/Kg. de peso en 4 horas
2. Evaluar c/2h. Después de 4h de tratamiento si no hay signos de deshidratación pasar al Plan A. Si continua con deshidratación repetir el Plan B por 2 horas.
Si cambio a deshidratación severa pasar al Plan C

- **MANEJO DEL NIÑO CON DIARREA Y DESHIDRATACIÓN GRAVE**

- **PLAN “C”**

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

- **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

Granado-Villar y cols. reportan que los antibióticos no están indicados en casos de episodios diarreicos agudos: viral o no complicadas y actualmente podrían causar daño. Tratar gastroenteritis debido a E. Coli productora de toxina Shiga con antibióticos podría

incrementar el riesgo de síndrome urémico hemolítico. El uso de antibióticos está reservado para el tratamiento de enteritis complicada por septicemia y en casos de cólera, shigelosis, amebiasis, giardiasis, y fiebre entérica

Así mismo, la guía peruana del Hospital Santa Rosa sugiere que no hay necesidad de antidiarreicos, antieméticos, caolín y pectina, fibra, es más, podrían complicar el manejo del cuadro agudo.

Hospitalización

En cuanto a los criterios para hospitalizar, Guarino A y cols reportan: “shock, deshidratación severa (>9% del peso corporal), alteraciones neurológicas (letargia, convulsiones, etc), vómitos biliosos o refractarios, falla en la rehidratación oral, sospecha de condición quirúrgica, no se cumplen las condiciones para un seguimiento seguro y manejo en el hogar” 15. Además Granados-Villar D y cols, agregan que las indicaciones clínicas para el manejo de 28 la gastroenteritis aguda en un hospital son descritos en los siguientes escenarios: < 1 año de edad, irritabilidad, letargia, o un diagnóstico incierto que puede requerir observación; enfermedades de base que pueden complicar el curso de la enfermedad; falla en el tratamiento de SRO.

Prevención

La OMS recalca que entre las medidas clave para prevenir las enfermedades diarreicas considerar lo siguiente:

- el acceso a fuentes inocuas de agua de consumo;
- uso de servicios de saneamiento mejorados;
- lavado de manos con jabón;
- lactancia exclusivamente materna durante los primeros seis meses de vida;
- una higiene personal y alimentaria correctas;
- la educación sobre salud y sobre los modos de transmisión de las infecciones;

- la vacunación contra rotavirus

A su vez, Gonzales C y cols reportan que el lavado de manos, la mejora en la calidad del agua y otras medidas higiénicas, deben ser aconsejados a los padres para evitar la enfermedad diarreica aguda. La vacunación contra el rotavirus está aconsejada en los lactantes. Se debe recomendar alimentar con lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida, evitar el uso de biberones, mejorar las prácticas de manipulación de los alimentos y desechar las excretas de manera apropiada.

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1 DISEÑO DE ESTUDIO: TIPO DE ESTUDIO

Observacional - Transversal – Prospectivo – Descriptivo

3.2 POBLACION DE ESTUDIO, SELECCIÓN Y TAMAÑO DE MUESTRA

3.2.1 POBLACIÓN

La población está constituida por los pacientes pediátricos atendidos de forma ambulatoria, de ambos sexos, en la Unidad de Rehidratación Oral del Hospital Nacional Hipólito Unanue en los meses de Enero a Marzo en el año 2015, Lima – Perú. La población de 312 pacientes.

3.2.2 UNIDAD DE ANÁLISIS

Está constituida por cada paciente en edad pediátrica de la Unidad de Rehidratación Oral del Hospital Hipólito Unanue.

3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes atendidos en la Unidad de Rehidratación Oral
- Pacientes con diarrea de inicio reciente y no causado por enfermedad crónica
- Pacientes atendidos de Enero - Marzo en el año 2015
- Pacientes en edad pediátrica (30días a 14años)
- Pacientes de ambos sexos
- Pacientes con enfermedad diarreica menor de 7 días y no más de 14 días

3.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con enfermedad diarreica mayor o igual a 14 días
- Pacientes con apariencia tóxica o que requieran cuidados intensivos
- Pacientes con enfermedad diarreica de etiología genética
- Pacientes con enfermedad crónica
- Pacientes con enfermedades diagnosticadas previamente incluyendo inmunodeficiencias o aquellas que afectan aparatos o sistemas mayores
- Pacientes con vómitos no acompañados de diarrea, y/o vómitos acompañados por enfermedades metabólicas crónicas
- Pacientes menor de 30 días, o mayor de 14 años

3.4 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se utilizará las fichas de atención basadas según el plan de atención en la Unidad de Rehidratación Oral del Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

3.5 INSTRUMENTOS A UTILIZAR Y MÉTODOS PARA EL CONTROL DE LA CALIDAD DE DATOS

Fichas de atención registradas según el plan de atención (Plan A, Plan B) del servicio de Pediatría de la Unidad de Rehidratación Oral del Hospital Nacional Hipólito Unanue, cuya elaboración y validación fue dada por el Ministerio de Salud.

3.6 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS EN LA INVESTIGACION

Se lleva a cabo el presente proyecto de investigación gracias a la participación de investigadores capacitados, distribuidos en equipos que se encargan del planeamiento, diseño, elaboración, recolección, procesamiento de los datos e interpretación de las mismas. Así mismo con el total financiamiento de toda la investigación.

Dicho proyecto será ejecutado en el tiempo necesario de acuerdo al cronograma establecido y así, para la culminación satisfactoria del mismo.

Se procederá hacer coordinaciones con el comité de ética y con el Jefe de Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Hipólito Unanue, para poder acceder a las fichas de atención donde se registran las atenciones de los niños tratados en la Unidad de Rehidratación Oral, además se guardará confidencialidad de esta información.

3.7 Análisis de resultados

3.7.1 Métodos de análisis de datos según tipo de variables

- Se utilizará el programa de SPSS.23 y se determinará las medidas de confiabilidad.

3.7.2 Programas a utilizar para análisis de datos

- Programa SPSS.23

RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Tabla N°1

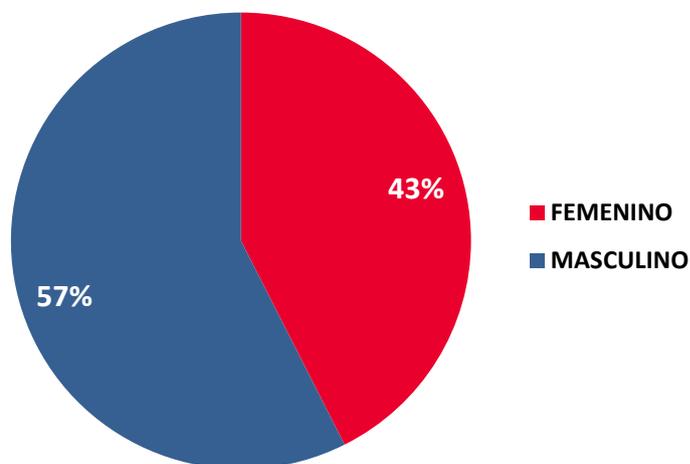
Sexo de los Pacientes

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	146	42.6%
Masculino	197	57.4%
Total	343	100%

n= 343

Gráfico N°1

Sexo de los Pacientes



- En la tabla 1 podemos observar que el 57.4% de los pacientes son de sexo masculino. Se halló entonces en el estudio que la mayor parte de la muestra estudiada fue de sexo masculino.

Tabla N° 2

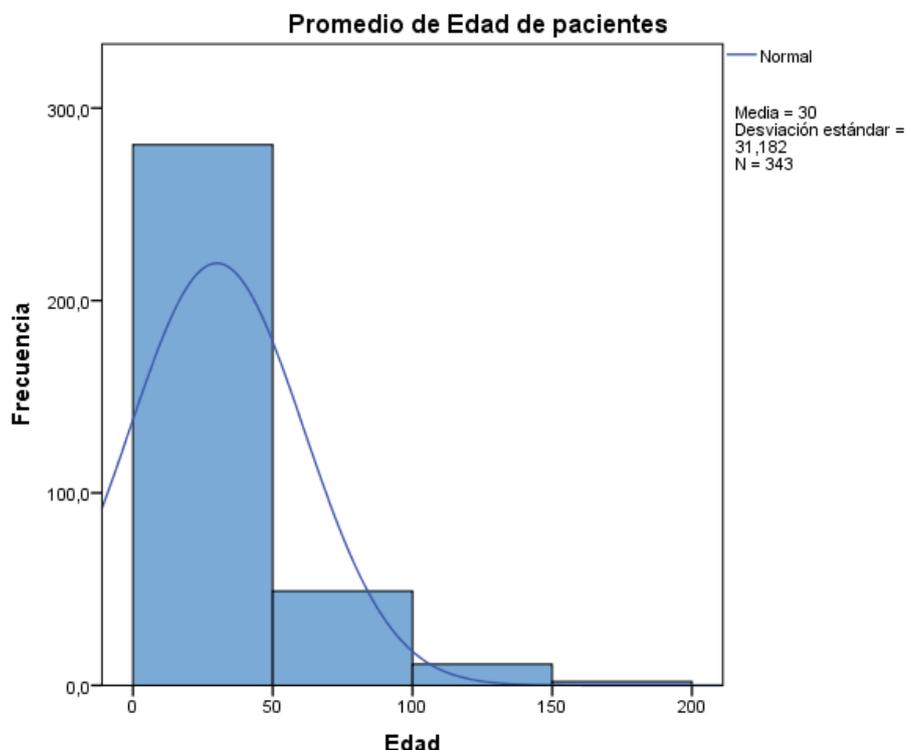
Promedio de Edad de Pacientes

Promedio de edad (meses) de Pacientes	
Media	30meses
Mediana	17meses
Desviación típica	31.18meses
Mínimo	2meses
Máximo	168meses

n: 343

Gráfico N° 2

Promedio de Edad de Pacientes



- En la tabla 2 podemos apreciar que la edad promedio de los pacientes es de 30 meses (2años y 6meses) con una desviación estándar de 31.182 meses, siendo la menor edad la de 2 meses y la de mayor edad de 168 meses (14años). Esto se asemeja a la edad encontrada por ejemplo en establecimientos de ESSALUD como el Hospital Grau en el estudio realizado por Miranda-Calendaro J. y cols., quienes encontraron que casi la mitad de la población estudiada tuvieron entre 1 a 5 años. Así mismo hallándose este rango de edad dentro del grupo etario más afectado por la Enfermedad Diarreica Aguda según la OMS.

Tabla N° 3

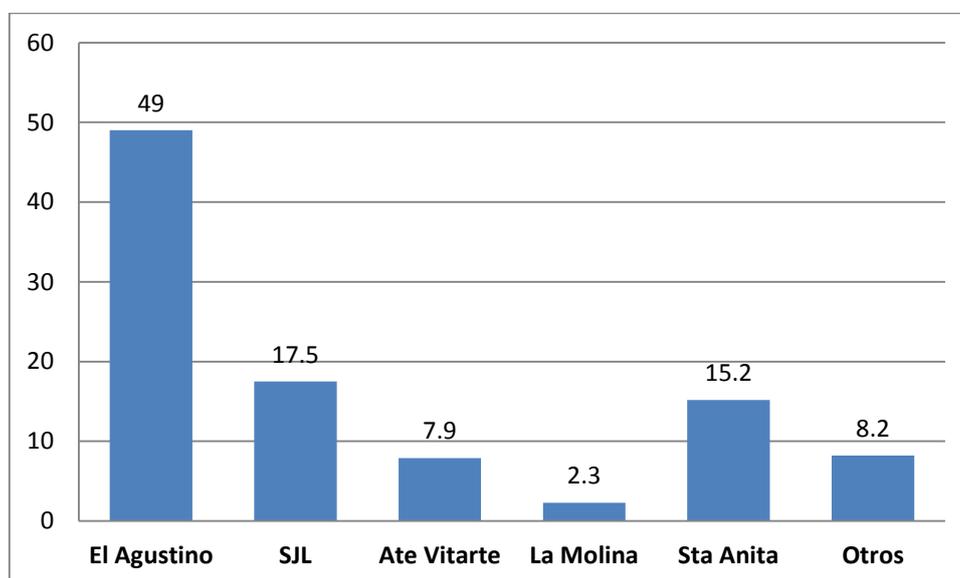
Procedencia de Pacientes

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
El Agustino	168	49%
SJL	60	17.5%
Ate Vitarte	27	7.9%
La Molina	8	2.3%
Sta Anita	52	15.2%
Otros	28	8.2%
Total	343	100%

n: 343

Gráfico N° 3

Procedencia de Pacientes



- En la tabla 3 se observa que la mayoría de pacientes provienen de El Agustino siendo un 49%, de San Juan de Lurigancho un 17.5% y Santa Anita en un 15.2% ya que son los distritos que se encuentran dentro de la jurisdicción del Hospital Nacional Hipolito Unanue.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	329	95.9%
No	14	4.1%
Total	343	100%

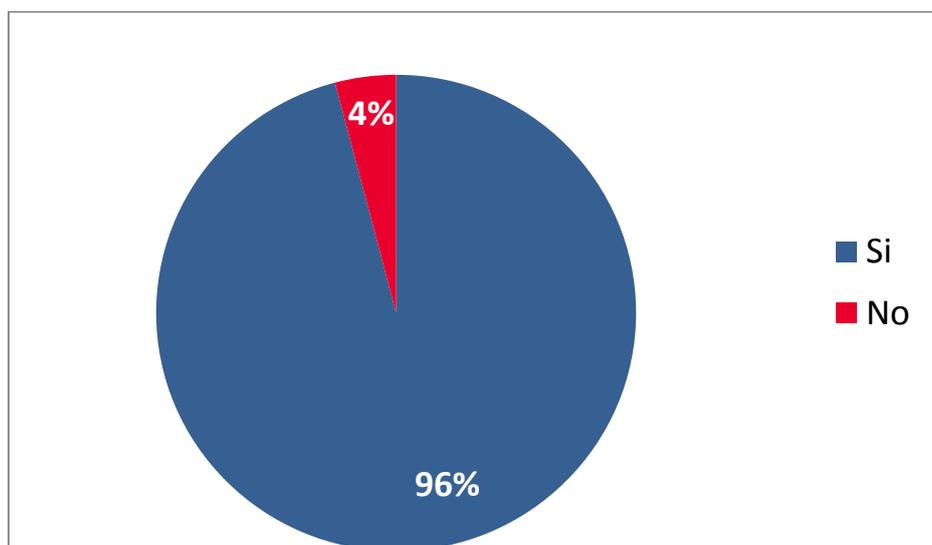
Tabla N° 4

Prevalencia de enfermedad Diarreica Aguda

n: 343

Gráfico N° 4

Prevalencia de enfermedad Diarreica Aguda



- En la tabla 4 se observa que un 95.9% de los pacientes atendidos en la Unidad de Rehidratación Oral del Servicio de Pediatría presentó enfermedad diarreica aguda. Es decir, que ingresa dentro de la definición de Enfermedad Diarreica Aguda dada por la OMS, deposiciones 3 o más veces al día o una frecuencia mayor que la normal del paciente de heces sueltas o líquidas. Así mismo

Gonzales y cols. En la Guía de Práctica Clínica sobre el Diagnóstico y el tratamiento de la Diarrea Aguda Infecciosa en el Perú – 2011, definiendo diarrea aguda como una disminución en la consistencia de las deposiciones (blandas o líquidas) y/o aumento en la frecuencia de las mismas.

Tabla N° 5

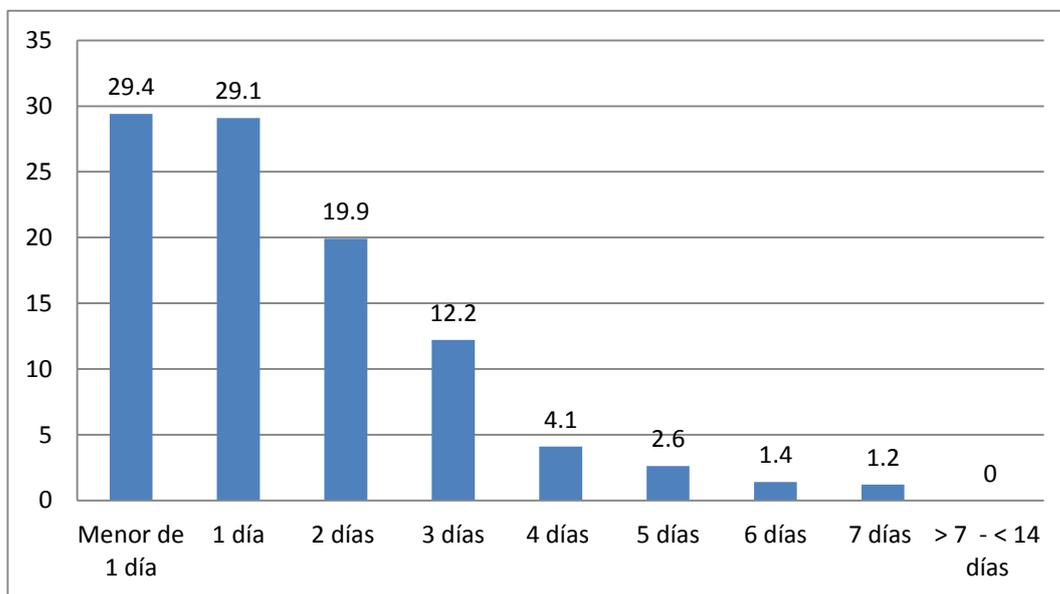
Duración de la Enfermedad Diarreica Aguda

	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 1 día	101	29.4%
1 día	100	29.1%
2 días	68	19.9%
3 días	42	12.2%
4 días	14	4.1%
5 días	9	2.6%
6 días	5	1.4%
7 días	4	1.2%
> 7 - < 14 días	0	0%
Total	343	100%

n: 343

Gráfico N° 5

Duración de la Enfermedad Diarreica Aguda



- En la tabla 5 se observa que un 29.4% de los pacientes presento episodios de Enfermedad diarreica menor a 1 día, 29.1% de duración de un día, 19.9% de 2 días, 12.2% de 3 días, 4.1% de 4 días, 2.6% de 5 días, 1.4% de 6 días, 1.2% de 7 días y 0% de duración de > 7 - < 14 días. Es decir el 100% de pacientes estudiados presentaron episodios agudos de enfermedad diarreica.

Tabla N°6

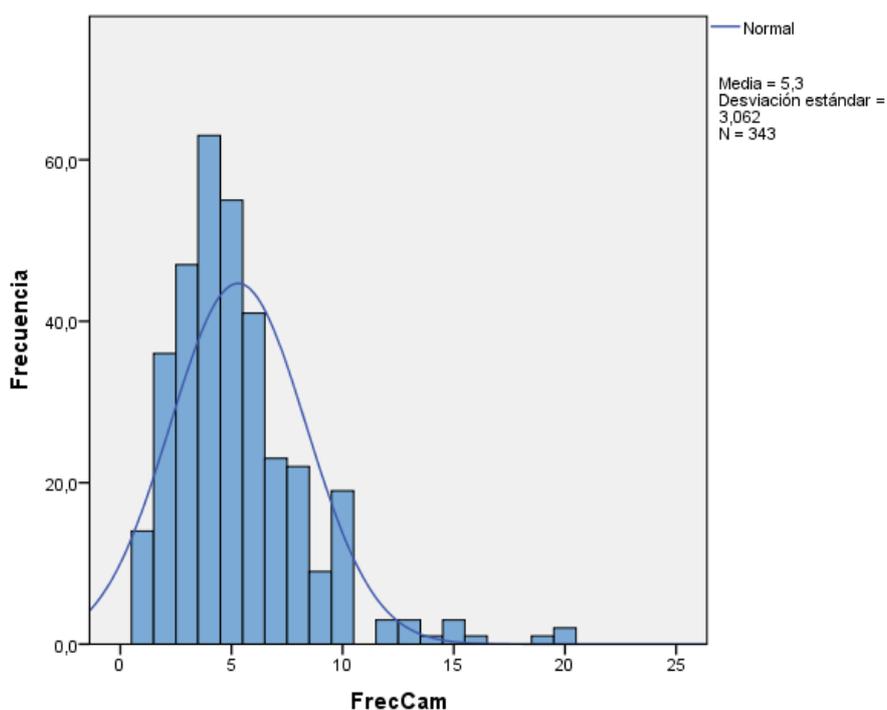
Frecuencia de Cámaras Diarreicas

Frecuencia de cámaras diarreicas	
Media	5.3cam/día
Mediana	5cam
Mínimo	1cam/día
Máximo	20cam/día

n: 343

Gráfico N° 6

Frecuencia de Cámaras Diarreicas



- En la tabla 6 se evidenció que la media de frecuencia de cámaras diarreicas es de 5,3 cámaras al día, presentándose con un mínimo de 1 cámara al día y un máximo de 20 cámaras al día. Es decir que casi la totalidad de los pacientes estudiados presento uno de los criterios para enfermedad diarreica aguda como

lo es, 3 a más deposiciones al día con alteración en la consistencia o una frecuencia mayor de lo normal según el paciente. Así lo definió la OMS.

Tabla N° 7

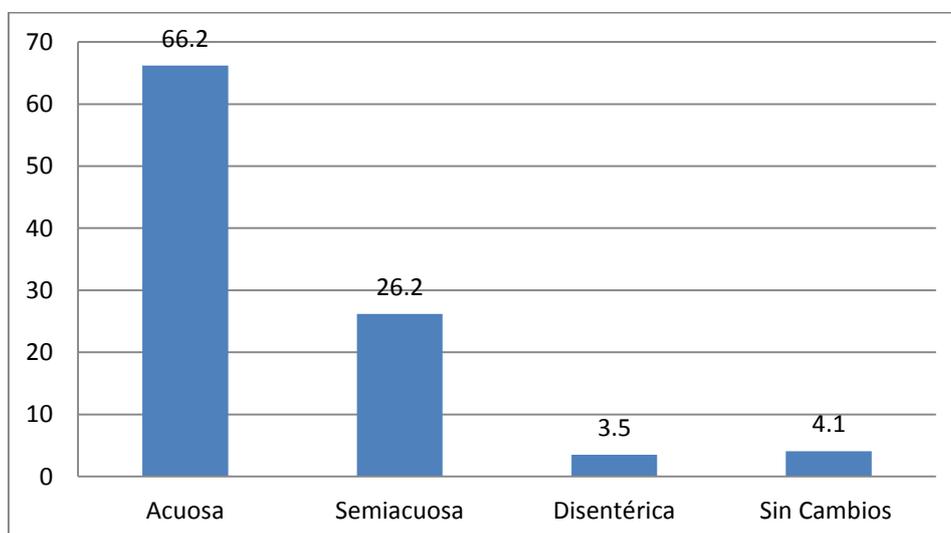
Tipo de Diarrea

	Frecuencia	Porcentaje
Acuosa	227	66.2%
Semiacuosa	90	26.2%
Disentérica	12	3.5%
Sin Cambios	14	4.1%
Total	343	100%

n: 343

Gráfico N° 7

Tipo de Diarrea



- En la tabla 7 se halló que más de la mitad de la población estudiada, un 66.2%, presentó un evento diarreico de tipo Acuoso, seguido de 26.2% de tipo Semiacuosa, 3.5% de tipo disentérico y un 4.1% sin cambios en la consistencia quienes no cumplían criterio para enfermedad diarreica aguda. Esto podría deberse a que la principal etiología de enfermedad diarreica infantil es principalmente de origen viral según Granado – Villar y cols. en su estudio “Acute gastroenteritis - 2011” produciendo un episodio diarreico de tipo acuoso, a su vez el presente estudio se realizó en los meses de Enero – Marzo siendo meses pertenecientes a la estación de verano, en donde según la OMS la etiología más frecuente de episodios diarreicos agudos es la bacteriana. Así mismo Ochoa y cols. En un estudio realizado en Perú hallaron que los diversos tipos del agente E. Coli son la principal causa de enfermedad diarreica aguda presentando a su vez episodios diarreicos de tipo acuoso.

Tabla N° 8

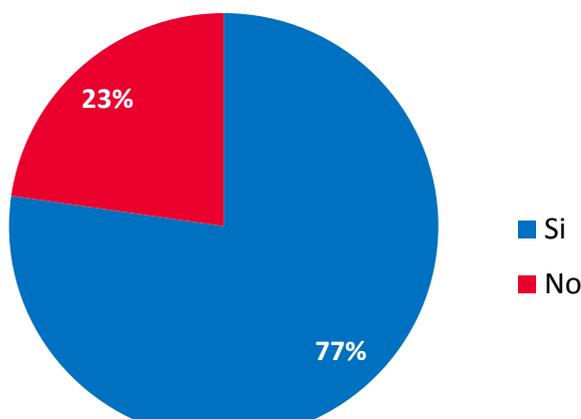
Uso de reposición de Líquidos de Rehidratación Oral

	Frecuencia	Porcentaje
Si	265	77.2%
No	78	22.7%
Total	343	100%

n: 343

Gráfico N° 8

Uso de reposición de Líquidos de Rehidratación Oral



- En la tabla 8 se observa que en un 77% de los pacientes estudiados se hizo uso de líquidos de rehidratación oral, es decir que las madres tenían conocimiento básicos de la reposición de líquidos en los episodios diarreicos. En el estudio de Valerio-Cristóbal M. realizado en la Unidad de Rehidratación Oral (URO) del Instituto Nacional de Salud del Niño (ISN), Lima, Perú, se evidenció que el 67% de las madres de manera general reconocía la importancia de administración de las SRO, suero casero y panetela, lo que no difiere mucho de nuestro estudio. También se halló que el 16% de las madres en general sabían que se debe dar líquidos inmediatamente después de cada deposición líquida.

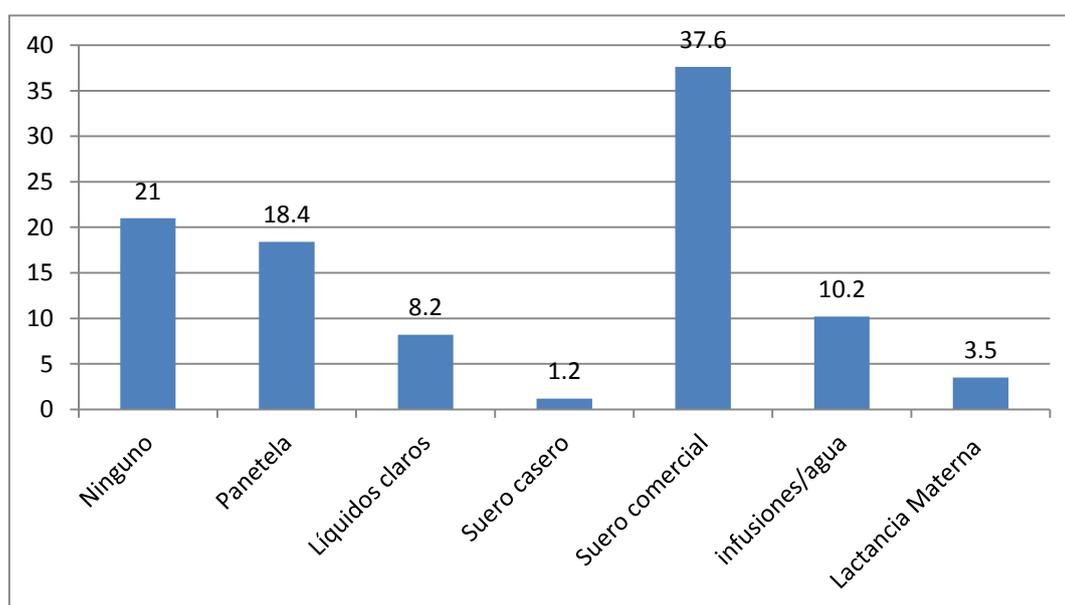
Tabla N° 9

Tipos de Líquidos de Rehidratación Oral

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	72	21%
Panetela	63	18.4%
Líquidos claros	28	8.2%
Suero casero	4	1.2%
Suero comercial	129	37.6%
infusiones/agua	35	10.2%
Lactancia Materna	12	3.5%
Total	343	100%

Gráfico N° 9

Tipos de Líquidos de Rehidratación Oral



- En la tabla 9 se evidenció que en un 37.6% de los pacientes se utilizó suero comercial como tipo de Líquido de Rehidratación Oral para la reposición de las pérdidas en el episodio diarreico, un 18.4% panetela, 10.2% infusiones/agua, 8.2% líquidos claros, 3.5% no suspendió la lactancia materna y sólo un 1.2% preparó y dio suero casero. Esto se asemeja a lo hallado en el estudio por Valerio-Cristóbal M. realizado en la Unidad de Rehidratación Oral (URO) del Instituto Nacional de Salud del Niño (ISN), Lima, Perú, en donde el 40,1% de las madres ofrecieron infusiones/agua, 23,4% dieron suero comercial pediátrico (Electoral y Frutiflex), 20,9% dieron panetela y en menor proporción suero de

rehidratación oral, suero casero y “gatorade”. Solamente una madre preparó y dio suero casero.

Tabla N°10

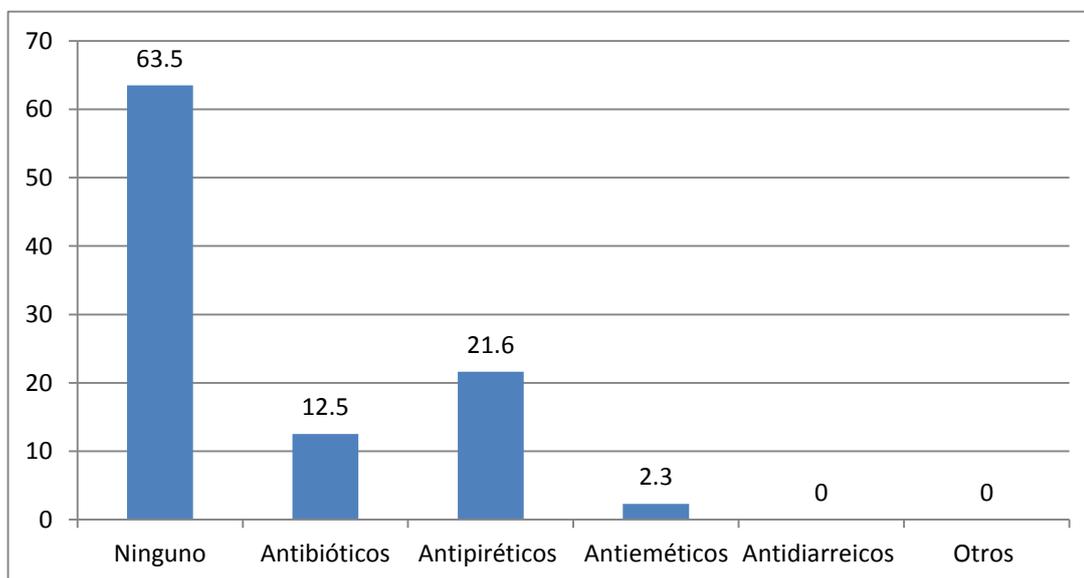
Uso de Medicamentos

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	218	63.5%
Antibióticos	43	12.5%
Antipiréticos	74	21.6%
Antiheméticos	8	2.3%
Antidiarreicos	0	0%
Otros	0	0%
Total	343	100%

n:343

Gráfico N° 10

Uso de Medicamentos



- En la tabla 10 se halló que un 63.5% no utilizó ningún medicamento, seguido de un 21.6% que utilizó antipiréticos, 12.5% antibióticos y 2.3% antieméticos. No se evidenció uso de antidiarreicos u otros medicamentos. Lo hallado en nuestro estudio difiere de los hallazgos en el estudio realizado por Alarco J. y cols. en una población de extrema pobreza en Ica en donde el 23.2% de las madres darían antibióticos ante un episodio de enfermedad diarreica. Así también en el estudio realizado por Miranca – Calendario J. y cols. “Manejo de la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en niños en el Hospital Grau Essalud” el 22% de los pacientes recibió automedicación antibiótica. Esto podría explicarse a que ante el episodio diarreico la primera medida a tomar es la reposición de líquidos antes que la automedicación.

Tabla N° 11

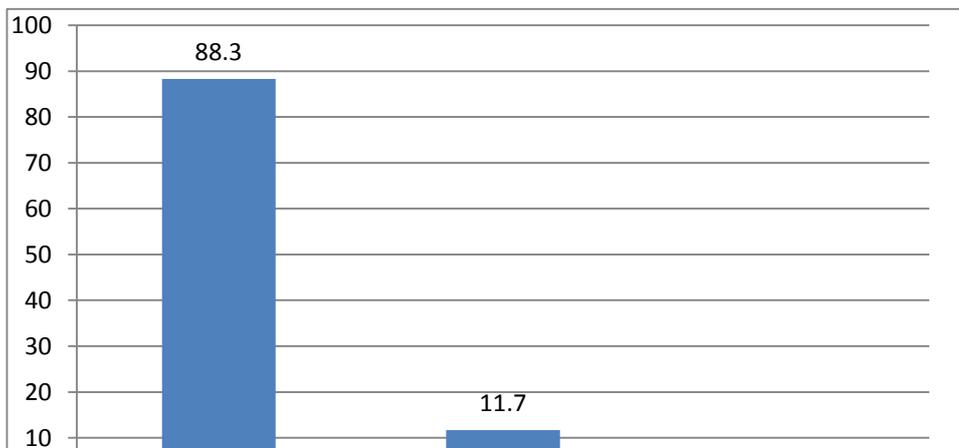
Estado de Conciencia

	Frecuencia	Porcentaje
Alerta	303	88.3%
Irritable/ intranquilo	40	11.7%
letárgico/comatoso	0	0%
Total	343	100%

n:343

Gráfico N° 11

Estado de Conciencia



- En la tabla 11 se evidencia que el 88.3% de los pacientes al exámen físico se encontraron alerta, y sólo un 11.7% irritable/ intranquilo. No se evidenció pacientes en estado letárgico/comatoso.

Tabla N° 12

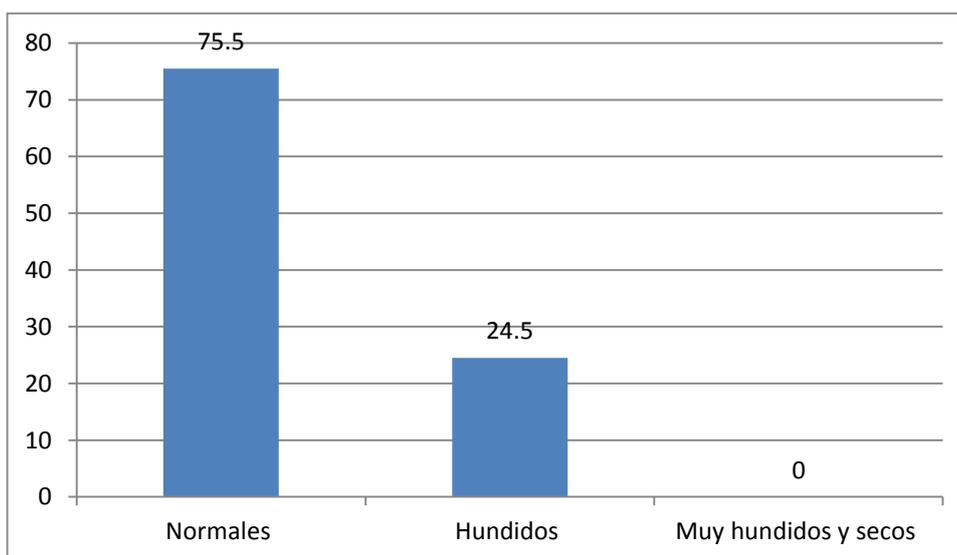
Características de Ojos

	Frecuencia	Porcentaje
Normales	259	75.5%
Hundidos	84	24.5%
Muy hundidos y secos	0	0%
Total	343	100%

n:343

Gráfico N° 12

Características de Ojos



- En la tabla 12 se evidenció que el 75.5% de pacientes al exámen físico tuvieron características de los ojos normales, y un 24.5% y 24.5% con características de ojos hundidos debido al episodio diarreico. No se evidenció paciente con ojos muy hundidos y secos.

Tabla N° 13

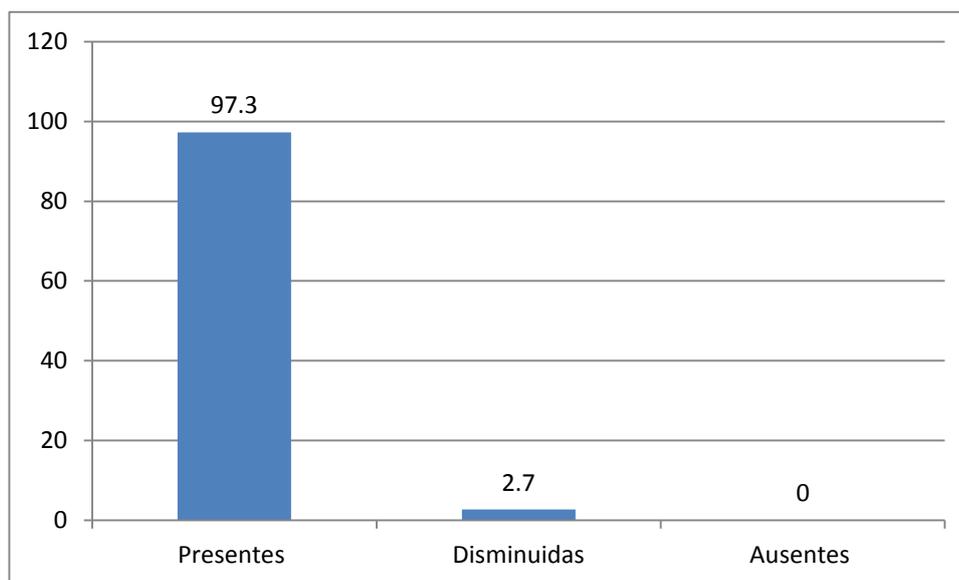
Presencia de lágrimas

	Frecuencia	Porcentaje
Presentes	334	97.3%
Disminuidas	9	2.7%
Ausentes	0	0%
Total	343	100%

n:343

Gráfico N° 13

Presencia de lágrimas



- En la tabla 13 se observó que el 97.3% de los pacientes estudiados tuvieron lágrimas presentes y sólo un 2.7% con lágrimas disminuidas debido a la deshidratación que presentaban.

Tabla N° 14

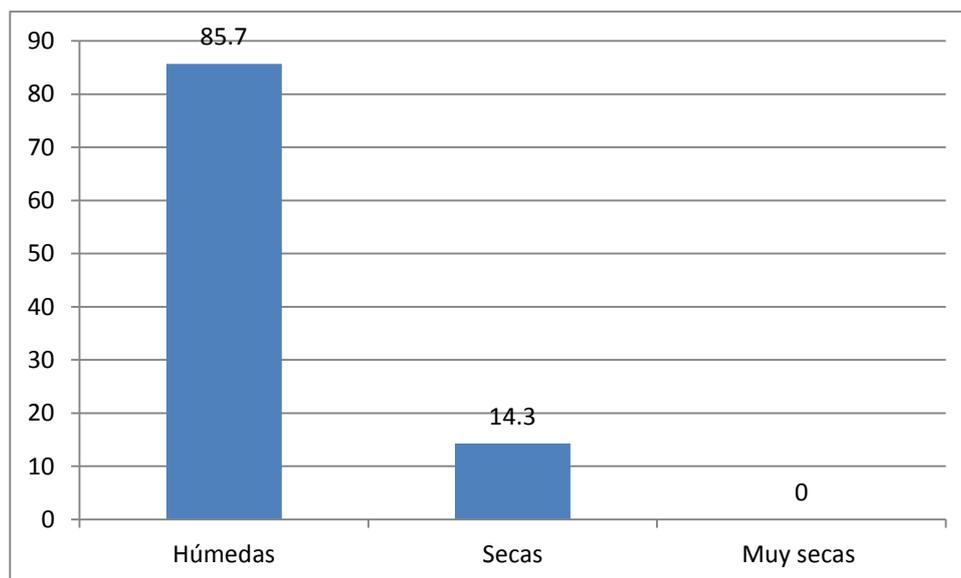
Característica de la Mucosa Oral

	Frecuencia	Porcentaje
Húmedas	294	85.7%
Secas	49	14.3%
Muy secas	0	0%
Total	343	100%

n:343

Gráfico N° 14

Característica de la Mucosa Oral



- En la tabla 14 se evidenció que el 85.7% de pacientes tuvo característica de la mucosa oral húmedas, es decir dentro de las características normales. Y un

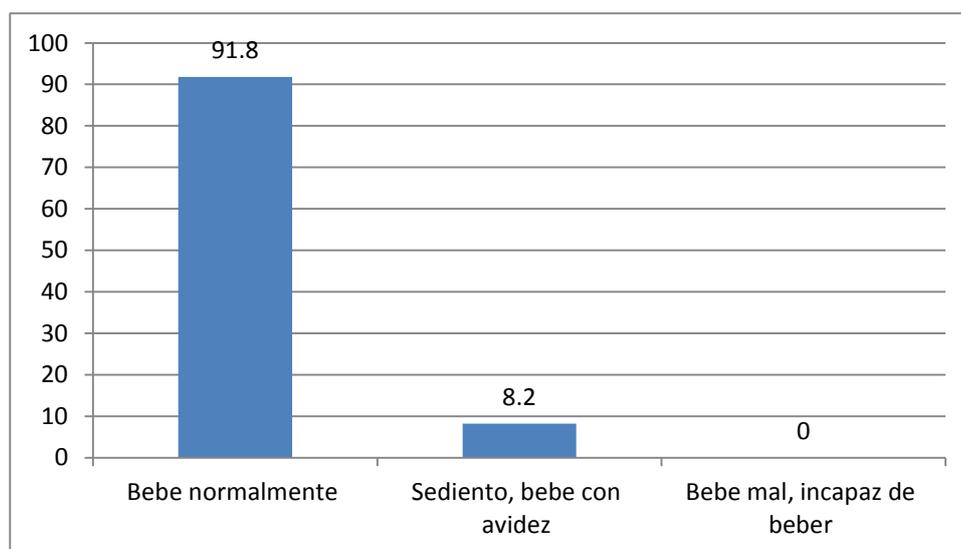
14.3% con mucosa oral seca debido al episodio diarreico. Y ningún paciente con características de mucosa oral muy secas.

Tabla N° 15
Característica de la Sed

	Frecuencia	Porcentaje
Bebe normalmente	315	91.8%
Sediento, bebe con avidez	28	8.2%
Bebe mal, incapaz de beber	0	0%
Total	343	100%

n: 343

Gráfico N° 15
Característica de la Sed



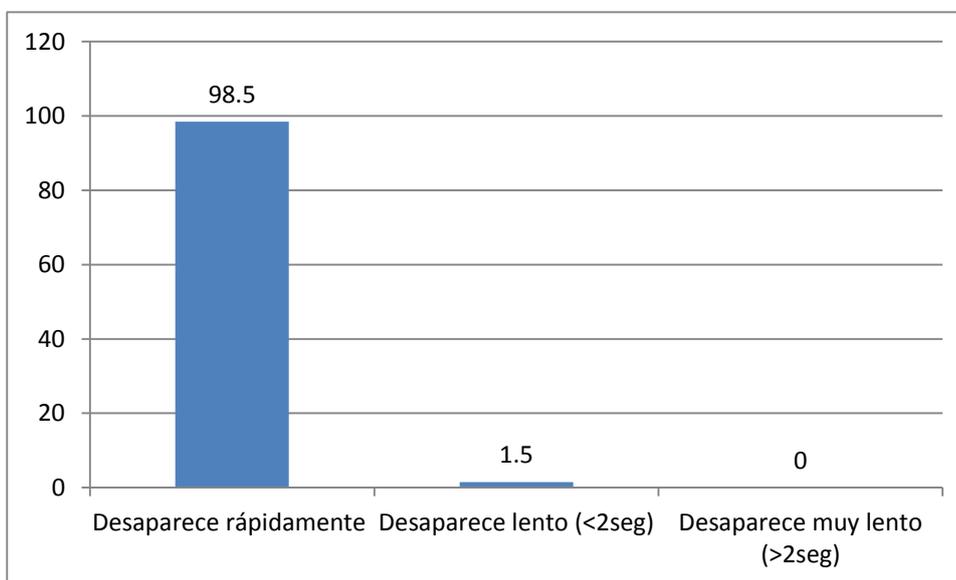
- En la tabla 15 se evidencia que el 91.8% de los pacientes estudiados bebía normalmente los líquidos, y un 8,2% se presentó sediento, bebía con avidez. Ningún paciente presento características de beber mal o incapacidad para beber.

Tabla N° 16
Signo del Pliegue

	Frecuencia	Porcentaje
Desaparece rápidamente	338	98.5%
Desaparece lento (<2seg)	5	1.5%
Desaparece muy lento (>2seg)	0	0%
Total	343	100%

n: 343

Gráfico N° 16
Signo del Pliegue



- En la tabla 16 se evidenció que casi en la totalidad de pacientes estudiados, es decir un 98.5% presentó signo del pliegue que desaparecía rápidamente, y sólo un 1.5% presentó signo del pliegue que desaparecía lento pero menor de 2

segundos. Ningún paciente presento signo del pliegue que desaparecía muy lento, mayor de 2 segundos.

Tabla N° 17

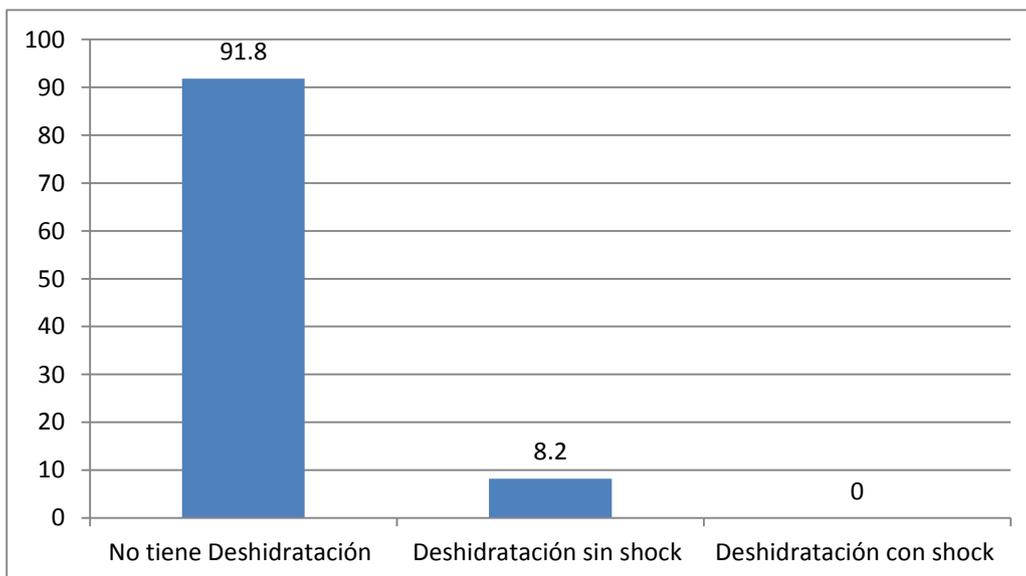
Tipo de Deshidratación

	Frecuencia	Porcentaje
No tiene Deshidratación	315	91.8%
Deshidratación sin shock	28	8.1%
Deshidratación con shock	0	0%
Total	343	100

n: 343

Gráfico N° 17

Tipo de Deshidratación



- En la tabla 17 se evidencia que el 91.8% de los pacientes no presentó deshidratación, sin embargo, un 8.1% si presentó deshidratación pero sin signos

de shock. No se evidencio algún paciente con deshidratación con signos de shock.

Tabla N° 18

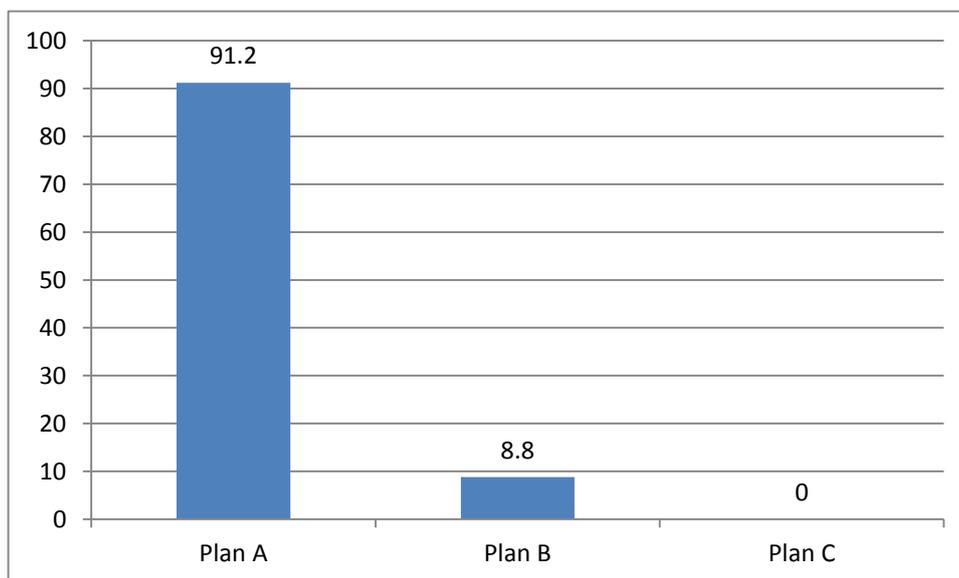
Tipo de Plan de Atención

	Frecuencia	Porcentaje
Plan A	313	91.2%
Plan B	30	8.8%
Plan C	0	0%
Total	343	100%

n: 343

Gráfico N° 18

Tipo de Plan de Atención



- En la tabla 18 se evidenció que el 91.2% de los pacientes estudiados necesitó como plan de atención, Plan A el cual consistía en aumento de ingesta de líquidos adecuados para prevenir la deshidratación en la Unidad de

Rehidratación Oral en un tiempo de 2 horas. Y un 8.8% requirió de Plan B, es decir rehidratación con SRO en un periodo de 4 horas a dosis de 50-100ml/kg. Ningún paciente requirió la necesidad de Plan C de inicio.

Tabla N° 19

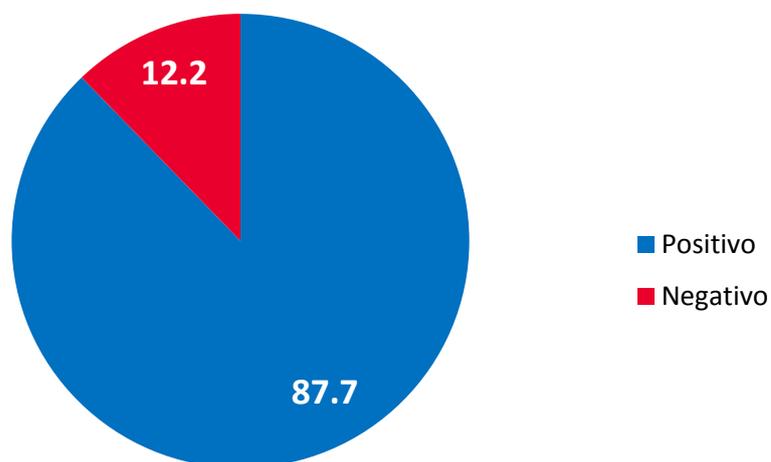
Balance Hidroelectrolítico

	Frecuencia	Porcentaje
Positivo	301	87.7%
Negativo	42	12.2%
Total	343	100%

n: 343

Gráfico N° 19

Balance Hidroelectrolítico



- En la tabla 19 se observa que un 87.7% de pacientes mientras se encontraban en la Unidad de Rehidratación Oral bajo los planes de atención de cada paciente al término del tratamiento obtuvieron un Balance hídrico positivo. Y sólo un

12.2% presentó un Balance hídrico negativo que se puede deber a que presentó insuficientes ingresos o un aumento de pérdidas, en este caso un flujo de heces aumentado o persistente a pesar de la reposición de líquidos.

Tabla N° 20

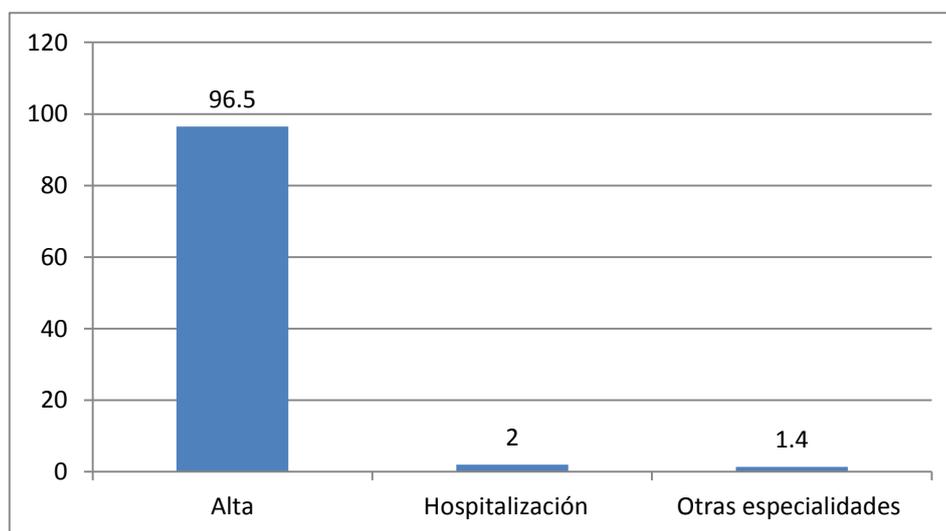
Destino Posterior

	Frecuencia	Porcentaje
Alta	331	96.5%
Hospitalización	7	2%
Otras especialidades	5	1.4%
Total	343	100%

n: 343

Gráfico N° 20

Destino Posterior



- En la tabla 20 se evidenció que un 96.5% de pacientes el destino posterior que tuvieron fue el Alta con indicaciones médicas, es decir que respondieron al plan de atención dado en la Unidad de Rehidratación Oral. Sin embargo, un 2% tuvo

como destino posterior la Hospitalización que se pudo deber a una mala respuesta a la rehidratación oral, o debido a que las pérdidas fueron más que los ingresos, o para estudio de la etiología de la enfermedad diarreica aguda ante la sospecha de enfermedad crónica de fondo o ante la duda diagnóstica.

Tabla N° 21

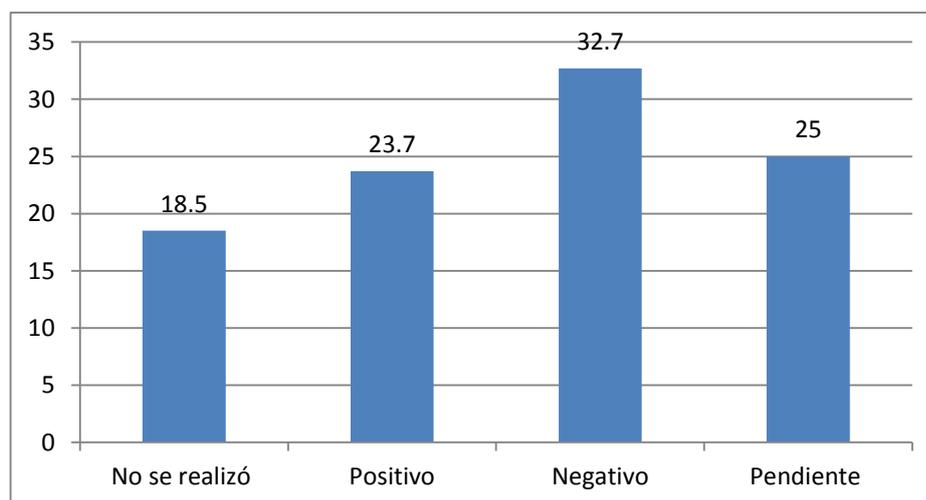
Reacción Inflamatoria en Heces

	Frecuencia	Porcentaje
No se realizó	63	18.5%
Positivo	81	23.7%
Negativo	112	32.7%
Pendiente	86	25%
Total	343	100%

n: 343

Gráfico N° 21

Reacción Inflamatoria en Heces



- En la tabla 21 se evidenció que un 32.7% obtuvo examen de reacción inflamatoria en heces negativo, seguido de un 25% en pacientes quien quedo el examen pendiente debido a que no realizaron deposiciones en su estancia en la Unidad de Rehidratación Oral, un 23.7% de los pacientes estudiados con

resultado positivo, y un 18.5% de pacientes en quienes no se realizó el pedido del examen ya que no eran tributarios al examen o ya que se evidenció pacientes que no contaban con Seguro Integral de Salud y no podrían realizar el pago para el examen o por deficiencia de reactivo para el examen por parte del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Tabla N° 22

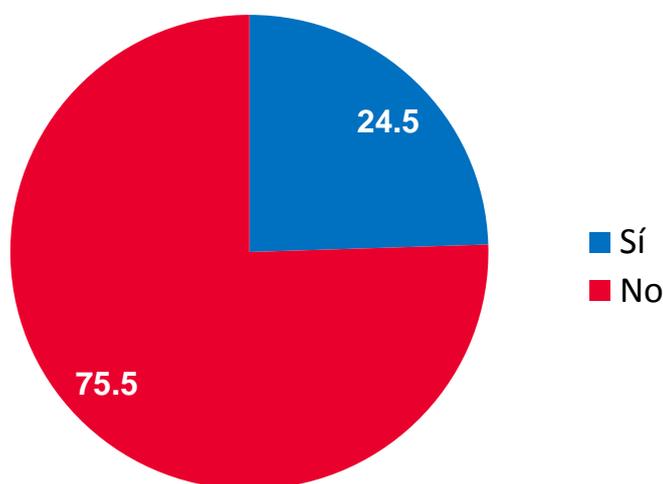
Antibióticos al Alta Hospitalaria

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	81	24.5%
No	259	75.5%
Total	343	100%

n: 343

Gráfico N° 22

Antibióticos al Alta Hospitalaria



- En la tabla 22 se evidencia que un 75.5% de los pacientes estudiados no recibió antibióticos al alta hospitalaria, esto puede deberse a que no cumplieron criterios para medicación específica. Sin embargo, un 24.5% de la población estudiada, sí recibió tratamiento antibiótico de forma empírica al alta hospitalaria por

presentar una reacción inflamatoria en heces positiva, basándose en que la principal causa de enfermedad diarreica aguda infecciosa es la bacteriana. Así lo reporta el estudio realizado por Ochoa y cols. quienes reportan que el agente E. Coli es la principal causa de diarrea en niños, sobretodo en estación de verano.

Tabla N° 23

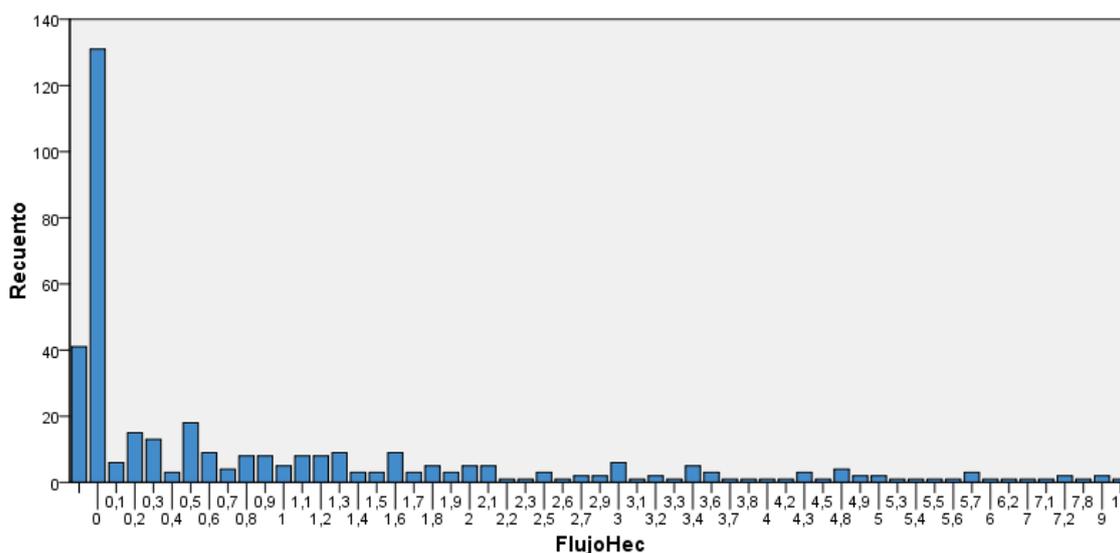
Flujo de Heces

Media	1.2cc/kg/hr
Mediana	0.5 cc/kg/hr
Mínimo	0 cc/kg/hr
Máximo	14 cc/kg/hr

n: 343

Gráfico N° 23

Flujo de Heces



- En la tabla 23 se evidencia que la media de flujo en heces que presentaron los pacientes fue de 1.2ml/kg/hora, siendo el mínimo flujo de heces de 0ml/kg/hora y el máximo flujo de heces de 14ml/kg/hora en un solo paciente.

Tabla N° 24

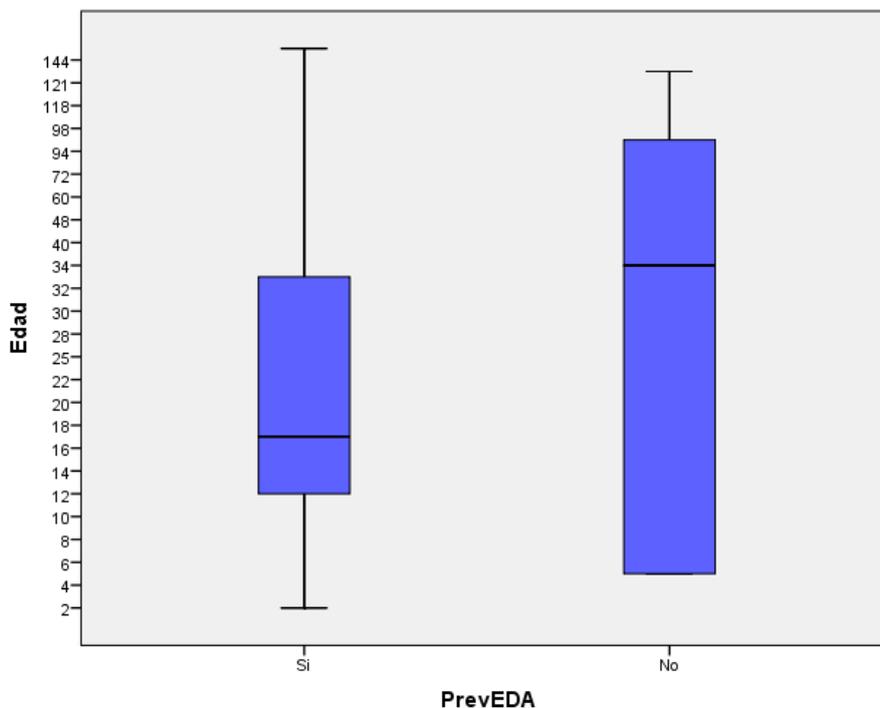
Prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda según la edad

	Prevalencia de EDA	N	Media	Desviación típ.
Promedio de Edad de pacientes	Si	329	29.3m	30.4m
	No	14	52.30m	46.8m

n: 343

Gráfico N° 24

Prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda según la edad



- En la tabla 24 se aprecia que de los estudiantes que presentaron enfermedad diarreica aguda, la media es de 29.3 meses (aprox 2 años y 6m) y en los que no

presentaron enfermedad diarreica aguda la media fue de 52.3 meses (4 años y 4 meses). Se evidencia por lo tanto que de la población estudiada los que presentaron enfermedad diarreica aguda son menores de 5 años. Así mismo en “El Boletín de Determinantes Sociales de Salud dado por el Ministerio de Salud”. La ENDES nos muestra que la prevalencia de EDA en menores de 5 años para el 2013 fue de 10.9%, tres puntos porcentuales menor a lo observado en el año 2009, es decir una disminución de la prevalencia en menores de 5 años. Y esto se asemeja a lo encontrado en nuestro estudio donde la edad promedio de los que no presentaron Enfermedad Diarreica Aguda también fueron menor de 5 años, siendo 52.3 meses (4años y 4 meses).

Tabla N° 25

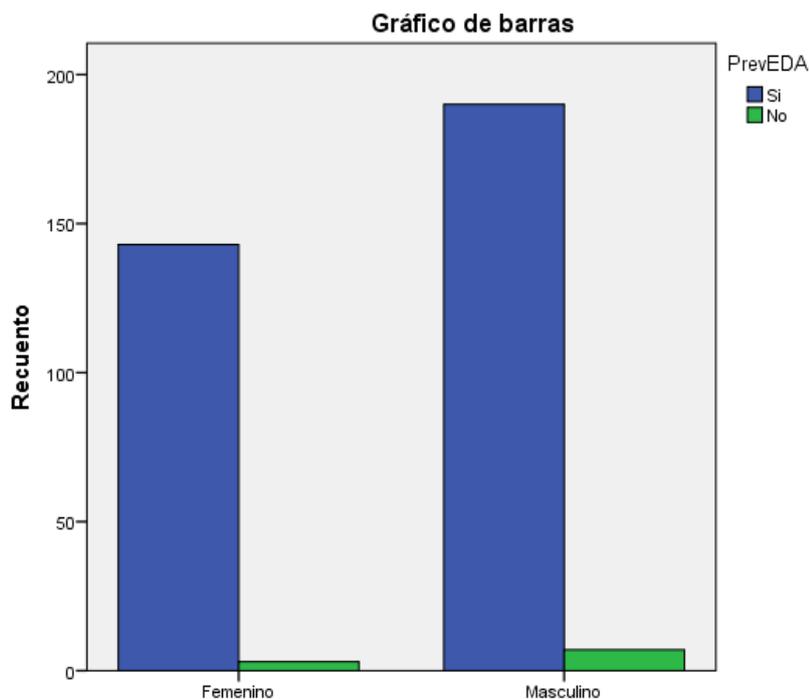
Prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda según el Sexo

		Prevalencia de EDA		Total
		Si	No	
Sexo de los Pacientes	Recuento	141	5	146
	Femenino % dentro de Prevalencia de EDA	42.9%	30%	42.6%
	Recuento	188	9	197
	Masculino % dentro de Prevalencia de EDA	57.1%	70%	57.4%
Total	Recuento	329	14	343
	% dentro de Prevalencia de EDA	100,0%	100,0%	100,0%

n: 343

Gráfico N° 25

Prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda según el Sexo



- En la tabla 25 se observa ^{Sexo} que dentro de los pacientes que presentaron enfermedad diarreica aguda más de la mitad de los pacientes estudiados (57.1%) fue de sexo masculino, y un 42.9% de sexo femenino. Esto concuerda con la información dada por “El Boletín de Determinantes Sociales de Salud dado por el Ministerio de Salud” donde en relación a la prevalencia según género, la prevalencia en hombres es ligeramente superior a la prevalencia en mujeres con una diferencia de aproximadamente 2 puntos porcentuales.

Tabla N° 26

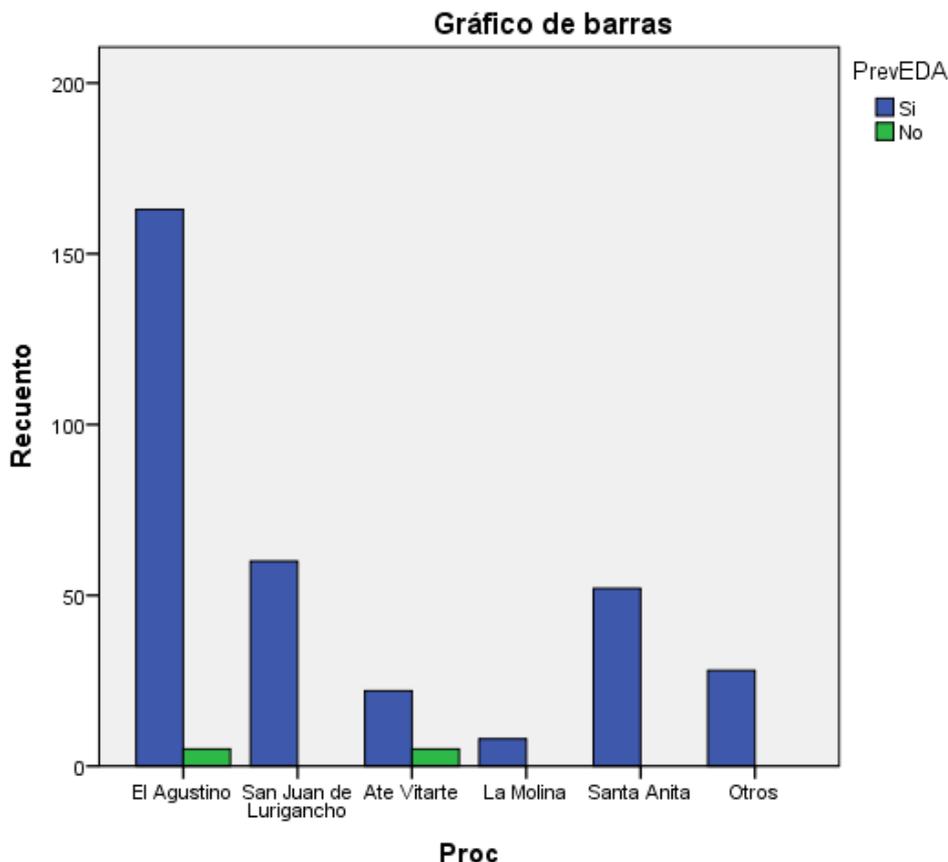
**Prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda según la
Procedencia**

			Prevalencia de EDA		Total
			Si	No	
Procedencia De pacientes	EI Agustino	Recuento	160	8	168
		% dentro de Prevalencia de EDA	48.6%	57.1%	49%
	SJL	Recuento	59	1	60
		% dentro de Prevalencia de EDA	17.9%	7.1%	17.5%
	Ate Vitarte	Recuento	22	5	27
		% dentro de Prevalencia de EDA	6.7%	35.7%	7.9%
	La Molina	Recuento	8	0	8
		% dentro de Prevalencia de EDA	2.4%	0%	2.3%
	Santa Anita	Recuento	52	0	52
		% dentro de Prevalencia de EDA	15.8%	0%	15.1%
	Otros	Recuento	28	0	28
		% dentro de Prevalencia de EDA	8.5%	0%	8.2%
	Total	Recuento	329	14	343
		% dentro de Prevalencia de EDA	100,0%	100,0%	100,0%

n: 343

Gráfico N° 26

**Prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda según la
Procedencia**



- En la tabla 26 observamos que de los pacientes que presentaron enfermedad diarreica aguda casi la mitad de la población estudiada procedían de El Agustino con una prevalencia de 48.6% a comparación de los demás distritos que recibe el HNHU, como lo es San Juan de Lurigancho con 17.9%, Santa Anita con 15.8%, Ate Vitarte con 6.7%, La Molina con 2.4%, y Otros distritos con un 8.5% entre ellos Huarochiri, El Rímac, El Callao, etc. Esto se podría deber a que El Agustino es uno de los distritos más pobres de la provincia de Lima, donde más del 5% de su población no tienen acceso al servicio de agua potable, y otro 5% no tiene acceso a servicio higiénico. Por lo que casi un 20% de la población vive con al menos una necesidad básica insatisfecha, estando así, la población más expuesta a presentar Enfermedad Diarreica Aguda.

Tabla N° 27

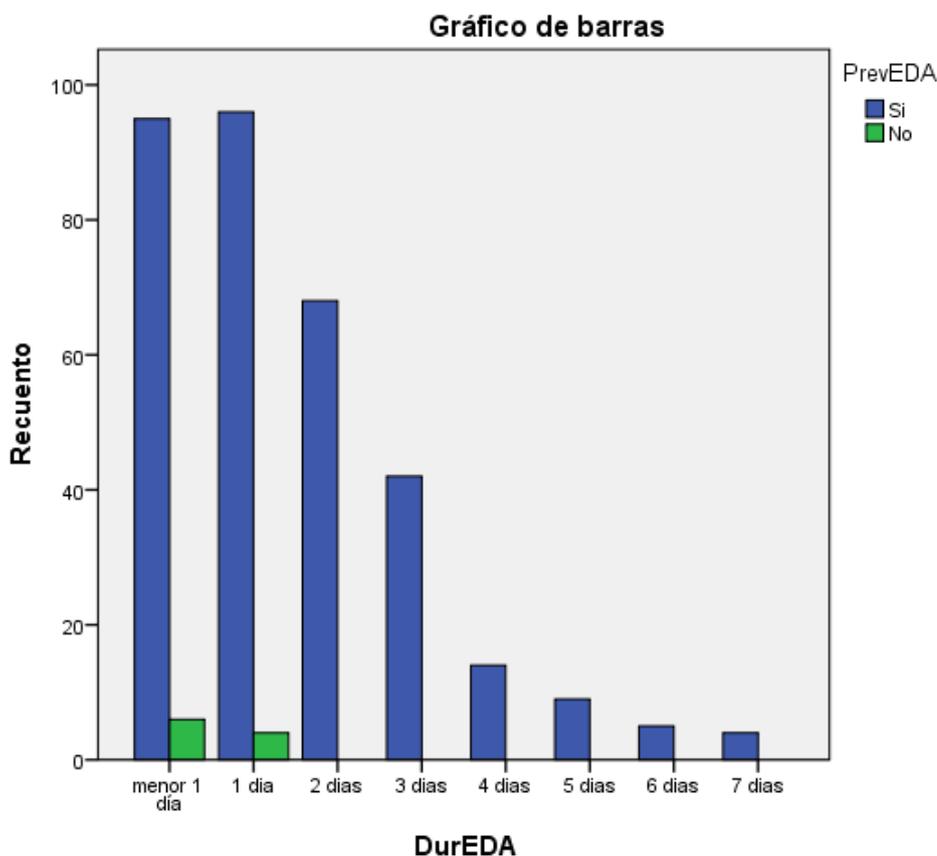
Prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda según la Duración de la EDA

n: 343

			Prevalencia de EDA		Total
			Si	No	
Duración EDA	Menor 1 día	Recuento	93	8	101
		% Prevalencia de EDA	28.3%	57.1%	29.4%
	1 día	Recuento	94	6	100
		% Prevalencia de EDA	28.6%	42.9%	29.1%
	2 días	Recuento	68	0	68
		% Prevalencia de EDA	20.7%	0%	19.8%
	3 días	Recuento	42	0	42
		% Prevalencia de EDA	12.8%	0%	12.2%
	4 días	Recuento	14	0	14
		% Prevalencia de EDA	4.2%	0%	4.1%
	5 días	Recuento	9	0	9
		% Prevalencia de EDA	2.7%	0%	2.6%
	6 días	Recuento	5	0	5
		% Prevalencia de EDA	1.5%	0%	1.5%
	7 días	Recuento	4	0	4
		% Prevalencia de EDA	1.2%	0%	1.2%
	> 7 - < 14 días	Recuento	0	0	0
		% Prevalencia de EDA	0%	0%	0%
Total	Recuento	329	14	343	
	% dentro de Prevalencia de EDA	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla N° 27

Prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda según la Duración de la EDA



- En la tabla 27 se observa que de los pacientes que presentaron Enfermedad Diarreica Aguda un gran porcentaje tuvieron un tiempo de enfermedad entre horas a 3 días, con una prevalencia de entre 12.8- 28.3%. Es decir presentaron un episodio Agudo. La bibliografía respalda lo encontrado ya que dentro de las clasificaciones de la EDA según el tiempo de enfermedad, la de tipo Aguda siendo aquella con duración menor a 14 días.

Tabla N° 28

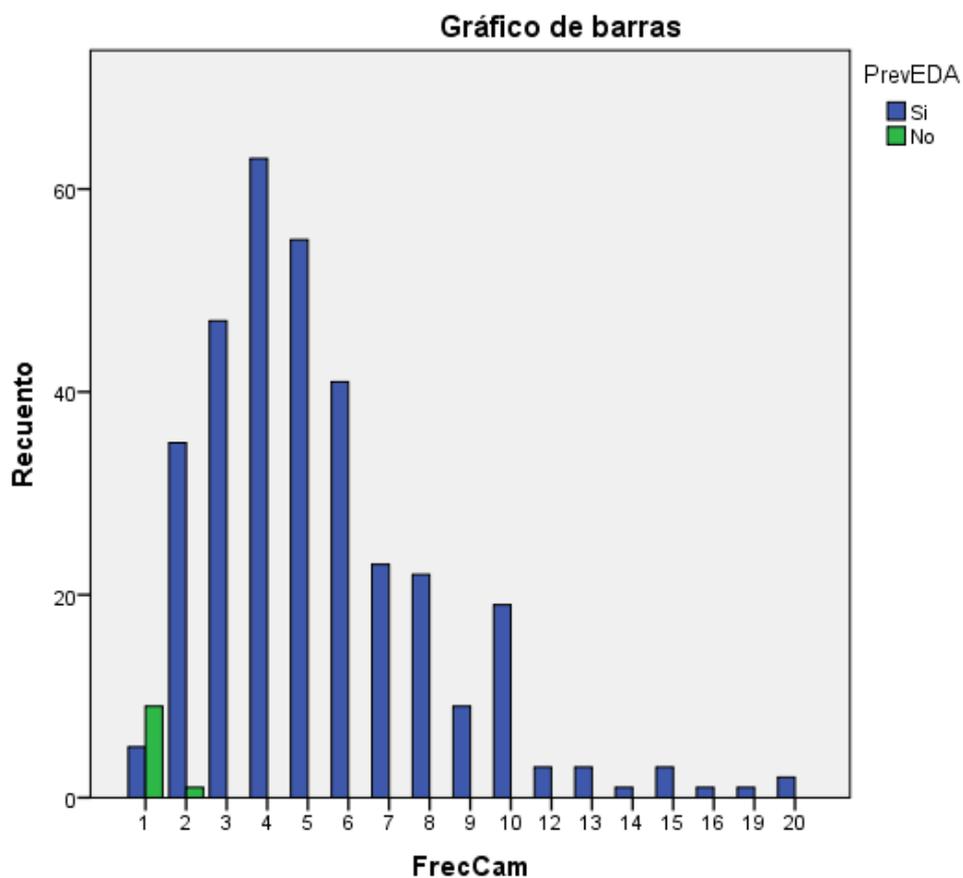
Prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda según la Frecuencia de cámaras diarreicas

Prevalencia de EDA		N	Media	Desviación Tip
Frecuencia de Cámaras diarreas	Si	329	5.47cam/día	2.99
	No	14	1cam/día	0

n: 343

Gráfico N° 28

Prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda según la Frecuencia de cámaras diarreas



- La tabla 28 se evidencia que los pacientes estudiados con Enfermedad Diarreica Aguda, el promedio de cámaras diarreicas al día que presentaron fue de 5 cám/día con una desviación T. de 2.99.

Tabla N° 29

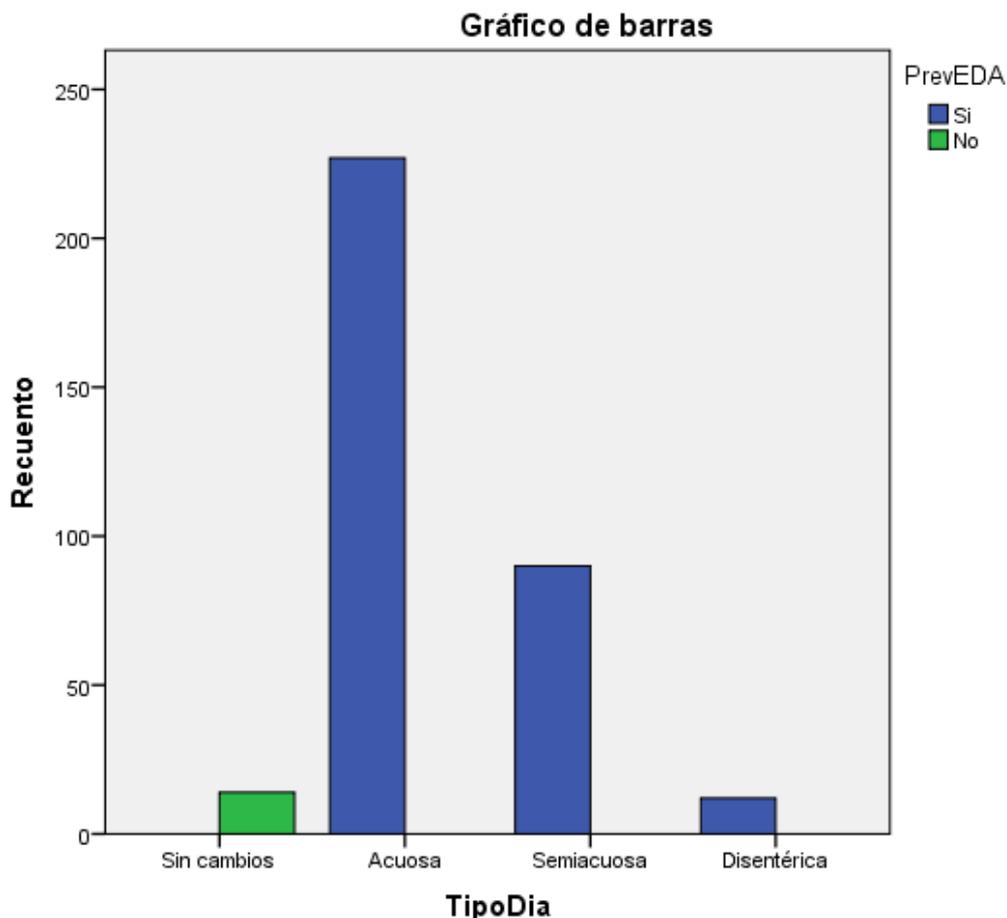
Prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda según la Frecuencia de cámaras diarreicas

n: 343

		Prevalencia de EDA		Total	
		Si	No		
Tipo Diarrea	Acuosa	Recuento	227	0	227
		% dentro de Prevalencia de EDA	69%	0%	66.2%
	Semiacuosa	Recuento	90	0	90
		% dentro de Prevalencia de EDA	27.4%	0%	26.2%
	Disentérica	Recuento	12	0	12
		% dentro de Prevalencia de EDA	3.6%	0%	3.5%
	Sin Cambios	Recuento	0	14	14
		% dentro de Prevalencia de EDA	0%	100%	4.1%
	Total	Recuento	329	14	343
		% dentro de Prevalencia de EDA	100,0%	100,0%	100,0%

Gráfico N° 29

Prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda según la Frecuencia de cámaras diarreicas



- En la tabla 29 se evidenció que más de la mitad de los episodios de diarrea de los pacientes estudiados fueron de tipo Acuosa (69%) y en un menor porcentaje fue de tipo Semiacuosa (24.7%). Como ya se mencionó esto se podría explicar a que la principal etiología de a Enfermedad Diarreica Aguda es de tipo Viral y bacteriano como E. Coli sobre todo en los meses de verano, en los cuales se realizó el presente estudio. Ambos agentes infecciosos causan eventos diarreicos de tipo acuoso.

Tabla N° 30

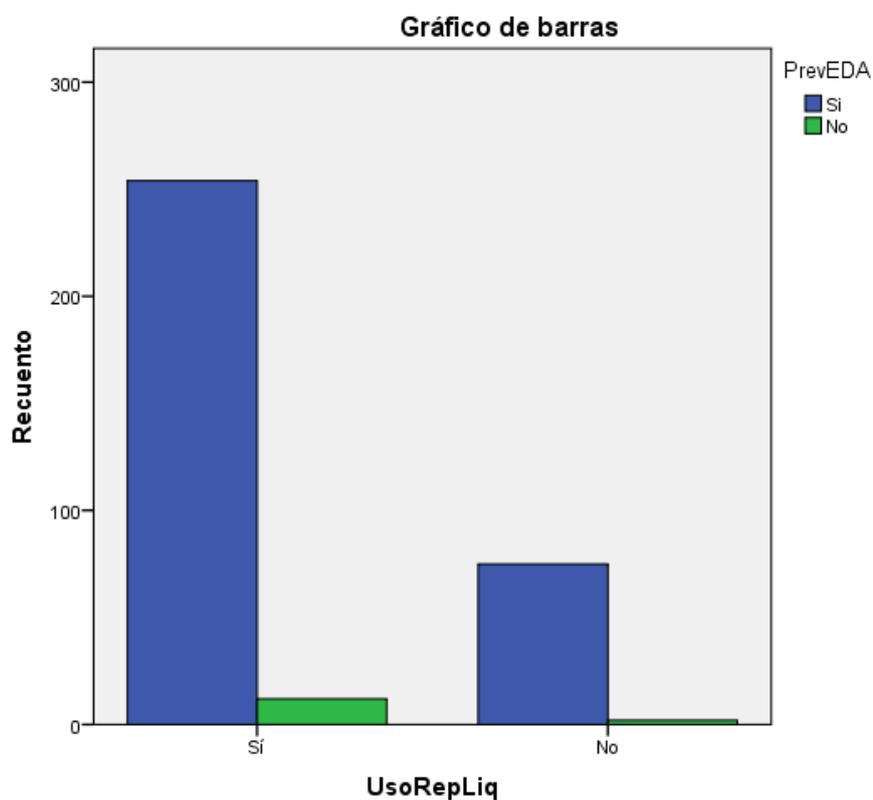
Prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda según el Uso de Reposición de Líquidos

		Prevalencia de EDA		Total	
		Si	No		
Uso de Reposición de Líquidos	Sí	Recuento	254	12	266
		% dentro de Prevalencia de EDA	77.2%	85.7%	66.2%
	No	Recuento	75	2	77
		% dentro de Prevalencia de EDA	22.8%	14.3%	26.2%
Total	Recuento	329	14	343	
	% dentro de Prevalencia de EDA	100,0%	100,0%	100,0%	

n: 343

Gráfico N° 30

Prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda según el Uso de Reposición de Líquidos



- La Tabla 30 muestra que el 77.2% que presentó enfermedad diarreica aguda hizo uso de líquidos de rehidratación oral. Y un 22.8% no los utilizó. Los resultados nos muestran que casi en su totalidad de los pacientes que presentaron episodios diarreicos sí tuvieron reposición hídrica antes de ser traídos al Hospital Nacional Hipólito Unanue. Que se podría explicar a que las madres tienen conocimientos básicos de lo que es un episodio diarreico y que el primer paso del tratamiento es la reposición de líquidos. Así también lo asevera el estudio de Valerio-Cristóbal M. realizado en la Unidad de Rehidratación Oral (URO) del Instituto Nacional de Salud del Niño (ISN), Lima, Perú.

Tabla N° 32

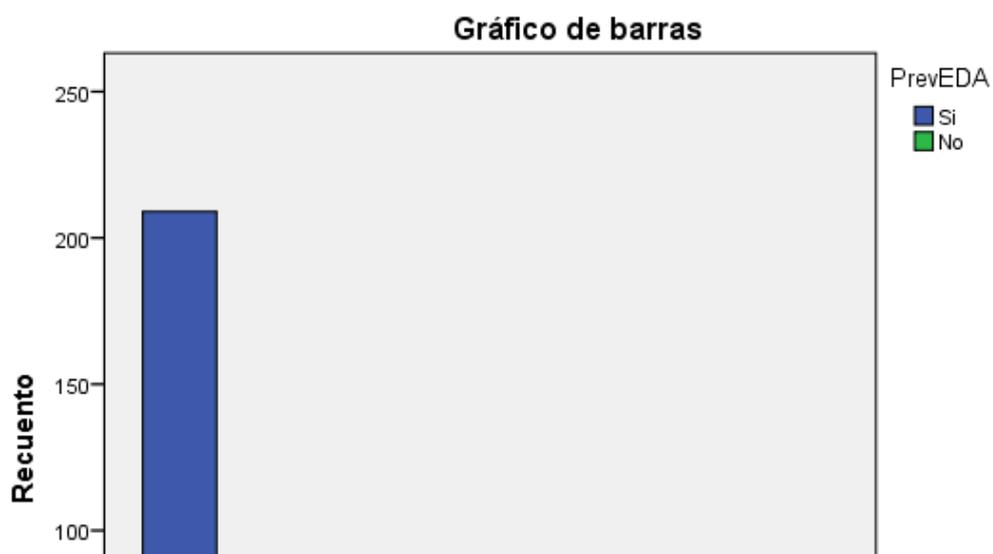
Prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda según el Uso de Medicamentos

n: 343

		Recuento	Prevalencia de EDA		Total
			Si	No	
Uso de Medicamentos	Ninguno	Recuento	209	9	218
		% Prevalencia de EDA	63.5%	64.3%	63.6%
	Antibióticos	Recuento	40	3	43
		% Prevalencia de EDA	12.2%	21.4%	12.5%
	Antipiréticos	Recuento	74	0	74
		% Prevalencia de EDA	22.5%	0%	21.6%
	Antieméticos	Recuento	6	2	8
		% Prevalencia de EDA	1.8%	14.3%	2.3%
	Antidiarreicos	Recuento	0	0	0
		% Prevalencia de EDA	0%	0%	0%
	Otros	Recuento	0	0	0
		% Prevalencia de EDA	0%	0%	0%
	Total	Recuento	329	14	343
		% dentro de Prevalencia de EDA	100,0%	100,0%	100,0%

Gráfico N° 32

Prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda según el Uso de Medicamentos



-

- En la tabla 32 observamos que en más de la mitad (66.7%) de los pacientes que presentaron Enfermedad Diarreica Aguda no se utilizó ningún medicamento. Sin embargo un pequeño porcentaje (33.6%) sí utilizó medicamentos como antibióticos, antipiréticos, y en algunos casos antieméticos como “Gravol”, esto se explicaría a que los episodios diarreicos se acompañaron de sensación de alza térmica, dolor abdominal, náuseas y/o vómitos.

Tabla N° 33

**Prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda según
Características clínicas**

		Frecuencia	Porcentaje
Estado de Conciencia	Alerta	289	88.3%
Ojos	Normales	246	74.8%
Lágrimas	presentes	320	97.2%
boca y lengua	húmedas	280	85.1%
Sed	Bebe normal	301	91.5%
Signo del Pliegue	Desaparece lentamente	324	98.4%
Tipo de DSH	No tiene DSH	301	91.5%

Estado de Conciencia	Irritable/intranquilo	40	11.70%
-----------------------------	-----------------------	----	--------

Ojos	Hundidos	83	25.2%
Lágrimas	Disminuidas	9	2.7%
boca y lengua	Secas	49	14.9%
Sed	Sediento, bebe con avidez	28	8.5%
Signo del Pliegue	Desaparece lento, menos de 2 seg	5	1.5%
Tipo de DSH	DSH sin Shock	28	8.5%

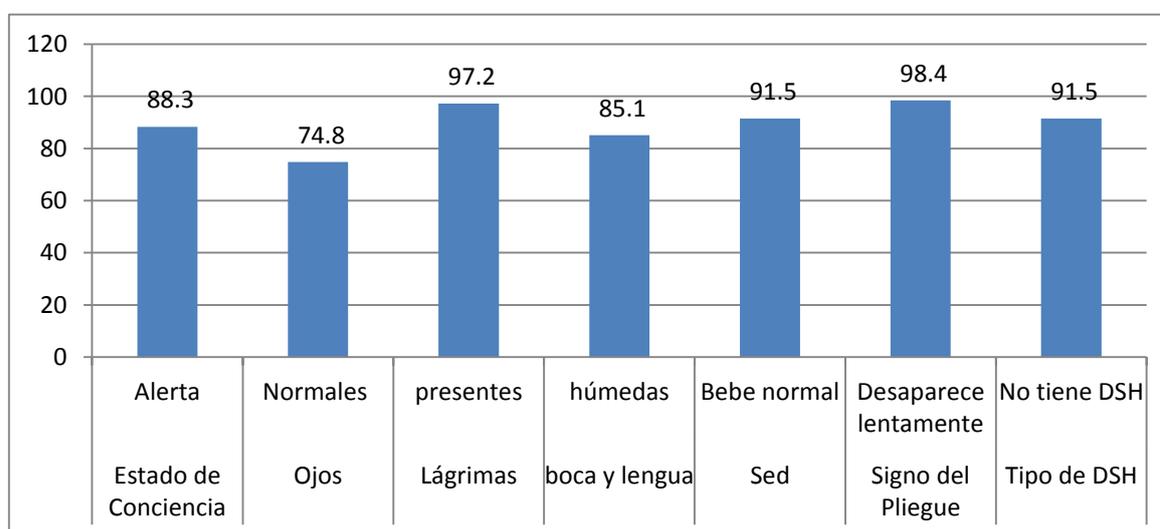
Estado de Conciencia	Letárgico/comatoso	0	0%
Ojos	Muy hundidos y secos	0	0%
Lágrimas	Ausentes	0	0%
boca y lengua	Muy Secas	0	0%
Sed	Bebe mal, incapaz de beber	0	0%
Signo del Pliegue	Desaparece muy lento, mayor a 2 seg	0	0%
Tipo de DSH	DSH con Shock	0	0%

Tabla

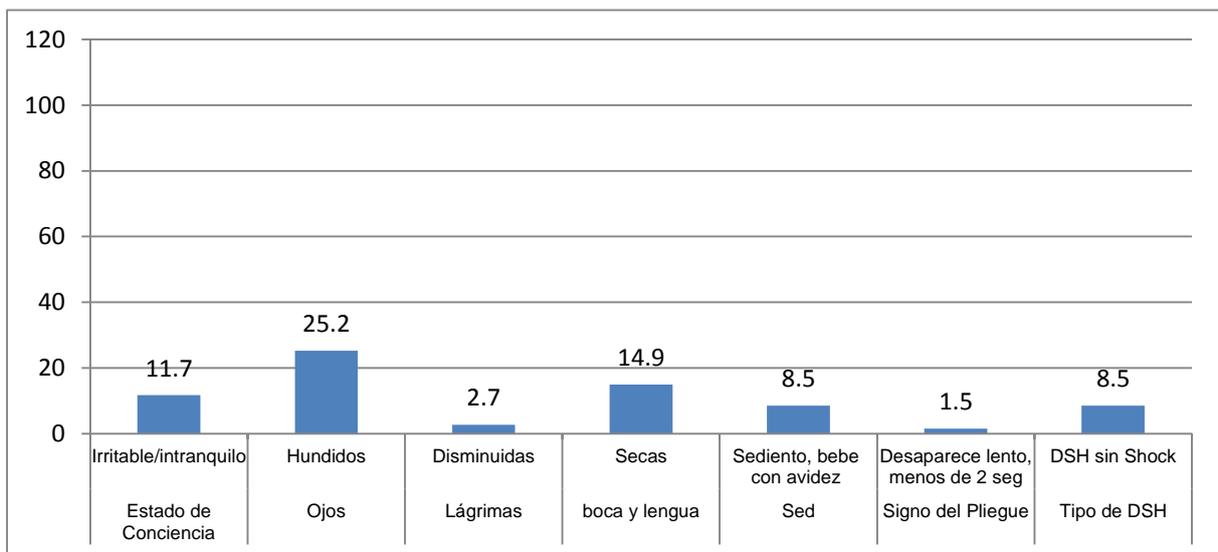
N° 33

Prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda según

Características clínicas



- En esta tabla se observa que casi en la totalidad de pacientes que presentaron Enfermedad Diarreica Aguda los pacientes ingresaron a la Unidad de Rehidratación Oral alertas, con características de ojos Normales, lágrimas presentes, característica de mucosa Oral húmeda, bebiendo normalmente los líquidos, con signo del pliegue que desaparece rápidamente y por lo tanto catalogándose como pacientes que no tienen Deshidratación. Esto se podría explicar a que como se observó en cuadros anteriores en la mayoría de los pacientes las madres realizaron uso de líquidos de rehidratación oral en casa desde el inicio del episodio diarreico.



- En esta tabla se evidencia que un pequeño porcentaje de los pacientes estudiados que presentaron la Enfermedad Diarreica Aguda tuvieron signos y síntomas de Deshidratación Sin Shock. Esto se podría explicar a que a pesar de que la mayoría de la población estudiada tuvo rehidratación hídrica hubo un pequeño porcentaje que no usaron líquidos de rehidratación oral. y las pérdidas fueron mayores que los ingresos.



- En esta tabla se observa que no hubo pacientes con signos y/o síntomas de Deshidratación con Shock de ingreso a la Unidad de Rehidratación Oral en el Servicio de Pediatría.

Tabla N° 34

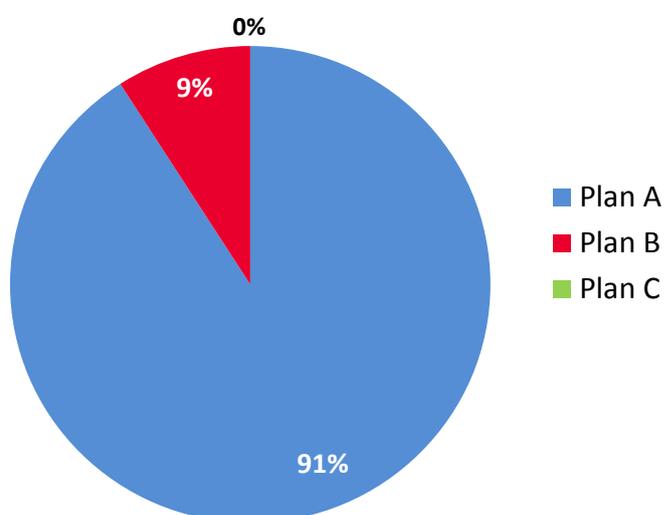
Prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda según el Plan de Atención

			Prevalencia de EDA		Total
			Si	No	
Plan de Atención	Plan A	Recuento	299	14	313
		% Prevalencia de EDA	90.9%	100%	91.3%
	Plan B	Recuento	30	0	30
		% Prevalencia de EDA	9.1%	0%	8.7%
	Plan C	Recuento	0	0	0
		% Prevalencia de EDA	0%	0%	0%
Total	Recuento	329	14	343	
	% dentro de Prevalencia de EDA	100,0%	100,0%	100,0%	

n: 343

Gráfico N° 34

Prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda según el Plan de Atención



- En la tabla 34 se evidencia que casi todos los pacientes, un 91%, de los que presentaron Enfermedad Diarreica Aguda fueron tratados con un plan de atención, Plan A. y en un pequeño porcentaje de 9% se utilizó un Plan de atención, Plan B. No se evidenció algún paciente que necesite de inicio un plan de atención tipo C.

Tabla N° 35

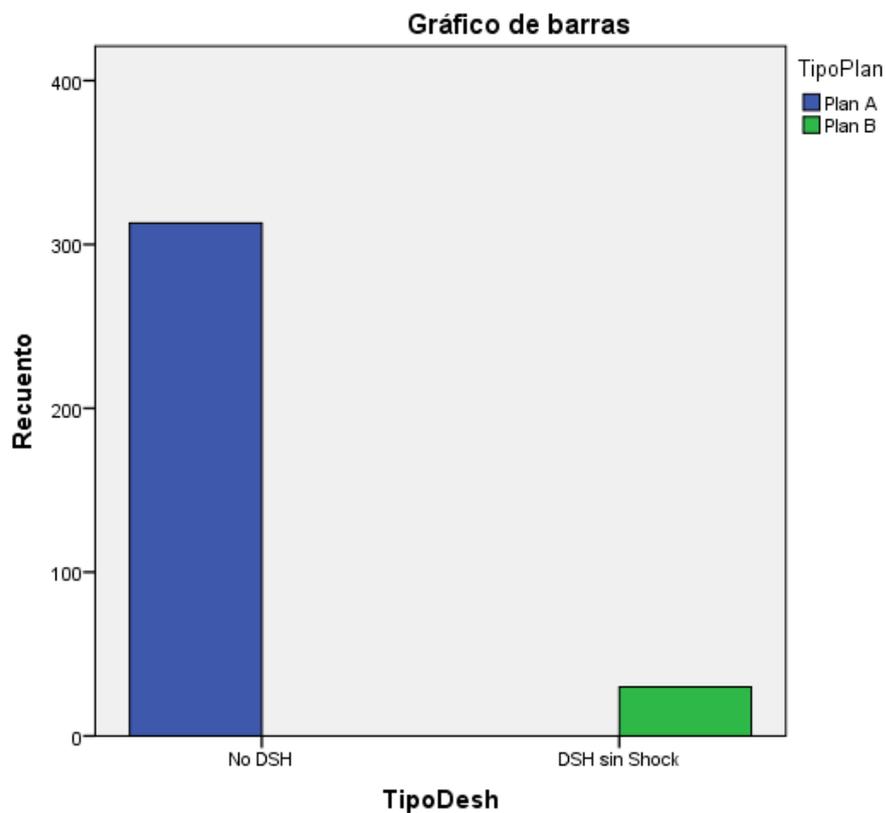
Plan de Atención según el tipo de Deshidratación

		Prevalencia EDA				Total	
		Si			No		
		Tipo DSH					
		NO DSH	DSH SIN SHOCK	DSH CON SHOCK			
Plan de Atención	Plan A	Recuento	299	-	-	14	313
		% Prevalencia de EDA	100%				91.3%
	Plan B	Recuento	-	30	-	-	30
		% Prevalencia de EDA		100%			8.7%
	Plan C	Recuento	-	-	0	-	0
		% Prevalencia de EDA					
Total		Recuento	299	30		14	343
		% dentro de Prevalencia de EDA	100,0%	100,0%		100.0%	100,0%

n: 343

Gráfico N° 35

Plan de Atención según el tipo de Deshidratación



- En la tabla 35 se observa que a todos los pacientes que fueron catalogados como No Deshidratación dentro de los pacientes que presentaron Enfermedad Diarreica Aguda según las características clínicas evaluadas al examen físico fueron tratados con Plan A. y los pacientes quienes presentaron signos y síntomas de Deshidratación Sin Shock fueron tratados con Plan B.

Gráfico N° 36

Prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda según

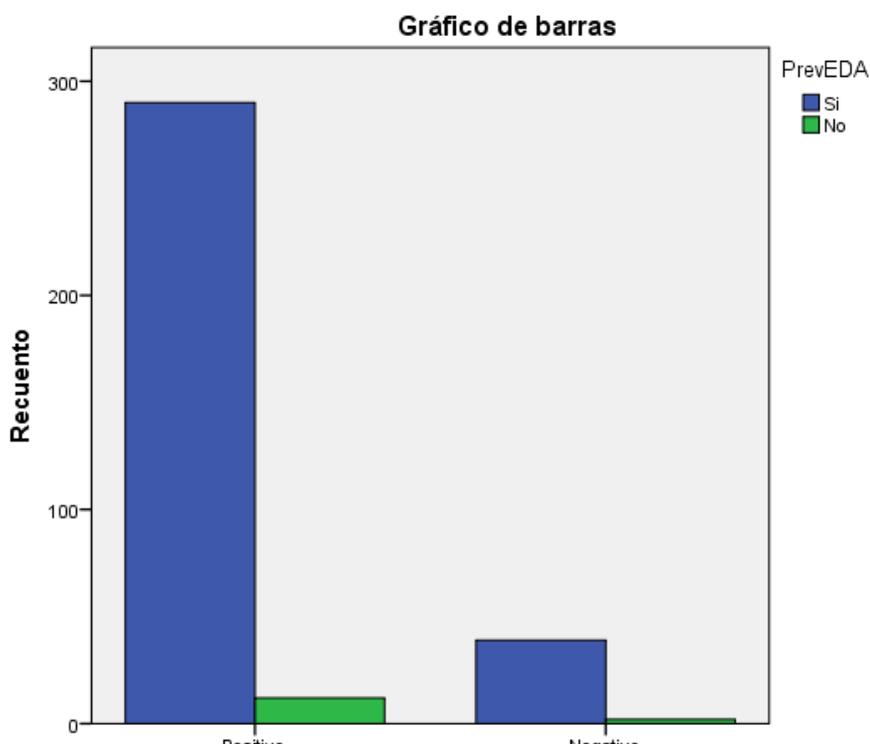
Balance hidroelectrolítico

n: 343

			Prevalencia de EDA		Total
			Si	No	
BHE	Positivo	Recuento	290	12	302
		% Prevalencia de EDA	88.1%	85.7%	88%
	Negativo	Recuento	39	2	41
		% Prevalencia de EDA	11.9%	14.3%	12%
Total		Recuento	329	14	343
		% dentro de Prevalencia de EDA	100,0%	100,0%	100,0%

Gráfico N° 36

Prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda según Balance hidroelectrolítico



- En la tabla 36 se observa que de los pacientes estudiados que presentaron Enfermedad Diarreica Aguda un 88.1% al final del plan de atención dado presentó un balance hídrico Positivo, y sólo un 11.9% de estos presentó un balance hídrico Negativo.

Tabla N° 37

**Prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda según
Reacción inflamatoria en Heces**

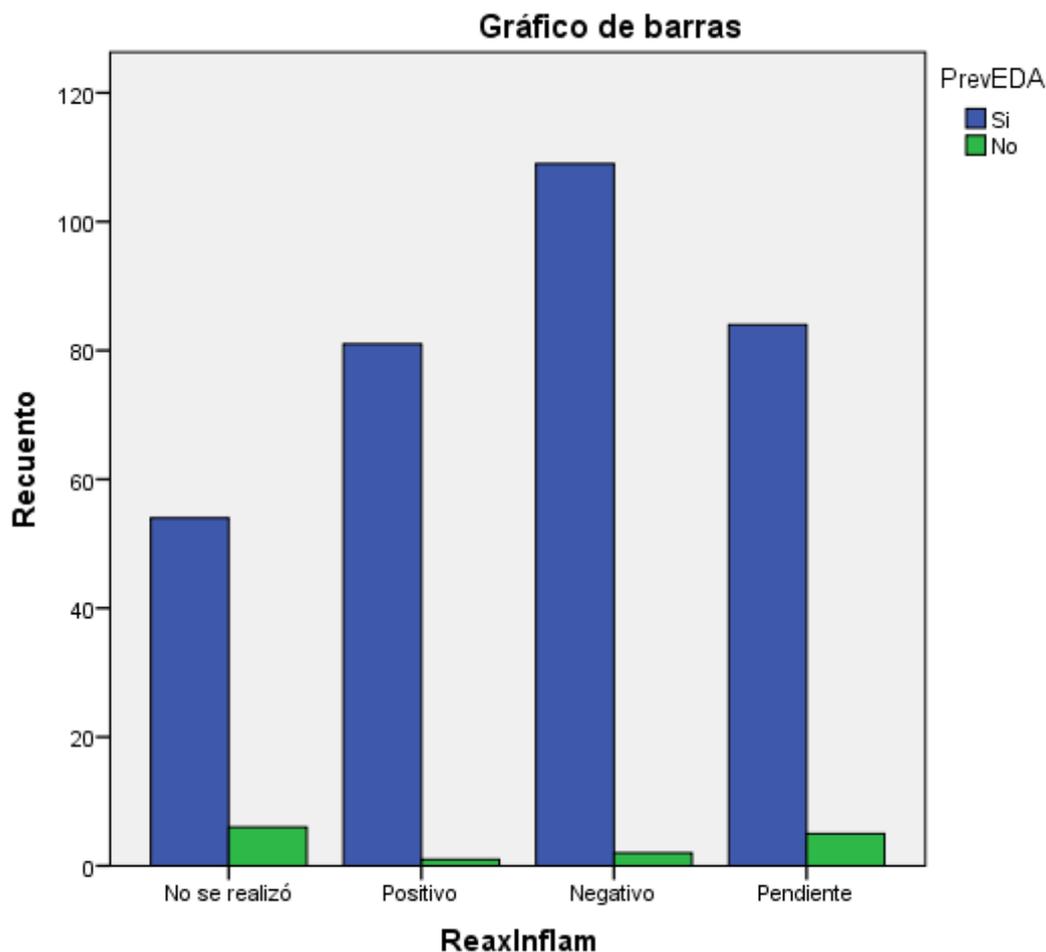
n: 343

			Prevalencia de EDA		Total
			Si	No	
Uso de Medicamentos	No se realizó	Recuento	54	6	60
		% Prevalencia de EDA	16.4%	42.9%	17.5%
	Positivo	Recuento	82	1	83
		% Prevalencia de EDA	24.9%	7.1%	24.2%
	Negativo	Recuento	109	2	111
		% Prevalencia de EDA	33.1%	14.3%	32.4%
	Pendiente	Recuento	84	5	89
		% Prevalencia de EDA	25.5%	35.7%	25.9%
	Total	Recuento	329	14	343
		% dentro de Prevalencia de EDA	100,0%	100,0%	100,0%

Gráfico N° 37

Prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda según

Reacción inflamatoria en Heces



- En la tabla 37 se observa que el mayor porcentaje respecto al examen de laboratorio usado en pacientes con que tuvieron Enfermedad Diarreica Aguda, tuvo como resultado: Negativo, siendo de 33.1%. Es decir que la mayor cantidad de pacientes que presentó EDA tuvo una reacción inflamatoria negativa. Esto podría explicarse a que el exámen tiene un rendimiento sub óptimo (sensibilidad y especificidad baja) y que continuar con su uso rutinario en la práctica clínica no parece estar justificado, ya que promueve el uso rutinario de antibióticos. Así

lo informó Nilton Yhuri y cols. en su estudio “Leucocitos fecales en niños con diarrea aguda: ¿momento de reconsiderar la utilidad clínica de la prueba?”.

Tabla N° 38

Prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda según

Destino Posterior

n: 343

		Recuento	Prevalencia de EDA		Total
			Si	No	
Destino Posterior	Alta	Recuento	318	14	332
		% Prevalencia de EDA	96.7%	100%	96.8%
	Hospitalización	Recuento	7	0	7
		% Prevalencia de EDA	2.1%	0%	2%
	Otras Especialidades	Recuento	4	0	4
		% Prevalencia de EDA	1.2%	0%	1.2%
Total	Recuento	329	14	343	
	% dentro de Prevalencia de EDA	100,0%	100,0%	100,0%	

Gráfico N° 38

Prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda según

Destino Posterior



- En la tabla 38 se evidencia que un 96.7% de los pacientes que presentaron Enfermedad Diarreica Aguda tuvieron Alta hospitalaria, esto se podría explicar con lo mencionado a los cuadros anteriores, donde el paciente al final de las 2 o 4 horas según el Plan de Atención que haya necesitado tuvo un Balance hídrico positivo, no presento signos y/o síntomas de Deshidratación por lo que se le indicó el Alta con indicaciones médicas y signos de alarma. Sin embargo, también se evidenció un pequeño porcentaje de 2.1% de pacientes que tuvieron EDA los cuales se hospitalizaron. Esto se puede explicar a que durante su estancia en la URO no tuvieron buena respuesta a la reposición de líquidos, o no tolera la Via Oral por presencia de náuseas y/o vómitos, o que el flujo de heces se encontraba alto siendo mayor las pérdidas que los ingresos. También se evidenció un porcentaje del 1.2% en quienes a pesar de que presentaron Enfermedad Diarreica Aguda luego de brindarle el plan de atención el destino posterior fue a otras especialidades, por ejemplo se encontró que la especialidad más frecuente a la que eran referidas fue de Cirugia pediátrica ya que se sospechaba de un episodio de Apendicitis Aguda que según la literatura dependiendo de la posición del apéndice puede presentarse el cuadro clínico con presencia de episodios diarreicos.

Tabla N° 39

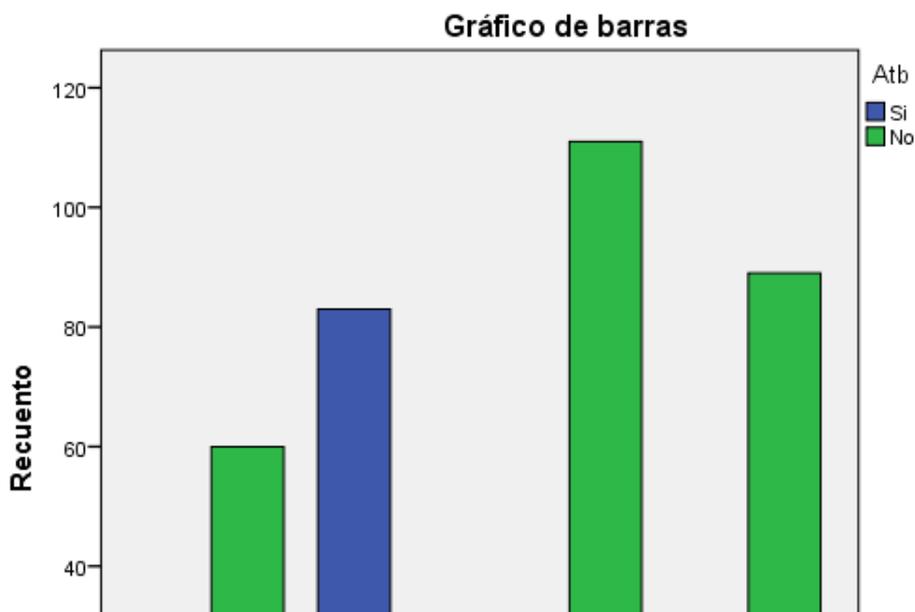
**Antibioticoterapia al Alta hospitalaria según Reacción
Inflamatoria en Heces**

n: 343

			ATB		Total
			Si	No	
Uso de Medicamentos	No se realizó	Recuento	0	60	60
		% Prevalencia de EDA	0%	23.1%	17.5%
	Positivo	Recuento	83	0	83
		% Prevalencia de EDA	100%	0%	24.2%
	Negativo	Recuento	0	111	111
		% Prevalencia de EDA	0%	42.7%	32.4%
	Pendiente	Recuento	0	89	89
		% Prevalencia de EDA	0%	34.2%	25.9%
	Total	Recuento	83	260	343
		% dentro de Prevalencia de EDA	100,0%	100,0%	100,0%

Gráfico N° 39

**Antibioticoterapia al Alta hospitalaria según Reacción
Inflamatoria en Heces**



- En la tabla 39 se observa que el 100% de pacientes que tuvieron Enfermedad Diarreica Aguda y que a su vez presentaron un examen de Reacción Inflamatoria en Heces positivo, se les indicó Antibioticoterapia empírica al alta hospitalaria. Y en los pacientes en quienes el resultado de dicho examen fue negativo, o quedo pendiente a realizarse, o no se realizó no se le indicó antibióticos como tratamiento por no contar con dicha evidencia para la indicación.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. La prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda en pacientes pediátricos tratados en la Unidad de Rehidratación Oral del Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Hipólito Unanue es de 95.9%.
2. La prevalencia de los tipos de Diarrea Aguda en los pacientes tratados en la Unidad de Rehidratación Oral del Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Hipólito Unanue, fueron de 66.2% la de tipo Acuosa, 26.2% la de tipo Semiacuosa, un 3.5% la de tipo Disentérica y 4.1% sin cambios en la consistencia.
3. La prevalencia del Tipo de Deshidratación presentada en los pacientes tratados en la Unidad de Rehidratación Oral del Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Enero – Marzo del 2015, fue de 91.8% de No Deshidratación, 8.1% Deshidratación sin shock y 0% Deshidratación con Shock.

4. La prevalencia del Tipo de Deshidratación presentada en los pacientes tratados en la Unidad de Rehidratación Oral del Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Enero – Marzo del 2015, fue de 91.2% Plan A, 8.8% Plan B y 0% Plan C.
5. Los hallazgos en el examen de Reacción Inflamatoria en Heces en los pacientes tratados en la Unidad de Rehidratación Oral del Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Enero – Marzo del 2015 fueron: 32.7% con resultado Negativo, 23.7% con resultado Positivo, 25% quedaron Pendiente y un 18.5% donde no se realizó el exámen.
6. En el estudio realizado en los pacientes tratados en la Unidad de Rehidratación Oral del Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Enero – Marzo del 2015, la edad promedio es de 30 meses (2años y 6 meses), y el sexo que predominó fue el masculino con un 57.4%. A su vez casi la mitad de los pacientes estudiados, fue del Distrito de El Agustino con un 49%. Tienen también una duración de la Enfermedad Diarreica Aguda con mayor prevalencia de duración de menor de 1 día, 2 días y de 3 días, con 29.4%, 29.1% y 19.9% respectivamente con un promedio de 5.3 cámaras diarreicas por día, las cuales fueron en un 66.2% de tipo Acuosa. Se observa también que en más de la mitad de los pacientes estudiados, un 77.2%, se hizo uso de Líquidos de Rehidratación Oral, siendo el de mayor uso el Suero Comercial con un 37.6%, y sólo un pequeño porcentaje utilizó suero casero y panetela en un 1.2% y 18.4% respectivamente. Se encontró también que en un 63.5% de la población estudiada no uso ningún medicamento ante el evento diarreico, sin embargo, un 21.6% hizo uso de antipiréticos como paracetamol o Metamizol ya que el

episodio diarreico se acompañó de sensación de alza térmica y en algunos casos de dolor abdominal.

7. La prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda según las características epidemiológicas y clínicas en los pacientes tratados en la Unidad de Rehidratación Oral del Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Enero – Marzo del 2015, se obtuvo una edad media de 29.3 meses (aprox. 2 años y 5 meses), con un 57.1% masculino y 42.9% femenino, y según la procedencia un 48.6% fue del Distrito de El Agustino. Dentro de las características clínicas de le Enfermedad Diarreica Aguda se encontró que en un 28.6% el tiempo de enfermedad del evento diarreico fue de 1 día, con un promedio de 5.47 cámaras al día con una desviación estándar de 2.99, y el tipo que predominó fue el de tipo Acuoso con un 69%.. También se evidenció que ante la presencia de Enfermedad Diarreica Aguda no se prefirió usar medicamento alguno, siendo este un 63.5%, sin embargo, un porcentaje de 22.5% utilizó antipiréticos como Repriman y Paracetamol como tratamiento sintomático. Así mismo, más de la mitad de los estudiantes que tuvieron Enfermedad diarreica Aguda utilizaron líquidos de rehidratación Oral en un 77.2%, y el de mayor preferencia fue el suero comercial (Frutiflex, Hidrax) con un 37.6%, por lo que casi en la totalidad de pacientes ingresaron sin signos y síntomas de deshidratación a la Unidad de Rehidratación Oral, es decir que al examen físico se encontró a los pacientes con un estado de conciencia Alerta (88.3%), con características de ojos Normales (74.8%), con lágrimas Presentes (97.2%), Con características de mucosa oral Húmedas (85.1%), con característica de la sed normal es decir bebiendo normalmente los líquidos (91.5%) y signo del pliegue el cual desaparece rápidamente (98.4%), por lo tanto, se utilizó como Plan de Atención el Plan A en un 90.9%, sin embargo un 9.1%

necesitó como plan de atención Plan B ya que presentaron Deshidratación sin Shock y ningún paciente necesitó un plan de atención Plan C de inicio. Se encontró también que durante su estancia en la Unidad de Rehidratación Oral del Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Hipólito Unanue al finalizar el plan de Atención dado para cada paciente se obtuvo que el 88.1% tuvo un Balance hídrico positivo. Paralelo a ello se realiza el examen de Reacción Inflamatoria en Heces el cual el resultado con mayor porcentaje fue el Negativo de 33.1%, sin embargo, un 24.9% fue positivo a quienes se le indicó al alta hospitalaria terapia antibiótica empírica como por ejemplo Ciprofloxacino o Azitromicina Vía Oral. Casi la totalidad de los pacientes (96.7%) tuvo como Destino Posterior el Alta hospitalaria, sin embargo un 2.1% fueron hospitalizados por presentar un Balance hídrico negativo y un flujo de heces moderado a severo siendo el mínimo encontrado de 0ml/kg/hora y un máximo de 14ml/kg/hora. Y en menor porcentaje, 1.4%, se derivó a otras especialidades debido a que algunas patologías como por ejemplo, Apendicitis Aguda se presentó con episodios de Enfermedad Diarreica Aguda.

RECOMENDACIONES

- Educar a los padres de familia y/o familiares responsables acerca de la definición de un evento diarreico, de observar los cambios de consistencia de las deposiciones y síntomas asociados, la importancia del uso de reposición de líquidos de rehidratación oral, y la identificación de signos de deshidratación para prevenir complicaciones a futuro.
- Evitar restringir la alimentación, ni alterar la calidad de los alimentos, se debe continuar con la alimentación, e iniciar rehidratación para prevenir la deshidratación en los pacientes

- Mejorar las medidas higiénicas y de saneamiento básico en el distrito de El Agustino.

- Por nuestro tipo de estudio descriptivo y las limitaciones que este demanda, recomendamos realizar un estudio relacional, en el cual se puedan establecer los principales factores de riesgo de la Enfermedad Diarreica Aguda.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oscar G. Gómez-Duarte. Enfermedad diarreica aguda por Escherichia coli enteropatógenas en Colombia. Revista Chilena de Infectología. 2014; 31 (5): 577-586

2. Lidia E. García López, Pedro Luís Burón Reyes, Yanely la Rosa Pons, Maritza Martínez Pérez. Factores de riesgo de las enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años. Revista de Ciencias Médicas. 2014; 20 (3)

3. EsSalud, Gobierno de Perú [Internet]. Lima, Perú: EsSalud. Boletín epidemiológico N° 2 [citado en 2012]. Disponible desde:
[www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines /2012/02.pdf](http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2012/02.pdf)

4. Indhira Alparó Herrera, Nelly Rocío Fabiani Hurtado, Nadia Espejo Herrera. Factores de riesgo para enfermedad diarreica aguda con deshidratación grave en pacientes de 2 meses a 5 años. Rev Soc Bol Ped 2014; 53 (2): 65-70

5. M. Monteverde, M. Cipponeri, C. Angelaccio, y S. Batakis. Déficit de Saneamiento básico y riesgo de padecimiento de diarreas: una estimación de los costos de tratamiento de salud para el conurbaoBonaerense, unidad de Investigación, desarrollo y docencia. 2004.

6. Ministerio de Salud, Gobierno de Perú [Internet]. Lima, Perú: Dirección general de salud de las personas [citado en Noviembre de 2012]. Disponible en:
http://www.ins.gob.pe/repositorioaps0/4/jer/cnsp_resanti_documentos_tecnicos/Estudio_etiologico_diarrea_4_DISAS.pdf

7. Guarino A. y cols. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Paediatric Infectious Diseases Evidence-base Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe (ESPGHAN/ESPID): update 2014.

8. Valerio-Cristóbal M. Determinar los conocimientos y las prácticas maternas sobre la alimentación durante la enfermedad diarreica aguda en niños y niñas menores de 24 meses que acuden a la Unidad de Rehidratación Oral (URO) del Instituto Nacional de Salud del Niño (ISN). Lima, Perú. Febrero – Marzo, 2010.

9. Miranda-Calendaro J. y cols. Manejo de la enfermedad diarreica aguda (EDA) en niños. Hospital Grau Essalud. Lima, Perú. Enero – Diciembre, 2015.

10. Lizeth Kátherin Chávez Conde. Prácticas y el Resultado en el Manejo inicial de la Diarrea Aguda en niños menores de 5 años por madres peruanas. Análisis ENDES 2013. Lima, Perú. 2013.

11. Henríquez Camacho y cols. Incidencia y factores de riesgo para adquirir diarrea aguda en una comunidad rural de la selva peruana. Rev Med Hered [online]. 2002, vol.13, n.2, pp. 44-48. ISSN 1729-214X

12. Ministerio de Salud. Solución de Rehidratación Oral (Electrolitos). Informe Técnico N°03. 2010.

13. Nilton Yhuri Carreazo, MD1, Karim Ugarte, MD2, Luis Huicho, MD3. Leucocitos Fecales en Niños con Diarrea Aguda: ¿Momento de Reconsiderar la Utilidad Clínica de la Prueba?. Rev. Gastroenterol. Perú; 2011; 31-3: 216-223

ANEXOS

ANEXO 01: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

1. Prevalencia de enfermedad diarreica aguda

Prevalencia de enfermedad diarreica aguda	
TIPO	Cualitativa
NATURALEZA	Dicotómica
FIRMA DE MEDICIÓN	Directa
ESCALA DE MEDICIÓN	Nominal
INDICADOR	Ficha de atención en la URO
UNIDAD DE MEDIDA	Número de cámaras diarreicas
CATEGORÍA	Enfermedad diarreica aguda: Sí Enfermedad diarreica aguda: No
DIMENSIÓN	Biológica
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Episodio diarreico menor de 14 días referido por el entrevistado.
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Deposiciones con una frecuencia mayor que la normal (3 o más veces al día) para la persona, y consistencia disminuida.

2. Duración de la Enfermedad Diarreica Aguda

Duración de EDA	
TIPO	Cuantitativa
NATURALEZA	Continua
FIRMA DE MEDICIÓN	Directa

ESCALA DE MEDICIÓN	De razón
INDICADOR	Número de días de episodios diarreicos
UNIDAD DE MEDIDA	Días
CATEGORÍA	No aplica
DIMENSIÓN	Biológica
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Número de días en los que se presenta el episodio diarreico referido por el entrevistado
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Espacio de tiempo en el cual una persona presenta deposiciones con una frecuencia mayor que la normal (3 o más veces al día) para la persona, y consistencia disminuida

3. Frecuencia de Cámaras Diarreicas

Frecuencia de cámaras diarreicas	
TIPO	Cuantitativa
NATURALEZA	Continua
FIRMA DE MEDICIÓN	Directa
ESCALA DE MEDICIÓN	De razón
INDICADOR	Número de cámaras diarreicas al día
UNIDAD DE MEDIDA	Cámaras diarreicas
CATEGORÍA	No aplica
DIMENSIÓN	Biológica
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Número de cámaras diarreicas que se presentan en un día
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Episodios de deposiciones de consistencia disminuida que se presenta en un día

4. Tipo de Diarrea

Duración de EDA	
TIPO	Cualitativa
NATURALEZA	Politómica
FIRMA DE MEDICIÓN	Directa
ESCALA DE MEDICIÓN	Nominal
INDICADOR	Característica ectoscópica de contenido fecal
UNIDAD DE MEDIDA	No aplica
CATEGORÍA	Sin cambios Acuosa Semiacuosa Disentérica
DIMENSIÓN	Biológica
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Sin cambios: deposición de consistencia normal Acuosa: deposición líquida Semiacuosa:

	Con moco: deposición de consistencia disminuida con presencia de contenido mucoso Con sangre: deposición de consistencia disminuida con presencia de contenido hemático
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Clasificación del episodio diarreico agudo según la forma de presentación y mecanismos fisiopatológicos.

5. Uso de Reposición de Líquidos de Rehidratación Oral

Uso de reposición de líquidos	
TIPO	Cualitativa
NATURALEZA	Dicotómica
FIRMA DE MEDICIÓN	Directa
ESCALA DE MEDICIÓN	Nominal
INDICADOR	Referencia de uso de reposición de líquidos
UNIDAD DE MEDIDA	No aplica
CATEGORÍA	Uso de reposición de líquidos: Sí Uso de reposición de líquidos: No
DIMENSIÓN	Biológica
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Utilización de líquidos para la reposición de las pérdidas utilizados en el hogar referido por el entrevistado.
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Empleo de líquidos para la rehidratación oral.

6. Tipo de Líquidos de Rehidratación Oral

Tipo de líquidos de rehidratación oral	
TIPO	Cualitativa
NATURALEZA	Politómica
FIRMA DE MEDICIÓN	Directa
ESCALA DE MEDICIÓN	Nominal
INDICADOR	Líquidos para rehidratación oral referido por el entrevistado
UNIDAD DE MEDIDA	No aplica
CATEGORÍA	Ninguno Panetela Líquidos claros Suero casero Suero comercial Infusiones/agua Lactancia Materna
DIMENSIÓN	Biológica
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Tipo de líquidos usados como primer paso para la rehidratación oral del paciente de manera extrahospitalaria (en casa).

DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Soluciones líquidas usadas para la rehidratación oral de paciente con episodios diarreicos
-----------------------	--

7. Estado de conciencia

Estado de conciencia	
TIPO	Cualitativa
NATURALEZA	Politómica
FIRMA DE MEDICIÓN	Directa
ESCALA DE MEDICIÓN	Nominal
INDICADOR	Conexión con el entorno observado por el investigador
UNIDAD DE MEDIDA	No aplica
CATEGORÍA	<ul style="list-style-type: none"> - Alerta - Irritable/Intranquilo - Letárgico/comatoso
DIMENSIÓN	Biológica
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Tipo de líquidos usados como primer paso para la rehidratación oral del paciente de manera extrahospitalaria (en casa).
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Soluciones líquidas usadas para la rehidratación oral de paciente con episodios diarreicos

8. Características de ojos

Estado de conciencia	
TIPO	Cualitativa
NATURALEZA	Politómica
FIRMA DE MEDICIÓN	Directa
ESCALA DE MEDICIÓN	Nominal
INDICADOR	Forma de región periorbitaria
UNIDAD DE MEDIDA	No aplica
CATEGORÍA	<ul style="list-style-type: none"> - Normales - Hundidos - Muy hundidos y secos
DIMENSIÓN	Biológica
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Región orbitaria y conjuntiva observada por el investigador
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Órgano visual

9. Presencia de lágrimas

Lágrimas	
TIPO	Cualitativa

NATURALEZA	Politómica
FIRMA DE MEDICIÓN	Directa
ESCALA DE MEDICIÓN	Nominal
INDICADOR	Lágrimas al llanto
UNIDAD DE MEDIDA	No aplica
CATEGORÍA	<ul style="list-style-type: none"> - Presentes - Disminuidos - Ausentes
DIMENSIÓN	Biológica
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Ausencia o presencia de lágrimas al llanto observado por el investigador
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Líquido secretado por la glándula lagrimal.

10. Característica de mucosa oral

Característica de mucosa oral	
TIPO	Cualitativa
NATURALEZA	Politómica
FIRMA DE MEDICIÓN	Directa
ESCALA DE MEDICIÓN	Nominal
INDICADOR	Característica de boca y lengua
UNIDAD DE MEDIDA	No aplica
CATEGORÍA	<ul style="list-style-type: none"> - Húmedas - Secas - Muy secas
DIMENSIÓN	Biológica
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Mucosa oral observada por el investigador
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Epitelio que y tejido conjuntivo laxo que recubre la cavidad oral.

11. Característica de Sed

Sed	
TIPO	Cualitativa
NATURALEZA	Politómica
FIRMA DE MEDICIÓN	Directa
ESCALA DE MEDICIÓN	Nominal
INDICADOR	Forma en la que bebe líquidos observada por el investigador
UNIDAD DE MEDIDA	No aplica
CATEGORÍA	<ul style="list-style-type: none"> - Bebe normalmente - Sediento, bebe con avidez - Bebe mal, incapaz de beber
DIMENSIÓN	Biológica

DEFINICIÓN OPERACIONAL	Forma en la que el paciente bebe los líquidos dados por el investigador
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Necesidad o ganas de beber.

12. Signo del pliegue

	Signo del pliegue
TIPO	Cualitativa
NATURALEZA	Politómica
FIRMA DE MEDICIÓN	Directa
ESCALA DE +6MEDICIÓN	Nominal
INDICADOR	Tiempo que desaparece pliegue cutáneo en abdomen o dorso de mano al pellizco del investigador
UNIDAD DE MEDIDA	No aplica
CATEGORÍA	<ul style="list-style-type: none"> - Desaparece rápidamente - Desaparece lento (<2seg) - Desaparece muy lento (>2seg)
DIMENSIÓN	Biológica
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Tiempo en que desaparece pliegue cutáneo en abdomen o en dorso de mano producido por el pellizco de la piel evaluado por el investigador
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Signo cutáneo presente cuando la piel pierde turgencia y elasticidad

13. Tipo de Deshidratación

	Tipo de deshidratación
TIPO	Cualitativa
NATURALEZA	Politómica
FIRMA DE MEDICIÓN	Directa
ESCALA DE MEDICIÓN	Nominal
INDICADOR	No aplica
UNIDAD DE MEDIDA	No aplica
CATEGORÍA	<ul style="list-style-type: none"> - No tiene deshidratación - Deshidratación sin shock - Deshidratación con shock
DIMENSIÓN	Biológica
DEFINICIÓN OPERACIONAL	<p>No tiene deshidratación: paciente alerta, con ojos normales, lágrimas presentes, boca y lengua húmedas, bebe normal, signo del pliegue que desaparece rápidamente</p> <p>Deshidratación sin shock: paciente intranquilo o irritable, ojos hundidos, lágrimas disminuidas o ausentes, boca y lengua secas, sediento, bebe con avidez y pliegue que desaparece lento < 2seg</p>

	Deshidratación con shock: paciente letárgico o comatoso, ojos muy hundidos y secos, lágrimas ausentes, boca y lengua muy secas, bebe mal, incapaz de beber, pliegue desaparece muy lento > 2seg
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Situación en la cual la cantidad de líquido que sale del cuerpo es mayor que la que entra

14. Edad

EDAD	
TIPO	Cuantitativa
NATURALEZA	Discreta
FORMA DE MEDICIÓN	Directa
ESCALA DE MEDICIÓN	De razón
INDICADOR	Meses cronológicos
UNIDAD DE MEDIDA	Meses
CATEGORÍA	No aplica
DIMENSIÓN	Biológica
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Meses cumplidos al momento de realización del estudio referidos por el entrevistado.
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	La edad (o edad biológica) es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.

15. Sexo

SEXO	
TIPO	Cualitativa
NATURALEZA	Dicotómica
FIRMA DE MEDICIÓN	Directa
ESCALA DE MEDICIÓN	Nominal
INDICADOR	Según caracteres sexuales secundarios
UNIDAD DE MEDIDA	No aplica
CATEGORÍA	Femenino/Masculino
DIMENSIÓN	Biológica
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Caracteres sexuales secundarios observados por el investigador.
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Condición biológica que distingue a la especie humana en Femenino – Masculino.

16. Procedencia

VARIABLE	Procedencia
----------	-------------

TIPO	Cualitativa
NATURALEZA	Politómicas
FORMA DE MEDICIÓN	Directa
ESCALA DE MEDICIÓN	Ordinal
INDICADOR	Distrito
UNIDAD DE MEDIDA	no aplica
CATEGORÍA	No aplica
DIMENSIÓN	Social
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Distrito donde reside hasta el día de la entrevista
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Origen de donde nace o deriva.

17. Uso de Medicamentos

VARIABLE	Uso de medicamentos
TIPO	Cualitativa
NATURALEZA	Politómicas
FORMA DE MEDICIÓN	Directa
ESCALA DE MEDICIÓN	Ordinal
INDICADOR	Fármacos usados que refiere el observe
UNIDAD DE MEDIDA	No aplica
CATEGORÍA	<ul style="list-style-type: none"> - antibióticos - antidiarreicos - antieméticos
DIMENSIÓN	Biológica
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Tipo de fármaco administrado por el familiar
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Fármacos con acción terapéutica destinados a aliviar o mejorar el estado de salud.

18. Tipo de Plan de Atención

VARIABLE	PLAN DE ATENCIÓN
TIPO	Cualitativa
NATURALEZA	Politómicas
FORMA DE MEDICIÓN	Directa
ESCALA DE MEDICIÓN	Ordinal
INDICADOR	Plan de atención según tipo de deshidratación
UNIDAD DE MEDIDA	No aplica
CATEGORÍA	<ul style="list-style-type: none"> - Plan A - Plan B - Plan C
DIMENSIÓN	Biológica
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Hidratación brindada por el médico asistente
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Tratamiento de rehidratación Oral que se brinda en un tiempo determinado según las necesidades del paciente

19. Balance Hidroelectrolítico

VARIABLE	BALANCE HIDROELECTROLÍTICO
TIPO	Cualitativa
NATURALEZA	Dicotómica
FORMA DE MEDICIÓN	Directa
ESCALA DE MEDICIÓN	Ordinal
INDICADOR	Resultado positivo o negativo de la diferencia de Ingresos menos Egresos de líquidos
UNIDAD DE MEDIDA	No aplica
CATEGORÍA	- Positivo - Negativo
DIMENSIÓN	Biológica
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Cálculo de ingresos menos egresos por el médico asistente después de brindado el plan de atención asignado.
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Resultado de la diferencia de ingresos menos egresos de líquidos en una persona .

20. Destino Posterior

VARIABLE	DESTINO POSTERIOR
TIPO	Cualitativa
NATURALEZA	Politómica
FORMA DE MEDICIÓN	Directa
ESCALA DE MEDICIÓN	Ordinal
INDICADOR	Destino luego del plan de atención
UNIDAD DE MEDIDA	No aplica
CATEGORÍA	- Alta - Hospitalización - Otras Especialidades
DIMENSIÓN	Biológica
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Destino posterior evaluado por el médico asistente luego del tratamiento.
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Destino a dirigirse luego del plan de atención

21. Reacción Inflamatoria en Heces

VARIABLE	RIH
TIPO	Cualitativa
NATURALEZA	Politómica
FORMA DE MEDICIÓN	Directa
ESCALA DE MEDICIÓN	Ordinal
INDICADOR	Resultado de examen en heces

UNIDAD DE MEDIDA	No aplica
CATEGORÍA	- No se realizó - Positivo - Negativo - Pendiente
DIMENSIÓN	Biológica
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Resultado del exámen de reacción inflamatoria en heces
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Exámen que brinda características de la deposición como aspecto y color, y recuento de leucocitos por campo dando un resultado negativo o positivo.

22. Antibióticos al Alta

VARIABLE	ATB AL ALTA
TIPO	Cualitativa
NATURALEZA	Dicotómica
FORMA DE MEDICIÓN	Directa
ESCALA DE MEDICIÓN	Ordinal
INDICADOR	Indicación o no de terapia antibiótica
UNIDAD DE MEDIDA	No aplica
CATEGORÍA	- Sí - No
DIMENSIÓN	Biológica
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Decisión del médico asistente en indicar o no terapia antibiótica.
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Sustancia química que mata o impide crecimiento bacteriano.

23. Flujo de Heces

VARIABLE	FLUJO DE HECES
TIPO	Cuantitativa
NATURALEZA	Continua
FORMA DE MEDICIÓN	Directa
ESCALA DE MEDICIÓN	De razón
INDICADOR	Deposiciones en ml por kilo de peso por hora del paciente durante su estancia en la URO
UNIDAD DE MEDIDA	Centímetros cúbicos
CATEGORÍA	No aplica
DIMENSIÓN	Biológica
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Centímetros cúbicos de deposiciones por kilo por hora del paciente durante su estancia hospitalaria.
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Egresos fecales

ANEXO 02: INSTRUMENTOS

PLAN A DIARREA SIN DESHIDRATACIÓN

FECHA: _____ HORA: _____ HISTORIA CLINICA N°: _____

NOMBRE: _____ SEXO: M/F

EDAD: _____ años/meses DISTRITO: _____

TIEMPO DE DIARREA: _____ horas/días

DEPOSICIONES:

Número: _____ cámaras/día

VÓMITOS:

Número: _____ veces/día

REPOSICION: En últimas 24horas

MEDICAMENTOS:

EXAMEN FÍSICO:

FC: _____ FR: _____ T°: _____ PESO INICIAL: _____

OBSERVE			
ESTADO COCIENCIA	Bien, alerta	Intranquilo/ irritable	Letárgico comatoso
OJOS	Normales	Hundidos	Muy hundidos y secos
LÁGRIMAS	Presentes	Disminuidos, ausentes	Ausentes
BOCA Y LENGUA	Húmedas	Secas	Muy secas
SED	Bebe normal	Sediento, beber con avidez	Bebe mal, incapaz de beber
SIGNO DEL PLIEGUE	Desaparece lentamente	Desaparece lento < 2seg	Desaparece muy lento (>2seg)

	1° hora	2° hora	3° hora	4° hora	TOTAL
Deposiciones (ml)					
Vómitos (ml)					
Suero ingerido (ml)					

Peso ingreso	
Peso alta	
Diferencial peso	

Balance	
---------	--

EXAMENES:

HECES: NORMAL ANORMAL

ORINA: NORMAL ANORMAL

SANGRE: NORMAL ANORMAL

COPROCULTIVO: SI / NO

TRATAMIENTO ALTA:

Suero comercial	Panetela	Antibióticos
-----------------	----------	--------------

DESTINO FINAL:

FECHA: _____ HORA: _____

ANAMNESIS – URO PLAN B

Nombre: _____ Fecha de Ingreso: __/__/__
Dirección: _____ Hora: ____:____
Distrito: _____ Ocupación: _____

- | | |
|--|---|
| 01. Fecha de Nacimiento: __/__/__ | 13. Convulsiones 24 horas previas
No () Si () No sabe () |
| 02. Edad: ____ (a/m) | 14. Lactancia materna al iniciar
enfermedad
No () Si, exclusiva () Sí, mixta
() No sabe () |
| 03. Sexo: M / F | 15. Fluidos orales en las 24 horas
previas
No () Si ()
SRO-OMS () SRO Casero ()
SRO Comercial () |
| 04. Tiempo de Diarrea (h/d): ____ | 16. Vol. Aproximado de fluidos orales
administrados en 24 horas
Líquido claro (té, panela) ()
Ninguno () No sabe () |
| 05. N° de deposiciones 24 horas
previas: ____ | 17. Alimentación en las 24 horas previas.
Describe |
| 06. Característica de las deposiciones:
Líquida () Disentérica () Otros: () | 18. Distensión Abdominal
No () Si () No sabe () |
| 07. Moco/sangre en las deposiciones:
No () Moco () Sangre ()
Moco y sangre () No precisa () | |
| 08. Última micción (h/d) | |
| 09. Fiebre: No () Si () No sabe () | |
| 10. Vómitos en 24 horas previas
Si () No () | |
| 11. Dolor Abdominal
No () Si () No sabe () | |
| 12. Hiporexia 24 horas previas
Si () No () No sabe () | |

19. Medicamentos utilizados durante este episodio:

- () Antibióticos : _____
() Antidiarreicos : _____
() Antiemético : _____
() Otros : _____

20. Números de episodios de diarreas anterior al actual

21. Servicios básicos Agua y desagüe : ()
Agua sin desagüe : ()
Sin agua ni desagüe : ()
Otros : ()

22. Historia Clínica narrativa:

EXAMEN FÍSICO

1. T°: ___ 2. FC: ___ 3. FR: ___ 4. PA: ___ 5. PESO INICIAL: _____
6. Talla: ___ cm 7. Evaluación del estado de hidratación (marcar)

OB SERVE			
ESTADO COCIENCIA	Bien, alerta	Intranquilo/ irritable	Letárgico comatoso
OJOS	Normales	Hundidos	Muy hundidos y secos
LAGRIMAS	Presentes	Disminuidos, ausentes	Ausentes
BOCA Y LENGUA	Húmedas	Secas	Muy secas
SED	Bebe normal	Sediento, beber con avidez	Bebe mal, incapaz de beber
SIGNO DEL PLIEGUE	Desaparece lentamente	Desaparece lento < 2seg	Desaparece muy lento (>2seg)
DECIDA	No tiene Deshidratación	Si 2 o más signos, incluyendo por lo menos un signo: Deshidratación sin Shock	Si 2 o más signos, incluyendo por lo menos un signo: Deshidratación con Shock
TRATE	PLAN A	Plan B	Plan C

8. Edemas: Si No 9. Distensión abdominal: Si No
10. Ruidos hidroaéreos: Normal Aumentados Disminuidos Ausentes
11. Otros hallazgos en abdomen: _____
12. Hallazgos en aparato respiratorio: _____
13. Hallazgos en el sistema nervioso: _____

DIAGNOSTICOS

1. Diarrea: Aguda Acuosa Persistente (+14 días) Disentérica
Etiología probable: _____
2. Deshidratación: Leve (< 5% de pérdida de peso) o No tiene signos de deshidratación
 Moderada (6-9% de pérdida de peso) o deshidratación sin shock
 Severa (< 10% de pérdida de peso) o deshidratación con shock
3. Deshidratación: Normal
 Desnutrición Aguda
 Desnutrición crónica
 Desnutrición crónica reagudizada
 Marasmo Kwashiorkor