



UNIVERSIDAD DE MACHALA
“Calidad, Pertinencia y Calidez”
UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

TEMA

**“MANEJO COMUNITARIO DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN
NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD DEL SUBCENTRO DE SALUD
RAYITO DE LUZ DE LA CIUDAD DE MACHALA, PRIMER TRIMESTRE.
AÑO 2014”**

AUTORA:

MISHELL ROMERO FEIJOO

TUTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN:

LCDA. ELIDA REYES RUEDA

2015

CERTIFICACIÓN

Lcda. Elida Reyes Rueda

CERTIFICA:

Haber revisado la tesis titulada: **“MANEJO COMUNITARIO DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD DEL SUBCENTRO DE SALUD RAYITO DE LUZ DE LA CIUDAD DE MACHALA, PRIMER TRIMESTRE. AÑO 2014”**. Cuya autora es la Estudiante de Enfermería **MYSHELL ROMERO FEJOO** la que se encuentra con los requisitos técnicos estipulados por la Carrera De Enfermería de la unidad académica de Ciencias Químicas y de la Salud por lo que autorizo su presentación.

Lcda. Elida Reyes Rueda

TUTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

RESPONSABILIDAD

Todas las opiniones, criterios, conclusiones, recomendaciones, análisis, estadísticas vertidas en el presente trabajo de investigación es de absoluta responsabilidad de la autora.

MISHELL ARIANA ROMERO FEIJOO
AUTORA

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTORÍA

Yo, **MISHEL ARIANA ROMERO FEIJOO**, con número de cedula 070647989-6, estudiante de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Químicas y de la Salud de la Universidad Técnica de Machala, responsable de la presente memoria técnica científica titulada: **“MANEJO COMUNITARIO DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD DEL SUBCENTRO DE SALUD RAYITO DE LUZ DE LA CIUDAD DE MACHALA, PRIMER TRIMESTRE. AÑO 2014”**. Certifico que la responsabilidad de la investigación, resultados y conclusiones del presente trabajo pertenecen exclusivamente a mi autoría, una vez que ha sido aprobado por mi tutora de tesis autorizando su presentación.

Deslindo a la Universidad Técnica de Machala de cualquier delito de plagio y cedo mis derechos de autoría a la Universidad Técnica de Machala para que ella proceda a darle el uso que sea conveniente.

MISHELL ARIANA ROMERO FEIJOO

C.I.: 070647989-6

AUTORA

DEDICATORIA

Al creador de todas las cosas, al que me dio fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado; por ello, con toda la humildad que de mi corazón puede emanar, dedico primeramente a Dios.

De igual manera, dedico esta tesis a mi madre y padre que han sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante en los momentos más difíciles.

A mi familia en general, porque me han brindado su apoyo incondicional y por compartir conmigo buenos y malos momentos.

MISHELL

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Técnica de Machala, por formarme como Lcda. en Enfermería, gracias por el apoyo, tiempo y sabiduría prestada.

Doy infinitamente gracias a Dios, por haberme dado fuerza y valor para culminar esta etapa de mi vida.

Agradezco también la confianza y el apoyo brindado por parte de mi madre, que sin duda alguna en el trayecto de mi vida me ha demostrado su amor, corrigiendo mis faltas y celebrando mis triunfos.

A mi familia quienes con su ayuda, cariño y comprensión han sido parte fundamental de mi vida.

A mi esposo e hijo, por su apoyo incondicional en el transcurso de mi vida, por compartir momentos de alegría tristeza y demostrarme que siempre podré contar con ellos.

Y gracias a todos los que me brindaron su ayuda en este proyecto.

LA AUTORA

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁG.
PORTADA	
CERTIFICACIÓN	
RESPONSABILIDAD	
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
INDICE	
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
JUSTIFICACIÓN	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	6
OBJETIVOS	7
OBJETIVO GENERAL	7
OBJETIVOS ESPECIFICOS	7
VARIABLES	8
HIPÓTESIS	8
CAPITULO I	
1. MARCO TEORICO	9
1.1 HISTORIA	9
1.1.1 DEFINICIÓN	9
1.1.2 EPIDEMIOLOGÍA	10
1.1.3 CONTEXTO DE LA SALUD INFANTIL	10
1.2 ETIOLOGÍA	11
1.2.1 INFECCIOSA	12
1.2.2 NO INFECCIOSA	14
1.3 MANIFESTACIONES CLINICAS	15
1.4 FISIOPATOLOGÍA	16
1.5 CLASIFICACIÓN	17
1.5.1 CLASIFICACIÓN CLINICA DE LA DIARREA	17
1.5.2 CLASIFICACIÓN FUNCIONAL DE LA DIARREA	18
1.6 HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO	19
1.7 COMPLICACIONES	21
1.8 TRATAMIENTO	23
1.8.1 CORRECIÓN DEL DÉFICIT DE AGUA, ELECTROLITOS Y EQUILIBRIO ACIDO BASE	23
1.8.2 NUTRICIÓN ADECUADA	28
1.9 FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES	29
1.9.1 FACTORES DE RIESGO	30
1.9.2 FACTORES PROTECTORES	30
1.10 PREVENCIÓN	31

1.11 CUIDADOS DE ENFERMERÍA	31
1.12 TEORÍAS DE ENFERMERÍA DE DOROTHEA OREM	33
1.12.1 TEORÍA DE AUTOCUIDADO	34
1.12.2 TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO	34
1.12.3 TEORÍA DEL SISTEMA DE ENFERMERÍA	35
1.12.4 TEORÍA DEL ESTUDIO	37
CAPITULO II	
2. MATERIALES Y METODOS	39
2.1 LOCALIZACION DE LA INVESTIGACION	39
2.2 UNIVERSO DE TRABAJO	39
2.3 MUESTRA	39
2.4 METODOS	40
2.4.1 TIPO DE INVESTIGACION	40
2.4.2 DISEÑO DE ESTUDIO	40
2.4.3 METODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS	41
2.4.3.1 FASE DE INVESTIGACION	46
2.4.3.2 FASE DE INTERVENCION	41
2.4.3.3 FASE DE EVALUACION	41
2.5 PLAN DE TABULACION, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS	42
2.6 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	43
CAPITULO III	
3. RESULTADOS DE LA FASE DE INVESTIGACION DE INVESTIGACION	45
3.1 DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN	46
CUADRO N°1 EDAD RELACIONADO CON SEXO	46
CUADRO N°2 EDAD RELACIONADO CON ETNIA	47
CUADRO N°3 EDAD RELACIONADO CON TIPO DE LACTANCIA	48
CUADRO N°4 PESO AL NACER	49
CUADRO N°5 AGUA QUE CONSUME	50
CUADRO N°6 CONDICIÓN ECONÓMICA	51
CUADRO N°7 ANIMALES INTRADOMICILIARIOS	52
CUADRO N°8 NIVEL DE INSTRUCCIÓN	53
CUADRO N°9 LAVADO DE MANOS	54
CUADRO N° 10 LAVADO DE LOS ALIMENOS	55
CUADRO N° 11 ELIMINACION DE EXCRETAS	56
3.2 RESULTADOS DE INTERVENCIÓN	57
CONCLUSIONES	64
RECOMENDACIONES	66
BIBLIOGRAFÍA	67
ANEXOS	70

RESUMEN

En el Cantón de Machala para el año 2013 se presentaron 1185 casos de Enfermedad Diarreica Aguda; durante el primer trimestre del mismo año, registraron 198 casos en el Subcentro de Salud Rayito de Luz. Para el año 2014 durante el primer trimestre se registra 297 casos. Denotándose la magnitud no por el número de casos sino por las complicaciones que presenta esta enfermedad; tomando en si como muestra para este estudio a 167 usuarios.

La diarrea en el primer año de vida puede deteriorar el estado nutricional y causar graves secuelas.

Para determinar el manejo comunitario de la enfermedad diarreica aguda en los niños menores a 5 años de edad del Subcentro de Salud Rayito De Luz de la Ciudad de Machala, primer trimestre. Año 2014. Se realizó una intervención educativa entre lo que constan como ejes temáticos a más de factores de riesgo, características individuales y las prácticas y costumbres de las madres de familia además de educar a la familia y la población en la higiene, enfatizando al lavado de manos como una manera dentro del hogar. También dando a conocer la importancia que tienen el mejorar las instalaciones de agua, servicios básicos, etc. Utilizando un tipo de estudio descriptivo de corte transversal; se obtuvo la información mediante encuesta para luego intervenir con un plan educativo; para lograr mejorar la calidad de vida.

ABSTRACT

In Canton Machala for the year 2013 1185 cases of acute diarrheal disease were presented; during the first quarter of the same year, they recorded 198 cases in Subcentro Health Rayito de Luz. 2014 in the first quarter recorded 297 cases. Denoting the size rather than the number of cases but by the complications of this disease; taking itself as sample for this study to 167 users.

Diarrhea in the first year of life may impair nutritional status and cause serious consequences.

To determine the community management of acute diarrhea in children under 5 years of age Subcentro Rayito De Luz City Health Machala first quarter. 2014 an educational intervention between what themes listed as more risk factors, individual characteristics and practices and customs of the mothers and to educate families and the population in hygiene was conducted, emphasizing laundering hand as a way inside the home. Also revealing the importance of improving water facilities, utilities, etc. Using a type of descriptive cross-sectional study; Information was obtained through a survey and then intervene with an educational plan; to achieve better quality of life.

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) es todo un proceso mórbido, sin importar su causa, entre sus síntomas más importantes son las diarreas, acompañados muchas veces de trastornos hidroelectrolíticos, equilibrio ácido base y en el transporte de solutos; constituyen un problema de salud pública en el mundo, especialmente en los países en desarrollo, donde representa una importante causa de morbilidad y mortalidad en niños menores de cinco años, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

A pesar de la reducción de la mortalidad en el mundo, la diarrea todavía es una de las principales causas de muertes infantiles; llamada también por los médicos como Gastroenteritis. Una de cada cuatro muertes infantiles se debe a la diarrea, que están causando la muerte de 3 millones de niños cada año. De estas muertes, el 99.6% tiene lugar en el Tercer Mundo, en donde uno de cada diez niños muere por diarrea antes de cumplir los 5 años de edad.

En una investigación en el año 2012 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF, determinó que hay alrededor de 3 millones de casos de enfermedad diarreica a nivel mundial, y 1.9 millones de niños menores de 5 años de edad fallecen a causa de diarrea anualmente, fundamentalmente en los países en desarrollo como el Ecuador, el síndrome diarreico agudo de carácter infeccioso ocupa el séptimo lugar de entre las diez principales causas de mortalidad infantil según datos ofrecidos por el CIE-10 durante el año 2013. Un estudio realizado en Ecuador en el año 2012 muestra que el 21.7% de los niños menores de 5 años de edad había tenido diarrea durante los dos últimos años.

En la Provincia de El Oro se registraron con un 25.9% la enfermedad diarreica aguda siendo uno de los principales motivos de consulta e ingresos en los diferentes establecimientos de salud y el hospital base ya que no solo son procesos clínicos sino que vienen acompañados de deshidratación; registrándose así en la Ciudad de Machala en el Subcentro de Salud Rayito de Luz 297 casos durante el primer trimestre del año 2014.

JUSTIFICACIÓN

La enfermedad diarreica aguda es la tercera causa de muerte de niños menores de 5 años de edad después de las infecciones perinatales y la neumonía en nuestro país, y en nuestra región Costa ocupa la segunda causa de muerte infantil; enfermedad prevenible y tratable siendo a su vez uno de los problemas de salud pública más serios, que contribuyen una de las causas más frecuentes de muerte infantil. La diarrea aguda es el tercer motivo de consulta en la atención primaria de salud, después de la fiebre y la tos, y un motivo frecuente de acudir a los servicios de urgencias por iniciativa de los padres preocupados porque afecta a lactantes y niños pequeños o por sus complicaciones. Es por eso que resulta necesario conocer esta enfermedad que en la práctica nos sugiere varias etiologías y que es necesario diferenciar para un adecuado abordaje diagnóstico y tratamiento. Consciente de esa realidad y el deseo de contribuir a la solución del problema se inició este trabajo de investigación, que permitió una idea aproximada de los factores de riesgo, características individuales y consecuencias que directa e indirectamente se relacionan a la presencia de la enfermedad diarreica aguda y así evitar complicaciones que en estas se presentan. Al realizar la investigación, se conocieron las pautas más importantes de esta enfermedad preparándome en si para transmitir conocimientos, concientizar y educar a la población en riesgo, logrando la prevención al grupo más vulnerable que es la niñez.

Los resultados de este estudio, servirán para que las autoridades sanitarias locales tengan un conocimiento significativo y real sobre la morbi-mortalidad de la enfermedad diarreica, en la localidad y por medio de ello, se puedan generar en el futuro medidas preventivas congruentes con la realidad local que beneficien tanto a los niños como a sus familias.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad diarreica aguda constituye uno de los problemas de salud pública más importante en el mundo; dicha enfermedad afecta a todos los grupos de edad, son embargo más vulnerables los niños menores a 5 años de edad, constituyéndose además en una patología con una gran morbi-mortalidad mundial especialmente en países en vías de desarrollo.

De acuerdo con cifras del instituto nacional de estadísticas y censos (INEC), en el 2010 3,204 niños menores a 1 año. La Sierra es la región con más muertes infantiles en menores a 1 año (tasa por cada 1,000 nacidos vivos) 1,575, seguida de la Costa 1,434; en la Amazonia fueron 186. La prevalencia de la enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de 5 años se mantiene con un 25%, registrándose en la ciudad de Machala en el Subcentro de Salud Rayito de Luz 297 casos de EDA durante el primer trimestre del año 2014. El Gobierno actual ha invertido más 5,300 millones de dólares en salud, sin embargo no han sido suficientes para que el Ecuador no se siga manteniendo entre los países con más altos índices de morbi-mortalidad infantil en América.

La causa más probable para que la situación se agrave en nuestro país y en el área en estudio se da por la falta de concientización de la población y en especial en las madres sobre la higiene de los alimentos, controles médicos y complicación de la enfermedad, por lo cual estas enfermedades no son tratadas a tiempo, pues no es suficiente el tratamiento médico si sabemos que la base fundamental para la solución es la educación a la población y la madre.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cuál será el manejo comunitario de la enfermedad diarreica aguda en los niños menores de 5 años de edad en el Subcentro de Salud Rayito de Luz de la ciudad de Machala, primer trimestre. Año 2014?
- ¿Cuáles son las características individuales en los niños menores a 5 años edad que acuden al subcentro de salud Rayito de Luz?
- ¿Cuáles son las prácticas y costumbres de las madres de familia de los niños menores a 5 años de edad con enfermedad diarreica aguda.
- ¿Cuáles son los factores de riesgo que influyen en la enfermedad diarreica aguda en los niños menores a 5 años de edad del subcentro de salud Rayito de Luz?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar el manejo comunitario de la enfermedad diarreica aguda en los niños menores a 5 años de edad del subcentro de salud Rayito De Luz de la ciudad de Machala, primer trimestre. Año 2014.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar las características individuales en los niños menores a 5 años edad que acuden al subcentro de salud Rayito de Luz.
- Identificar los factores de riesgo que influyen en la enfermedad diarreica aguda en los niños menores a 5 años de edad del subcentro de salud Rayito de Luz.
- Identificar las prácticas y costumbres de las madres de familia de los niños menores a 5 años de edad con enfermedad diarreica aguda.
- Aplicar un plan educativo de prevención en niños menores a 5 años afectada de Enfermedad Diarreica Aguda a nivel comunitario en el Subcentro de Salud Rayito de Luz, dirigido a las madres de familia.

VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES

- Características individuales
- Factores de riesgo
- Prácticas y costumbres de las madres

VARIABLES DEPENDIENTES

- Manejo Comunitario

VARIABLES INTERDEPENDIENTES

- Programa educativo

HIPÓTESIS

Los factores de riesgo van a influir en la presencia de diarreas en los niños menores de cinco años de edad que acuden al Subcentro de Salud Rayito de Luz.

CAPÍTULO I

1. MARCO TEÓRICO

1.1 HISTORIA

1.1.1. DEFINICION

La diarrea o disentería es una de las enfermedades más remotamente conocidas en la historia de la humanidad. Este término deriva del griego **diarrhoia**. En los más antiguos escritos que hoy se conservan se encuentran referencias a esta molesta y peligrosa condición, el cual significa “fluir a través de”. Hipócrates la definió como el aumento en la frecuencia y contenido de agua en las descargas fecales; la misma definición que hasta la fecha afecta al ser humano y a los animales. Se define como el paso de deposiciones flojas, suaves o acuosas, por lo menos en 24 horas. La disminución en la consistencia es más importante que el número de deposiciones; evacuaciones frecuentes pero pastosas no se deben considerar como diarrea. También se deben reconocer las deposiciones suaves de los niños alimentados con leche materna, que no son diarreicas.

(NOGUERA, 2009)

Los estudios en muchos países en desarrollo demuestran que de 3 a 20 % de los episodios de enfermedad diarreica aguda (EDA) en niños menores de 1 año se hacen persistentes y están generalmente asociados a un deterioro del estado nutricional y un sustancial riesgo de muerte. Las muertes por diarreas se aproximan, mundialmente, a 4 millones por año, las cuales están muy relacionadas con las diarreas persistentes. (RUIZ SILVA, FROMETA, GARCIA, XIMELIS, COBAS 2009)

La diarrea es un síndrome clínico de etiología diversa que se acompaña de la expulsión frecuente de heces de menor consistencia de lo normal en número mayor a tres en 24 horas, a menudo se acompaña de vómitos y fiebre. Es causada principalmente por agentes infecciosos como bacterias, virus, parásitos y hongos pero también puede ser producida

por la ingestión de fármacos o toxinas, alteraciones en la función intestinal, intolerancia a algunos alimentos, alergia, reinstauración de nutrición entera después de un ayuno prolongado, entre otros. (OCHOA V, 2007)

1.1.1 EPIDEMIOLOGÍA

La diarrea constituye un problema de salud pública en el mundo, especialmente en países en desarrollo. Se estima que en Asia, África y América Latina, mueren cada año cerca de 3,3 millones de menores de 5 años por diarrea y ocurren más de mil millones de episodios por año. Múltiples episodios de diarrea en el primer año pueden deteriorar el estado nutricional y generar graves secuelas. (MANRIQUE ABRIL, 2007)

Las características epidemiológicas, agentes etiológicos y presentación clínica de la EDA varían dependiendo del País, región o comunidad, por lo que su reconocimiento en el ámbito local es útil en el diseño de programas de prevención y control, por ejemplo, la introducción de vacunas activas contra Rotavirus.

De acuerdo con los datos estadísticos de la Organización Mundial de la Salud, la enfermedad diarreica representa el 17% de las muertes a nivel mundial en los niños menores de 5 años de edad (OMS 2009). Los agentes infecciosos más ampliamente difundidos en el mundo son los virus (principalmente Rotavirus) que causan el 70 al 80% de las diarreas infecciosas, las bacterias ocupan entre el 15% de los casos y los parásitos ocupan el 5%. La distribución es afectada por los cambios climáticos y las estaciones del año, los virus los más frecuentes en el invierno. Siendo el agua y el saneamiento un papel crucial en la transmisión de las enfermedades diarreicas.

En Ecuador, según datos del Ministerio de Salud, en 1995 la enfermedad diarreica aguda fue la primera causa de muerte en la Costa, la Sierra y la Amazonia, tanto en hombres como en mujeres.

1.1.2 CONTEXTO DE LA SALUD INFANTIL

La salud del niño va más allá de la ausencia de enfermedad, pues el periodo de la infancia hasta la adolescencia es tan importante que marca el desarrollo y calidad de vida en la edad adulta. Por ello, la salud infantil comprende su bienestar en todos los aspectos tanto físico, mental, emocional como social. Así mismo, gracias a los avances en el desarrollo de medicamentos cada vez más eficaces que han permitido disminuir índice de mortalidad por infecciones, malnutrición y malas condiciones de higiene o ambientales, el concepto de salud implica algo más que no estar enfermo. (SALUD Y MEDICINAS, 2014)

Para el desarrollo de sus potencialidades genéticas, el ser humano requiere la salud; para el niño por estar en las primeras etapas del proceso vital humano, este requerimiento es más imperioso.

La salud es un derecho natural inalienable del niño para su crecimiento y desarrollo integral y diverso, tanto para el logro de su desarrollo biológico, como para el desarrollo cognoscitivo, psicosexual y psicosocial. (POSADA Y RAIREZ, 2005)

Desde el punto de vista teórico se tiene como base la salud como proceso socio-biológico y no como fenómeno únicamente biológico. El fenómeno social incorpora “las condiciones de vida de cada grupo de población”, a las cuales se suman el trabajo y supervivencia. Estas condiciones son la forma particular de participación de los grupos en la reproducción general de la sociedad y en la estructura de producción. Las condiciones de vida y de trabajo traducen las dimensiones económicas, ecológica, de conciencia y de conducta con las cuales interactúa la dimensión biológica del ser humano. En consecuencia, la salud no se vive de igual manera por todos y hay maneras diferentes de enfermar y morir, condicionadas por la desigualdad en el acceso a la alimentación, actividad, vivienda, vestido, seguridad, descanso y afecto, así como la realiza con personal, las posibilidades de educación y de participación ciudadana. La salud de las personas en general, y la de los niños/as en particular.

1.2 ETIOLOGÍA

La enfermedad diarreica tiene un origen multifactorial; sólo en contadas ocasiones se origina por una causa única. Cuando se presenta se debe tanto a la existencia de un

microorganismo enteropatógeno en un número suficiente, como la ausencia de un estado de inmunidad eficiente en el individuo. La ingestión del patógeno infectante en concentraciones óptimas para su establecimiento en el hospedero es resultado de condiciones inadecuadas de saneamiento (fecalismo ambiental y contaminación del agua, los alimentos o las bebidas), casi siempre asociadas a malos hábitos higiénicos que facilitan la contaminación. (OMS, 2013)

La enfermedad diarreica aguda necesita de la presencia de virus, bacterias, parásitos u hongos cuya capacidad de patogenicidad depende, en parte, del número de estos y de su capacidad de adherencia, enterotóxica, invasiva o citotóxica. Los agentes etiológicos más frecuentes encontrados son: rotavirus, E. coli enterotoxigenica y enteropatógena, Campylobacter, Salmonella y Shigella. Representado más del 80% de todas las infecciones entéricas. (ROMERO CABELLO, 2002)

1.2.1 INFECCIOSA

PARASITOS

Aunque con menor frecuencia producen diarrea, probablemente debido a que las causas componentes del individuo y del medio ambiente para completar la causa suficiente son menos frecuentes: su importancia radica en la elevada frecuencia del estado de portador asintomático. Entre los principales se incluyen: Entamoeba histolytica, Giardia lamblia, Cryptosporidium, entre otros.

VIRUS

Generalmente de comienzo brusco, con vómitos y fiebre que preceden en varias horas al comienzo de la diarrea. Los rotavirus son la causa más común especialmente en lactantes y niños pequeños, lesionan las células epiteliales del intestino delgado, produciendo tumefacción y necrosis a causa de sus enteró toxinas. Produce cambios en la microcirculación alterando la absorción de nutrientes y líquidos lo que ocasiona una diarrea osmótica.

BACTERIAS

Generalmente en niños mayores, con condiciones deficitarias de higiene y alimentación. Las diarreas son acuosas con moco y pueden contener sangre. Se produce por 3 mecanismos:

- Liberación de entero toxinas (V. Cholerae, E. Coli enterotoxigenica).
- Enteroinvasión (E. Coli entero hemorrágica).
- Proliferación intracelular (Shigella), esta última además puede ocasionar alteraciones en el sensorio, convulsiones y como por liberación de neurotoxinas.

Entre los agentes bacterianos se han encontrado como causantes de diarrea, se incluyen a: Escherichia coli, Salmonella, Shigella, Campylobacter jejuni, Clostridium difficile, Vibrio Cholerae y Yersinia enterocolitica, entre otros.

Agentes etiológicos del Síndrome Diarreico. (CABALLERO, 2005)

TIPO DE AGENTE	AGENTE	MODO DE TRANSMISION
VIRUS	Rotavirus	Fecal-oral
	Adenovirus	
	Enterovirus	
BACTERIAS	Escherichia Coli	Fecal-oral
	Shigella disenteriae	Fecal-oral
	Yersinia	Agua, alimentos, animales domésticos
	Campylobacter jejuni	Alimentos
	Vibrio Cholerae	Agua
	Salmonella	Alimentos, agua
	Entamoeba Histolytica	Agua y alimentos

PARASITOS	Giardia Lamblia	Agua
	Crystosporidium	Agua

1.2.2 NO INFECCIOSA

Entre las causas no infecciosas están los cambios de osmolaridad o alteraciones de la flora intestinal del paciente, ocasionadas por la dieta y/o medicamentos. Algunos antibióticos pueden causar diarrea por un mecanismo irritativo de la mucosa digestiva, ya que al tener una pobre absorción, se mantienen en la luz intestinal, entre ellos están eritromicina, (actúa en el colon) y otros macrólidos en menor grado, amoxicilina/ácido clavulánico (actúa en tracto digestivo proximal y distal) y la ceftriaxona, que produce diarrea hasta en un 50% de los casos, debido a que altera la flora intestinal. La interrupción del antibiótico suele ser suficiente para confirmar el diagnóstico, además de ser la principal medida terapéutica.

En pacientes hospitalizados la alimentación enteral, puede causar diarrea, lo cual es grave en pacientes en cuidados intensivos, quienes con frecuencia presentan íleo paralítico, lo cual les impide tolerar soluciones enterales, en especial si son hiperosmolares o si se administran volúmenes elevados. La reducción de la osmolaridad de la solución enteral, la disminución del ritmo de administración o la suspensión temporal de la misma suelen ser medidas terapéuticas efectivas.

ALIMENTARIAS

- Abandono de la lactancia materna
- Administrar fórmulas de leche muy concentradas
- Intolerancia a la lactosa
- Exceso en la ingesta de frutas y vegetales

MEDICAMENTOSAS

- Efecto terapéutico de: laxantes
- Efecto colateral: Antibióticos
- Antiácidos

- Antihipertensivos
- Quimioterapicos
- Digoxina
- Quinidina

ENDOCRINO METABÓLICAS

- Insuficiencia Suprarrenal
- Hipertiroidismo
- Uremia

OTRAS

- Poliposis difusa
- Diverticulosis del colon
- Hemorragia intestinal
- Peritonitis en sus inicios

1.3 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los síntomas generalmente comienzan con dolores de estómago seguidos por diarrea que suele durar algunos días. Las infecciones con muchos de los virus, bacterias o parásitos que causan diarrea, también pueden traer consigo otros síntomas como por ejemplo: (ENFERMEDADES Y SUS SINTOMAS, 2005)

- **Síntomas comunes de la diarrea**

Heces sueltas

Deposiciones sueltas

- **Síntomas digestivos**

Dolor abdominal

Náuseas

Vómitos

- **Síntomas de deshidratación**

Sed

Fatiga

Orina de color oscuro

Micción poco frecuente

Piel seca

Mareos

En los casos de gastroenteritis viral, los niños/as desarrollan fiebre y vómitos primero, seguido luego por diarrea.

1.4 FISIOPATOLOGIA

En forma sucinta podemos decir que la diarrea se genera cuando la cantidad de agua y electrolitos que llega al íleon y al colon se encuentra por encima de su capacidad de absorción y aumenta la salida en heces de agua, potasio, cloro y bicarbonato, precipitándose así, dependiendo de la magnitud de las pérdidas y de la reposición, la deshidratación (DHT). Esta es más grave en niños pequeños, en especial lactantes, dada la distribución de sus líquidos corporales y el nivel de pérdidas insensibles en relación con superficie corporal. La situación se agrava al sumarse la mayor susceptibilidad del lactante a desnutrirse por rápida depleción de reservas nutricionales y mayor respuesta catabólica. Se agregan la disminución del aporte calórico por inapetencia y por restricciones impuestas a la alimentación y a la malabsorción de nutrientes secundarios al daño intestinal, dependiendo de la localización del mismo. Si el niño es desnutrido, el déficit nutricional empeora y favorece la severidad de la diarrea y su persistencia por varios factores, entre ellos, el sobrecrecimiento bacteriano, la inadecuada función pancreática, la disminución en la regeneración celular, así como la enteropatía y el déficit enzimático preexistente. (LEAL QUEVEDO, 2002)

1.5 CLASIFICACIÓN

1.5.1 CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE LA DIARREA

Es más práctico establecer el tratamiento de la enfermedad diarreica con base en el tipo clínico, el cual puede determinarse en el momento de la consulta cuando se examina al niño. Por lo general se necesitan evaluaciones de laboratorio. Se reconocen cuatro tipos clínicos (NOGUERA, 2009), a saber:

DIARREA AGUDA

Se manifiesta por la pérdida diaria de tres o más evacuaciones intestinales líquidas o semilíquidas sin sangre visible, que pueden acompañarse de vómitos, fiebre baja, disminución del apetito e irritabilidad; el cuadro se inicia agudamente y tarda menos de catorce días, aunque la mayoría se resuelve en menos de siete.

DIARREA PERSISTENTE

Este tipo de enfermedad diarreica se inicia como un episodio agudo de diarrea líquida, pero persiste por más de 14 o más días. En estos casos ocurre frecuentemente pérdida marcada de peso. El volumen de la pérdida fecal puede ser grande, pudiendo causar deshidratación.

DIARREA CRÓNICA

Diarrea de tipo recurrente o de larga duración, es de causa no infecciosa, tal como sensibilidad al gluten o desórdenes metabólicos hereditarios. Puede considerarse cuando el proceso diarreico dura más de 21 días.

DISENTERÍA

Diarrea con presencia de sangre, moco y/o pus en heces, independientemente de su duración. Entre los efectos que produce incluye anorexia, pérdida de peso rápida y daño a la mucosa intestinal causado por agentes invasores.

La OMS también menciona la diarrea aguda acompañada de desnutrición grave (marasmo o kwashiorkor), cuyo mayor peligro es la propensión a infecciones sistémicas graves, deshidratación, fallo cardíaco y deficiencias vitamínicas. El manejo a cada tipo de diarrea se orienta a la prevención y el tratamiento de los principales riesgos asociados a cada uno.

1.5.2 CLASIFICACION FUNCIONAL DE LA DIARREA

En función de las alteraciones fisiológicas que provocan en el organismo, las diarreas se clasifican en cuatro grupos:

DIARREA OSMÓTICA

Se presentan cuando existen solutos en la luz intestinal, las cuales tienen actividad osmótica e inducen el movimiento de líquidos y electrolitos del enterocito hacia la luz intestinal, superando la capacidad de absorción de la mucosa. En proporción, se pierde una cantidad mayor de agua que de sodio, lo que incrementa las concentraciones de este ion en la sangre, aunque el colon intenta conservar agua y sodio no retiene potasio, que se pierde en las heces. El efecto final es un agotamiento de agua y potasio. Las evacuaciones son ácidas y las causas más comunes son la deficiencia de enzimas disacaridasas como Lactasa y Sacarasa, la ingestión de laxantes polivalentes, la desnutrición tipo Kwashiorkor y la gastroenteritis, entre otras.

DIARREA SECRETORA

Se presentan como consecuencia de un aumento importante del movimiento de agua y electrolitos hacia la luz intestinal. Este efecto se produce por el incremento en la secreción, por la disminución en la absorción o por la combinación de ambas situaciones. La afluencia de líquido a la luz intestinal supera la capacidad de absorción del colon, lo que ocasiona la diarrea. Las heces son isotónicas en relación con el plasma; sin embargo, a pesar de existir una composición iónica similar, se fuerza al máximo la absorción de

sodio y cloro, lo que condiciona la pérdida de potasio y bicarbonato hacia la luz intestinal. Debido a que las diarreas secretoras no son provocadas por factores dietéticos, habitualmente no mejoran con el ayuno. Una excepción es la diarrea secretora secundaria a una mala absorción de ácidos grasos, en la que el efecto de la microbiota bacteriana sobre éstos produce ácido 10-hidroxi-esteárico, que es un potente secretagogo (sustancia que hace que otra sustancia sea liberada o secretada.)

DIARREA SECUNDARIA A ALTERACIONES DE MOTILIDAD

Se producen tanto por una disminución anormal de la motilidad intestinal que condicionan sobrecrecimiento bacteriano, como por un aumento en la peristalsis, que reduce el tiempo de contacto entre el contenido intestinal y la mucosa. Las principales causas de este tipo de diarreas son el abuso de laxantes, la enfermedad diverticular del colon, el síndrome del intestino irritable y la neuropatía diabética.

DIARREA POR ALTERACIONES MORFOLÓGICAS DE LA MUCOSA

Se deben a lesiones anatómicas de las estructuras encargadas del proceso de absorción. Esto impide el ingreso de los nutrimentos o bien la salida de productos de escasa absorción, como sangre, moco, pus o proteínas completas, hacia la luz del intestino. Entre las principales causas de este tipo de diarreas se encuentran la gastroenteritis infecciosa persistente, la enfermedad de Whipple, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida y la enfermedad inflamatoria intestinal.

1.6 HISTORIA CLINICA Y EXAMEN FISICO

Es importante al momento de abordar un paciente con diarrea, recalcar sobre algunos puntos específicos de la historia clínica, que servirán para orientar el diagnóstico y su manejo; estos puntos son: (NOGUERA, 2009)

- **Duración o inicio de la enfermedad:** para catalogar el cuadro como agudo, con menos de 14 días de duración: prolongado, con una duración de 14 o más. Algunos otros autores agregan que los episodios diarreicos de más de 21 días se clasifican como crónicos.

- **Características de las deposiciones:** indagar sobre el color de las deposiciones; en general al preguntarles a las madres sobre el color de las deposiciones, tienden a ser más específicas sobre las características; se debe insistir en la presencia de sangre o moco, para determinar si clínicamente la diarrea corresponde a una disentería.
- **Características del vómito:** se debe tener en cuenta que algunos cuadros se pueden acompañar de vómitos biliosos y corresponden más bien a fenómenos suboclusivos o de íleo, que eventualmente limitarían el uso de la vía oral para el tratamiento.
- **Fiebre, presencia y características:** la mayoría de infecciones intestinales se acompañan de fiebre, en grado variable; pero algunas otras entidades como las intoxicaciones alimentarias que cursan con vómitos pueden no estar asociadas a fiebre.
- **Movimientos anormales o convulsiones:** pueden estar asociadas a la misma fiebre (convulsiones febriles), a trastornos electrolíticos, como hipernatremia o hiponatremia, o bien como en el caso de *Shigella sp* que produce una toxina capaz de inducir convulsiones; las convulsiones limitan también el uso de la vía oral para la rehidratación.
- **Tipos de alimentos, líquidos y medicamentos suministrados:** en primer lugar para saber si son productos recomendados para el manejo de la diarrea y estimular su uso; o en caso contrario, para brindar educación a los padres sobre los líquidos y alimentos recomendados en el manejo; así mismo sobre los medicamentos utilizados, pues algunos pacientes ya han sido llevados a consulta a algún otro establecimiento donde es posible que le hayan indicado alguna prescripción, o bien del botiquín que a veces tienen en sus hogares. Algunos de estos medicamentos como los antieméticos tienen un efecto sedativo y también limitan el uso de la vía oral. Otros, como los antiespasmódicos, pueden favorecer la aparición de íleo paralítico.

- **Características de la sed y la micción:** para valorar el estado de hidratación del paciente; indagar si toma con avidez o más bien si rechaza la vía oral; también registrar la hora de la última micción.
- **Examen físico integral:** para valorar el estado de hidratación del paciente mediante los signos clínicos. Específicamente valorar: estado de conciencia, aspectos de los ojos (normales, hundidos), turgencia de la piel. También para detectar otras causas de fiebre o vómitos, como faringo-amigdalitis, otitis media, neumonía, apendicitis aguda, meningitis, entre otras.

Con estos puntos entonces se determina si el paciente presenta algún grado de deshidratación y si está en condiciones de tomar por vía oral, lo que va a determinar el plan de tratamiento.

1.7 COMPLICACIONES

La **deshidratación** es la complicación más frecuente y grave de las diarreas en los niños. Las principales causas de la deshidratación son: a) aumento de pérdidas de líquidos y electrolitos por las evacuaciones líquidas y por los vómitos, b) disminución de la ingesta y c) aumento de las pérdidas insensibles. Las diarreas por rotavirus, *E. Coli* enterotoxigénica y *V. Cholerae* son característicamente productoras de deshidratación importante (ver Tabla 1).

Tabla 1: Evaluación de la deshidratación de los pacientes con diarrea (GUIA CLINICA Y TERAPEUTICA, 2010)

	A	B	C
Observe:			
Estado	Lúcido, consciente	Inquieto, irritable	Letárgico o inconsciente
Ojos	Normales	Hundidos	Hundidos
Sed	Bebe normalmente, no está sediento	Bebe con avidez, esta sediento	Bebe poco o es incapaz de beber
Explore:			

Signo de pliegue cutáneo	Desaparece rápidamente	Desaparece lentamente	Desaparece muy lentamente
Decida:	El paciente no presenta signos de deshidratación	Si el paciente presenta dos o más signos en B, presenta cierta deshidratación	Si el paciente presenta dos o más signos en C, presenta deshidratación intensa
Trate:	Aplique el plan terapéutico A	Pese al paciente, si es posible, y aplique el plan terapéutico B	Pese al paciente y aplique el plan terapéutico C urgentemente

Por ello debemos prestar especial atención y no dejar de valorar el estado de hidratación de todo niño con diarrea. Puede hacerse esta valoración por pérdida de peso, siendo en niños pequeños leve con pérdida menor al 5%, moderada del 5-10% y grave si es mayor del 10%; y en niños mayores menos del 3%, entre 3 y 7% y mayor del 7%. (ATS/DUE, 2006)

Por la exploración podemos realizar la siguiente valoración:

	Leve	Moderada	Severa
Pulso	Normal	Rápida	Rápido-débil
TA sistólica	Normal	Disminuida	Disminuida
Diuresis	Disminuida	Disminuida	Oligoanuria
Mucosa oral	Pastosa	Seca	Muy seca
Fontanela	Normal	Hundida	Muy hundida
Turgor piel	Normal	Disminuido	Pastoso
Ojos	Normal	Hundidos	Muy hundidos
Perfusión piel	Normal	Fría	Acrocianosis

En el equilibrio ácido base puede aparecer acidosis por pérdida de bicarbonato, y en estadios más avanzados puede sobreañadirse cetosis. Hay que valorar si existe fallo prerrenal.

1.8 TRATAMIENTO

Aunque no suele ser peligrosa, la diarrea ha causado millones de muertes alrededor del mundo, principalmente como consecuencia de la **deshidratación**. La diarrea de diferentes causas, está asociada también con una reducción del consumo de alimento. Por esta razón, el principal tratamiento contra la diarrea implica un consumo de cantidades adecuada de agua para sustituir la pérdida de líquidos, mezclada preferiblemente con electrolitos para recuperar las sales minerales esenciales y ciertos nutrientes. (ROJAS MONTENEGRO Y GUERRERO LOZANO, 1999)

Los dos pilares básicos de la intervención médica durante un episodio de diarrea aguda son **rehidratación** y **realimentación**. El tratamiento farmacológico es útil solo en ciertos casos de diarrea.

1.8.1 CORRECCIÓN DEL DEFICIT DE AGUA, ELECTROLITOS Y EQUILIBRIO ACIDO BASE

En formas leves o moderadas, debe hacerse siempre por vía oral: la eficacia de la rehidratación oral y la tolerancia a la reintroducción de la dieta y la ganancia de peso es superior frente a la hidratación intravenosa. En los casos más leve (en los que se mantiene la alimentación), la ingestión de suplementos líquidos en forma de agua, tisanas o refrescos puede ser suficiente; si se ha suprimido la alimentación, se pueden utilizar diversas soluciones orales diseñadas para tratar la diarrea infecciosa. Las soluciones para deportistas no deben utilizarse, porque resultan hiperosmóticas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto tres planes de tratamiento para el paciente con diarrea (NOGUERA 2009), a saber:

PLAN A:

Paciente con diarrea sin signos de deshidratación. Aportar mayor cantidad de líquido que lo perdido. En pacientes menores de 1 año de edad: 100 a 200 ml después de cada evacuación líquida. A niños mayores o adultos se ofrece todo el volumen que deseen beber. Mantener alimentación adecuada para la edad, buena concentración calórica, higiénica, de buen sabor para el niño, barato y culturalmente aceptable: continuar con la lactancia materna o su dieta para niños y adultos.

Procura prevenir la deshidratación y la desnutrición en el paciente enfermo, y la diarrea en otros miembros de la familia o en ese paciente en el futuro. (MADRIGAL, 2003)

La **deshidratación (DH)** se previene aumentando la cantidad de líquidos que el paciente ingiere para lograr la diuresis usual del paciente. Los líquidos deben ser fisiológicamente adecuados, evitando líquidos con muy poca o mucha cantidad de sodio, potasio o carbohidratos. Algunos líquidos recomendados son: leche materna, jugos y refrescos naturales, agua de arroz, cereales, almidones, sopas caseras, caldos de frijol y de carnes, formulas infantiles, Pedialyte y leche de vaca sin hervir en niños mayores de un año. Algunos líquidos no recomendados son: refrescos gaseosos o como Coca Cola, bebidas comerciales para ejercicio, gelatina líquida, refrescos enlatados o en polvo o jugos comerciales con azúcar agregados. El suero oral se puede administrar a niños con EDA no complicada, pero debido a su sabor poco agradable, ahora se recomienda administrar en caso de DH o de diarrea profusa.

La **desnutrición** se previene continuando la alimentación normal del niño. Debido a que la hiporexia es común en EDA por la enfermedad y la fiebre que con frecuencia la acompaña, hay que ofrecer al paciente alimentos de alto valor nutricional con más frecuencia de lo usual. La alimentación se suspende si hay alguna complicación que así lo amerite, como, por ejemplo deshidratación o vómitos incoercibles, pero se debe de iniciar tan pronto como sea posible. La nutrición enteral evita la emaciación del paciente con EDA, y estimula la regeneración intestinal para que la diarrea tenga una duración menor. La absorción de nutrientes es un poco menor en EDA si se compara con un intestino sano, pero las proteínas y las grasas se absorben bastante bien. Con los carbohidratos simples podría haber mala absorción clínicamente importante, por lo que

es preferible no suministrarlos en EDA. La lactosa produce mala absorción en un 10 por ciento de los pacientes, pero la mayoría tolera bien la leche y no se debe suspender ni diluir, especialmente si se trata de la leche materna.

La diarrea se previene principalmente con el lavado de las manos por 10 y 15 segundos con agua y jabón después de tener contacto con materia fecal, y antes de preparar los alimentos. Otras medidas son la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida, y continuarla por lo menos hasta los 2 años de edad con alimentos limpios y recién cocinados, agua potable, disposición adecuada de excretas, higiene personal y ambiental, y verificar la vacunación.

Los vómitos son frecuentes con EDA, y se pueden disminuir y evitar si se administran líquidos o sólidos muy lentamente por boca, a una velocidad inicial de 1 cucharadita cada dos o tres minutos.

Los medicamentos que se recomiendan para tratar la diarrea son: suero oral, antipiréticos para alivio sintomático de las molestias, y se considera tratamiento específico para algunos enteropatógenos, como algunas bacterias y protozoarios intestinales. Los antiespasmódicos, antidiarreicos y antieméticos no han demostrado tener ninguna utilidad, y predisponen a efectos secundarios indeseables.

PLAN B:

Paciente con diarrea y algunos signos de deshidratación (leve o moderada) y en capacidad de tomar por vía oral. El objetivo es tratar la deshidratación mediante el uso de terapia de rehidratación oral (TRO), usando sales de rehidratación oral (SRO) para corregir el déficit de agua y electrolitos y recuperar el equilibrio hidrostático.

Cuando la diarrea ya ha provocado una deshidratación leve o moderada, será necesario seguir en plan B; se recomienda que esto se lleve a cabo en un servicio de salud. El manejo del paciente debe iniciar con terapia de hidratación por medio de la solución suero oral, con dosis de 100ml/kg de peso durante un periodo de cuatro horas para reponer las pérdidas previas y actuales. La dosis total se fracciona y se ofrece una toma cada 30 minutos. Se sirven en taza para que se tome lentamente con ayuda de una cucharadita,

con el fin de no sobrepasar la cantidad gástrica y de esta manera disminuir la posibilidad de vómito. (CASANUEVA, 2008)

Si después de la primera toma el paciente ingiere con avidez todo el suero y no presenta vomito o distensión abdominal, se le deberá ofrecer la misma cantidad cada 20 minutos. Si la diarrea es abundante y el paciente continúa aceptando bien el suero oral, se incrementara el volumen ofrecido. El suero se debe tomar a temperatura ambiente, pues si esta frio retardara el vaciamiento gástrico y en caso de estar caliente puede provocar vómitos.

PLAN C:

Paciente con deshidratación grave, estado de choque (shock) por deshidratación o incapacidad de tomar por vía oral. La rehidratación intravenosa está indicada ante el fracaso de la terapia de rehidratación oral (TRO) o a continuación de la reanimación inicial de un paciente en shock.

Los niños con deshidratación grave requieren hidratación intravenosa rápida y vigilancia estricta, seguida de hidratación oral. Este manejo es adecuado para el niño que no se encuentra severamente desnutrido. (LEAL QUEVEDO, 2002)

El niño con deshidratación grave debe ser reevaluado cada 15 a 30 minutos hasta que presente pulso humeral fuerte. Si no hay mejoría se administrara la solución de lactato de Ringer más rápidamente. Cada hora se debe verificar el estado de hidratación. Los ojos hundidos no son útiles para vigilancia porque se recuperan más lentamente. Una vez ha completado los líquidos ordenados vuelva a clasificar el estado de hidratación:

- Si todavía persisten signos de deshidratación grave, repita los líquidos intravenosos ordenados. Nos es usual que persista la deshidratación grave; esto ocurre cuando los niños continúan con abundante gasto fecal durante la rehidratación (como en el caso del cólera).
- Si el niño mejora pero tiene signos de algún grado de deshidratación, interrumpa el tratamiento y continúe la hidratación con SRO durante 4 horas, Plan B. si el niño es amamantado, aliente a la madre para que lo alimente con su leche.

- Si no hay signos de deshidratación, trate como explica el Plan A, observe al niño al menos por 6 horas para estar seguro que la madre lo podrá mantener hidratado en casa, amamante o alimente al niño en el servicio antes de salir.

Todos los niños deben recibir SRO (5ml/kg/hora) tan pronto puedan beber sin dificultad (generalmente a las 3-4 horas en los lactantes y 1 y 2 horas en los niños), esto proporciona bases y potasio adicionales, que la solución intravenosa no administra.

En general, en los casos de diarrea aguda se recomienda realizar una dieta progresiva que consta de cuatro fases, según la evolución del cuadro: (ANTIASARAN, 2003)

Fase I: se aconseja dieta absoluta en las primeras 6-24 primeras horas con reposición hidroelectrolítica por vía oral preferentemente.

Fase II: introducir líquidos como zumos colados de frutas no ácidas, caldos vegetales, caldo de arroz, de zanahoria, de manzana hervida, infusiones suaves o limonada natural.

Fase III: iniciar dieta sólida que sea blanda, astringente, baja en grasas y fibra y que no aporte lactosa. Comenzar incluyendo alimentos de fácil digestión como arroz hervido, patata y zanahoria cocidas, caldos sin grasa con sémola o tapioca, pescado blanco o pollo hervidos, pan tostado, plátano muy maduro, entre otros.

Fase IV: cuando haya disminuido la frecuencia y las deposiciones sean más consistentes, introducir gradualmente nuevos alimentos según los síntomas y la tolerancia individual como galletas tipo María, puré de verduras o verdura cocida, jamón, fruta bien madura sin piel tipo pera o manzana, yogurt natural, etc.

Antes de pasar a una dieta normal es conveniente probar la tolerancia a los lácteos (yogures, queso fresco), dejando la introducción de la leche, mejor desnatada, para el final, ya que en todo proceso diarreico se produce un déficit transitorio de lactasa. Asimismo, se recomienda evitar las tecnologías culinarias que incorporen grasa (frituras, guisos, etc.) y moderar la adición de sal. Para no estimular el peristaltismo intestinal es aconsejable fraccionar la ingesta en 5-6 tomas poco voluminosa, evitar la cafeína, el zumo de naranja y los alimentos picantes, así evitar consumir los alimentos a temperaturas extremas.

En casos de malabsorción podría estar indicado el uso de suplementos nutricionales. En otras ocasiones puede resultar necesario tratamiento farmacológico y, dependiendo de la gravedad del cuadro diarreico, habrá que valorar la conveniencia de nutrición enteralo parenteral.

1.8.2 NUTRICIÓN ADECUADA

Durante la mayoría de las diarreas agudas está limitada la absorción de los nutrientes, en especial cuando la enfermedad es producida por agentes que lesionan la mucosa intestinal, como es el caso de los carbohidratos y las proteínas, lo cual contribuyen a la disminución del aporte proteico-calórico. Esto hace que la diarrea sea una entidad patológica concomitante casi siempre en niños desnutridos. Sin embargo, existen factores socioeconómicos y culturales que son acompañantes habituales de la desnutrición pero que, también, guardan una estrecha relación como factores de riesgo de diarrea. (CARPER, 1994)

En contra de algunas creencias establecidas, en la mayoría de los casos de diarrea no es necesario establecer un reposo estricto del intestino; la supresión de la alimentación en los niños puede conducir a una pérdida diaria del 1-2% del peso corporal (sin contar las pérdidas fecales) que puede poner su vida en peligro. Aunque la absorción intestinal está reducida en la diarrea, no está totalmente abolida, y se absorbe una proporción no despreciable de principios inmediatos. De hecho, la evolución de los pacientes nutridos es mejor que en los que ayunan (menores pérdidas fecales y menor duración temporal). En la mayor parte de los casos, la diarrea cede en pocos días con medidas sencillas, como evitar alimentos que aumenten el volumen de las heces y la motilidad intestinal. Por otro lado, en la afección generalizada del intestino, debe evitarse la leche y derivados, porque suele producirse un déficit de disacaridasas, que impiden la digestión de la lactosa y empeora la diarrea.

ALIMENTOS RECOMENDADOS

- Sopa de arroz, arroz muy hervido
- Sopa de zanahoria
- Puré de patatas (papas), y patata hervida

- Sopa de pescado
- Sopa de plátano verde
- Carne de aves (pollo, pavo, etc.) cocida o a la plancha

ALIMENTOS NO RECOMENDADOS (RAZÓN DE EVIDENCIAS QUE DEMUESTRAN QUE EMPEORAN LA DIARREA)

- Leche y otros productos lácteos como helaos o queso
- Frutas cítricas y verduras que contienen mucha fibra, como los limones, naranjas y toronjas
- Alimentos grasosos como almendras, nueces, avellanas o frituras
- Pan negro, pan integral, etc.
- Dulces, caramelos, chocolate, pasteles, azúcar, etc.
- Bebidas muy frías y todo tipo de refrescos así como agua con gas gaseosa)
- Evitar grandes cantidades de edulcorantes
- Pasta

La restricción dietética con alimentos bien tolerados puede utilizarse durante 1 a 3 días. Sin embargo, limitar la leche a los lactantes no tiene efecto en la duración de la diarrea y puede producir un efecto de desnutrición.

1.9 FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES

En niños de dos meses y mayores: bajo peso al nacer, falta de alimentación al seno materno, eventos agudos de diarrea de inicio temprano y malos hábitos higiénicos. En lo que respecta al sexo, no existe ninguna diferencia. Aunque el hombre es el principal huésped y reservorio de los agentes mencionados previamente, una gran cantidad de vectores o transmisores de estos funcionan como reservorios y su presencia permite la diseminación de la enfermedad. El uso del biberón y chupón ya que estos objetos tienen contacto directo con la cavidad oral del menor y son difíciles de limpiar. Almacenamiento de alimentos cocinados a temperatura ambiente ya que estos no se encuentran protegidos y la temperatura favorece el crecimiento bacteriano. (SALUD TOTAL, 2009)

Hay factores que pueden considerarse de riesgo, así como otros factores protectores para adquirir una diarrea, tanto inherentes a condiciones del sujeto como a condiciones socio sanitarias: (BOLETIN EPIDEMIOLOGICO, 2012)

1.9.1 FACTORES DE RIESGO

Factores socio-económicos

- Hacinamiento, falta de acceso al agua potable, falta de posibilidades de refrigeración de los alimentos, sistema de eliminación de excretas ineficiente.
- Falta de acceso a información.
- Dificultad de acceso a los servicios de salud.
- Dificultad para aplicar los cuidados necesarios al paciente.
- Analfabetismo, desocupación.

Factores del huésped

- Niños menores de un año
- Falta de lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.
- Uso de biberones.
- Desnutrición.
- Inmuno supresión.

1.9.2 FACTORES PROTECTORES

- Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.
- Alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses.
- Medidas higiénicas adecuadas.

1.10 PREVENCIÓN

La participación de la madre durante todo el proceso de atención del niño desde el momento mismo en que se inicia el episodio de enfermedad diarreica aguda es fundamental. Esta participación debe basarse y con ello evitar las complicaciones y la muerte de su hijo. (DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA, 2012)

- La lactancia materna reduce la morbilidad y la mortalidad infantil por diarrea, así como la gravedad de los episodios diarreicos.
- En el momento del destete, la preparación y la conservación de los alimentos se asocian a riesgos de contaminación por gérmenes fecales: desaconsejar el uso de biberones; cocer bien los alimentos; no conservar la leche o las papillas a temperatura ambiente.
- El acceso a agua limpia en cantidades suficientes y la higiene personal (lavarse las manos con agua y jabón antes de las comidas, después de ir al lavabo, etc.) contribuyen a reducir eficazmente la transmisión de las diarreas.

1.11 CUIDADOS DE ENFERMERIA

Los cuidados de enfermería en las afectaciones gastrointestinales varían notablemente dependiendo de la patología precisa que origine el cuadro. Podemos, de forma genérica hablar de cuidados de enfermería para cada uno de los principales síntomas que suelen aparecer en este tipo de trastornos: dolor abdominal, vómitos, diarrea y deshidratación. La elaboración de un plan de cuidados detallado se adaptara precisando nuestras intervenciones en cada proceso patológico concreto. (PEREZ SANTANA, 2003)

DOLOR ABDOMINAL

No es conveniente la administración de analgesia hasta que se diagnostique el origen del dolor. Hasta entonces podremos:

- Explicar a los padres y al niño porque no administraremos analgésicos y porque lo tenemos en dieta absoluta.
- Procurar un ambiente relajado y confortable.

- Tratar de disminuir la ansiedad del niño y los padres, transmitiéndoles seguridad y explicando la provisionalidad de la situación.
- Estar muy atentos a los cambios de localización, frecuencia, irradiaciones e intensidad del dolor.
- Estar atentos a las posturas antiálgicas que adopte el niño.
- Procurar agilizar las pruebas diagnósticas para que, una vez diagnosticado, se pueda prescribir la analgesia.
- Estar atentos a la aparición de otros síntomas que puedan ayudar al diagnóstico.

VÓMITOS

- Anotar las características, frecuencia y cantidad del vómito.
- Suspender en un primer momento todos los alimentos y dar solo líquidos claros, en pequeñas cantidades y con mucha frecuencia.
- Explicar a la familia y al niño la necesidad de seguir con las restricciones dietéticas y con la administración de líquidos a tolerancia.
- Estar atentos a los signos de deshidratación.
- Anotar todos los líquidos que ingiere el niño y los que pierde por vómitos, diarreas, orina... a fin de poder realizar un adecuado balance hídrico que nos pueda prevenir de una posible deshidratación.
- Colocar al niño en posición lateral de seguridad para asegurarnos de que no se produzca una aspiración bronquial del vómito.
- Una vez superada la fase crítica, establecer una dieta para volver gradualmente a la alimentación habitual.
- En casos graves será necesario la colocación de una SNG para aspirar de forma permanente el contenido gástrico.

DIARREA

Las medidas a seguir en caso de diarrea son las mismas que en el caso de los vómitos, pero acentuando las medidas de higiene y tratando de disminuir la ansiedad sobreañadida que probablemente el niño debida a la vergüenza de sentirse sucio.

DESHIDRATACIÓN

La complicación más frecuente tanto de los vómitos como de las diarreas es la deshidratación. Los cuidados de enfermería a aplicar en estos casos son los siguientes:

- Control detallado del balance hídrico. Anotando las pérdidas por vómitos, diarreas, orina y pérdidas insensibles (sudor y respiración) y la ingesta oral o intravenosa. Los requerimientos líquidos normales según el peso del niño son los siguientes:
 - ✓ 0-10 kg = 100ml/kg/día.
 - ✓ 11-20 kg = 50ml/kg/día.
 - ✓ >20 kg = 20ml/kg/día.
- Estar atentos a los signos y síntomas de deshidratación.
- Rehidratación oral, con preparados ricos en glucosa administrados en pequeñas cantidades y con mucha frecuencia.
- Una vez superada la fase crítica, establecer una dieta para volver gradualmente a la alimentación habitual.

1.12 TEORIAS DE DOROTHEA OREM

Cada día, los diferentes profesionales cuestionamos aspectos de nuestra práctica diaria; hecho que nos obliga a reflexionar sobre el sentido de lo que hacemos, interrogantes que exigen buscar respuestas; en este sentido, desde diversos enfoques, varias autoras han aportado sus conocimientos en función de definir y explicar la esencia de los cuidados enfermeros, y como resultado ha originado teorías y modelos conceptuales, los que sirven de guía en la práctica enfermera, entre ellas, se halla Dorothea E. Orem. (REINA, 2006)

La Teoría Orem comenzó su elaboración en los años 50. La teoría de enfermería del déficit de auto cuidado de Orem que a la vez comprende estas teorías:

- Teoría de Autocuidado
- Teoría del Déficit de Autocuidado
- Teoría del sistema de Enfermería

1.12.1 TEORIA DEL AUTOCUIDADO

En ella explica y describe el autocuidado. Lo define como <<una actividad aprendida por la persona y orientada hacia un objetivo>>. Es, por tanto, una conducta ante la vida dirigida hacia uno mismo en beneficio de la salud y el bienestar.

Existen varias clases de autocuidado: los que se derivan de las necesidades básicas del individuo (alimento, descanso, oxígeno...), los asociados al proceso de desarrollo (niñez, embarazo, vejez...) y los derivados de las desviaciones del estado de salud.

Por tanto la persona que es autosuficiente es responsable de sus propios cuidados y de los de las personas que tiene a su cargo y tendrá capacidades para dar respuesta a toda una serie de necesidades para la vida. Ello debe suponer la capacidad de llevar una vida sana, comportarse de forma que se trate de alcanzar el bienestar y la salud.

Según Orem, El autocuidado no es innato, sino se aprende esta conducta a lo largo de la vida, a través de las relaciones interpersonales y la comunicación en la familia, la escuela y amigos.

1.12.2 TEORIA DEL DEFICIT DE AUTOCUIDADO

Describe y explica las razones por las que la enfermería puede ayudar a las personas. El déficit de autocuidado se da cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, incapacitándola para el autocuidado continuo. La existencia de un déficit de autocuidado es la condición que avala la necesidad de los cuidados de enfermería. Los conceptos clave que conforman esta teoría son:

- **DEMANDA DE AUTOCUIDADO TERAPEUTICO**

La cantidad y el tipo de acciones o actividades que la persona realiza o debería realizar en un tiempo determinado para conseguir los requisitos de autocuidado.

- **AGENCIA DE AUTOCUIDADO**

Capacidad del individuo para llevar a cabo el autocuidado.

- **DEFICIT DE AUTOCUIDADO**

Cuando la demanda es superior a la capacidad del individuo para realizar el autocuidado. Es aquí cuando tiene acción la enfermera para compensar la demanda de cuidados.

1.12.3 TOERIA DEL SISTEMA DE ENFERMERIA

Describe y explica las relaciones que es necesario establecer para que se dé la enfermería. Un sistema de enfermería es <<un complejo método de acciones realizadas por las enfermeras determinadas por las demandas de autocuidado terapéutico del paciente>>.

Cuando existe un déficit de autocuidado, la forma como la persona y el profesional de enfermería se relacionan para compensar el desequilibrio existente en el autocuidado son los siguientes sistemas de enfermería:

Totalmente compensatorio: Todos los cuidados son asumidos por el personal de enfermería. En este sistema la enfermería se encarga del cuidado terapéutico y compensa con sus acciones la incapacidad del paciente para realizar su propio autocuidado a la vez que le apoya y le protege.

Parcialmente compensatorio: Se comparten las acciones de autocuidado entre la persona afectada y el personal de enfermería. En este caso, la enfermera realiza algunas de las acciones de autocuidado del paciente, tratando de compensar sus limitaciones. Por su parte, el paciente realiza también algunas acciones de su autocuidado, dependiendo de sus destrezas y capacidades físicas y psíquicas.

De apoyo educativo: La persona realiza las acciones de autocuidado con la orientación y supervisión del profesional de enfermería para perfeccionar el mismo. La enfermería orienta a la persona para llevar a cabo las acciones de autocuidado necesarias.

Orem interpreta la función de enfermería como un <<servicio de ayuda que centra su atención de asistir a las personas a lograr su autocuidado>>. La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede auto cuidarse. La existencia de un déficit de

autocuidado es la condición que legitima la necesidad de cuidados de enfermería. (CORRALES, 2004)

Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de enfermera hacia el paciente, y son:

1. Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.
2. Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
3. Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
4. Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.
5. Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar.

El objetivo de la enfermería para ella es ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de dicha enfermedad.

D. Orem considera al paciente como na unidad que se puede contemplar desde un punto de vista biológico, social y simbólico. La persona se contempla como un agente, con la capacidad potencial de satisfacer sus propias necesidades de autocuidado con el fin de mantener su vida, salud y bienestar. Los autocuidados pueden ser: universales (aspectos fundamentales de la vida, dirigidos a cubrir las necesidades vitales), asociados al proceso de desarrollo (según la edad de la persona) y los derivados de las desviaciones del estado de salud (proceso de la enfermedad, tratamiento y diagnóstico médico).

La teoría de Orem es un análisis detallado de los cuidados enfermeros, que nos permite definir el espacio que ocupa el profesional de enfermería en relación con la persona,

donde todos los individuos sanos adultos tienen capacidad de autocuidado, en mayor o menor grado, en función de determinados factores (edad, sexo, estado de salud, situación sociocultural, predisposición). Independientemente de cual sea la enfermedad, falta de recursos, factores ambientales, la demanda de autocuidado terapéutico de la persona es superior a su agencia de autocuidado, entonces la enfermera actúa ayudando a compensar el desequilibrio a través de los sistemas de enfermería. La fuente de dificultades por parte del paciente son, en este modelo, las interferencias que puedan surgir en el autocuidado, a partir de una persona, un objeto, etc. Orem también tiene en cuenta la posibilidad de que la persona no quiera asumir la responsabilidad de cuidarse, por varios motivos como trastornos psíquicos u otras prioridades.

1.12.4 TEORIAS DEL ESTUDIO: AUTOCUIDADO

“Desde la década pasada, algunos investigadores han utilizado la teoría del déficit del autocuidado de Orem, para el abordaje de los más diversos pacientes, en vista que facilita el planeamiento de la asistencia y se ha mostrado efectiva y eficaz para hacer que los individuos se ocupen de su autocuidado”.

- **PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados e integrales. Es un juicio clínico, en donde se interpreta, analiza una serie de observaciones y es capaz de proponer un plan de acción al respecto. Con base científica y humanista y tiene las siguientes fases:

- ✓ **Valoración**

Es en esta etapa que se reúnen los datos del usuario en forma integral y así se identificarán necesidades, intereses y problemas del mismo. Con características sistemática e integral.

- ✓ **Diagnóstico**

Es el juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales y a procesos vitales. Se analizan los datos recogidos. Se

identifican los problemas y se relacionan con una o varias causas. Se determinan que problemas se trabajaran en forma independiente.

✓ **Planificación**

En esta etapa se determina como se proporcionara el cuidado de enfermería en forma organizada, individualizada y dirigida a objetivos específicos. Elaboración de un plan de cuidados precisos, adaptados a la situación ante la que nos encontramos.

✓ **Ejecución**

En esta etapa se lleva a cabo lo planificado. La puesta en práctica de los cuidados programados.

✓ **Evaluación**

Se determina el funcionamiento del plan de enfermería y permite identificar los cambios necesarios. Se evalúa: el proceso en su conjunto. Cada una de las etapas. Evaluar en conjunto con el usuario. Medición de los resultados obtenidos, siempre en relación con los objetivos marcados en la etapa de planificación.

CAPÍTULO II

2. MATERIALES Y METODOS

2.1. LOCALIZACION DE LA INVESTIGACIÓN

El escenario donde se realizó la investigación fue en el Subcentro de Salud Rayito de Luz perteneciente al área N° 1, ubicado en el barrio Rayito de Luz de la ciudad de Machala en el Callejón José Jara E/. Eplicachima y Juan León Mera, el centro de salud brinda atención en una complejidad del primer nivel, cuenta con un equipo completo de salud distribuido de la siguiente manera: médicos tratantes, personal de enfermería: licenciada e interna, laboratorio, obstetricia, odontólogo personal de estadística e inspector de salud, cada uno distribuido en sus diferentes departamentos.

2.2. UNIVERSO DE TRABAJO

El universo es el recurso humano que se tomó como referencia de la información obtenida, para la presente investigación lo conforman los niños menores a 5 años de edad atendidos en el Subcentro de Salud Rayito de Luz con diagnóstico de Enfermedad Diarreica Aguda dentro del primer trimestre del año 2014 siendo el universo de un total de 297 niños.

2.3. MUESTRA

Para obtener la muestra se aplicó la siguiente formula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{N \cdot E^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

n: Tamaño de la muestra

Z²: Nivel o grado de confianza (1.96)

N: Tamaño de la población

E²: Margen de error (0.05)

p: Porcentaje a favor de característica investigativa (0.50)

q: Complemento (0.50)

$$m = \frac{297 (1,96)^2(0,5 \times 0,5)}{297(0,05)^2 + (1,96)^2(0,5 \times 0,5)}$$

$$m = \frac{297(3,84)(0,25)}{297(0,0025) + (3,84)(0,25)}$$

$$m = \frac{285.12}{0,74 + 0,96 +}$$

$$m = \frac{285.12}{1.7}$$

$$m = 167$$

- **CRITERIO DE INCLUSIÓN**

Niños menores de 5 años de edad atendidos en el Subcentro de Salud Rayito de Luz.

- **CRITERIO DE EXCLUSIÓN**

Niños que no estén en la edad menor a 5 años de edad atendidos en Subcentro de Salud Rayito e Luz. Para este proceso investigativo se utilizara el método descriptivo.

2.4. MÉTODOS

2.4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Por las características del estudio que nos planteamos en el momento de realizar el presente trabajo, hacemos una descripción de las variables de estudio, por lo tanto se determina que nuestro estudio es descriptivo, ya que estamos haciendo una presentación de las características de las variables tal cual se presentan en la naturaleza, además es transversal porque se lo realizara en un tiempo determinado.

2.4.2. DISEÑO DE ESTUDIO

El diseño de estudio fue no experimental ya que el investigador no manipulara las variables en estudio.

2.4.3. MÉTODOS TECNICAS E INSTRUMENTOS

El proceso se desarrolló en tres fases:

2.4.3.1. FASE DE INVESTIGACIÓN

MÉTODO: El método a utilizarse fue el científico deductivo ya que a partir de la teoría se sustentaran los resultados.

Deductivo: Se distinguen los elementos de un fenómeno y se procede a revisar ordenadamente cada uno de ellos por separado.

Analítico: Se apoya en que para conocer un fenómeno es necesario descomponerlo en sus partes.

Sintético: la unión de elementos para formar un todo.

TÉCNICAS:

La técnica de recolección de la información fue mediante la aplicación de encuestas dirigido a la población sujeto a estudio por su naturaleza es de fuente directa, técnica cuantitativa siguiendo un orden sistemático y estructurado se empleara un cuestionario basado lógicamente en preguntas cerradas para obtener datos relacionada con las variables de estudio de las cuales se obtendrá la fuente de información en base a instrumentos, cuestionario, historia clínicas.

PROCEDIMIENTO DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

El procedimiento a seguir fue el siguiente:

1. Pedir permiso a las autoridades del Subcentro de Salud
2. Pedir apoyo al personal del área
3. Aplicación de encuesta
4. Buscar datos estadísticos
5. Consignación de datos

2.4.3.2 FASE DE INTERVENCIÓN

En esta fase se ejecutó un programa educativo dirigido a los usuarios, enfocándose en prácticas saludables. Se basó en la información recopilada, se diseñara y aplicara en un

programa educativo el cual tiene como finalidad, modificar los conocimientos de actitudes y prácticas de las madres a través de charlas, dinámicas educativas para estimular la intervención de los usuarios brindándoles material didáctico.

TÉCNICA: Se utilizó la técnica de exposición oral sobre la prevención de complicaciones, así como también se ofertaran los servicios de salud que brinda actualmente en diferentes establecimientos del Ministerio de Salud Pública.

2.4.3.3 FASE DE EVALUACIÓN

La intervención fue evaluada tomando en cuenta tres criterios:

PROCESO: Se evaluó la calidad de intervención a través de metodología utilizada.

PRODUCTO: Se evaluó el producto a través del cumplimiento de objetivos y de actividades programadas. Se utilizara un cuestionario de pre test y pos test.

IMPACTO: Se evaluó la satisfacción del usuario con la intervención mediante la aplicación de formularios de encuesta que se aplicaran a cada uno de los usuarios que conforman la muestra obteniéndose la información de forma directa.

2.5 PLAN DE TABULACIÓN, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos que fueron recolectados luego fueron tabulados por medio del programa de informática Microsoft Office Excel y presentados en cuadros de doble entradas y simples, analizados por medio de porcentajes, para luego realizar la explicación e interpretación de los resultados, los mismos que servirán de base para la elaboración de conclusiones y recomendaciones.

2.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES	Conjunto de cargos, características que diferencian de una persona a otra.	Edad	<ul style="list-style-type: none"> • 0 a 1 año • 2 a 3 años • 4 a 5 años 	Ordinal
		Sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino 	Nominal
		Procedencia	<ul style="list-style-type: none"> • Urbano • Urbano marginal • Rural 	Nominal
		Etnia	<ul style="list-style-type: none"> • Mestizo • Afroamericano • Indígena 	Nominal
FACTORES DE RIESGO	Es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud.	Lactancia materna	<ul style="list-style-type: none"> • Exclusiva • Formula • Mixta 	Nominal
		Peso al nacer	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo < 2.500gr • Normal > 2.500gr 	Nominal
		Consumo de agua	<ul style="list-style-type: none"> • Directa de bidón • Directo de la llave • Hervida 	Nominal
		Hacinamiento	<ul style="list-style-type: none"> • 2 a 4 personas • 4 a 6 personas • 6 a más personas 	Ordinal
		Condición económica	<ul style="list-style-type: none"> • Alto 	Ordinal

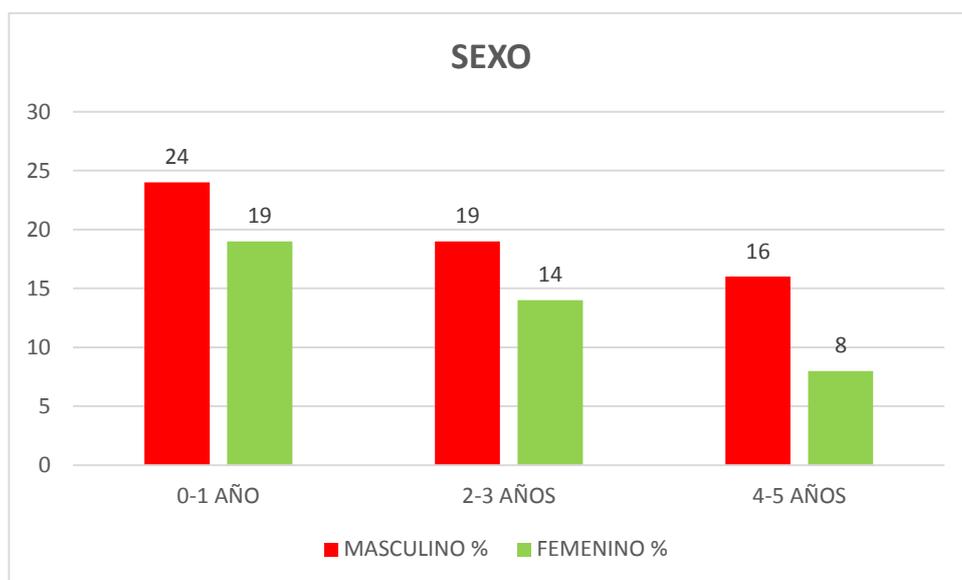
			<ul style="list-style-type: none"> • Medio • Bajo 	
		Escolaridad de los padres	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Superior • Analfabeta 	Ordinal
PRACTICAS Y COSTUMBRES	Son los procedimientos realizados para lograr el objetivo de lograr el mejoramiento del niño.	Higiene personal	<ul style="list-style-type: none"> • Lavado de manos después de cada cambio de pañal o después de ir al baño • Lavado de los alimentos antes de su consumo 	Nominal
		Eliminación de excretas	<ul style="list-style-type: none"> • Alcantarillado • Pozo • Aire libre 	Nominal
		Presencia de animales intradomiciliarios	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal
		Desinfección, cloración y almacenamiento de agua	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal

CAPITULO III
RESULTADOS DE LA FASE DE
INVESTIGACIÓN

3.1 DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

GRÁFICO N° 1

EDAD RELACIONADA CON EL SEXO DE LOS NIÑOS MENORES A 5 AÑOS DE EDAD CON ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA, ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD RAYITO DE LUZ DE LA CIUDAD DE MACHALA, PRIMER TRIMESTRE. AÑO 2014.



EDAD	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO		F	%
	F	%	F	%		
0-1 AÑO	40	24	32	19	72	43
2-3 AÑOS	31	19	24	14	55	33
4-5 AÑOS	27	16	13	8	40	24
TOTAL	98	59	69	41	167	100

FUENTE: Encuesta dirigida a las madres.

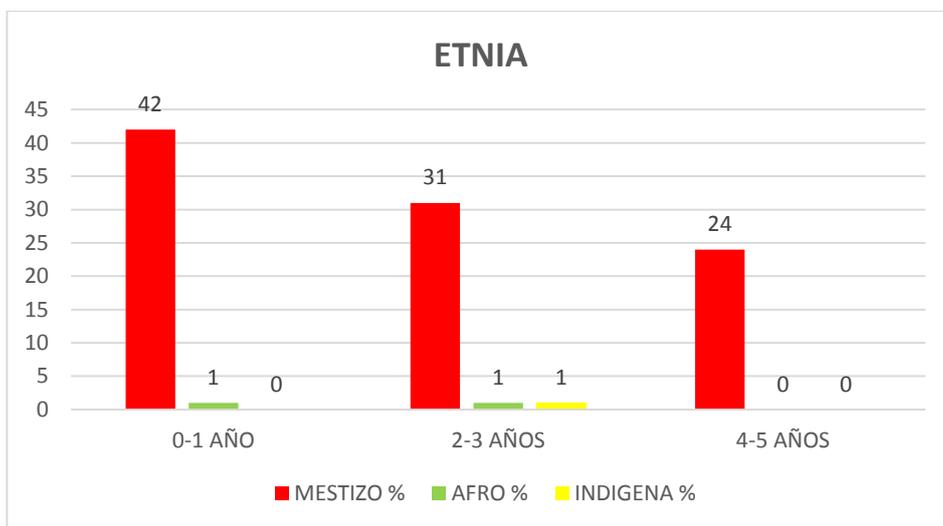
ELABORADO POR: Mishell Romero Feijoo.

ANÁLISIS:

El siguiente cuadro nos refleja que en un 24% de las diarreas ocurren en niños entre 0 a 1 año de edad y con un 8% en niñas entre 4 a 5 años de edad. Siendo de mayor prevalencia en el sexo Masculino con un 59% y un 41% en el sexo Femenino.

GRÁFICO N° 2

EDAD RELACIONADA CON LA ETNIA DE LOS NIÑOS MENORES A 5 AÑOS DE EDAD CON ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA, ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD RAYITO DE LUZ DE LA CIUDAD DE MACHALA, PRIMER TRIMESTRE. AÑO 2014.



EDAD	ETNIA						TOTAL	
	MESTIZ		AFRO		INDIGENA		F	%
	F	%	F	%	F	%		
0-1 AÑO	71	42	1	1	0	0	72	43
2-3 AÑOS	53	31	1	1	1	1	55	33
4-5 AÑOS	40	24	0	0	0	0	40	24
TOTAL	164	98	2	1	1	1	167	100

FUENTE: Encuesta dirigida a las madres.

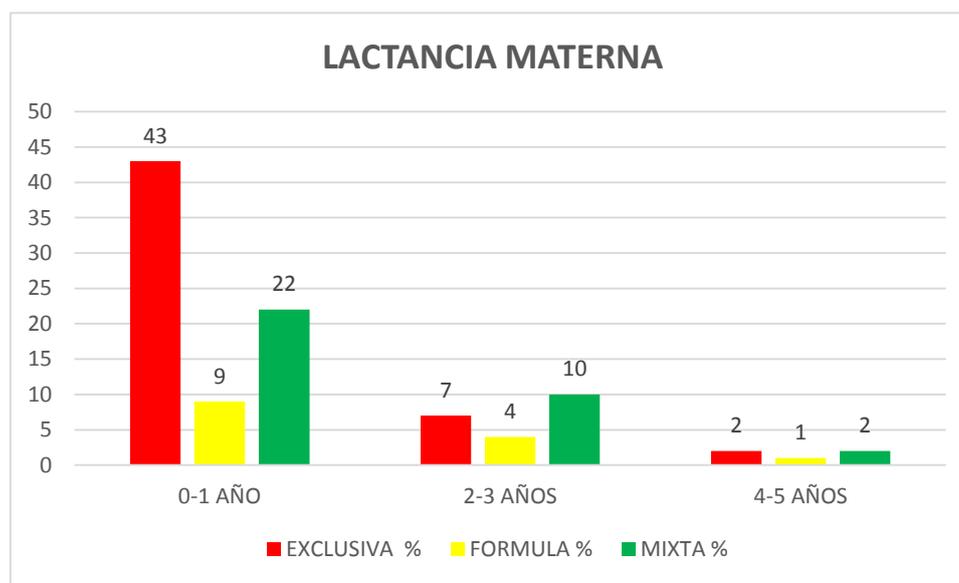
ELABORADO POR: Mishell Romero Feijoo.

ANÁLISIS:

En el siguiente cuadro notamos que el 98% de la población fueron de etnia mestiza y con un 1% representa entre la etnia afroamericana e indígena, lo que denota que la mayor prevalencia de enfermedad diarreica aguda está dada en la etnia mestiza ya que en nuestro medio la interculturalidad y mestizaje predomina. Según datos del último censo realizado en 2010.

GRÁFICO N° 3

EDAD RELACIONADA CON EL TIPO DE LACTANCIA DE LOS NIÑOS MENORES A 5 AÑOS DE EDAD CON ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA, ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD RAYITO DE LUZ DE LA CIUDAD DE MACHALA, PRIMER TRIMESTRE. AÑO 2014.



EDAD	TIPO DE LACTANCIA						TOTAL	
	EXCLISIV		FORMULA		MIXTA		F	%
	F	%	F	%	F	%		
0-1 AÑO	71	43	15	9	37	22	123	74
2-3 AÑOS	11	7	7	4	17	10	35	21
4-5 AÑOS	4	2	2	1	3	2	9	5
TOTAL	86	51	24	14	57	34	167	100

FUENTE: Encuesta dirigida a las madres.

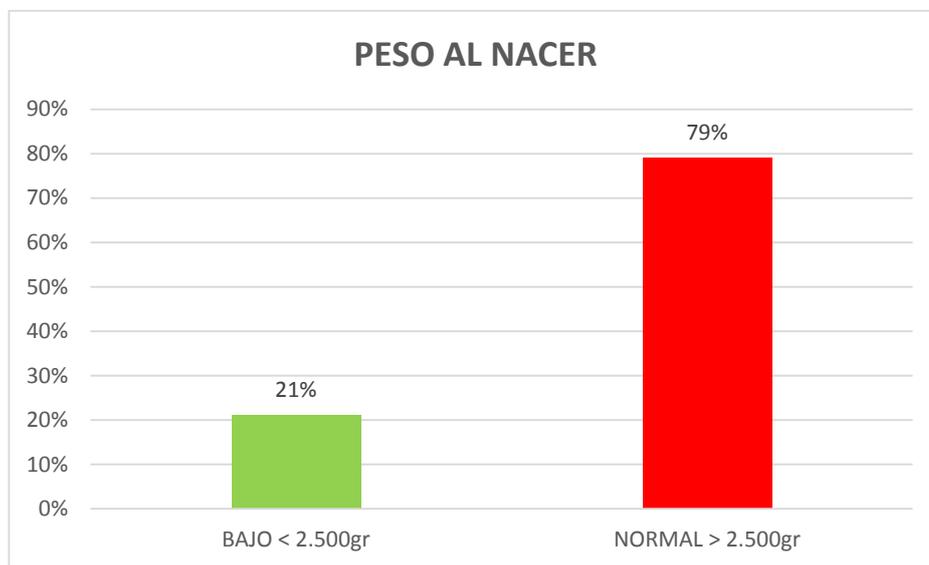
ELABORADO POR: Mishell Romero Feijoo.

ANÁLISIS:

Los siguientes datos nos demuestran que el 51% del total de niños en estudio recibieron lactancia materna exclusiva en los primeros años de vida, con un 34% de estos recibieron lactancia mixta y solo un 14% recibieron formula que puede ser por varios factores; obteniendo un dato importante que en la edad de 0 a 1 año con un 43% recibieron lactancia materna exclusiva.

GRÁFICO N° 4

PESO AL NACER



	F	%
BAJO < 2.500gr	35	21%
NORMAL > 2.500gr	132	79%
TOTAL	167	100%

FUENTE: Encuesta dirigida a las madres.

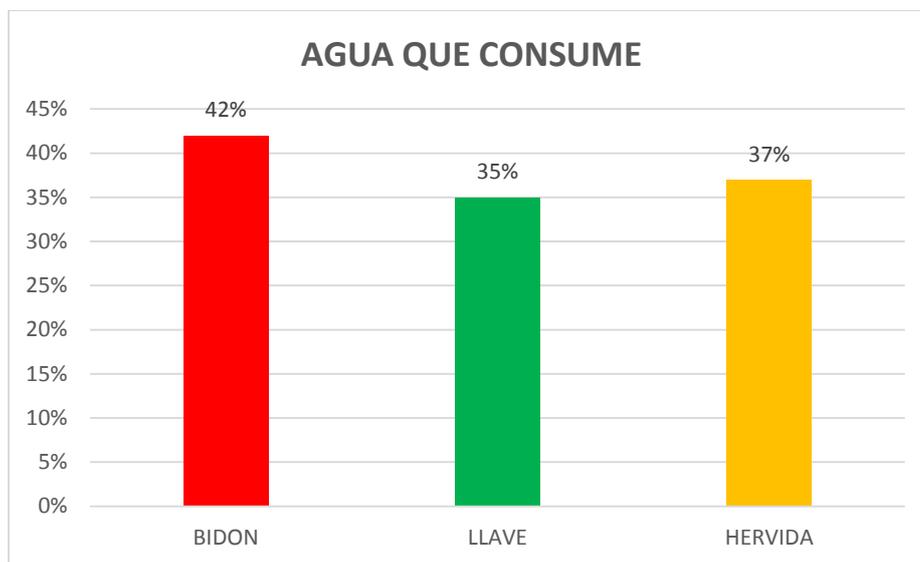
ELABORADO POR: Mishell Romero Feijoo.

ANÁLISIS

Los siguientes datos nos indican que en cuanto al peso del niño al nacer podemos darnos cuenta, no tiene mayor importancia ya que el 79% tuvo peso normal al nacer y solo un 21% tuvo bajo peso.

GRÁFICO N° 5

AGUA QUE CONSUME



	F	%
BIDON	70	42%
POTABLE	35	35%
HERVIDA	62	37%
TOTAL	167	100%

FUENTE: Encuesta dirigida a las madres.

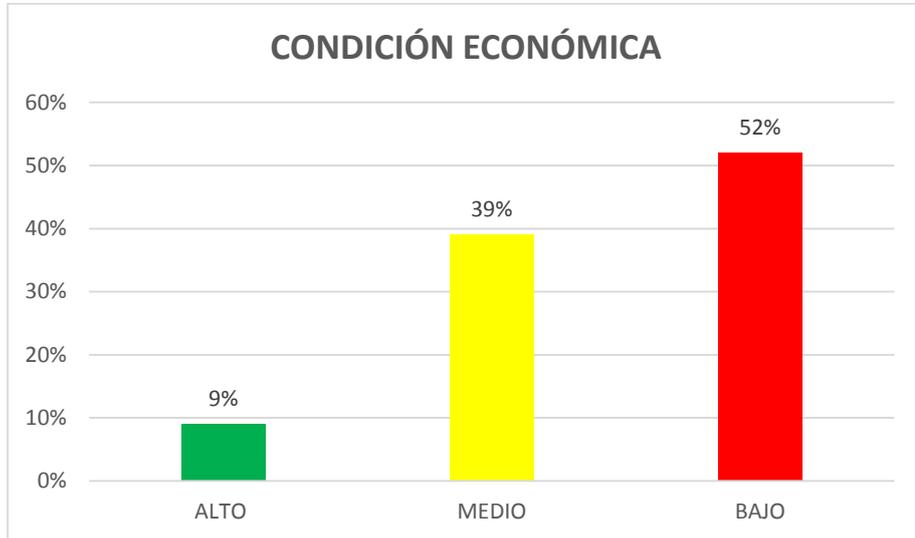
ELABORADO POR: Mishell Romero Feijoo.

ANÁLISIS:

Los siguientes datos nos indican que 42% de los niños consumen agua de bidón, y un 37% consumen agua hervida, lo que seguramente está relacionado con la educación por parte de la unidad operativa a la comunidad en cuanto al consumo de agua segura y siguiéndole con un 35% de agua potable.

GRÁFICO N° 6

CONDICIÓN ECONÓMICA



	F	%
ALTO	15	9%
MEDIO	65	39%
BAJO	87	52%
TOTAL	167	100%

FUENTE: Encuesta dirigida a las madres.

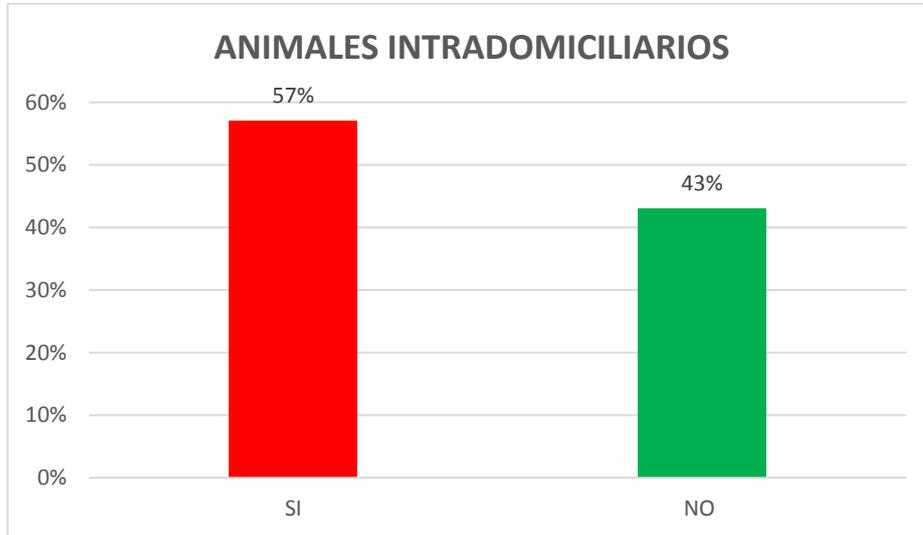
ELABORADO POR: Mishell Romero Feijoo.

ANÁLISIS:

Los siguientes datos nos indican que las familias en condición económica baja es la más afectada con el 52%, seguido de las familias quienes mantienen un ingreso medio con un 39% y familias con un alto ingreso económico con el 9%.

GRÁFICO N° 7

ANIMALES INTRADOMICILIARIOS



	F	%
SI	95	57%
NO	72	43%
TOTAL	167	100

FUENTE: Encuesta dirigida a las madres.

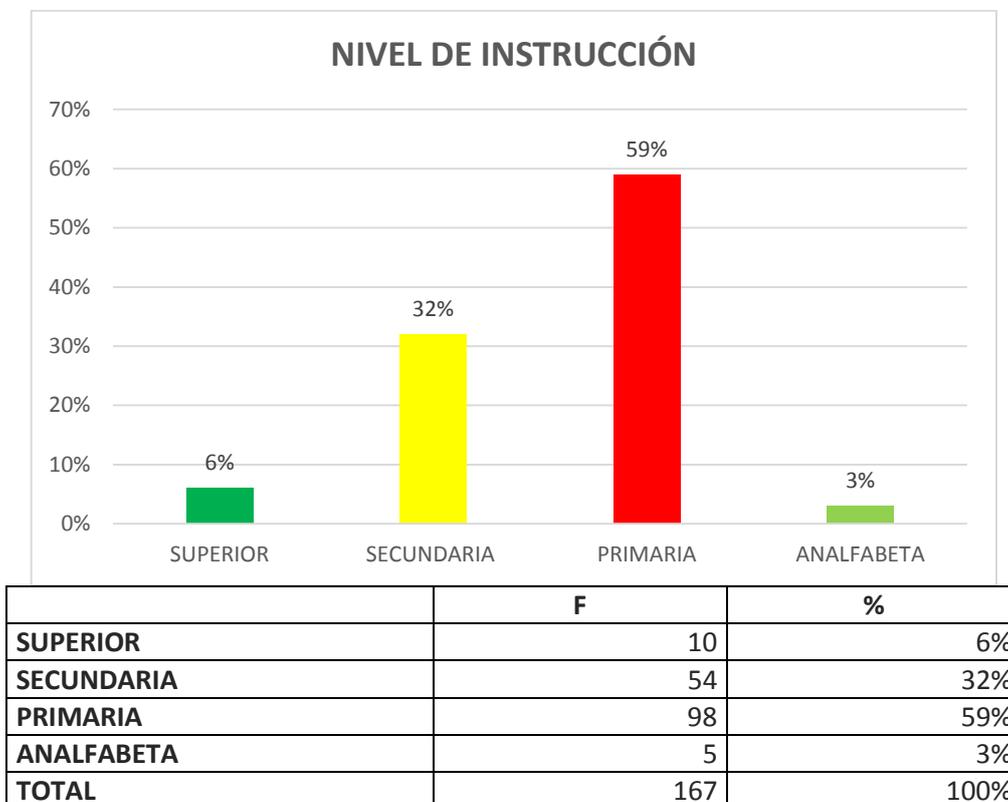
ELABORADO POR: Mishell Romero Feijoo.

ANÁLISIS:

El siguiente dato nos indica que en un 57% de los niños posee animales dentro del domicilio, a diferencia de un 43%, lo que nos podría estar indicando que se podría tratar de un proceso contagioso directo de los animales.

GRÁFICO N° 8

NIVEL DE INSTRUCCIÓN



FUENTE: Encuesta dirigida a las madres.

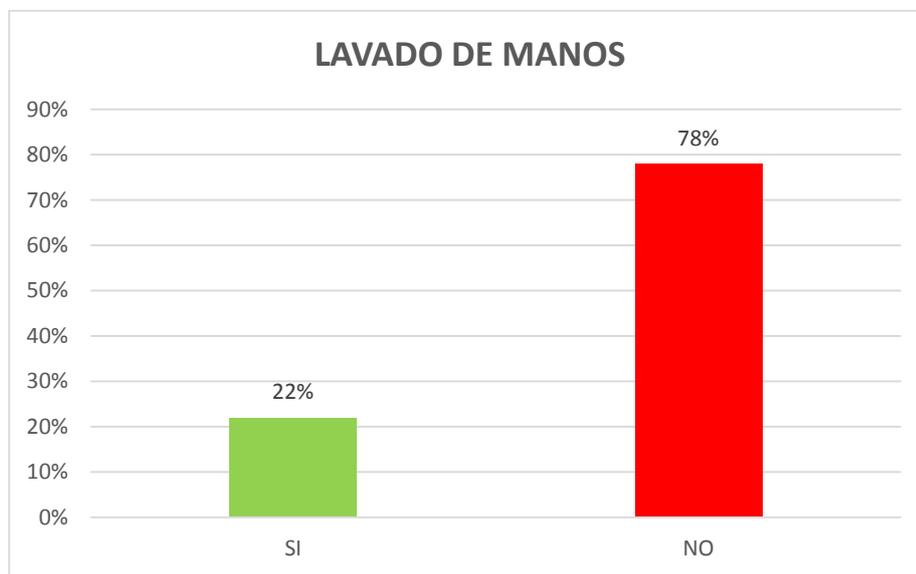
ELABORADO POR: Mishell Romero Feijoo.

ANÁLISIS:

En los datos expuestos en la siguiente tabla podemos observar que el 59% de las madres de los niños tan solo tienen estudios básicos, analizando que la falta de escolaridad influye en el conocimiento de la enfermedad y como prevenirla.

GRÁFICO N° 9

LAVADO DE MANOS DESPUES DE CADA CAMBIO DE PAÑAL O AL IR AL BAÑO.



	F	%
SI	37	22%
NO	130	78%
TOTAL	167	100%

FUENTE: Encuesta dirigida a las madres.

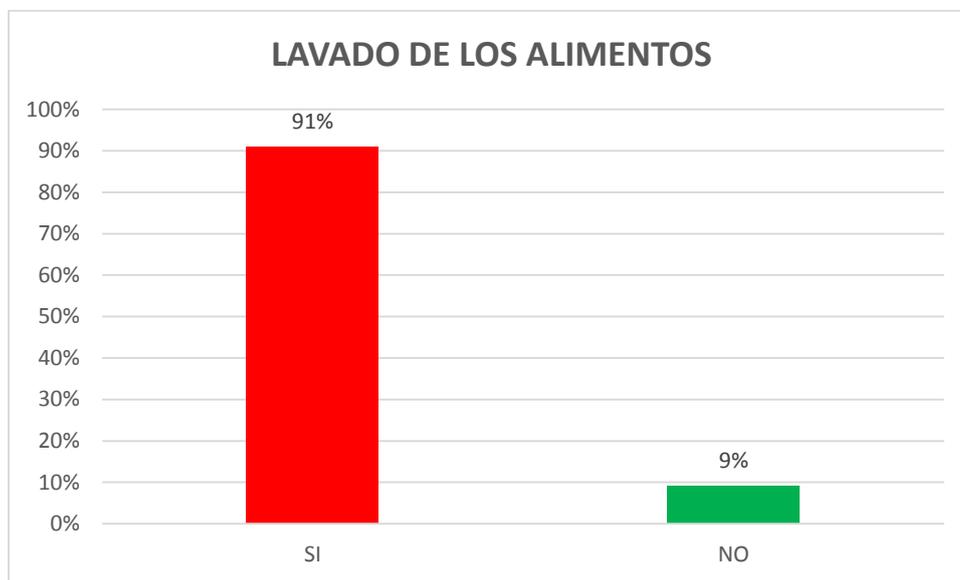
ELABORADO POR: Mishell Romero Feijoo.

ANÁLISIS:

En los datos expuestos en el siguiente grafico se puede observar que el 78% de las familias del área rural manifestaron que no realizan el adecuado lavado de manos después de ir al baño, al cambiar el pañal, lo que está relacionado directamente con la incidencia de la patología en estudio y con menor porcentaje de un 22% quienes no los realizan adecuadamente.

GRÁFICO N° 10

LAVADO DE LOS ALIMENTOS ANTES DE SU CONSUMO



	F	%
SI	152	91%
NO	15	9%
TOTAL	167	100%

FUENTE: Encuesta dirigida a las madres.

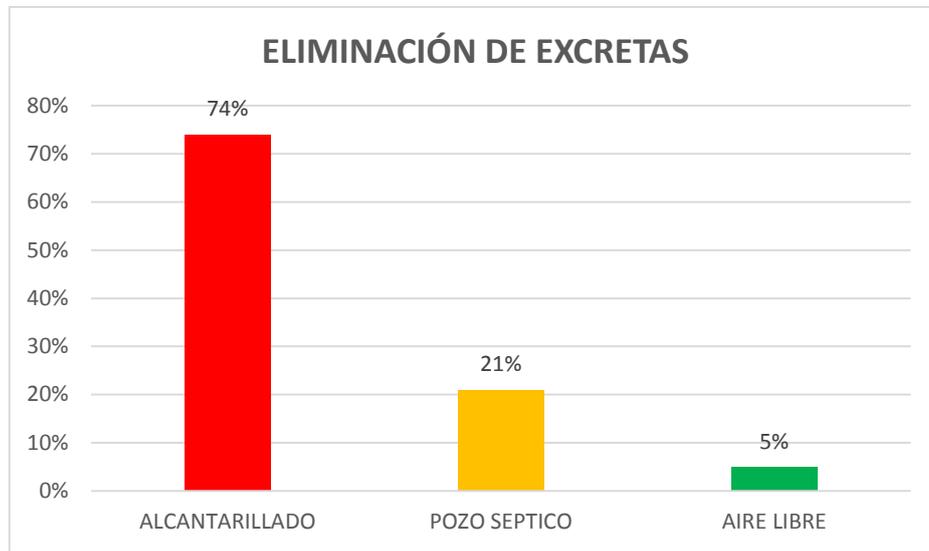
ELABORADO POR: Mishell Romero Feijoo.

ANÁLISIS:

El siguiente cuadro notamos que el 91% de la población realiza el adecuado lavado de los alimentos antes de su consumo, y con un menor porcentaje del 9% no lo realiza adecuadamente lo que contribuye a la presentación de la enfermedad.

GRÁFICO N° 11

ELIMINACIÓN DE EXCRETAS



	F	%
ALCANTARILLADO	124	74%
POZO SEPTICO	35	21%
AIRE LIBRE	8	5%
TOTAL	167	100%

FUENTE: Encuesta dirigida a las madres.

ELABORADO POR: Mishell Romero Feijoo.

ANÁLISIS:

En los siguientes datos vemos que el 74% de las familias ya cuentan con alcantarillado, sin embargo con un 26% no tienen aún este servicio básico lo que podría influir en la propagación de la enfermedad.

3.2 RESULTADOS DE INTERVENCION

EVALUACION DE PROCESO

CUADRO N°1

Interés de los temas expuestos por parte de las Familias de los niños menores de cinco años de edad con EDA que asisten al subcentro de salud rayito de luz de la ciudad de Machala.

INTERÉS DE LOS TEMAS	N°	%
Si	167	100
No	-	-
TOTAL	167	100

Fuente: Encuestas

Beneficiarias: Usuaris del Centro de Salud.

Análisis:

El **100%**de las usuarias que acudieron a la charla en el sub centro de salud sobre la prevención de complicaciones de la enfermedad diarreica aguda mediante el cambio de hábitos de consumo lavado de manos y la importancia de la buena alimentación manifestaron que fueron importantes los temas expuestos además que fueron comprendidos y llenaron sus expectativas.

CUADRO N°2.

Claridad de la exposición realizada hacia las personas que acudieron a la charla educativa sobre la prevención de complicaciones de Enfermedades Diarreicas Agudas en el subcentro de salud rayito de luz de la ciudad de Machala

CLARIDAD DE LA EXPOSICION	F	%
Si	167	100
No	0	0
TOTAL	167	100

Fuente: Encuestas

Beneficiarias: Usuaris del Centro de Salud.

Análisis:

El **100%** de los usuarios que acudieron a la charla en el subcentro de salud rayito de luz de la ciudad de Machala, sobre la prevención de complicaciones de las enfermedades diarreicas agudas mediante el cambio de hábitos de consumo lavado de manos adecuado y la importancia de la buena alimentación manifestaron que hubo claridad en la exposición de la charla educativa.

CUADRO N°3.

Calidad del material visual educativo utilizado en la charla educativa sobre la EDA su prevención y sus complicaciones hacia las personas que acudieron a el Sub Centro de salud Rayito de Luz de la ciudad de Machala.

CALIDAD DEL MATERIAL VISUAL EDUCATIVO	F	%
Bueno	167	100
Regular	0	0
Malo	0	0
TOTAL	167	100

Fuente: Encuestas

Beneficiarias: Usuarías del Sub Centro de Salud.

Análisis:

El **100%** de los usuarios que acudieron a la charla a el Sub Centro de Salud Rayito de Luz manifestaron que la calidad audiovisual era muy buena y que les agrado el material entregado ya que la información era importante, clara y creativa.

CUADRO N°4.

Calidad del ambiente donde recibieron la charla educativa las personas que acudieron al Sub Centro de Salud Rayito de Luz de la ciudad de Machala.

CALIDAD DEL AMBIENTE	F	%
Adecuado	167	100
Inadecuado	0	0
TOTAL	167	100

Fuente: Encuestas

Beneficiarias: Usuaris del Sub Centro de Salud.

Análisis:

El **100%**de los usuarios que acudieron a la charla en el Sub Centro de Salud Rayito de Luz de la ciudad de Machala, manifestaron que el ambiente fue adecuado y les agrado.

EVALUACION DEL PRODUCTO

CUADRO N° 5

Temas de la charla educativa realizada hacia las personas que acudieron a Sub Centro de Salud Rayito de Luz de la ciudad de Machala.

TEMAS DE LA CHARLA EDUCATIVA	PRE- TEST						POST- TEST					
	SI		NO		TOTAL		SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
COMPLICACIONES DE LA EDA.	19	11	149	89	167	100	167	100	0	-	167	100
ALIMENTACIÓN, DE LOS NIÑOS.	14	8	153	92	167	100	167	100	0	-	167	100
LAVADO DE MANOS	11	7	156	93	167	100	167	100	0	-	167	100
ENFERMEDADES ASOCIADAS	16	10	151	90	167	100	167	100	0	-	167	100

Fuente: Encuestas

Beneficiarias: Usuaris del Sub Centro de Salud.

Análisis:

La presente tabla representa la relación entre el pre - test y post - test de la charla que se ejecutó sobre enfermedad diarreica aguda sus complicaciones y prevención la misma que demuestra que antes de la charla educativa el **89%** los usuarios tenían un déficit de conocimiento; pero al concluir la misma se obtuvo un mayor porcentaje en el aumento de conocimientos siendo así que la intervención beneficio al grupo en estudio.

EVALUACION DE IMPACTO

CUADRO N° 6

Trato que recibieran los usuarios del el Sub Centro de Salud Rayito de Luz de la ciudad de Machala durante la charla educativa por parte del expositora.

TRATO QUE RECIBIÓ	F	%
Bueno	167	100
Regular	0	0
Malo	0	0
TOTAL	167	100

Fuente: Encuestas

Beneficiarias: Usuaris del Sub Centro de Salud.

Análisis:

El **100%**de los usuarios que acudieron a la charla en el Sub Centro de Salud Rayito de Luz de la ciudad de Machala sobre EDA, la importancia de la alimentación materna, agua segura, lavado de manos y prevención de las complicaciones de la enfermedad diarreica aguda, expresaron su gratitud al estar satisfechos con el trato recibido, por parte de la expositora.

CONCLUSIONES

Luego de haber analizado los datos obtenidos de la fase de investigación e intervención una vez sintetizado la información puedo concluir que:

La diarrea aguda sigue siendo en la actualidad un verdadero problema de Salud Pública, cuya complicación principal es la deshidratación que puede llevar a aumento de la morbi-mortalidad infantil y cuyo tratamiento primordial es la terapia de rehidratación oral y la prevención por medio de adecuadas medidas de higiene.

- La enfermedad diarreica aguda se presenta con mayor porcentaje en la infancia entre 0 a 1 año de edad con un 24%, siendo de mayor prevalencia en el sexo Masculino, logrando ver qué factores como la alimentación mixta (leche materna y de fórmula) sumado a la falta de conocimientos por partes de las madres lo que ocasiona la aparición de EDA.
- Se presenta con un mayor porcentaje en la etnia mestiza con 98% total de la población a diferencia del 1% que se presentó en la etnia afroamericana e indígena.
- La gran mayoría de las madres no posee información y educación para prevenir o tratar en casa este problema de salud, con 59% de las madres de estos niños tan solo tiene estudios básicos, lo que nos indica que la mayoría de estas madres tienen pocos conocimientos de cómo se contrae esta enfermedad y de cómo prevenirla.
- Las familias utilizan para su consumo agua de bidón con el 42% y con un 37% consumen agua hervida lo que nos da una pauta de que el agua no es tan confiable para el consumo humano, debiéndose ver el adecuado almacenamiento de la misma.
- Se observa que el 78% de las familias manifiestan que rara vez realizan el adecuado lavado de manos después de cada cambio de pañal o al ir al baño.
- Observando que el 98% de la población realiza el adecuado lavado de los alimentos antes de su consumo.
- La relación entre el pre-test y post-test de la charla que se ejecutó sobre la enfermedad diarreica aguda y prevención de la misma demuestra que antes de la charla educativa el 89% de los usuarios tenían un déficit de conocimiento; pero

al concluir la misma se obtuvo un mayor porcentaje en el aumento de conocimientos siendo así que la intervención beneficio al grupo en estudio.

RECOMENDACIONES

Después de concluir con el trabajo de investigación es necesario recomendar lo siguiente:

AL PERSONAL DE SALUD

1. Incentivar al personal de salud a realizar talleres educativos, acerca de la prevención de las complicaciones de las Enfermedades Diarreicas Agudas.
2. Seguir desarrollando el proceso de atención de enfermería a cada uno de los pacientes.
3. Desarrollar actividades específicas a cada problema de salud que presenten los pacientes pediátricos.

A LOS USUARIOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD

1. Asistir y participar de los programas educativos que realicen los establecimientos de salud.
2. Acudir a los controles de preferencia mensuales y como le indique el pediatra en las unidades operativas.
3. Saber Identificar signos y síntomas que puedan desencadenar en EDA.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 ANTIASARAN, Iciar et al. Alimentos y Nutrición en la Práctica Sanitaria. Ediciones Díaz de Santos S.A. Madrid. 2003. Pág. 334-335. ISBN: 84-7978-568-3.
- 2 ATS/DUE. OSAKIDETZA. Servicio Vasco de Salud. 2 ed. Editorial MAD, S.L. España. 2006. Vol. II. Pág. 149-150.
- 3 BOLETIN Epidemiológico. Enfermedades Diarreicas Agudas [en línea]. Actualizado: 2012. [Fecha de consulta: 15 de Octubre de 2014]. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/noticias/boletinepidem_2012_2.pdf
- 4 CABALLERO, J (2005). Revista Paceña de Medicina Familiar, sociedad paceña de medicina familiar. Bolivia Vol. 2 N° 1
- 5 CARPER, Jean. Los Alimentos: Medicina Milagrosa. Editorial Norma. Bogotá. 1994. Pág. 141. ISBN: 958-04-2835-2.
- 6 CASANUEVA, Esther et al. Nutriología Médica 3° ed. Fundación Mexicana para la Salud: Editorial Medica Panamericana. México. 2008. Pág. 340.
- 7 CORRALES, Juan et al. Diplomados en Enfermería/ATS del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. 1 ed. Editorial MAD, S.L. España. 2004. vol. 2. Pág. 137.
- 8 DIRRECCIÓN General de Epidemiología. Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de la Enfermedad Diarreica Aguda Mediante la Estrategia de Nuevos Trazadores. Actualizado: Septiembre 2012. [Fecha de consulta: 18 de Octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx>
- 9 ENFERMEDADES y sus síntomas. Síntomas de la diarrea. [en línea]. Actualizada: Septiembre 2001. [Fecha de consulta: 15 de Septiembre de 2014]. Disponible en: <http://sintomas.com.es/diarrea>

- 10 , Guía clínica y terapéutica: para uso personal sanitario cualificado en programas curativos en hospitales y dispensarios. Médicos sin Fronteras. 2010. Pág. 305
- 11 LEAL QUEVEDO, Francisco Javier. Plata Rueda: el pediatra eficiente. 6°. ed. Medica Panamericana. Bogotá. 2002. Pág. 211-212-214-216.
- 12 MADRIGAL, Gilbert. Manual de diagnóstico y terapéutica en Pediatría. Universidad de Costa Rica. 1 ed. San José. 2003. Pág. 170-171. ISBN: 9977-67-588-0.
- 13 MANRIQUE-ABRIL, Fred G; BILLON Y TIGNE, Diane; BELLO, Sandra E and OSPINA, Juan M. Agentes causantes de diarrea en niños menores de 5 años en Tunja, Colombia. Rev. Salud pública [online]. 2006, vol.8, n.1, pp. 88-97.
- 14 NOGUERA, Ronald Armando et al. Manual de pediatría. 1 ed. Cartago. 2009. Pág. 47-48-49. ISBN: 978-9968-47-152-7.
- 15 OCHOA V., Luis Carlos et al. Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia: Manejo del niño con Diarrea. Pág. 76
- 16 ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud. Enfermedades diarreicas [en línea]. Actualizada: Abril 2013. [Fecha de consulta 10 de Septiembre de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/es/>
- 17 ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud. “ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS”. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/>
- 18 PEREZ SANTANA, José et al. Atención Especializada y Urgencias. Manual para el Diplomado en Enfermería (ATS/DUE). 1 ed. Editorial MAD, S.L. España. 2003. Pág. 140-141. ISBN: 84-665-2275-1.

- 19** POSADA, Avaro; GOMEZ, Juan Fernando y RAMIREZ, Humberto. El niño sano. 3° ed. Medica Panamericana. Bogotá. 2005. Pág. 92.
- 20** REINA, Manuel et al. Servicio Navarro de Salud. Auxiliar de Enfermería. 2 ed. Editorial MAD, S.A. España. 2006. Vol. 1. Pág. 387.
- 21** ROJAS MONTENEGRO, Clara y GUERRERO LOZANO, Rafael. Nutrición clínica y Gastroenterología pediátrica. Medica Panamericana. Bogotá. 1999. 296.
- 22** ROMERO CABELLO, Raúl., HERRERA BUENAVENTE, Ismael Fco. Síndrome Diarreico Infeccioso. Medica Panamericana. 2002. Pág. 44
- 23** RUIZ SILVA MD, FRÓMETA HIERREZUELO AR, GARCÍA MARTÍNEZ RM, XIMELIS MORALES AA, COBAS RUIZ J. Programa educativo sobre diarrea persistente para madres de lactantes [artículo en línea] MEDISAN 2009; 13(1). <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san03109.pdf>[consulta: 27/OCTUBRE/2014]
- 24** SALUD Total. Enfermedad Diarreica Aguda [en línea]. Actualizado: Septiembre del 2009. [Fecha de consulta: 25 de Septiembre de 2014]. Disponible en: http://www.saludtotal.com.co/documentos/1123_EDA.pdf
- 25** SALUD y Medicinas. Salud infantil [en línea]. Actualizada: 14 de Agosto 2014. [Fecha de consulta: 30 de Octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/salud-infantil/definicion/salud-infantil.html>

ANEXOS

ANEXO N° 1

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	Año 2014										Año 2015				
	Marz	Abri	May	Juni	Juli	Agost	Sept	Octu	Nov	Dic	Ene	Feb	Marz	Abri	May
Revisión de la Literatura	■	■	■	■											
Revisión de los datos	■	■	■	■											
Elaboración del Anteproyecto	■	■	■												
Presentación del Anteproyecto				■											
Elaboración tesis				■	■	■	■	■							
Revisión de la Literatura				■	■	■									
Aplicación de encuestas						■	■								
Tabulación de los datos							■								
Elaboración del Programa educativo								■							
Intervención del programa									■	■					
Presentación al H. Consejo Directivo el documento final											■	■	■		
Corrección del Informe												■	■	■	
Sustentación de tesis															■

ANEXO N°2

PRESUPUESTO

ACTIVIDADES	RECURSOS	VALOR	TOTAL
Revisión de la literatura	6 movilizaciones	4	20
	Internet	1	15
	Copias	0,02	12
Elaboración del Anteproyecto	7 movilizaciones	3	10,5
	Impresiones	0,05	35
	Internet	1	40
Aplicación de Encuestas	Materiales		
	12 movilizaciones	3	36
	Copias	0,02	10
	Internet	1	5
	Bolígrafos	0,25	20
	Humanos		
	Ayudante	1	5
Tabulación de los Datos	Internet	1	8
Elaboración del Programa Educativo	Movilizaciones	2	24
	Impresión	0.25	6,5
Intervenciones del programa educativo	Materiales		
	Trípticos	0,08	10,4
	Encuestas	0,03	6
	Bolígrafos	0,25	3
	Refrigerio	60	60
	Invitaciones	2	2
	Marcadores	0,3	1,2
	Humanos		
	Investigador		
	Colaborador		
Usuaris			
Correcciones del informe de tesis	Impresiones	0.25	5
Empastado de tesis	4 tesis empastadas	10	40
Sustentación de tesis	Dispositivas	5	5
	Refrigerio	1,5	45
		Subtotal	424,6
	Imprevistos		30
TOTAL			454,6

ANEXO 3

UNIVERSIDAD DE MACHALA
FACULTAD DE CIENCIAS QUIMICAS Y DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA

GUÍA DE ENCUESTA

TEMA: Manejo comunitario de la Enfermedad Diarreica Aguda en niños menores de 5 años de edad del Subcentro de Salud Rayito de Luz de la ciudad de Machala, primer trimestre. Año 2014.

OBJETIVO: Determinar el manejo comunitario de la Enfermedad Diarreica Aguda para dar valor a nuestras variables de estudio.

DIRIGIDO: Dirigido a las madres de familia de niños menores a 5 años de edad.

INSTRUCTIVO: Dígnese a contestar las siguientes preguntas marcando con una X lo que considera correcto, se solicita sinceridad en su respuesta.

Se solicitó autorización al Director del Subcentro Rayito de Luz, la información y datos obtenidos serán de uso exclusivo solo para tabulación de datos.

- **¿Cuál es la edad del niño?**

0-1 año
2-3 años
4-5 años

- **¿Cuál es el sexo del niño?**

Masculino
Femenino

- **¿A qué etnia pertenece el niño?**

Mestizo
Afroamericano
Indígena

- **¿Cuál es su lugar de residencia?**

Urbano
Urbano marginal
Rural

- **¿Qué nivel de instrucción tiene usted?**

Primaria
Secundaria
Superior
Analfabeta

- **¿Qué tipo de leche le dio al niño desde el nacimiento hasta los 6 meses?**

Exclusiva
Formula
Mixta

- **Que peso obtuvo su niño al nacer**

< 2500 gr
> 2.500 gr

- **Tipo de agua que consume**

Directo del bidon
Potable
Hervida

- **¿Cuál es su condición económica?**

Alto
Medio
Bajo

- **Tiene usted animales dentro de su domicilio**

Si
No

- **¿Cuántas personas viven en su casa?**

2 a 4 personas
4 a 6 personas
6 a más personas

- **Se lava las manos después de cada cambio de pañal, o al ir baño**

Si
No

- **¿Usted lava los alimentos antes de consumirlos?**

Si
No

- **¿Usted posee alcantarillado, pozo séptico, o aire libre?**

Alcantarillado
Pozo séptico
Aire libre

ANEXO 4

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERÍA

PRETEST

DIRIGIDO: A las madres de familia de niños menores a 5 años de edad.

INSTRUCTIVO: Dígnese usted a responder las siguientes preguntas marcando con una X la respuesta que considere correcta, se le pide de favor sinceridad en contestar.

CONTENIDO

1. ¿Sabe usted que es la diarrea?

Si () No ()

2. ¿Conoce usted cuales son los factores de riesgo de presentar diarrea en los niños?

Si () No ()

3. ¿Conoce cuáles son las complicaciones diarrea?

Si () No ()

4. ¿Sabe cuáles son las formas de prevención diarrea?

Si () No ()

5. ¿Sabe cuáles son los signos de alarma en los niños diarrea?

Si () No ()

6. ¿Sabe cuál es la relación que hay entre diarrea y desnutrición infantil?

Si () No ()

ANEXO 5

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
FALCULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

POSTEST

INSTRUCTIVO: Dígnese usted a responder las siguientes preguntas, se le pide de favor que sea sincera en contestar.

CONTENIDO

1. ¿Sabe usted que es diarrea?

.....
.....
.....
.....

2. ¿Conoce usted cuales son los factores de riesgo de presentar diarrea?

.....
.....
.....
.....

3. ¿Conoce cuáles son las complicaciones de la diarrea?

.....
.....
.....
.....

4. ¿Sabe cuáles son las formas de prevención para la diarrea?

.....
.....
.....
.....

5. ¿Sabe cuáles son los signos de alarma en los niños con diarrea?

.....
.....
.....
.....

6. ¿Sabe cuál es la relación que hay entre la diarrea y desnutrición infantil?

.....
.....
.....
.....

ANEXO N°6

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

EVALUACIÓN DEL PROCESO:

1.- ¿Los temas expuestos fueron de interés y llenaron sus expectativas?

Si () No ()

2.- ¿La expositora fue clara en su intervención?

Si () No ()

3.- ¿Cómo le pareció la calidad del material educativo y la ayuda audiovisual utilizada en la charla educativa?

Bueno () Regular () Malo ()

4.- La calidad del ambiente físico dónde se realizó la charla fue:

Adecuado () Inadecuado ()

5.- ¿El trato que recibió antes, durante, y después de la charla por parte de la expositora fue?

Bueno () Regular () Malo ()

ANEXO N° 7

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

RESPONSABLE: Egresada MISHHELL ROMERO FEJOO

GRUPO BENEFICIARIO: Madres de familia de los niños menores a 5 años de edad.

JUSTIFICACIÓN

Siendo la Enfermedad Diarreica Aguda un problema de salud pública, tanto mundial como nacional, que afecta en mayor proporción a los neonatos y lactantes, como autora de la presente investigación tiene gran importancia puesto que, pretende determinar los aspectos que caracterizan a los niños menores de 5 años con Síndrome Diarreico y que acuden al Subcentro de Salud Rayito de Luz. Las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años, y ocasionan la muerte de 760 000 millones de niños cada año. La diarrea puede durar varios días y puede privar al organismo del agua y las sales necesarias para la supervivencia. La mayoría de las personas que fallecen por enfermedades diarreicas en realidad mueren por una grave deshidratación y pérdida de líquidos. Los niños malnutridos o inmunodeprimidos son los que presentan mayor riesgo de enfermedades diarreicas potencialmente mortales. La enfermedad diarreica aguda tiene una alta incidencia en el Ecuador, al ser un país multicultural, multiétnico y en donde la población infantil es alta. Según datos del Ministerio de Salud, en 1995 la enfermedad diarreica aguda era la primera causa de muerte en la Costa, la Sierra y la Amazonía, tanto en hombres como mujeres. Las provincias de Cotopaxi con cerca del 48% y Chimborazo con casi el 54%, tenían las tasas de mayor mortalidad, debido a que son las provincias más pobres del país y no cuentan con una infraestructura sanitaria adecuada. Diez años más tarde, (2005) la enfermedad diarreica aguda pasó al segundo lugar, la primera causa son las enfermedades respiratorias. Mi compromiso es de intervenir con un programa educativo que contribuya a mejorar el nivel de conocimiento y así concienciar a las madres acerca de la prevención y conocimiento de complicaciones de la enfermedad diarreica aguda.

OBJETIVOS

GENERAL

- Orientar a la comunidad sobre las medidas para la prevención y control de la enfermedad diarreica aguda, en los niños menores a 5 años de edad.

ESPECIFICOS

- Fomentar a la comunidad los comportamientos de autocuidado personal para evitar la enfermedad diarreica aguda.
- Facilitar a los padres de familia una herramienta comunicacional con las informaciones básicas acerca de la prevención de la enfermedad diarreica aguda.
- Sugerir acciones para desarrollar actividades con la familia y la comunidad para prevenir la enfermedad diarreica aguda.

CONTENIDO

1. EDUCATIVO

✓ QUE ES LA DIARREA

La diarrea consiste en un aumento en el número de las deposiciones y/o disminución en su consistencia. Se puede acompañar de signos y síntomas como náuseas, vómitos, fiebre y dolor abdominal.

✓ FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DIARREA

- Factores de riesgo
- Factores protectores

✓ COMPLICACIONES DE LA DIARREA

- Deshidratación

✓ MANIFESTACIONES CLINICAS

- Vómitos
- Hipertermia
- Dolor abdominal

✓ PREVENCIÓN

- Lávese las manos con agua y jabón antes de comer prepara los alimentos, después de ir al baño, después de cambiar el pañal y si ha estado en contacto con heces o vómitos.
- Consuma siempre agua hervida, purificada o tratada con cloro (añada 5 gotas de cloro a un galón de agua.)
- Consuma alimentos bien cocidos y de reciente preparación.
- Lave los vegetales frutas con agua clorada.

También se recomienda:

- Evitar consumir alimentos crudos
- Mantener los alimentos bien tapados
- Desinfectar con cloro los utensilios (plato, tenedor, cuchillo, vaso, cuchara y otros). Luego lávelos con agua y jabón y séquelos.
- Echar los pañales y otros desechos contaminados con heces y vómitos en una funda plástica.

✓ **COMO SE PREPARA EL SUERO ORAL**

- Lávese las manos con agua y jabón.
- Use agua hervida, purificada o tratada con cloro.
- Mida un litro de agua y vacíelo en un recipiente limpio.
- Eche todo el contenido del sobre de rehidratación oral en un recipiente que contiene el agua hervida, purificada o tratada con cloro.
- Mezcle bien hasta que el polvo se disuelva completamente y manténgalo bien tapado.

✓ **COMO SE TOMA EL SUERO ORAL**

- En adultos y niños menores de 8 años se toma de libre demanda.
- Si es un niño de 8 años, administre en pequeñas cantidades de Suero Oral con una cucharita, taza o jarrito.
- Si la persona vomita, espere diez minutos y siga dándole el suero oral más lentamente.

✓ **SINTOMAS Y SEÑALES DE DESHIDRATACIÓN**

- Mucha sed, es lo primero que aparece.
- Ojos hundidos.
- La piel permanece arrugada después de pellizcarla y vuelve lentamente a su estado normal.
- Oca y lenguas seas.

✓ **CANTIDAD DE CLORO PARA PREPARAR AGUA PARA BEBER Y PARA DESINFECCION O LIMPIEZA:**

- **Agua para tomar:** agregue 5 gotas de cloro por galón y deje reposar por 30 minutos.
- **Agua para lavar vegetales y frutas:** agregue 15 gotas de cloro por cada galón de agua y déjelo en remojo por 30 minutos.
- **Agua para lavar pisos, paredes y utensilios de limpieza:** agregue una taza de cloro por cada media cubeta de agua. Deje los utensilios en reojo por 10 minutos.
- **Agua para lavar lavamanos y bañeras:** agregue una taza de cloro por cada media cubeta de agua.
- **Inodoros:** agregue $\frac{3}{4}$ (tres cuartos) de taza de cloro, deje que actúe 10 minutos, descargue y vuelva a echar cloro.

2. METODOLOGÍA

- Técnicas de exposición
- Medidas de prevención
- Charal educativa

3. DEMOSTRACION

- Fotos sobre la enfermedad diarreica aguda
- Videos y diapositivas de la enfermedad diarreica y su prevención

4. ESTRATEGIAS

- Coordinar con las autoridades del subcentro para fijar día, hora donde llevo a cabo la intervención.
- Colocar un aviso en la entrada del subcentro informando sobre la charla educativa.
- Entrega del material educativo a las madres.
- Motivar a las madres mediante la aplicación de técnicas activas participativas a través de diferentes actividades, contenidos atractivos, etc.
- Conocer el nivel de conocimiento de las madres y sus experiencias relacionadas con el tema.

5. EDUCACIÓN

- ✓ Exposición oral y audiovisual de los temas.

6. RECURSOS HUMANOS

- Madres
- Autoridades del subcentro
- Autora

7. RECURSOS MATERIALES

- Papel periódico
- Encuestas
- Computadora
- Cámara
- Trípticos
- Refrigerio

8. RECURSOS ECONOMICOS

Charla educativa	35.00
Movilización	25.00
Refrigerio	50.00
Copias	20.00
Imprevistos	30.00
TOTAL	150,00

9. EVALUACIÓN

La fase de intervención fue evaluada por medio de los siguientes criterios, utilizando los indicadores de:

- ✓ **Proceso:** Calidad de la intervención referente a la aplicación de la encuesta y la charla educativa.
- ✓ **Producto:** Cumplimiento de las actividades y de los objetivos propuestos.

- ✓ **Impacto:** Se valoró la satisfacción de la intervención por parte de las madres, mediante un post test y el registro de asistencia.

ANEXO N° 8
UNIVERSIDAD DE MACHALA
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

**AGENDA DE CAPACITACIÓN SOBRE EL MANEJO COMUNITARIO.
SU PREVENCIÓN Y CUIDADOS DEL NIÑO CON ENFERMEDAD
DIARREICA AGUDA.**

LUGAR: S.C.S. RAYITO DE LUZ.

FECHA: NOVIEMBRE 2014.

1. Saludo y bienvenida a los asistentes, por la responsabilidad ante el programa de intervención.
2. Presentación de la expositora.
3. Aplicación del PRE TEST de evaluación a los presentes.
4. Exposición de los temas.
5. Entrega de trípticos.
6. Aplicación del POST TEST de evaluación a los presentes.
7. Levantamiento de firmas de los asistentes a la charla.
8. Refrigerio.
9. Agradecimiento a los presentes y colaboración del programa.
10. Evaluación de las actividades planificadas.

NEXO N° 9

CRONOGRAMA DE CHARLAS

TEMA	TÉCNICA	RECURSOS		TIEMPO	RESPONSABLE	FECHA
		HUMANOS	MATERIAL			
1. ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA 2. FACTORES a. F. de Riesgo b. F. Protectores 3. COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA 4. MANIFESTACIONES CLINICAS 5. PREVENCIÓN 6. COMO SE PREPARA EL SUERO ORAL 7. COMO SE TOMA EL SUERO ORAL 8. SINTOMAS Y SEÑALES DE DESHIDRATACIÓN 9. CANTIDAD DE CLORO PARA PREPARAR AGUA PARA BEBER Y PARA DESINFECCIÓN O LIMPIEZA	Oral y escrita.	Autora Participantes	Papel periódico Encuestas Cámara Refrigerio	30 minutos	MISHELL ROMERO	NOVIEMBRE /2014.

ANEXO N° 10



Machala, 25 de Febrero de 2015.

Lcda.
JOVANNY SANTOS LUNA
Directora de la Carrera de Enfermería.
Universidad Técnica de Machala

Ciudad

Cordial saludo

En calidad de directora de esta casa de Salud, comunico a usted que la Sra. **ROMERO FELJOO MISHELL ARIANA**, portadora de la cedula N° **070647989-6** cuenta con la autorización respectiva para la intervención y recopilación de datos de tesis, con el tema: **"MANEJO COMUNITARIO DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD DEL SUBCENTRO DE SALUD RAYITO DE LUZ DE LA CIUDAD DE MACHALA, PRIMER TRIMESTRE. AÑO 2014"**, requisito previo para la obtención del título de Licenciada en Enfermería, de acuerdo a lo solicitado.

Particular que comunico con fines pertinentes.

Atentamente,

Dra. Yenny Rojas Soto
ESPECIALISTA M. G. I.
MSP. Libro: 1E Folio: 5 No. 14

DRA. SUSANA SALTOS
DIRECTORA DEL SUBCENTRO RAYITO DE LUZ

ANEXO N° 11



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA

“Calidad, Pertinencia y Calidez”

D.L No. 69 - 04, DE 14 DE ABRIL DE 1969

PROV. DE EL ORO – REP. DEL ECUADOR

Casilla No. 989 – Teléfono 983361 – Telefax 983374

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERIA

Ofic. No. 057-CE-UACQS-UTMACH

Machala, 11 de Noviembre del 2014

Dra.

Cecilia Del Cisne Rojas

Directora del Distrito 07-D-02

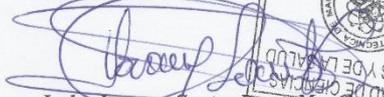
Presente.-

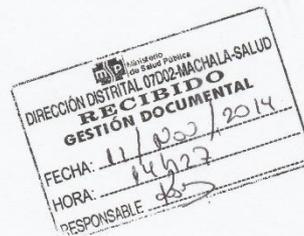
De mi consideración:

A nombre de la Carrera de Enfermería de la Unidad Académica de Ciencias Químicas y de la Salud de la Universidad Técnica de Machala, me permito solicitar a usted se digne autorizar que la Srta. MISHELL ARIANA ROMERO FEIJOO, Egresada de la Carrera de Enfermería, se le permita realizar la intervención y recopilación de datos de su tesis en la Institución que se encuentra bajo su acertada Dirección, y pueda continuar con el desarrollo del tema “MANEJO COMUNITARIO DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE ESDAD DEL SUB-CENTRO DE SALUD RAYITO DE LUZ DE LA CIUDAD DE MACHALA , PRIMER TRIMESTRE . AÑO 2014”, previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería.

Agradezco su atención.

Atentamente


Lcda. Jovanny Santos Luna, Mg. Gs.
COORDINADORA CARRERA ENFERMERIA



ANEXO N° 12



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA

"Calidad, Pertinencia y Calidez"

D.L No. 69 - 04, DE 14 DE ABRIL DE 1969

PROV. DE EL ORO - REP. DEL ECUADOR

Casilla No. 989 - Teléfono 983361 - Telefax 983374

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERIA

Ofic. No. 044-EE-FCQS-UTMACH

Machala, 08 de Agosto del 2014

Dra.

Susana Saltos

DIRECTORA DEL CENTRO DE SALUD RAYITO DE LUZ

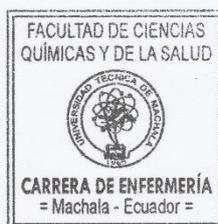
De mi consideración:

A nombre de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Químicas y de la Salud de esta Institución, me permito solicitar a usted se digne autorizar que la Sra. **ROMERO FEJOO MISHELL ARIANA**, Egresada de la Carrera de Enfermería, se le permita realizar la intervención y recopilación de datos de su tesis en la Institución que se encuentra bajo su acertada Dirección, y pueda continuar con el desarrollo del tema **"MANEJO COMUNITARIO DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD DEL SUBCENTRO DE SALUD RAYITO DE LUZ DE LA CIUDAD DE MACHALA, PRIMER TRIMESTRE. AÑO 2014"**, previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería.

Agradezco su atención.

Atentamente

Lcda. Katy Ocaña Gallardo
COORDINADORA (E) CARRERA ENFERMERIA



Recibo
08/08/2014

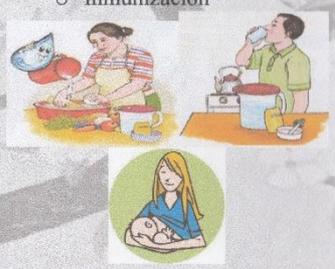
Lcda. Yvelyn Soto
ESPECIALISTA M. G. I.
MSP Libro de Control 5 No. 14

ANEXO N° 10

MEDIDAS DE PREVENCIÓN

Las medidas preventivas son:

- ✓ Lavarse las manos
 - Antes de preparar los alimentos
 - Antes de comer
 - Después de ir al baño
 - Después de cambiar el pañal
 - Hervir el agua antes de consumirla
 - Dar lactancia materna exclusiva
 - Suplementación de Vitamina A
 - Inmunización



RECUERDA

La prevención es más fácil y económica que el tratamiento y la enfermedad....

CUIDANOS





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA



ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA)

INTRODUCCIÓN

La presencia de enfermedades diarreicas agudas, constituye una de las principales causas de mortalidad infantil, la conducta juega un papel importante en la incidencia, prevalencia y secuelas de las diarreas en la infancia, por ello los cambios de comportamiento y adquisición de prácticas adecuadas van a tener un impacto significativo en la salud infantil, de tal manera es de importancia dar a entender los riesgos, complicaciones y forma de prevenir esta enfermedad.



¿QUE ES LA DIARREA?

La diarrea es un mecanismo de defensa del organismo ante la enfermedad producida por un agente agresor, la mayoría de las veces infeccioso, que produce evacuaciones líquidas, en general más de 3 veces en 24 horas, en ocasiones precedidas o acompañadas de vómito.

FORMA DE CONTAGIO

Se trasmite de forma fecal-oral, siendo el agua el vínculo principal, así como los alimentos. Las manos también actúan como foco de contagio y transmisión de estas infecciones.



FACTORES DE RIESGO

Existen distintos factores que favorecen el contagio de las diarreas:

- ✓ Mala higiene personal
- ✓ Comer con las manos sucias
- ✓ Esquema de vacunación incompleta
- ✓ Contaminación del agua y alimentos
- ✓ Deficiencia de Vitamina A
- ✓ Falta de lactancia materna exclusiva.

SIGNOS Y SINTOMAS

Estos pueden ser:

- ✓ Dolor abdominal
- ✓ Fiebre
- ✓ Pérdida del apetito
- ✓ Náuseas
- ✓ Vómitos
- ✓ Sed intensa
- ✓ Irritabilidad
- ✓ Llanto sin lágrimas
- ✓ Ojos hundidos

ANEXO N° 11

**UNIVERSIDAD DE MACHALA
FACULTAD DE CIENCIAS QUIMICAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**CHARLA EDUCATIVA
FIRMA DE ASISTENCIA**

**TEMA: ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA Y SU PREVENCIÓN
FECHA: 15 DE NOVIEMBRE/14**

APELLIDOS Y NOMBRE	CEDULA	FIRMA
Alexandra Castro	0700318102	
Carmelina Vargas	0704222442	
Karina Pinza	0706658499	KARINA
Enma Ramirez	0701852542	
Romel Cueva P.	1103040007	
Fanny Con.	0705809218	
Alexandra Cedillo	070545589-7	
Ivone Espinoza	0705149797	
Alejandro Eucabola	1102211628	Alejandro E
Nathaly Gonzalez	0706366887	
Maria Abad	0703435198	Maria Abad
Maria Valdiviezo	070361150-9	
Migdala Otañeda	070411766-2	
Desilvia Samalaya	070181862-7	
Piedad Patino	0702073487	
Martene Jimenez	140038026-6	
Katty Prado	0707136529	
Suzanne Calero	0702437521	
Claudia Bernal	1101992140	
Oswaldo Vera		
Eliana Amaya P.	0709932982	
Gonzalo Huilla	0704654332	Gonzalo Huilla
Didia Rodonato Silva	1101922560	
Liset Morales	11019292695	
Jacinto Quiro	070032778-6	
Marcos Lopez	07098316-4	
Sindy Diaz	1095794460	
Yuri Cueva	070492198-8	
Carmen Tinoco	0705682210	
Josy Reodon	0994367974	
Maria Rios	0705868689	
Geanello Collaguazo	0705468461	

MISHELL ROMERO FEIJOO

ANEXO N° 12

FOTO N° 1



FOTO N° 2



CHARLA EDUCATIVA

FOTO N° 3



LLEGADA DE LOS USUARIOS