

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**CARACTERIZACIÓN DEL SÍNDROME DIARREICO EN NIÑOS MENORES
DE 5 AÑOS. SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL
MATERNO INFANTIL “Dr. PASTOR OROPEZA” CARICUAO.
MARZO 2006 - MARZO 2007.**

Trabajo Especial de Grado presentado como requisito parcial para optar al
Título de Licenciado en Enfermería

Autores:

TSU. Maria Alejandra Colina

CI: 13.252.900

TSU. Tibusay Roa

CI: 10.155.195

Tutor:

Prof. Matilde Ortega

Caracas, marzo del 2007

DEDICATORIA

A Dios que a lo largo y ancho de nuestra carrera ha estado presente, porque solo él decidió unirnos y nos permitió estar aquí juntas para poder alcanzar nuestra meta, cubriéndonos con sus manos divinas e iluminando todo nuestro largo camino de lucha.

A nuestros hijos, que son la fuerza, el impulso y la inspiración para alcanzar nuestras metas. Los amamos.

A nuestros padres que siempre han sido nuestra luz de enseñanza.

A nuestros esposos, por esa constancia, paciencia, cariño y ese gran apoyo emocional y espiritual, que cuando veníamos derrumbadas nos daban aliento para continuar, por habernos comprendido y soportado todo este tiempo y siempre estar pendiente de nuestras angustias.

A nuestra tutora Prof. Matilde Ortega por aceptarnos y habernos tenido tanta paciencia, por ser tan representativa en este camino, por habernos brindado todos sus conocimientos y su empeño, sin ello todo esto no hubiese sido posible.

No podemos dejar por fuera a todo el personal del Hospital Materno Infantil de Caricuao que colaboró con nosotras, por esa receptividad y apoyo que nos brindaron.

Las Autoras

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi carácter de tutor del TEG presentado por las TSU: **Colina María Alejandra. C.I.: 13.252.900** y **Roa Tibissay C.I.: 10.155.195**, para optar al Título de Licenciado en Enfermería, considero que dicho trabajo reúne los requisitos para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Caracas, a los _____ días del mes de _____ del año 2007.

Mgs. Matilde Ortega C.I.:

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA.....	ii
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	iii
LISTA DE CUADROS.....	iv
RESUMEN.....	v
INTRODUCCIÓN.....	01
CAPITULO I	
EL PROBLEMA.....	04
Planteamiento del Problema.....	04
Objetivos de la Investigación.....	09
Justificación.....	11
CAPITULO II	
MARCO TEÓRICO.....	14
Antecedentes.....	14
Bases Teóricas.....	19
Operacionalización de la Variable.....	38
CAPITULO III	
MARCO METODOLÓGICO.....	39
Tipo de Estudio.....	39
Población y Muestra.....	40
Métodos e Instrumentos de Recolección de Datos.....	41
Validez.....	42

Procedimiento para la Recolección de los Datos.....	42
Plan de Tabulación y Análisis.....	43
CAPITULO IV	
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	44
CAPITULO V	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	67
Conclusiones.....	67
Recomendaciones.....	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70
ANEXOS	

LISTA DE CUADROS

		pp
01	Agentes Etiológicos del Síndrome Diarreico.....	21
02	Esquema propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para evaluar el estado de deshidratación del niño.....	28
03	Esquema de Vacuna recomendadas por el Poder Popular para la Salud.....	34
04	Distribución porcentual relacionada con número de casos. periodo marzo 2006- marzo 2007.....	45
05	Distribución porcentual relacionada con la edad. Periodo marzo 2006- marzo 2007.....	47
06	Distribución porcentual relacionada con el sexo. Periodo marzo 2006- marzo 2007.....	49
07	Distribución porcentual relacionada con el lugar de procedencia. Periodo marzo 2006- marzo 2007.....	50
08	Distribución porcentual relacionada con los antecedentes vinculados inmunización. Periodo marzo 2006- marzo 2007	51
09	Distribución porcentual relacionada con agente etiológico. Periodo marzo 2006 –marzo 2007.....	53
10	Distribución porcentual relacionado características de las heces: aspectos. Periodo marzo 2006-marzo 2007.....	55
11	Distribución porcentual relacionado con características de las heces según exámenes. Periodo marzo 2006-marzo 2007.....	56
12	Distribución porcentual relacionados con características de heces según numero de evacuaciones periodo marzo 2006-marzo 2007.....	58
13	Distribución porcentual relacionados con condición general, periodo marzo 2006- marzo 2007.....	60
14	Distribución porcentual relacionados con las complicaciones presentadas, periodo marzo 2006-marzo 2007.....	61
15	Distribución porcentual relacionada con los medicamentos. Periodo marzo 2006- marzo 2007.....	63
16	Distribución porcentual relacionada con los medicamentos. Periodo marzo 2006- marzo 2007.....	64
17	Distribución porcentual relacionada con los medicamentos. Periodo marzo 2006- marzo 2007.....	65

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

CARACTERIZACIÓN DEL SÍNDROME DIARREICO EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, QUE INGRESARON AL SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL “Dr. PASTOR OROPEZA” CARICUAO. MARZO 2006 - MARZO 2007.

Autor: TSU. María A. Colina

TSU. Roa N. Tibissay

Tutor: Lic. Matilde Ortega

Año: 2007.

RESUMEN

Con el propósito de determinar las características del síndrome diarreico en niños menores de 5 años que ingresaron en el servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital Materno Infantil de Caricuao durante el periodo de Marzo 2006-Marzo 2007, se presenta la siguiente investigación, de tipo descriptivo, con diseño de campo y de corte retrospectivo, la muestra estuvo representada por la totalidad de la población, es decir 198 historias clínicas de los niños que ingresaron al servicio de emergencia del citado Hospital con Diagnóstico de Síndrome Diarreico. Para la recolección de los datos, se estructuró un instrumento tipo hoja de registro, el cual contenía 6 categorías, Los resultados evidenciaron lo siguiente; Durante el período de estudio marzo 2006 a marzo 2007, se ingresaron 198 pacientes, de los cuales el 53% ingresaron en los meses de marzo a junio del 2006, 82% eran niños menores de 1 año que ingresaron con diarreas, 59% fueron de sexo masculino, 62% de los niños tenían un esquema de inmunización incompleta, 66% de los niños ingresados con diarreas provenían de Caricuao, carapita, Antímano y Mamera. Asimismo, los resultados mostraron que el agente etiológico de los casos de diarreas fue mayoritariamente por parásitos con 38%, siendo los más frecuente: *Entamoeba Hystolitica*, *Giardia Lamblia*, *Blastocytis Hominis*, entre las características de las heces se encuentran que 53% de los niños con diarreas tenían heces con moco y 34% con sangre. En relación a el examen de heces, los resultados mostraron que: 35% de los exámenes presentaron alteración del pH, el 24% presentaron leucocitos fecales, 18% tuvieron aumento de la flora bacteriana y en ese mismo porcentaje azúcares reductores. En cuanto al número de evacuaciones por día, 61% de los niños presentaron más de 10 evacuaciones por día, 83% de los niños ingresados presentaron fiebre y émesis. 34% de los niños con diarrea presentaron como complicación deshidratación, 24% acidosis metabólica y 20% alteración electrolítica. Con respecto al tratamiento que recibieron los niños los resultados mostraron que 62% recibieron Sol 0,45% Sin dextrosa, 58% de KCL y 23% Sales de Rehidratación Oral. Asimismo, 35% de los niños recibieron Metronidazol y 30% Cefotaxime. Por último, se tiene que 27% de los niños con diarreas recibieron lio lactil y 62% acetaminofen.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades diarreicas representan en la actualidad un problema de salud pública, no solo a nivel mundial sino también en Venezuela, dado por el alto índice de niños y niñas que enferman y mueren por esta causa.

En muchos países, en especial los en vía de desarrollo, las diarreas constituyen una pesada carga social y económica de vidas humanas, de gastos de asistencia médica y hospitalaria y de ausencia de trabajo.

Esta alteración fisiopatológica se caracteriza por cuadros diarreicos que muchas veces pueden o no estar acompañados de vómitos, fiebre y dolor abdominal, dichas diarreas produce pérdidas importantes de agua y desequilibrio en los electrolitos agravando la condición del paciente.

Se considera que el síndrome diarreico se manifiesta clínicamente con distintos grados de gravedad, y esto esta relacionado fundamentalmente por las diferencias en el nivel socioeconómico, educativo y cultural, el estado nutritivo y las condiciones del medio ambiente en que se desenvuelve la población.

La evidencia epidemiológica indica que el síndrome diarreico en la mayoría de los casos es de naturaleza infecciosa, ya sea por agentes virales, entre ellos el más común el rotavirus; agentes bacterianos, especialmente por *e.coli* y agentes parasitarios. Estos agentes se consideran como los productores de más del 70% de los episodios diarreicos, tanto en países desarrollados como en vías en desarrollo.

Muchos han sido los esfuerzos de las instituciones, gobiernos, organizaciones no gubernamentales y otros entes, en establecer políticas y programas tanto a nivel regional, nacional y mundial para disminuir el número de niños con síndrome diarreico y por consiguiente con deshidratación y desnutrición infantil. Sin embargo, el impacto de dichas políticas no ha sido suficiente, puesto que todavía el índice de población infantil atendida en los centros hospitalarios por esta causa es importante.

Por este motivo se plantea la presente investigación, el cual esta referida a la Caracterización del Síndrome Diarreico en niños menores de 5 años que acuden al servicio de emergencia pediátrica del Hospital Materno Infantil de Caricua. En este sentido la investigación se estructuró de la siguiente manera:

Capítulo I, el cual está referido al planteamiento del problema, los objetivos y la justificación de la investigación.

Capítulo II, hace referencia al marco teórico, antecedentes, bases teóricas, variables y su operacionalización.

Capítulo III, aquí se plantean diseño metodológico, población y muestra, métodos e instrumentos para la recolección de datos la validación del instrumento, procedimientos para la recolección de la información, el plan de tabulación y análisis de datos.

Capítulo IV, hace referencia a la presentación y análisis e interpretación de los resultados.

Capítulo V, aquí se presentan las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

Y por último las referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

En el siguiente capítulo se describe el problema a desarrollar en la investigación, objetivo general, objetivos específicos y justificación del estudio.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las diarreas constituyen un problema mundial de salud pública, que se agudiza en los países en vía de desarrollo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2005), ocurren 2,2 millones de muertes a causa de las enfermedades diarreicas, de los cuales 1,8 millones corresponden a niños menores de 5 años.

Según el Anuario de Mortalidad, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, (MSDS) (2003), hoy llamado Ministerio del poder popular para la Salud, refiere que en Venezuela las enfermedades diarreicas representan la primera causa de muerte en niños menores de 5 años, asimismo, representa uno de los principales motivos de consulta en los hospitales y ambulatorios del país. Al respecto, el Servicio de Epidemiología del Hospital de Niños J. M

de los Ríos (2005), refiere que las enfermedades diarreicas ocuparon el 4to lugar de consulta y el 10,5% del total de casos ingresados en el servicio de emergencia durante el último trimestre del año 2006. Esta situación pone de manifiesto que una gran cantidad de niños y niñas que padecen el síndrome diarreico están expuestos a presentar deshidratación y desnutrición infantil, condición esta, que limita y afecta en forma importante el crecimiento y desarrollo de la población de estos grupos etareos.

La Organización Mundial de la Salud. (OMS) (2005), define la diarrea como un “aumento en volumen, frecuencia y disminución en la consistencia de las evacuaciones intestinales habituales de un individuo en 24 horas, que duran menos de 14 días, siendo más importante la disminución en la consistencia que en la frecuencia”. (Pág. 41)

Actualmente, la diarrea se considera como una enfermedad gastrointestinal que se manifiesta por un aumento en la frecuencia y cantidad de las evacuaciones en 24 horas, consideradas en un número mayor a 3 evacuaciones y con características líquidas.

Las diarreas se presentan fundamentalmente en poblaciones donde las condiciones ambientales son desfavorables, es decir, carecen de los servicios públicos elementales, como son agua potable o hervida, disposición

de basura y excretas, así como también presencia de roedores y moscas. Es frecuente en la población infantil, especialmente neonatos y lactantes que no reciben lactancia materna exclusiva y que conviven en hogares donde no hay prácticas de higiene fundamentales como lo es el lavado de manos antes de preparar y consumir los alimentos, después de ir al baño, entre otros.

Desde hace muchos años diversas instituciones y países han aunado esfuerzos para disminuir las muertes infantiles causadas por diarreas, sin embargo; estos no han sido suficientes, puesto que las enfermedades diarreicas constituyen un verdadero problema no solo en las instituciones dispensadoras de salud a nivel público sino también a nivel privado.

Esta situación llama la atención, puesto que la mayoría de la población general e infantil que acude al servicio de emergencia del Hospital Materno Infantil de Caricuaó presentan un bajo nivel educacional, baja frecuencia en la lactancia materna exclusiva, así como también no cuentan con todos los servicios públicos sanitarios como son: agua potable, disposición de basura y excretas, entre otros, los cuales son indispensables para un mejor vivir.

El Hospital Pediátrico Materno Infantil de Caricuaó es una institución tipo IV que atiende al binomio madre-hijo, mediante los servicios de: Obstetricia, pediatría, laboratorio, RX, Unidad de Cuidados Intensivos, Banco

de Sangre, emergencia, entre otros, El servicio de emergencia, cuenta con 18 cunas pediátricas que atienden los sectores adyacentes a la Parroquia de Caricuao, Adjuntas, Macarao, carretera vieja de los Teques, entre otros.

Son muchas las entidades fisiopatológicas que se atienden en este servicio, sin embargo, las enfermedades respiratorias y diarreicas representan el motivo de ingreso de la mayoría de los consultantes.

En este sentido, se considera que la atención hospitalaria de estos niños que ingresan con Síndrome Diarreico genera muchos problemas a nivel institucional, ya que el tratamiento es costoso y el manejo de las complicaciones aumenta su estadía, por lo que es necesario que el profesional de enfermería tome medidas de enseñanza a las madres, como el fomentar la lactancia materna exclusiva y la hidratación oral precoz, así como también dar a conocer la importancia de la vacunación y los aspectos a considerar para mejorar la salud ambiental.

El manejo de los pacientes con Diagnóstico de Síndrome Diarreico a nivel hospitalario, exige en la actualidad de amplios conocimientos y habilidades en el personal de salud, que permitan una terapéutica efectiva y oportuna para evitar las complicaciones que muchas veces resultan fatales a estos grupos etarios, en este sentido, siendo esta problemática un factor que

altera la salud pública en general y más aún la infantil se presenta las siguientes interrogantes de la investigación:

¿Cuáles son los aspectos sociodemográficos que influyen en los niños menores de 5 años ingresados con Síndrome Diarreico al servicio de emergencia pediátrica del Hospital Materno Infantil de Caricuao?

¿Cuál es la prevalencia en los niños menores de 5 años ingresados en el Hospital Materno Infantil de Caricuao?

¿Cuáles son los antecedentes vinculados referidos al esquema de inmunización de los niños menores de 5 años ingresados al servicio de emergencia pediátrica del Hospital Materno Infantil de Caricuao?

¿Cuál es el agente etiológico que predomina en los niños menores de 5 años ingresados en el servicio de emergencia pediátrica del Hospital Materno Infantil de Caricuao?

¿Cuál es la clínica que presentan los niños menores de 5 años ingresados en el Hospital Materno Infantil de Caricuao?

¿Cuál es el tratamiento médico que recibieron los niños menores de 5 años ingresados en el Hospital Materno Infantil de Caricuao?

¿Cuáles son los aspectos que caracterizan al síndrome diarreico en los niños menores de 5 años que ingresan al servicio de emergencia pediátrica del Hospital Materno Infantil de Caricuao, durante el periodo marzo 2006-2007?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

GENERAL

Determinar los aspectos que caracterizan el Síndrome Diarreico en niños menores de 5 años hospitalizados en el Servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital Materno Infantil de Caricuao. Caracas. Marzo 2006 - 2007.

ESPECIFICOS

- Identificar los aspectos sociodemográficos de los niños menores de 5 años que ingresan con síndrome diarreico en el servicio de emergencia pediátrica del Hospital Materno Infantil de Caricuao.
- Determinar la prevalencia de los niños menores de 5 años con síndrome diarreico hospitalizados en el servicio de emergencia pediátrica.
- Identificar los antecedentes referidos al esquema de inmunización en los niños menores de 5 años con síndrome diarreico.

- Determinar el agente etiológico en el síndrome diarreico en niños menores de 5 años ingresados en el servicio de emergencia pediátrica.
- Conocer la clínica que presentan los niños menores de 5 años con síndrome diarreico ingresados al servicio de emergencia pediátrica.
- Identificar el tratamiento medico recibido por los niños menores de 5 años ingresados en el servicio de emergencia pediátrica.

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Siendo las enfermedades diarreicas un problema de salud pública, tanto mundial como nacional, que afecta en mayor proporción a los neonatos y lactantes, 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 están ingresados en el Servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital Materno Infantil de Caricuaao.

Se espera que la presente investigación arroje datos que puedan definir los diferentes factores que pudieran estar predisponiendo a las enfermedades diarreicas en los niños menores de 5 años, específicamente en el área de cobertura de atención del Hospital Materno Infantil de Caricuaao.

Para el campo de la salud, especialmente para los profesionales de enfermería, esta investigación tiene relevancia porque se podría identificar las condiciones y estilo de vida de las distintas familias que acuden con niños menores de 5 años con Síndrome Diarreicos, pudiéndose entonces implementar programas educativos sobre las medidas para prevenir las enfermedades diarreicas en el hogar, guarderías, hogares de cuidado, entre otros, por parte de enfermería.

Así mismo, esta investigación podría ser marco de referencia para las pautas a seguir en la planificación, ejecución y evaluación de programas que estén dirigidos al fomento de medidas higiénicas y condiciones ambientales favorables para la prevención de enfermedades diarreicas.

Se considera que esta investigación es relevante, dado que aportaran datos tanto para la Gerencia de Enfermería como para la institución en general, para el desarrollo de actividades de información a las madres sobre la conducta a seguir en caso de diarreas, así como también de los signos y síntomas de alerta para estas complicaciones, más frecuentes como lo son la deshidratación y las alteraciones electrolíticas.

Los resultados de esta investigación permitirán también motivar y concientizar al profesional de enfermería que labora en el ámbito hospitalario ha reconocer los aspectos que caracterizan a los niños con Síndrome Diarreico y a participar más activamente en la orientación, promoción y fomento de conductas y escenarios saludables que disminuyan los factores de riesgos para las enfermedades diarreicas, especialmente en la población infantil.

Asimismo, se espera que la presente investigación sirva de marco referencial para las próximas investigaciones relacionadas con enfermedades diarreicas en niños menores de 5 años.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

El presente capítulo está conformado por los antecedentes de la investigación, bases teóricas, sistema de variable y operacionalización de la misma.

ANTECEDENTES

A continuación se presentan los trabajos relacionados con la presente investigación:

Chacón, M. y Gavilán, A. (2004), realizaron un estudio titulado. “Programa de Orientación sobre la Actuación de los Factores Socio-Culturales en las Enfermedades Diarreicas y su Prevención en niños menores de 5 años de edad Atendidos por la Unidad de Rehidratación Oral (URO)”. Barrio La Baranda, Gramoven, Catia, Caracas 1er Trimestre 2004. El objetivo del estudio fue diseñar un programa de orientación sobre los factores socio-culturales en las enfermedades diarreicas y su prevención en niños menores de 5 años atendidos por la Unidad de Rehidratación Oral (URO). El tipo de estudio fue cuasi experimental y la población objeto de estudio estuvo conformada por 76 personas adultas del sexo femenino, residenciadas en el barrio La Baranda, el tamaño de la muestra fue de 19 mujeres y se determinó

por medio de la selección intencionada hecho por las propias personas adultas del sexo femenino, obteniendo una muestra aceptada por el barrio. Esta acción fue realizada mediante el uso de un cuestionario (pre y post test), el cual permitió conocer el nivel de información de las participantes objeto de estudio, el instrumento se estructuró con un total de 26 preguntas con dos alternativas de selección (SI-NO). El análisis e interpretación de los resultados en función a los objetivos establecidos en la investigación reportó un resultado satisfactorio en un 93% de la población objeto en estudio que logró cumplir con dicho objetivo.

Esta investigación tiene relación con el presente trabajo, ya que destaca la importancia de programas educativos que permitan orientar a las madres y población en general a la práctica de medidas en el hogar que contribuyan a prevenir las enfermedades diarreicas.

Santana, C. y Rincones, D. (2000) realizaron una investigación titulada “Acciones Preventivas en Reincidencias de Enfermedades Diarreicas en Niños de 0 a 2 años que realiza la Enfermera en la Unidad de Pediatría del Hospital Dr. Joel Valencia Parparcen”. El objetivo del estudio fue determinar las acciones preventivas en la reincidencia de enfermedades diarreicas en niños de 0 a 2 años que realiza la enfermera en la unidad de pediatría del mencionado hospital. El tipo

de estudio llevado a cabo fue descriptivo y la población estudiada fueron los profesionales de enfermería que laboran en dicho hospital, en los cuatro turnos que hace un total de 20 profesionales del cual no se extrajo muestra, dado que la población fue pequeña y representativa, el instrumento aplicado se determinó mediante la observación de las actividades y tareas del personal de enfermería, el cual constaba de 36 ítems dirigidos a comprobar si el profesional cumplía con los requisitos exigidos para prevenir y asistir al niño con enfermedades diarreicas, dándole las instrucciones pertinentes a la madre. Los resultados encontrados después de haber aplicado el instrumento permitieron señalar que el personal de enfermería que labora en el hospital, cumple un 45% de las acciones preventivas en la prevención primaria de las enfermedades diarreicas en niños menores de 0 a 2 años.

Blanco, L. y Chirinos, Y. (2001) realizaron una investigación titulada “ Acciones Educativas de Enfermería en la Prevención Primaria de Enfermedades Diarreicas en Niños Menores de 2 años del Sector Barrio Ajuro. Parroquia Churuguara. Municipio Federación del Estado Falcón 1er Trimestre del año 2001”. El objetivo de estudio fue determinar las acciones educativas de enfermería en la prevención primaria de enfermedades diarreicas en niños menores de 2 años del sector antes mencionado. El tipo de estudio estuvo enmarcado en el modelo descriptivo, y para el desarrollo de la investigación la población fue de 30 madres de niños menores de 2

años, la recolección de datos se realizó a través de un instrumento estructurado por 18 preguntas en relación con la variable a estudiar. Estos ítems fueron elaborados de acuerdo a los indicadores y sub-indicadores de la variable con una escala de medición tipo dicotómica (SI-NO). En los resultados obtenidos los autores demuestran que las enfermeras en un porcentaje muy significativo del 70% no realizan orientación en la prevención primaria de las enfermedades diarreicas en los niños menores de 2 años.

Esta investigación tiene relación directa con el presente trabajo, ya que, se considera que una de las medidas para la prevención de las enfermedades diarreicas en niños, es sin lugar a dudas la educación a las madres en el hogar, puesto que si existe una relación muy estrecha entre la práctica de medidas higiénicas de las personas, condiciones ambientales elementales y calidad en la nutrición con las enfermedades gastrointestinales, específicamente con las enfermedades diarreicas.

Orta, L., Simoes, F., Agrela, A. (2000) realizaron un estudio titulado "Incidencia y Etiología de Síndromes Disentéricos en Pacientes Hospitalizados en el Servicio de Medicina 3 del Hospital J.M de los Ríos, Caracas, durante un período de 4 años 1995-2005. El objetivo de estudio fue determinar la incidencia y etiología de síndrome disentérico en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina 3 del mencionado hospital. El tipo

de estudio realizado fue retrospectivo, se realizó una revisión sobre 23 casos de pacientes hospitalizados, se estudiaron y analizaron estadísticamente las variables: sexo, motivo de ingreso, hallazgos al coprocultivo, promedio de día de hospitalización y promedio de ingreso por año. Se encontró una mayor incidencia en varones que en hembras, siendo los lactantes menores el grupo de edad más afectado; al 87% de los pacientes se les practicó coprocultivo, encontrándose que la *Salmonella* y la *Shigella flexneri* fueron los agentes aislados con mayor frecuencia; el 17,1% no tuvo crecimiento bacteriano. La deshidratación fue la complicación más frecuente. El promedio de días de hospitalización fu de 12,2 días, siendo en los años 1995 y 1997 cuando se hospitalizó el mayor número de pacientes. El 100% de los casos evolucionó satisfactoriamente.

Estos antecedentes han sido tomados en cuenta, en la presente investigación, porque permiten conocer los factores socio-culturales que influyen en la prevención de enfermedades diarreicas, así como también, las acciones que realizan los profesionales de enfermería en la orientación de las medidas preventivas dirigidas a las madres y a la comunidad sobre las pautas a seguir en la prevención de los Síndromes Diarreicos en niños menores de 5 años que ingresan en los diferentes centros de salud.

BASES TEÓRICAS

Síndrome Diarreico en Niños:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2005), la diarrea se define como “el aumento en volumen, frecuencia, y disminución en la consistencia de las evacuaciones intestinales habituales de un individuo en 24 horas, que duran menos de 14 días, siendo más importante la disminución en la consistencia que la frecuencia”. (Pag. 41)

Normalmente la consistencia de la materia fecal es pastosa y su eliminación es una o dos veces por día, dependiendo de cada individuo en particular. Cuando aumenta el líquido en el intestino, ésta se hace más acuosa, es más abundante en volumen o el número de deposiciones aumenta, produciéndose un episodio de diarrea.

La OMS (2005) estima 1,300 millones de episodios de diarreas en niños menores de 5 años en países en desarrollo, ocasionando 4 millones de muertes y ubicándolo dentro de las principales causas de muertes en estos países.

La diarrea es una forma como el cuerpo humano se desintoxica de sustancias extrañas, por lo que a la mayoría de las diarreas no se les debe evitar su curso normal. La aparición de esta se debe en gran parte al grado de desarrollo socioeconómico de una población, el cual está dado por las condiciones sanitarias tales como alcantarillado, servicios públicos de agua potable, recolección y tratamiento de las basuras. Además de otros factores como son el nivel de educación y la existencia o no de campañas preventivas.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2005), la prevalencia de enfermedades diarreicas y la mortalidad infantil directa o indirecta vinculada con la contaminación del agua y los alimentos, sólo pueden reducirse mediante una mejora en las inversiones en medidas preventivas y promocionales para reducir y eliminar las causas de las enfermedades.

En relación con las causas y formas de transmisión de la diarreas; ILADIBA. (2003), refiere que, es de causa multifactorial. Siendo la de más importancia la causada por virus, los cuales invaden el intestino produciéndole irritación e inflamación.

Existen muchos microorganismos diferentes a los virus causantes de la diarrea, como son algunas bacterias, hongos y parásitos. La forma de adquirir la infección es por medio de contacto personal y con los niños principalmente, ya que ellos con frecuencia no realizan un buen aseo de las manos después de ir al baño o por la ingesta de agua o de los alimentos contaminados.

Dentro de las causas infecciosas de diarrea, la viral es la etiología más frecuente y dentro de los virus el rotavirus ocupa el primer lugar, no sólo en Venezuela como país en vía de desarrollo, sino también en otros países.

CUADRO 1

Agentes etiológicos del Síndrome Diarreico.

VIRUS	BACTERIAS	PARASITOS
Rotavirus	Escherichia Coli	Entamoeba Hystolitica
Adenovirus	Shigella disenteriae	Yardia Lamblia
Enterovirus	Yersinia	Balantidium Coli
	Campilobacter jejuni	Cristoporidium
	Vibrio cholerae	Blastocystis Hominis
	Salmonella s.p	Sarcocystis Hominis
	Proteus mirabilis	

Fuente: Caballero, J (2005). Revista Paceyña de Medicina Familiar

En cuanto a las manifestaciones y síntomas de la diarrea, se tiene que, existen varios síntomas que pueden acompañar la diarrea, a parte del dolor abdominal, entre los cuales están, pérdida del apetito, vómito, epigastralgias, fiebre, dolor de cabeza, teniendo en cuenta que el más importante es la deshidratación. Esta última se manifiesta por sed, sequedad en la boca, llanto sin lágrimas y disminución de la orina.

En cuanto a la clasificación de las diarreas, el Boletín Informativo del Hospital de Niños J. M de los Ríos. (2006), señala que las diarreas pueden ser agudas, persistentes o crónicas.

Diarrea acuosa aguda: es aquella que se produce de forma súbita con la presencia de evacuaciones disminuidas de consistencia o líquidas, frecuentes y en las cuales hay sangre visible (incluye al cólera), puede durar varias horas o hasta catorce días (usualmente menos de 7 días). Frecuentemente se acompaña de fiebre, vómitos, hiporexia, ocasionalmente convulsiones y su complicación principal es la deshidratación. Los agentes infecciosos relacionados más frecuentemente con la presencia de deshidratación son el *rotavirus*, la *e. coli enterotoxigénica* y durante las epidemias de *vibrio cholerae*.

Diarrea sanguinolenta aguda o disentería: se utiliza este término de disentería para describir aquellas evacuaciones diarreicas en las cuales hay sangre visible en las heces. Por lo general son de poco volumen, presentan moco y se acompañan de fiebre, dolor abdominal, pujo y tenesmo. Sus principales complicaciones son la lesión intestinal, sepsis y desnutrición. Puede haber deshidratación. Este tipo de diarrea también puede ser causado por etiologías no infecciosas tales como Colitis Ulcerativa, Enfermedad de Crohn, radiaciones, diverticulitis y colitis isquémica.

Diarrea Persistente: es aquella que comienza de forma aguda pero se prolonga de forma inusual durante catorce o más días. Puede estar ocasionada a un mal manejo nutricional o uso indebido de antimicrobianos en

un episodio de diarrea aguda. El principal peligro lo constituyen la desnutrición y las infecciones extra intestinales severas.

Diarrea Crónica: cuando su duración excede las cuatro semanas.

Adicionalmente, este mismo autor refiere que hay un tipo de diarrea, llamada la diarrea del viajero, que se presenta cuando un individuo se desplaza de un lugar a otro cambiando sus hábitos alimentarios.

En relación a la Diarrea Aguda, (Revista Medica ILADIBA) (2003), señala que ésta aparece de forma repentina con un aumento en la cantidad de las heces, fluidez o frecuencia del movimiento intestinal, acompañados de dolor de estómago o retortijones.

Esta misma referencia, señala que la causa de las diarreas agudas, en la mayoría de los casos, se inicia por un ataque repentino de evacuaciones líquidas, indicando la presencia de un organismo infeccioso, generalmente es bacteria, entre los cuales se mencionan:

Vibrio Cholerae: Este microorganismo produce el cólera, enfermedad que causa la muerte al agotar las reservas de agua, sodio, cloro, potasio y

otras sales vitales, por lo que es considerado como el agente etiológico que produce una de las diarreas más peligrosas.

Escherichia coli: es la una bacteria que habita el organismo del ser humano, por lo que, habitualmente es inofensiva pero que puede transformarse en tóxica generando cuadros coléricos. Para este agente se describen 5 tipos de toxinas.

Shigella: es el agente productor de una toxina digestiva generadora de la disentería.

Salmonela: es una bacteria muy dañina para el hombre y los animales. Producen la salmonelosis.

En cuanto a la Diarrea Crónica, Gutiérrez, F. (2006), refiere que aparece de forma repentina continuando durante semanas o meses, la diarrea puede disminuir pero no desaparece. Frecuentemente es acompañada por otros síntomas: adelgazamiento, hinchazón, retortijones o sangre en las heces.

Las causas por las que puede acontecer un cuadro de diarrea crónica son: Sensibilidad o alergia a un alimento, estrés, efectos secundarios frente

algún medicamento, abuso de laxantes y enfermedades de base, como pueden ser: - Síndrome de colon irritable, Síndrome de mal absorción Infecciones intestinales, Enfermedades inflamatorias del intestino, Diverticulites, Sida.

Los síntomas más frecuentes, según lo refiere, Gutiérrez, F. (2006) son: “Movimientos intestinales o evacuación frecuentes, náuseas, retortijones y gases, fatiga, fiebre y pérdida de peso” (Pág. 2)

Dentro de las Complicaciones de la diarrea, Suárez, A. (2003), refiere que la causa principal de la defunción por diarrea son la deshidratación y los trastornos metabólicos ocasionados por la pérdida de líquidos y electrolitos.

Cuando la pérdida de líquido es menor del 5% del peso del sujeto, el único signo de deshidratación es la sed; si excede del 5% del peso corporal, se desarrollan seguidamente los siguientes signos y síntomas de deshidratación: taquicardia, disminución de la turgencia de la piel, hipotensión postural, irritabilidad, oliguria o anuria, sed intensa, estupor o coma. El shock sobreviene cuando la pérdida equivale a un 10% del peso; una pérdida superior ocasiona la muerte.

La deshidratación es un problema común en los lactantes y niños, aparece siempre que la eliminación total de líquidos supera a su ingestión total, independientemente de la causa subyacente. Según Boletín del hospital de niños J.M.de los ríos (2006), se puede definir como la disminución del volumen circulante e igualmente, como el conjunto de signos y síntomas que surgen como consecuencia de un balance negativo de agua y electrolitos, en pediatría la causa más importante que lleva al paciente a la deshidratación es el vómito y la diarrea aguda.

Entre la clasificación de la deshidratación tenemos que es leve cuando la pérdida de peso es inferior al 5% del peso previo del niño, la deshidratación moderada o severa es cuando la pérdida de peso se encuentra entre el 5 y el 10% del peso previo, y por último la deshidratación grave es cuando la pérdida de peso supera el 10%.

Para tratar la deshidratación, según lo refiere Cronan, K. (2004) es preciso restablecer el equilibrio hídrico en el organismo. Pero primero hay que reconocer el estado de hidratación de la persona. Para ello es útil el esquema propuesto por la OMS en el que se valora el estado general y la presencia e intensidad de los signos de deshidratación.

A continuación se presenta un cuadro resumen del esquema para evaluar el estado de hidratación del niño:

CUADRO 2

Esquema propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para evaluar el estado de hidratación del niño:

Condición del individuo Sed Orina	Situación A Normal Normal	Situación B Aumentada Poca cantidad oscura	Situación C Excesiva No orina en 6 h.
Aspecto	Alerta	Irritado o somnoliento	Deprimido o comatoso
Ojos	Normales	Hundidos	Muy hundidos no lagrimas Seca sin saliva
Boca y Lengua	Húmedas	Secas	Muy rápida y profunda
Respiración	Normal	Aumentada	
Pliegue	No hay	Menor de 3 segundos Hundida	Mayor de 3 segundos Muy hundida
Fontanela	Normal	Rápido	Muy rápido filiforme
Pulso	Normal	De 3 a 10 segundos	Mayor de 10 segundo
Llenado capilar	Normal		
Tratamiento:	Sin deshidratación PLAN A	Deshidratación leve o moderada. PLAN B	Deshidratación grave. Plan C
	Ambulatorio	URO* TRO**	Terapia IV***
*Unidad de rehidratación oral	**Terapia de rehidra- oral	*** Intravenosa (Terapia).	

Fuente: Boletín Informativo de Hospital de Niños J. M de los Ríos (2006)

Terapia de Rehidratación Oral:

En relación al tratamiento de las diarreas, se menciona la terapia de rehidratación oral, el cual al realizar el examen físico se consideran las siguientes posibilidades:

Situación A: Para prevenir la deshidratación en niños sin deshidratación clínica.

Situación B: Para tratar la deshidratación mediante el uso de suero oral en pacientes con deshidratación clínica sin shock

Situación C: Para tratar con rapidez la deshidratación con shock o los casos de niños que no pueden beber.

El grado de deshidratación del paciente indica el plan de actuación a seguir:

Situación A: Para prevenir la deshidratación

El plan A se basa en las siguientes medidas: aumentar la ingesta de líquidos y mantener la lactancia materna; seguir dando los alimentos habituales incluyendo la leche de vaca, y observar al niño para identificar a tiempo los signos de deshidratación u otros problemas. Los líquidos a suministrar pueden ser alimentos caseros: agua de arroz, sopas de cereales y pollo, yogurt o bien sea soluciones de rehidratación oral con 30 a 60 meq

de sodio. Están contraindicados las bebidas carbonatadas y jugos industriales, por su elevada osmolaridad y alto contenido en hidratos de carbono. Los niños menores de dos años deben recibir de 50 a 100 ml de SRO después de cada evacuación diarreica; en los niños de más edad se puede utilizar el doble de ese volumen.

Situación B: Tratar la deshidratación con suero oral.

El plan de tratamiento B se basa en la necesidad de suministrar, durante un período corto de rehidratación, un volumen de líquidos que sirva para reemplazar el déficit de agua y electrolitos causadas por la diarrea o vómitos. En este caso se propone emplear entre 50 a 100 ml/kg durante las primeras 4 a 6 horas. El paciente tiende a dejar de beber la solución tan pronto se rehidratata, puesto a que su mecanismo homeostático ya funciona con eficiencia. Esta fase de rehidratación puede ser ejecutada en la sala de emergencia, policlínico o cualquier sala que cuente con un mínimo de personal entrenado en la supervisión de rehidratación, la que será efectuada por las propias madres de los pacientes. Cuando el niño está bien hidratado, se pasa a la fase de mantenimiento, que ha sido descrita en el plan A.

Situación C: Tratar la deshidratación cuando amerite vía parenteral.

El plan de tratamiento C combina la administración muy rápida de soluciones de rehidratación por vía venosa, durante un plazo corto de 2 a 4 horas, con la complementación de SRO una vez que se haya corregido la deshidratación clínica. En este caso se evaluará al paciente cada hora, de manera que si en la primera hora de hidratación endovenosa luce mejor hidratado y desaparece la condición que obligó el uso de terapia endovenosa, se pasará a la vía oral con el plan B, hasta que el paciente este totalmente hidratado y pueda ser pasado a un plan A, en caso de que persista la contraindicación para la vía oral se continuaran las tres horas de rehidratación parenteral.

La Enfermera (o) Pediátrica: La enfermera(o) pediátrica tiene como función prevenir las enfermedades y las lesiones en los niños, incluso a los que padecen incapacidades o problemas de salud permanentes interviniendo en cada aspecto del crecimiento y desarrollo del niño.

La actividad profesional de la enfermera pediátrica está dirigida a la promoción y prevención de la salud en la infancia y la adolescencia, para lo que es importante el trabajo en equipo con el pediatra, estableciendo criterios unificados, coincidir fondo y en la forma y una dedicación exclusiva a la población pediátrica.

Dentro de las funciones del profesional de enfermería pediátrica, según García, G (2004), están: la colaboración en tareas de capacitación, realizar las actividades del programa, educación para la salud, participar en la evaluación del programa, promoción de la salud, Investigación.

Las funciones de enfermería varían de acuerdo con las normas laborales de cada zona, con la educación y experiencia individuales y con los objetivos profesionales personales. Aunque la enfermera(o) es responsable de sí misma, de su profesionalidad y de la institución donde trabaja, su principal responsabilidad son los niños y la familia.

El profesional de enfermería debe trabajar con los miembros de la familia, en este caso con las madres que acuden al servicio de emergencia pediátrica del hospital Materno Infantil de Caricuaó, identificando sus necesidades, y planificar las intervenciones del mejor modo posible para resolver los problemas definidos. Promover la lactancia materna exclusiva, la hidratación oral, el cumplimiento del esquema de vacunación y enseñar las medidas para prevenir las diarreas y la consecuente deshidratación.

Para efectos de esta investigación, se consideró dentro de los antecedentes vinculados con el estado de salud de los niños con Síndrome Diarreico ingresados en el Hospital Materno Infantil de Caricuaó, el esquema

de inmunización, la cual se considera como un dato importante de salud, adicionalmente porque de acuerdo a las edades de la población estudiada se considera que éstos deben estar inmunizados con la mayoría de las vacunas establecidas en el esquema de inmunización vigente según el MSDS. Entre esas vacunas se encuentran:

A continuación esquema ve Vacunas Según El Ministerio del Poder Popular para la Salud:

Esquema de vacunación según el Poder Popular para Salud (cuadro3)

Vacuna	Enfermedad	Edad	V. Adm.	Dosificación	Nº Dosis	Intervalo de dosis	Refuerz
BCG	Tuberculosis	Recién Nacido	Intradérmica	0,1 CC	1	0	No
Antipolio	Poliomielitis	RN, 2 4,6 meses hasta - 5 año	Oral	2 gotas	4	8 SEM	(**)
Triple Bacteriana	Difteria Tos ferina Tétanos	2,4,6 meses hasta 35 meses	IM PROF.	0,5 CC	3	8 SEM	Al año de la 3ra Dosis
Influenza tipo B*	Neumonía, otros por H1b	2,4,6 m 1 a 4 años 1era D	IM	0,5 CC	3 1	8 SEM	no
Trivalente viral	Sarampión Rubéola Parotiditis	Dsd 12 m Hst menor 5 años	Subcutánea	0,5 CC	1	0	0
Anti amarilica	F. Amarilla	Dsd los 12 meses	Subcutánea	0,5 CC	1	0	Cada 10 años
Anti hepatitis B*	Hepatitis B	Desde RN	IM PROFUNDA	Niños 0,5CC hst 9 años y adultos 1 CC	3	1ª D (o m) 2 D (1m de 1) 3 D (6m-de 1)	0
Toxoide titánico***	Tétanos neonatal y no neonatal	Mayores de 3 años y embarazadas	IM Profunda	0,5 CC	2	8 SEM	Si
Pentavalente	Difteria, tétanos, tos ferina, hep B Meningitis y neumonía	2,4 y 6 meses	IM Profunda	0,5 CC	3	8 SEM	Si con DPT al año de 3ra D.
Antirotavirus	Diar. Severa	2, 4 meses	Oral	1 CC	2	8 , 12 Sem	0

A continuación mencionamos algunas vacunas en su presentación administración y dosis

BCG: Está constituida por bacilos vivos atenuados preparada a partir de cultivos de una supcepa que proviene de la cepa madre del bacilo bovino de Calmette- Guerin (1921). Una dosis (0,1 ml) de la vacuna reconstituida contiene 0,1 mg de peso húmedo de BCG y entre 50000 a 1 millón de microorganismos viables, dependiendo del tipo de vacuna utilizada. En Venezuela se administra actualmente la cepa danesa H37RV-Copenhague.

Objetivo de la BCG: Producir la primoinfección inocua por la cepa vacunar antes que se realice la primoinfección por el *Micobacterium tuberculosis* potencialmente dañina. La vacuna BCG no previene la infección por el *Mycobacterium tuberculosis*, solo previene la enfermedad diseminada y otras enfermedades potencialmente tales como la tuberculosis meníngea.

Inmunogenicidad y eficacia: La inmunogenicidad y eficacia BCG siempre ha sido objeto de una importante controversia.

Estudios de meta análisis han concluido que la BCG proporcionan una protección entre 50% y 70% frente al enfermedad tuberculosa y entre n 60-80% contra la meningitis tuberculosa durante la edad infantil. La mayoría de las evidencias sugieren que la eficacia persiste tras 10 años de la vacunación.

INDICACIONES:

- La BCG se debe aplicar en la etapa neonatal a los recién nacidos sanos con un peso mayor de 2 KG
- Menores de 14 años sin PPD previos, que no tengan cicatriz de vacuna BCG y no sean contacto de individuos con tuberculosis
- Personas mayor de 14 años bajo indicaciones médicas o epidemiológicas especiales.

Dosis y vías de administración: La dosis es de 0,1 ml administrada estrictamente por vía intradérmica en la cara externa del brazo derecho a nivel de la inserción distal del deltoides, con aguja de tuberculina. La asepsia debe realizarse con agua y jabón.

Efectos secundarios: En general la vacunación con BCG no suele causar reacciones importantes. Algunos días después de la vacunación se desarrolla un nódulo de induración en el sitio de la inyección que disminuye gradualmente y es reemplazado por una lesión local que puede ulcerarse unas semanas más tardes. Esta lesión local no requiere tratamiento ni deben usarse apósitos, ya que cura espontáneamente dejando una cicatriz despigmentada plana o deprimida.

VACUNA ANTIPOLIOMELITICA: La OMS recomienda el uso exclusivo de la vacuna oral VPO en las campañas de vacunación, y rutinario en los esquemas oficiales de los países en desarrollo, con énfasis en la dosis del recién nacido.

En países desarrollados, sus pausa de vacunación establecen el uso de la vacuna inactiva VPI. En Venezuela se continúa utilizando la VPO de forma oficial, la cual es suministrada por el Estado.

Vacuna Antipoliomelitica Oral:

Composición: La VPO es una vacuna a virus vivos atenuados que contiene los 3 tipos de virus: 1, 2, 3. Se prepara con suspensiones de cepas de neurovirulencia atenuada de los tres serotipos de poli virus, obtenidas por pases sucesivos en cultivos de células diploides.

Ventaja de uso:

- Induce inmunidad local (intestinal)
- Es fácil de administrar, es bien aceptada por los pacientes, y cuidadores del niño.

Eficacia e Inmunogenicidad:

La VPO simula la infección natural, induciendo inmunidad sistémica masiva e inmunidad en las mucosas sin producir enfermedad o síntomas.

Tres dosis inducen a la producción de anticuerpos en sueros de 98% a 100% y de Ig A en nasofaringe en 100%. En el 95% de los casos desarrollan inmunidad de por vida a los 3 serotipos. Produce inmunización de los contactos de niños vacunados “Inmunidad de Rebaño”.

Esquema de Vacunación, Dosis y vías de Administración.

En el periodo neonatal: conocida como “la dosis de Polio del recién nacido”.

Tres dosis en el primer año de vida a los 2, 4 y 6 meses con un intervalo de 45 días, un refuerzo entre los 4 y 6 años.

Se sostiene el envase por la base utilizando los pulpejos de los dedos, para proteger la labilidad de la vacuna al calor que se le podría producir por el contacto de la mano del operador. Se coloca el envase a corta distancia de la boca, evitando el contacto con la mucosa. Se administran 2 gotas vía oral por cada dosis.

Efectos Adversos: El riesgo a presentar parálisis placida asociada a la vacuna o parálisis por virus circulantes derivados de la vacuna, es muy bajo en individuos saludables: desde 1 caso por 4,1 millones de dosis, hasta 1 caso por 1,4 millones de dosis. También se han detectado portadores crónicos en personas inmunosuprimidos que fueron vacunadas inadvertidamente.

Contraindicaciones:

- Pacientes inmunocomprometidos: VIH, hipo agammaglobulemia, leucemias, esteroides.
- Pacientes en tratamientos inmunosupresores quimioterapias radioterapia, esteroides
- Niños en contacto con personas inmunosuprimidas.
- Hipersensibilidad a cualquiera de los componentes de la vacuna: neomisina, estreptomicina, polimisina B.

Embarazo solo considerar en caso de tener un mayor beneficio sobre riesgo.

Vacuna contra Rota virus:

Composición: Vacuna monovalente de virus vivos atenuados humanos (cepa RIX4414), contiene el serotipo G1 (P8). Disponible en Venezuela.

Inmunogenicidad y Eficacia: Estudios de inmunogenicidad y eficacia de la vacuna monovalente realizado en Finlandia y varios países de Latinoamérica demuestran un 86% de los episodios severos de diarrea por rota virus y 93% contra las hospitalizaciones por esta causa. En Venezuela

se ha evaluado una eficacia de 93% de diarrea grave y 73% contra todos los episodios por rota virus de cualquier severidad.

Esquema de vacunación, Dosis y vías de Administración:

Vacuna liofilizada. Una vez reconstituida se obtiene una dosis de 1 ml para administrar vía oral en 2 dosis dentro de los primeros 6 meses de vida en el siguiente esquema: 1era dosis a las 6 a 14 semanas de vida y la 2da dosis a las 14 a 24 semanas con un intervalo mínimo de 4 semanas entre las dos dosis.

Efectos Adversos: Los estudios de seguridad que han incluido a mas de 60.000 niños demuestran que el perfil de reacciones adversas observado en los lactantes que recibieron la vacuna es similar al perfil de reacciones adversas observando en los lactantes que recibieron placebo.

Contraindicaciones y Precauciones:

- Hipersensibilidad conocida después de la administración previa de la vacuna o a cualquier componente de la vacuna.
- Lactantes con cualquier antecedente de enfermedad gastrointestinal crónica incluyendo cualquier malformación congénita del tracto gastrointestinal no corregido.
- Diferir en lactantes con enfermedad aguda, diarrea y vómitos.

- No se ha estudiado específicamente en sujetos con inmunodeficiencia primaria o secundaria conocida incluyendo a niños VIH positivos por tanto debe evitarse en uso de estos pacientes.

Presentación: Vacuna liofilizada en un vial de vidrio para reconstituir debe administrarse para reconstituir más de una jeringa pre- cargada con diluyente líquido. Dispositivo de transferencia para la reconstitución.

Vacuna contra El Sarampión:

Composición: Vacuna de virus vivos atenuados mediante pases repetidos en células del embrión de pollo o en células diploides humanos. Cada dosis de vacuna contiene al menos 1000 DICT50 (dosis infecciosa en cultivos de tejidos) y trazas de neomicina, sorbitol y gelatina hidrolizada que se emplean como estabilizantes Se utilizan diferentes cepas vacúnales según la especialidad farmacéutica: cepa Schuwrz, Morante, Edmonston- Zagreb, Leningrad-16.

Inmonogenicidad y Eficacia: La vacuna produce una doble respuesta: humoral y celular. A los 15 días después de la vacuna se empiezan a detectar anticuerpos tipo IgG, IgM en suero y secreciones nasales. La seroconversión se produce en el 95% o mas de los individuos

vacunados mayores de 15 meses de edad. Cuando la vacuna se administra a los 12 meses, los porcentajes de seroconversión son algo menores alrededor del 90%, debido a la persistencia de anticuerpos maternos. Presenta una eficacia protectora del 90-95%. Todas las formas de presentación, monovalente y combinadas son similares en seguridad y capacidad inmunogena.

Indicaciones: Esta indicada la vacunación sistémica de la población infantil y de adultos susceptibles.

Esquema de Vacunación, Dosis y Vía de Administración:

En Venezuela la vacunación oficial, frente al sarampión, de la población infantil completa una sola dosis a los 12 meses de edad; utilizando la presentación de vacuna combinada triple vírica (sarampión, Rubéola – Parotiditis). En la práctica pediátrica se recomienda administrar una segunda dosis, en la presentación de triple vírica al cumplir los 4-6 años, como refuerzo inmunogeno y para paliar posibles fallos vacúnales.

Se recomienda la administración de una dosis de triple vírica a los 11-13 años, de edad para los niños que no han recibido la segunda dosis antes de los 6 años. Aunque se ha sugerido que la vacunación anti sarampión podría asociarse a autismo y a enfermedad inflamatoria intestinal en la edad adulta, esta relación no ha sido confirmada.

Hasta el momento no se ha comprobado que la revacunación aumente el riesgo de aparición de efectos adversos.

Contraindicaciones: Embarazo: Desde el punto de vista teórico general, esta vacuna esta contraindicada en mujeres embarazadas. Debe evitarse el embarazo en los 30 días siguientes a la vacunación monovalente del sarampión y en los 3 meses siguientes a la vacunación triple vírica (por el componente rúbeo lico).

Tuberculosis: Sin embargo, no existe evidencia científica de que la vacunación frente al sarampión puede agravar una tuberculosis existente. Debido a que la vacuna, al igual que la enfermedad provoca hipo- anergia tuberculina, si es necesario utilizar una prueba de tuberculina ésta debe efectuarse el mismo día de la vacunación o posponerse de 4- 6 semanas a la administración de la vacuna.

Anafilaxia a las proteínas del huevo: Clásicamente se contraindicaban las vacunas cultivadas en embrión de pollo (Sarampión, Parotiditis, Triple vírica y Antigripal), pero no propagadas en fibroblastos de pollo. Trabajos recientes han demostrado que las reacciones alérgicas tras la administración de la triple vírica o la vacuna del sarampión tiene más posibilidades de deberse a otros componentes como (gelatina, o neomicina) que a las proteínas del huevo por lo que se matizado esta contraindicación.

Inmunodeficiencias primarias o secundarias: Puede administrarse la vacuna a los pacientes con leucemias en remisión y que no han recibida terapia inmunosupresora al menos en los últimos 3 meses.

Presentación: Vial de vidrio con liofilizado para reconstruir con ampolla diluyente. Se presenta en el mercado en forma monovalente o combinada, unidosis y multidosis como: Sarampión- Rubéola (Bivalente); Sarampión Rubéola y Parotiditis (trivalente).

Vacuna Trivalente Viral:

Composición: Virus vivos hiperatenuados del sarampión, la rubéola y la parotiditis. La atenuación del virus del sarampión se hace en cultivos celulares del embrión del pollo. Contiene neomicina, pueden contener también lactosa o sacarosa como excipientes.

Inmunogenicidad y Eficacia: Es muy inmunogena, alcanzándose porcentajes de seroconversión del 95- 98% con la promivacunación. La administración de una segunda dosis asegura una eficacia de casi 100%.

Indicaciones: Su indicación es cualquier persona, de edad igual o superior a los 12 meses, en la que no exista la certeza de ser inmune a los componentes de la vacuna. Su administración a aquellos que han padecido cualquiera de las 3 enfermedades, o bien han sido previamente vacunados frente a ellas, no entraña potencialmente ningún riesgo.

Esquema de Vacunación Vía de Administración: Actualmente se indica la vacunación primaria a los 12- 15 meses, para evitar que su

administración mas precoz se vea interferida por la presencia de anticuerpos maternos transplacentarios.

En caso de riesgos de posible contagio o en situación de brote puede adelantarse la inmunización a los 6 meses de edad, debiendo en cualquier caso, repetirse a los 12 meses.

En la práctica pediátrica se recomienda administrar una segunda dosis, al cumplir los 4-6 años, como refuerzo inmunogeno: y una dosis los 11-13 años de edad para los niños que no han recibido la segunda dosis antes de los seis años.

Los niños vacunados antes de los 12 meses de edad deben ser considerados no vacunados.

Cada dosis contiene 0,5 ml de vacuna reconstituida; se administra por vía subcutánea en la región deltoides. Se debe dejar evaporar el desinfectante empleado en la piel ya que, al igual que el calor y la luz, puede inactivar a los virus atenuados de la vacuna, provocando un fallo vacunal. La administración intradérmica reduce su inmunogenicidad y su administración intravenosa provocaría una reacción anafiláctica.

Contraindicaciones: No debe administrarse durante el embarazo.

Debe evitarse el embarazo en los 3 meses siguientes a la vacuna.

Anafilaxia a las proteínas del huevo

Presentación: Vial de vidria con liofilizado para reconstruir con ampolla diluyente. Se presenta en el mercado con unidosis y multidosis.

Varicela:

Composición: Contiene, por lo menos, 2.000 unidades formadoras de placas (UFP) de virus atenuados de la cepa OKA. Industrialmente se produce por replicación de la cepa mencionada en cultivos de células diploides humanas MCR5, y contiene trazas de neomicina.

Inmunogenicidad y Eficacia: La administración de una sola dosis induce seroconversión en el 95 al 100% de los niños de los niños sanos susceptibles. En niños mayores de 13 años, adultos y niños con leucemia linfoblástica aguda (LLA), las tasas de seroconversión son alrededor del 80 y 95%, tras la administración de una y dos dosis respectivamente .

A efectividad de la vacuna es del 95%- 100% para cualquier forma de varicela y del 70-85% para las formas floridas o graves. Los niños vacunados que padecen varicela tienen una forma muy leve con uñas pocas lesiones, generalmente papulosas. La eficacia protectora de la vacuna adultos y niños con LLA es más baja, 80% y 70% respectivamente. La profilaxis postexposición en las 72 horas siguientes a la exposición reduce la aparición reduce la aparición de enfermedades clínica hasta un 90%.

Indicaciones:

- Niños sanos a partir de los 12 meses de edad. Todos los susceptibles a sufrir el virus de la varicela.

Esquema de Vacunación, Dosis y Vía de Administración:

- Debe aplicarse a los 12 meses de edad
- En niños menores de 13 años se administra una sola dosis de 0,5 ml.
- En adolescentes y adultos se deben administrar dos dosis separadas por un intervalo de 1 o 2 meses.
- Se administra por vía subcutánea una vez reconstituido el liofilizado.
- La vacuna de la varicela puede administrarse simultáneamente con la vacuna triple vírica. Mientras no se presentan en el mercado, como vacuna combinada, deben inyectarse en lugares diferentes y con jeringas distintas.

Contraindicaciones:

- Pacientes con deficiencias de inmunidad celular (las personas con deficiencias humorales puras y del complemento pueden ser vacunadas), excepto en los niños con LLA que cumplan las condiciones específicas anteriores, incluyendo los que reciben dosis altas de esteroides, más de 2mg/Kg./día de prednisona o su equivalente.
- Tratamiento inmunosupresores; la vacuna no debe administrarse como mínimo hasta de 3 meses después de la finalización del mismo-
- Enfermedad febril graves.

- Mujeres embarazadas: debe evitarse el embarazo en los 3 meses siguientes a la vacunación.
- Hipersensibilidad sistémica a la neomicina.

Presentación: Vial de vidrio con lóo filado para reconstituir, mas vial con diluyente. Se presenta en el mercado en unidosis.

Vacuna contra la Fiebre Amarrilla:

Composición: Suspensión liofilizada de virus vivos atenuados de la cepa 17D, supcepa 17DD Y 17D-204, cultivada en embriones de pollo.

Indicaciones: Esta es la única vacuna sujeta a reglamentación oficial por lo que puede ser exigida a viajeros que ingresan o egresan de zonas endémicas o epidémicas, residentes y personal de laboratorio que manipula el virus.

Dosis y Vía de Administración: Se aplica una dosis de 0,5 ml por vía subcutánea, a cualquier edad a partir de los 12 meses. Se revacunara de acuerdo al reglamento sanitario internacional cada 10 años.

Reacciones adversas: La vacuna es bien tolerada. Entre el 2 y el 5% de los vacunados pueden presentar: eritema, dolor, febrícula, mialgias y cefalea entre 5 y 10 días después de la vacunación. Encefalitis menores de 4 años.

Contraindicaciones: Embarazadas, huéspedes y pacientes con HIV inmunosuprimidos menores de 6 meses y mujeres que amamantan. Pueden aplicarse con cualquier vacuna pero de no hacerlo deben esperar un mes de intervalo para aplicar otra vacuna.

Presentación: Vial de vidrio con liofilizado para reconstruir, mas vial con diluyente. Se presenta en el mercado en multidosis.

Vacuna de Hepatitis B:

Composición: Se obtiene por recombinación genética (ADN recombinante). El antígeno de superficie producido se extrae de las células de la levadura *Sacharomyces cerevisiae*, como coadyuvante contiene hidróxido de aluminio y como conservante thimerosal .Existen formulaciones sin este conservantes, aun no disponibles en Venezuela.

Inmunogenicidad y Eficacia:

Tras la aplicación de la pauta habitual (0-1-6 meses); se detectan niveles protectores de anticuerpos (AntiHBs > 10mUI/ml) en más del 90% de los adultos y del 95% de los niños y los adolescentes.

La inmunogenicidad es menor en inmunodeprimidos (40-60%). La edad juega un papel importante ya que los jóvenes responden antes mientras que la edad superior a 40 años, la obesidad y el tabaco reducen la respuesta.

Cuando la personas no producen anticuerpos es recomendable repetir la pauta de vacunación completa.

La eficacia protectora global de la vacuna es de 90 a 95% y probablemente 100% en los que desarrollan una respuesta adecuada.

Estudios a largo plazo demuestran que la memoria inmunológica permanece al menos 12 años después de la vacunación, brindando protección al sujeto aunque los títulos de Anti-HBs sean bajos o indetectables, ya que un contacto accidental con el virus produciría una respuesta amnésica con incremento del nivel de anticuerpos neutralizantes. Se recomienda un refuerzo cuando el título de anticuerpos anti-HBs esté por debajo de 10UI/L, particularmente en situación de riesgo.

Dosis y Vía de Administración: La vacuna anti-hepB se debe administrar por vía intramuscular en la parte antero lateral del muslo (lactantes) o en el músculo deltoides (niños mayores).

No se debe administrar en zona glútea.

Se puede administrar de forma segura con otras vacunas, si la vacuna se aplica el mismo día que otras se recomienda administrar en extremidades diferentes. La dosis pediátrica es de 0,5 ml (10ugrs). En niños con peso igual o mayor de 40 Kg.; se recomienda la dosis adulto 1ml (20ugrs).

Presentación: La vacuna Anti-HepB está disponible en forma líquida en viales monovalentes,

Unidosis y multidosis, o combinadas unidosis con otros antígenos. Con el fin de reducir el número de inyecciones se han estudiado y comercializado combinaciones de antígenos de hepatitis A + hepatitis B, vacuna DTPe ó DTPa + vacuna hepatitis B, así como vacuna DPT a + vacuna hepatitis B + Polio intramuscular + hib.

Vacuna contra Hepatitis A:

Composición: Compuesta por VHA de la cepa HM-175 (cultivadas en células diploides humanas MRC-5) inactivados con formaldehído y absorbidos con hidróxido de aluminio par mejorar la inmunogenicidad. Puede contener residuos de neomicina.

Inmunogenicidad y Eficacia: Tras la administración de la primera dosis, el 95% de los niños vacunados presentan anticuerpos protectores a las 2-4 semanas. Con la administración de la segunda dosis el porcentaje de seroprotección aumenta al 99% de los vacunados y la duración de la protección hasta al menos 15- 20 años.

No se considera aplicar refuerzo después de un esquema completo de dos dosis en pacientes sanos.

Los inmunosuprimidos pueden vacunarse pero debe evaluarse después la respuesta serológica.

Indicaciones: Vacunación universal a niños mayores de un año en países de intermedia y de alta endemicidad.

Dosis y Vía de administración: La vacuna contra el VHA se debe administrar en dosis pediátricas de 0,5 ml, separadas por un lapso entre 6 y 12 meses.

La vía de administración es la intramuscular en la región deltoides. No se debe administrar en zona glútea. En pacientes con alteraciones de la coagulación puede utilizarse la vía subcutánea.

No puede diluirse ni mezclarse con otras vacunas en la misma jeringa.

Contraindicaciones: No se conocen contraindicaciones a la vacuna.

Presentación: Vial de vidrio con suspensión o jeringa pre llenada con suspensión estéril. Monovalente o Bivalente (Hep A Y Hep B). Presentaciones Unidosis pediátrica y adultos.

Vacuna Antigripal:

Composición: Es una vacuna trivalente inactiva que contiene cepas virales de los subtipos de influenza AH1N1 Y H3N2 e influenza B. Altamente purificadas obtenidas a partir de cultivos del huevo. La OMS recomienda la composición de la vacuna anualmente en el mes de febrero para el hemisferio norte y en el mes de septiembre para el hemisferio sur, según la prevalencia de aislamientos recibidos de todo el mundo.

Indicaciones: Se recomienda a partir de los 6 meses de edad, en personas de riesgo. Asma y otras enfermedades pulmonares crónicas, Cardiopatías con hiperflujo, Tratamiento inmunosupresor, Infección VIH, Niños institucionalizados, Trabajadores sanitarios en contacto con personas de riesgo.

Dosis y Vía de Administración: De 6 a 35 meses: 0,25 ml.

De 3 años hasta la edad adulta: 0,5 ml.

Primo vacunación en menores de 9 años: se recomienda 2 dosis a intervalo de un mes y luego revacunación anual y mayor de 9 años y adultos: una dosis anualmente.

Efectos secundarios:

Leves: Locales: calor, rubor, edema, equimosis, induración.

Sistémicas: fiebre, malestar general, mialgias.

Graves: plaquetopenia, vasculitis, neuropatías o anafilaxia. Muy infrecuente.

Presentación: Jeringa pre llenada con suspensión inyectable. Unidosis, presentación pediátrica y de adultos.

Vacuna Doble: INFANTIL (DT)

Composición: Es una vacuna inactiva preparada con toxoide (anatoxinas) diftérico y tetánico adsorbidos sobre partículas de hidróxido de aluminio.

Indicaciones: Inmunización contra la difteria en niños menores de 7 años que tengan alguna de las contraindicaciones para el componente pertusis. Sin embargo, actualmente con la disponibilidad de las vacunas a celulares, muchísimo menos reactogénicas, este supuesto es casi excepcional.

Vacuna contra la Haemophilus Influenza Tipo B:

Composición: Las vacunas conjugadas contra Haemophilus influenza tipo B contiene polisacárido capsular del Hib unido a Toxoide tetánico como transportador, estas vacunas presentan unos niveles de eficacia próximos al 100% en la edad pediátrica como lo demuestra la desaparición de casos de la enfermedad invasiva en los países en los que se ha introducido el calendario vacunal.

Dosis y Vía Administración: La edad mínima de vacunación es a las 6 semanas. El esquema varía según edad. El intervalo entre dosis debe ser entre 4 y 8 semanas.

De 2- 6 meses: 3 dosis y refuerzos: 15 a 18 meses.

De 7- 11 meses: 2 dosis y refuerzos: 15 a 18 meses-

De 12 – 14 meses: 2 dosis.

15 hasta 59 meses: 1 dosis.

Aplicaciones en región deltoides en mayores de 2 años, como en la cara antero lateral externa del muslo, en la región superior de los cuádriceps en niños menores de 2 años.

Dosis de 0,5 ml por vía intramuscular.

Indicaciones: A todos los niños menores de 5 años. Niños mayores con factores de riesgo tales como: Aplasia atómica o funcional, infección por VIH.

Contraindicaciones: Si se presenta anafilaxias después de una inyección de la vacuna Hib, no debe administrarse mes inmunización contra Haemophilus b al niño.

Presentación: Liofilizado unidosis mas solventes de cloruro de sodio al 4%.

Administrar de inmediato a su reconstitución. No usar solvente diferente al recomendado por el fabricante.

Vacuna Antineumocócica:**Vacunas disponibles:**

- Vacunas conjugada de 7 serotipos.
- Vacuna polisacárido de 23 serotipos.

Vacuna conjugada de 7 serotipos:

Composición: 2 mcg, de los polisacáridos capsulares de los serotipos 4, 9b,14,19f,23f y del oligasacárido del 18c, 4mcg, del serotipo 6b, 20mcg, del transportados proteico CRM 197 y 0,125 mg de fosfato de aluminio como adyuvante.

Inmunogenicidad y Eficacia: Induce respuesta en niños menores de 2 años dado que desencadene una respuesta dependiente de células T, por lo tanto induce memoria inmunológica y la inmunidad protectora es sostenida y prolongada.

Dosis y Vía de Administración: 0,5 ml vía intramuscular a partir de los 2 meses de edad hasta los 5 años siguiendo el esquema recomendado:

Edad: 2-6 meses 3 dosis (6 a SEM) refuerzo: 1 DOSIS (12 ó 15M)

7-11 meses 2 dosis (6 a 8 SEM) refuerzo 1 dosis (12 ó 15meses)

12-23 meses 2 dosis (6 a 8 SEM).

24 a 59 meses sanos 1 dosis

24 a 59 meses de riesgo 2 dosis (6 a 8 SEM).

Contraindicaciones y presentación: Hipersensibilidad a algunos de los principios activos o algún excipientes o al toxoide diftérico.

Presentación: Vial de vidrio unidosis con suspensión de 0,5 ml, inyectora de 1cc y toallita alcoholada.

Vacuna polisacárido de 23 Serotipos:

Composición: La vacuna contiene 25 mcg de antígenos polisacáridos capsulares purificados pertenecientes a los 23 serotipos de S.

Inmunogenicidad y Eficacia: Respuestas independientes de células T, por lo tanto no induce memoria inmunológica, debe ser usada a partir de los 2 años y el periodo protector es limitado.

Eficacia de un 61 a 75% en niños mayores de 2 años y adultos.

Dosis y Vía de Administración: 1 dosis de 0,5 ml vía IM en mayores de 2 años pertenecientes a los grupos de riesgo.

Presentación: Jeringa rellena unidosis.

Adicionalmente, se considera que las inmunizaciones reducen el número de muertes y las discapacidades ocasionadas por infecciones, por ejemplo, la tos ferina y la varicela. Así mismo las enfermedades infantiles se pueden prevenir siguiendo las pautas de vacunación recomendada.

Inmunizar a los niños es importante por muchas razones. Si un niño no ha sido vacunado, y está expuesto a un microorganismo, puede que su cuerpo no sea lo suficientemente fuerte para luchar contra dicha enfermedad, causando un grave padecimiento o aun la muerte. La comunidad en su totalidad, también esta protegida por los niños que reciben vacunas, ya que hay gente que no puede recibir vacunas debido a razones médicas o que no desarrollan inmunidad mediante las vacunas.

La descripción de todos los elementos contemplados anteriormente, como son: diagnóstico y tratamiento de las diarreas, pone de manifiesto la importancia de identificar los aspectos que caracterizan a los niños que ingresan con Síndrome Diarreico en el servicio de emergencia, para que el profesional de enfermería identifique los datos de relevancia, no sólo en el abordaje clínico sino para su prevención a nivel comunitario. En este sentido se presenta la siguiente investigación el cual hace referencia a la caracterización del Síndrome Diarreico en niños menores de 5 años, que

ingresan en el servicio de emergencia del Hospital Materno Infantil de Caricuao.

En relación con el Agente Etiológico, según la guía de instrucción no publicada (2000), encontramos el manejo del Coprocultivo, ya que este cumple con la metodología adecuada para identificar bacteria entero patógenas, además contribuye al conocimiento de la etiología de la enfermedad diarreica aguda en niños y al tratamiento adecuado. La colección y preservación de muestras de heces para Coprocultivo es a menudo dispendiosas pero necesarias para el aislamiento de microorganismos causantes de procesos infecciosos gastrointestinales.

La muestra debe ser tomada iniciando el cuadro diario, antes de recibir antibiótico, heces recién emitidas, en recipientes estériles y de tamaño adecuado, los coprocultivos se piden en toda diarrea con sangre.

Es muy útil la realización de test de diagnóstico rápido (Elisa) para detectar la presencia de rotavirus, astro virus o adenovirus entéricos. También puede ser de utilidad la realización de examen en fresco para la búsqueda de Trofozoitos, quistes, huevos y larvas de helmintos; la tinción de azul de metileno para detectar la presencia de leucocitos. (Pág. 35)

Referente a la Clínica, con relación a las características de las heces se puede mencionar el examen de heces en fresco que incluye además un examen coprológico corriente, las siguientes pruebas: ph y azúcares reductores. El ph fecal puede ser útil para la orientación etiología: ph ácido indica enfermedad diarreica tipo Viral y ph alcalino indica enfermedad diarreica aguda de tipo invasiva.

El ph fecal está alterado en la intolerancia a los azúcares, porque la reducción de los azúcares por las bacterias en el colon produce ácido.

Los leucocitos están presentes en las heces en enfermedades intestinales inflamatorias, esto puede ser el resultado de una enfermedad diarreica aguda bacteriana o parasitaria, indican enfermedad diarreica aguda bacteriana invasiva.

En cuanto a los azúcares reductores los más comúnmente encontrados son la lactosa y maltosa. Estos carbohidratos y otros como la sacarosa, se encuentran en materia fecal cuando existen fallas congénitas o adquiridas de disacaridasas intestinales o de proteínas transportadas de los monosacáridos, enzima esta producida en las vellosidades intestinales.

En relación con el tratamiento recibido según (la revista de gastroenterología transcripción en línea) (2007) de se puede decir que en gastroenterología los antibióticos son ampliamente usados en el tratamientos de infecciones y como profilaxis antes de procedimientos gastrointestinales.

Es importante conocer las características de cada antibiótico para prescribir el mis indicado y con los menores efectos adversos en el paciente.

A continuación se mencionan los antibióticos más utilizados en estos casos de diarreas:

El metronidazol, es un antibiótico muy usado en infecciones gastrointestinales. Además de tener excelente actividad contra bacteria anaerobia, es activo contra giardia lambía y Entamoeba hystolitica. Es particularmente útil en infecciones piogenas intraabdominales con componentes anaerobios. Es efectivo en el tratamiento de la colitis asociado a antibióticos, en el tratamiento de infecciones por H. Pylori, se le ha usado en el tratamiento del síndrome de sobrecrecimiento bacteriano intestinal y la enfermedad de Crohn.

El mecanismo como actúa es por medio de la captación y reducción por la bacteria del grupo 5 Nitro de la molécula de nitronidazol.

Se puede dar por vía oral o intravenosa. Por vía oral su absorción es completa y no se afecta por el alimento. Llega en niveles terapéuticos a la bilis y se difunden en cavidades abcedadas, inclusive hepáticas, tanto por vía oral como pararterial, alcanza niveles terapéuticos en heces en pacientes con *C. Difficile*. (Pág. 8 y 9)

El cefotaxime: Es una cefalosporina con cierta afinidad a la penicilina, poseen una cobertura superior sobre gram negativos que las cefalosporina de generaciones previas. Tiene un mecanismo de acción similar a la penicilina; es decir actúan inhibiendo la síntesis de la pared celular bacteriana al actuar contra enzima de esta pared. El mecanismo de resistencia son similares.

Las reacciones que provocan las cefalosporinas son raras; siendo importante las reacciones de hipersensibilidad que pueden ocurrir hasta en 5% de los pacientes que las toman. El efecto colateral mas frecuente de las cefalosporinas, en relación a la penicilinas, es la presencia de trastornos de la coagulación dependientes de alteración en el manejo de la vitamina K. Las cefalosporinas asociadas a aminoglicosidos pueden aumentar su nefrotoxicidad. (Pág. 3 y 4).

Según Laurence L., John L., Keith L., (2007), hablan de los medicamentos reconstituyentes de la flora bacteriana como son los mas utilizados en estos casos de diarreas son el Liolactil y Florestor.

Liolactil: Es una droga que actúa sobre el tracto gastro intestinal como modificador de la flora bacteriana intestinal, es un producto a base de lactobasilos casei variedad rhamnosus (lactobasilos GG), liofilizado de origen humano, por lo que esta Compuesto por los mismos bacilos que constituyen la flora intestinal humana, razón por la cual no tienen contraindicaciones y pueden ser administrados a cualquier temperatura corporal, diluidos en alimentos fríos o calientes, proporcionando de una manera natural la solución al síndrome diariero, acortando el tiempo de evolución del cuadro y el numero de deposiciones, sin producir estreñimientos ni otros efecto secundarios. Otra propiedad importante de Liolactil es que esta compuesto de lactó bacilos resistentes a los antibióticos de uso mas frecuente en el síndrome diarreico.

Indicaciones en el manejo preventivo y terapéutico del síndrome diarreico ocasionado por: virus (rotavirus), bacteria, antibiótico terapia, cambios de leche, diarrea del viajero, intolerancia a la lactosa.

El Liolactil, actúa exactamente de la misma forma que la flora intestinal, impidiendo la proliferación de bacteria patógena a través del proceso de Interferencia bacteriana. Hasta ahora no han sido reportados efectos secundarios.

Florestor: Esta droga actúa sobre tracto gastro intestinal en el tratamiento de restitución de la flora intestinal alterada por el uso o no de terapia antibiótica. (Pág. 1 y 2)

A continuación cabe mencionar la Ranitidina, que actúa como protector gástrico, Según Laurence L., John L., Keith L., (2007), dicen que la Cimetidina y la Ranitidina son inhibidores no específicos del sistema enzimático citocromo p 450 a nivel del hígado, presentando la mayor afinidad la cimetidina que la ranitidina. Se han mostrado efectos inhibitorios importantes cuando se cambia (la ranitidina, cimetidina, famotidina y nizatidina) si análogos de la Histamina y actúan selecta y competitivamente bloqueando a los receptores de histaminas H₂ al nivel de la membrana basolateral de las células secretoras parietales del estomago.

Irtopan: Es un antiemético, contribuye al alivio inmediato de las nauseas y vómitos es un aspecto, importante en el tratamiento de los pacientes pediátricos críticamente enfermos, y previene la aparición de desequilibrios hidroelectrolíticos en presencia de otras enfermedades.

Todavía a pesar de que en un primer lugar debe tratarse la causa subyacente de los vómitos, los agentes antieméticos pueden servir de ayuda. En general su mayor utilidad estriba en su capacidad para mejorar las náuseas y vómitos que suelen acompañar a los síndromes de dismotilidad gastrointestinal.

Según F. Ruza T, (2003), El **paracetamol** o **acetaminofén** es un medicamento con propiedades analgésicas, sin propiedades antiinflamatorias clínicamente significativas. Actúa inhibiendo la síntesis de prostaglandinas, mediadores celulares responsables de la aparición del dolor. Además, tiene efectos antipiréticos. Se presenta habitualmente en forma de cápsulas, comprimidos o gotas de administración oral. En la actualidad es uno de los analgésicos más utilizados al ser bastante seguro y no interactuar con la gran mayoría de los medicamentos.

Es un ingrediente frecuente de una serie de productos contra el resfriado común y la gripe. A dosis estándar es seguro, pero su bajo precio y amplia disponibilidad han dado como resultado no pocos casos de sobredosificación. En las dosis indicadas el paracetamol no afecta a la mucosa gástrica ni a la coagulación sanguínea o los riñones. (Pág. 681)

SISTEMA DE VARIABLES

Variable: Caracterización del Síndrome Diarreico en niños menores de 5 años.

Definición Conceptual: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2005),” Los síndromes diarreicos son la presencia de evacuaciones líquidas o disminuidas en consistencia. Con aumento en la frecuencia de las heces, al menos tres veces al día en 24 horas”. (Pág. 41)

Definición Operacional: Esta referido a los aspectos que caracterizan al Síndrome Diarreico presentado en niños menores de 5 años referidos a: prevalencia, datos sociodemográficos, antecedentes vinculados, agente etiológico, clínica y tratamiento recibido.

Operacionalización de las Variables

Variable: Caracterización del síndrome diarreico en niños menores de 5 años.

Definición Operacional: Esta referido a los aspectos que caracterizan al Síndrome Diarreico en los niños menores de 5 años en cuanto a: prevalencia, datos socio-demográficas, antecedentes vinculados, agente etiológico, la clínica presentada y el tratamiento recibido.

Dimensiones	Indicadores	Ítems
Prevalencia: Se refiere al número de casos de Síndrome Diarreico en niños menores de 5 años, ingresados en el Hospital Materno Infantil de Caricuaao, durante el período marzo 2006-2007.	*Número de casos totales. *Número de casos por mes.	1
Datos Socio-Demográficos: Se refiere a edad sexo y lugar de procedencia del los niños menores de 5 años con Síndrome Diarreico, que ingresaron en la Emergencia en el periodo Marzo 2006- 2007.	Condiciones Antropométricas: *Edad. *Sexo. *Lugar de procedencia	2
Antecedentes Vinculados: Se refiere al esquema de inmunización que deben tener los niños menores de 5 años ingresados a la Emergencia en el periodo Marzo 2006- 2007.	*Esquema de Inmunización.	3
Agente Etiológico: Se refiere a la identificación del agente causal del Síndrome Diarreico, referidos a virus, bacterias y parásitos, en niños menores de 5 años que ingresaron en la Emergencia en el periodo Marzo 2006- 2007.	Coprocultivo: *Virus. *Bacteria. *Parásitos.	4
Clínica: está referida a características de las heces, condición general del niño, complicaciones presentadas en Niños menores de 5 años que ingresaron en la Emergencia en el periodo Marzo 2006- 2007.	*Características de las heces: aspecto según examen de heces: *N° de evacuaciones. *Condición general: Fiebre, Nauseas, Vómito. Dolor abdominal. *Complicaciones: Deshidratación y Otros	5
Tratamiento recibido: esta referido a los medicamentos como: antibióticos, los que restituyen la flora bacteriana, protectores gástricos y otros, que recibieron los niños menores de 5 años que presentaron diarreas	Medicamentos recibidos: Antibióticos: Metronidazol, Cefotaxime Restituyentes de la flora bacteriana: Liolactil, Florestor Protectores gástricos: Ranitidina, Irtopan Otros: Acetaminofen	6

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

Este capítulo describe el diseño y tipo de estudio, población, muestra, métodos e instrumento para la recolección de datos, validez, procedimiento para la recolección de la información y plan de tabulación y análisis.

Tipo de estudio:

Para los fines que tiene esta investigación, la misma corresponde a un tipo de investigación descriptiva, cuyo diseño es de campo, al respecto Hurtado, J (2000) se denominan así las investigaciones cuyo propósito es describir un evento obteniendo los datos de fuentes vivas o directas, en su ambiente natural, es decir, en el contexto habitual al cual ellas pertenecen, sin introducir modificaciones de ningún tipo de dicho contexto. En relación a las investigaciones de campo, Arias, F. (2006), señala que éstas se caracterizan por una recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la sociedad donde ocurren los hechos (datos primarios), sin manipular o controlar variable alguna, es decir, el investigador obtiene la información pero no altera las condiciones existentes. (pág. 31).

Así mismo, se considera que la investigación es de carácter Retrospectivo, ya que se aplica el instrumento a todas las historias clínicas de los pacientes ingresados con Síndrome Diarreico en el servicio emergencia pediátrica del Hospital Materno Infantil de Caricuaó en el periodo de Marzo 2006-2007.

Población y Muestra.

Se refiere a un conjunto de elementos, seres o eventos, concordantes entre sí en cuanto a una serie de características, de las cuales se desea obtener alguna información. Arias, F. (2006), es un conjunto finito, o infinito de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación. Esta queda delimitada por el problema y los objetivos del estudio. (Pág. 81).

La muestra es una porción de la población que se tome para realizar el estudio, la cual se considera representativa (de la población). Para conformar una muestra es necesario seleccionar cuales de las unidades de estudio serán observadas; según Hurtado, J. (2000), a esta selección se le denomina muestreo.

Para efectos de esta investigación la muestra seleccionada se determinó aplicando el muestreo intencional, ya que se contempló sólo aquellas historias clínicas de los niños menores de 5 años con Síndrome

Diarreico ingresados durante el período de estudio determinado, en vista de ser ésta una muestra estadísticamente manejable, se consideró el 100% de la población quedando conformada por 198 niños con Síndrome Diarreico.

Métodos e Instrumentos para la recolección de datos.

El instrumento utilizado para medir la variable del estudio, el cual está referida a la caracterización de los síndromes diarreicos en niños menores de 5 años, fue la hoja de registro (anexo 1) que se estructuró en 6 categorías relativas a: prevalencia, datos socio-demográficos, antecedentes vinculados, agente etiológico, clínica y tratamiento recibido

Dentro de las categorías antes mencionadas, se habían contemplado también los hábitos en el hogar del niño y las condiciones de vivienda, por ser éstos, 2 aspectos importantes desde el punto de vista epidemiológico, sin embargo, ante la ausencia de estos datos en la mayoría de las historias revisadas, se decidió omitirlas.

Validación del Instrumento.

A fin de utilizar un instrumento lo más certero, este se sometió al juicio de expertos, las cuales evaluaron cada una de las categorías estudiadas que permitieron medir la variable en estudio. Este grupo de expertos estuvo conformado por: Profesores con experiencia en las áreas de metodología y pediatría (anexo 2).

Procedimiento para la Recolección de la información.

Una vez obtenida la autorización por las autoridades del servicio de historias médicas (anexo 3), se procedió a organizar las historias de los niños con Síndrome Diarreico menores de 5 años de edad que ingresaron al servicio de emergencia pediátrica del Hospital Materno Infantil de Caricuao, durante el período de marzo 2006- marzo 2007.

Se recolectaron todos los datos del expediente clínico y se plasmó en la hoja de registro respectiva. Por lo que se llenaron 198 hojas de registro.

Plan de Tabulación y análisis de los datos.

El proceso de tabulación de los datos, se realizó en forma manual, en una matriz de doble entrada, para organizar los datos. Así mismo, se aplicó una estadística descriptiva (distribución porcentual) en tablas de representaciones simples considerando los rasgos cuantitativos y cualitativos del problema en estudio.

CAPITULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Seguido de la técnica de recolección de datos, fueron clasificados los resultados, de acuerdo a la presentación estadística y así proseguir con la tabulación de las opciones de respuesta establecida en el cuestionario estructurado. En tal sentido se realizaron cuadros donde se describe la distribución porcentual (%), con valor promedio de los Ítems, asimismo, se realizó la interpretación teniendo presente el sistema de operacionalización de variable, resaltando la opción con mayor porcentaje y absoluta describiendo el análisis con los sub-indicadores, por consiguiente se analizaron 14 tablas para determinar los aspectos que caracterizan el Síndrome Diarreico en niños menores de 5 años hospitalizados en el Servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital Materno Infantil de Caricuao. Caracas. Durante el periodo de Marzo 2006 a marzo 2007.

Cuadro N° 4

Distribución porcentual según la prevalencia de la diarrea: número de casos por mes. Hospital Materno Infantil de Caricua. Periodo marzo 2006 – marzo 2007

Periodos	f (x)	(%)
Marzo - junio 2006	105	53
Julio -Septiembre2006	20	10
Octubre -Diciembre 2006	39	20
Enero- Marzo 2007	34	17
Total	198	100%

Fuente: Hoja de Registro

Análisis:

El cuadro anterior referido a la Distribución porcentual según la prevalencia, Número de casos por mes, los resultados muestran que la cantidad de casos en el periodo de marzo-junio 2006 fue 53%, seguido del periodo octubre – diciembre 2006 con 20%, el periodo de enero – marzo 2007 con 17% y por último el periodo de Julio – Septiembre 2006 con 10%. Lo que indica claramente que en el periodo de Marzo – Junio 2006, hubo el mayor ingresos de casos de diarreas en niños menores de 5 años, probablemente debido a que ocurren los periodos de lluvias, lo que podría causar el mayor registro de niños con diarreas, ya que durante las lluvias aumenta la proliferación de moscas, se suscitan los problemas con las aguas estancadas, drenajes de alcantarillas, situaciones que ocasionan problemas de salud.

Cuadro Nº 5

Distribución porcentual según la prevalencia: edad. Hospital Materno Infantil de Caricuao. Periodo marzo 2006 – marzo 2007

Grupo Etario	f (x)	(%)
0 – 1 año	162	82
2 - 3 años	27	14
4 – 5 años	9	4
Total	198	100%

Fuente: Hojas de Registro

Análisis:

Estos resultados muestran que el 82% niños que se ubican en el grupo etéreo de 0 – 1 años ingresó al servicio de emergencia con diarrea durante el periodo comprendido marzo 2006 – marzo 2007, seguido del grupo etario de 2 – 3 años con 14% y por último el grupo de 4 – 5 años con un 4%. En este sentido, Kasper F., (2006), menciona que en niños menores de 5 años, el numero de episodios varia desde 2 a 3 por niño y año en los países industrializados, y en los países en vía de desarrollo el numero es de 10 a 18 casos agudos por niños y año, siendo así la primera causa de mortalidad en menores de 5 años. (Pág. 846).

Esto permite constatar que el grupo de niños menor de un año son la población más susceptibles a enfermedades o debido básicamente por falta de cuidados o bien sea por mala manipulación de los alimentos y precederos de servicios higiénicos. En este sentido, cuando el paciente ingresa en el servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital Materno Infantil de Caricuaó el profesional de enfermería debe abordar a la madre para orientarla sobre los cuidados que deben tener para evitar las diarreas y sus complicaciones.

Cuadro No 6

Distribución porcentual según prevalencia: sexo. Hospital Materno Infantil de Caricua. Periodo Marzo 2006 – marzo 2007

Sexo	f (x)	(%)
Masculino	116	59
Femenino	82	41
Total	198	100%

Fuente: Hojas de Registro

Análisis:

Estos resultados demuestran que un 59% de los niños estudiados eran Masculinos, y el 41% resultó ser Femenino, evidentemente se pudo confirmar que durante el periodo marzo 2006 – marzo 2007, hubo mayor ingreso de niños menores de 5 años masculinos el con Síndrome Diarreico.

Cuadro N° 7

**Distribución porcentual según prevalencia: lugar de procedencia.
Hospital Materno Infantil de Caricuaao. Periodo marzo 2006 – marzo 2007**

Lugar de Procedencia	f	(%)
Caricuaao, Carapita, Antímano, Mamera	130	66
Carretera Vieja de Los Teques	30	15
El Junquito	20	10
La Guaira	18	9
Total	198	100%

Fuente: Hojas de Registro

Análisis:

El siguiente cuadro referido a la distribución porcentual según la prevalencia: lugar de procedencia, se observó que 66% de los casos ingresados, provenían de localidades adyacentes al centro de salud, es decir, Caricuaao, Carapita, Antímano y Mamera, mientras que el 34% restante de los casos de diarrea ingresados a la emergencia pediátrica del hospital Materno Infantil de Caricuaao provenían de las zonas de la carretera vieja los Teques, el Junquito y la Guaira.

Cuadro Nº 8

Distribución porcentual según antecedentes vinculados: esquema de inmunización. Hospital Materno Infantil de Caricua. Periodo marzo 2006-marzo 2007.

Antecedentes vinculados	f	(%)
Inmunización incompleta	124	62
Inmunización completas	70	35
Recién Nacidos	4	3
Total	198	100%

Fuente: Hoja de Registro

Análisis:

Los resultados obtenidos, muestran que 62% de los niños estudiados tienen el esquema de inmunizaciones incompletas según su edad, mientras que 35% tiene el esquema completo, el 3% correspondió a los niños recién nacidos que no han recibido ninguna vacuna recomendada por el Ministerio para el Poder Popular de la Salud debido a su edad.

Al respecto, Kasper, F. (2006), dice, en los países en vías de desarrollo, las muertes de los niños, constituyen un porcentaje considerable de las defunciones de los niños pequeños. Ello ha hecho que se considere deseable inmunizar en los primeros meses de edad a fin de reducir la ventana de vulnerabilidad que hay entre el rápido declive de los anticuerpos

maternos pasados los 4 a 6 meses y la ulterior inmunidad activa lograda con la vacuna.

Por eso es importante que los niños reciban oportunamente las inmunizaciones y los padres se hagan conciente de que el mantener a sus hijos sanos depende entre otros, del cumplimiento cabal del esquema de inmunización.

Cuadro N° 9

Distribución porcentual relacionado con el agente etiológico. Hospital Materno Infantil de Carcuao. Periodo marzo 2006 – marzo 2007

Agente Etiológico	f (x)	(%)
Parásitos	75	38
Rotavirus	62	31
Bacterias	45	23
Combinaciones de 2 o más agentes	16	8
Total:	198	100%

Fuente: Hoja de Registro.

Análisis:

Los resultados obtenidos demuestran que el agente etiológico de los casos de diarrea ingresados en la emergencia del Hospital Materno Infantil de Caricuao que predominó son los Parásitos con 38%, seguido de Virus con 31%, Bacterias con 23 % y 8% las causadas por dos o más agente, esto indica que la mayoría de las diarreas de los niños menores de 5 años que ingresaron el Hospital Materno Infantil de Caricuao, en el periodo comprendido marzo 2006 – marzo 2007, fueron ocasionadas por Parásitos. Cabe mencionar que entre los Virus más encontrados fueron el Rotavirus y Adenovirus, de igual manera se destaca que los Parásitos más encontrados en los resultados de heces fueron: Los protozoarios, Quistes de *Entamoeba*

Histolitica, *giardia Lamblia* y *Blastocystis Hominis*, y por último se mencionan las bacterias encontradas, como fueron: *Escherichia Coli*, *Yersinia enterocolitica* y *Shigella Disenteriae*.

Estos resultados coinciden con lo planteado por ILADIBA. (2003), el cual refiere que las diarreas son de causa multifactorial. Siendo la más importante la causada por virus, los cuales invaden el intestino produciéndole irritación e inflamación, sin embargo se consideran que son muchos microorganismos diferentes a los virus causantes de la diarrea, como son bacterias, hongos y/o parásitos. (Pág. 8).

Al respecto, es necesario destacar que la forma de adquirir la infección es por medio de contacto personal y con los niños principalmente, ya que ellos con frecuencia no realizan un buen aseo de las manos después de ir al baño o por la ingesta de agua y de alimentos contaminados.

Cuadro N° 10

**Distribución porcentual según las características de las heces:
aspecto. Hospital Materno Infantil de Caricuaao. Periodo marzo 2006-
2007**

Características de las Heces	f (x)	(%)
Moco	105	53
Sangre	67	34
Sin hallazgos	26	13
Total:	198	100%

Fuente: Hoja de Registro

Análisis:

Los resultados presentados muestran que 53% de las heces de los niños ingresados con Síndrome Diarreico presentaron Moco, mientras que 34% de estos presento Sangre, y 13% de las heces de los niños no presentó ninguna de las dos, lo que evidencia que la característica más resaltante de las heces de los menores de 5 años se encuentra la presencia de moco en las heces.

Cuadro N° 11

Distribución porcentual según las características de las heces: examen de heces. Hospital Materno Infantil de Caricuao. Periodo marzo 2006-marzo 2007.

Examen de Heces	f(x)	(%)
PH Acido	70	35
Leucocitos fecales	47	24
Flora Bacteriana Aumentada	35	18
Azucares reductores	35	18
Quistes de Grasa	30	30
Piocitos	16	8
Hematíes	24	11
Ninguno	11	6

Fuente: Hoja de Registro.

Análisis:

En el cuadro anterior referido a la Distribución porcentual características de las heces según examen de heces: se observó que 35% de la muestra se obtuvo Ph ácido lo que indica alteración de las vellosidades intestinales, el Ph de las heces en condiciones normales es alcalino, esto se explica por la intolerancia a la lactosa y/o cuando hay evidencias de infecciones gastrointestinales por virus especialmente (rotavirus), parásitos

y bacterias, en relación a los leucocitos 24% solo de las muestras de heces presentaron esta hallazgo, en cuanto a la flora bacteriana aumentada se encontró que 18% de los análisis de heces tenían esta condición, en relación a los azúcares reductores positivos 18%, quistes de grasa 30%, piocitos 8%, hematíes 11%, y por último se encuentran los niños que no presentaron ningunos hallazgos clínicos en los resultados de los exámenes de heces.

Cuadro N° 12

Distribución porcentual según las características de las heces: número de evacuaciones. Hospital Materno Infantil de Caricuao. Periodo marzo 2006- marzo 2007.

Numero de Evacuaciones	f(x)	(%)
3 a 5 por día	48	24
5 a 10 por día	30	15
Más de 10 por día	120	61
Total:	198	100%

Fuente: Hoja de Registro.

Análisis:

En el cuadro referido a la distribución porcentual según las características de las heces: número de evacuaciones, se evidencia que 61% de los niños tuvieron 10 ó más evacuaciones por día, 15% tuvieron de 5 a 10 evacuaciones y 24% de 3 a 5 por días. En este sentido, cabe mencionar que 82% de los niños ingresados con síndrome diarreico se ubicaron en el grupo etario de 0 a 1 años, (Cuadro N° 5), lo que pudiera magnificar el problema ya que en esta edad los niños presentan mayor predisposición a las diarreas y por consiguiente a la deshidratación. Al respecto, Díaz N., y Gómez G., (2006), señala que cuando hay un aumento de la osmolaridad del liquido extracelular, se produce el paso de agua desde el interior de la célula, por lo

que esta se deshidrata, por el contrario si existe un descenso de la osmolaridad del líquido extracelular se produciría el paso de agua al interior de la célula lo que provocaría la deshidratación extracelular es decir, que la deshidratación es un signo caracterizado por la pérdida de agua y electrolitos. El lactante es más propenso a la deshidratación debido a sus particularidades anatómicas y fisiológicas, como su mayor superficie corporal de peso y la mayor cantidad de agua que posee su organismo. Señala también que es mas frecuente en los niños alimentados con lactancia artificial y en los países con peores condiciones higiénicas y sanitarias. (Pág. 493- 494), poniendo en riesgo sus vidas.

Cuadro N° 13

**Distribución porcentual según la clínica: condición general de los niños menores de 5 años con síndrome diarreico. Hospital Materno Infantil de Caricuaao.
Periodo marzo 2006 – marzo 2007**

Condiciones Generales	f(x)	(%)
Fiebre	165	83
Émesis	165	83
Dolor abdominal	7	4
Nauseas	3	2

Fuente: Hoja de registro

Análisis:

Los resultados presentados arrojan que 83% de los niños menores de 5 años presentó Fiebre, igualmente lo acompaña las Emesis 83%, mientras que hubo 4% de los niños con Dolor Abdominal, y por ultimo se registran las nauseas con 2%, al respecto, se puede decir que las manifestaciones clínicas del Síndrome Diarreico se presentan en la mayoría de los niños que ingresaron al Hospital Materno Infantil de Caricuaao comprendido en el periodo Marzo 2006- Marzo 2007.

Cuadro N° 14

Distribución porcentual relacionada a la Clínica: según Complicaciones Presentadas. Hospital Materno Infantil de Caricua. Periodo marzo 2006-marzo2007.

Condiciones Generales	f	(%)
Deshidratación	67	34
Acidosis Metabólica	48	24
Alteración Electrolítica	40	20
Ninguna	43	22
Total	198	100%

Fuente: Hoja de registro

Análisis:

Estos resultados muestran que un 34% de los niños estudiados sufrió deshidratación. De los casos de deshidratación, 49% presentaron deshidratación moderada, 12% leve y 6% severa. En este sentido, estos resultados se corresponden adicionalmente con los del cuadro 12, donde se señala que el 61% de los niños reportaron más de 10 evacuaciones por día, hecho que ocasiona en la mayoría de los casos deshidratación. Asimismo, se evidencio que 24% presentó Acidosis Metabólica, 20% Alteraciones Electrolíticas, y por último se encuentran los niños que no sufrieron ningún tipo de complicaciones con 20%. Díaz N., y Gómez C., (2006), dicen que: el agua es el componente más abundante del organismo del niño: en el lactante

representa aproximadamente el 70% de su peso esta distribuida en dos espacios o compartimientos, el intracelular y el extracelular. El contenido de agua y la proporción de los compartimientos intra y extracelular varia a lo largo de la vida. A medida que se va creciendo va disminuyendo el agua extracelular (del 40% en el recién nacido pasa al 20% en el adulto) mientras que por el contrario, el agua intracelular aumenta (del 35% en el recién nacido al 50% en el adulto) debido al incremento de masa celular, especialmente de tejido muscular. (Pág. 493).

Cuadro N° 15

**Distribución porcentual relacionada con el tratamiento recibido.
Hospital Materno Infantil de Caricuaao.
Periodo marzo 2006 – marzo 2007**

Medicamentos	f (x)	(%)
Sol 0,45% sin Dextrosa	122	62
Cloruro de Potasio (KCL)	114	58
Sales de Rehidratación Oral	46	23

Fuente: Hoja de Registro

Análisis:

En el cuadro referido a la distribución porcentual del tratamiento recibido, muestra que el 62% de los niños con diarreas recibieron solución 0,45% sin dextrosa como hidratación de mantenimiento lo que aporta 77 mEq de sodio y Cloro, asimismo, 58% de los niños que ingresaron a la emergencia con síndrome diarreico requirieron de cloruro de potasio (KCL), para corregir la hipokalemia que se le presenta al paciente. Y sólo el 23% de los niños se les administró sales de rehidratación oral (SRO), el cual permite restituir los líquidos y electrolitos por vía oral. .

Cuadro N° 16

Distribución porcentual relacionada con los medicamentos. Hospital Materno Infantil de Caricuaao. Periodo marzo 2006 – marzo 2007

Antibióticos Recibidos	F(x)	(%)
Metronidazol	70	35
Cefotaxime	60	30

Fuente: Hoja de Registro

Análisis:

Los resultados muestran que 35% de los niños ingresados a la emergencia pediátrica del Hospital Materno Infantil de Caricuaao recibieron con diarrea Antibióticos como son: 35% de metronidazol, y el 30% Cefotaxime, siendo así estos medicamentos de mayor uso en el tratamiento de los casos de diarrea.

Cuadro N° 17

**Distribución porcentual relacionada según el Tratamiento recibido.
Hospital Materno Infantil de Caricuao.
Periodo marzo 2006 – marzo 2007**

Medicamentos para la Reconstrucción de la Flora Bacteriana y Protección Gástrica	f(x)	(%)
Liolactil	53	27
Florestor	24	12
Irtopan	43	22
Otros: Acetaminofen	122	62

Fuente: hoja de registro

Análisis:

El cuadro anterior muestra la distribución porcentual relacionada con el tratamiento recibido, se observa que 27% recibió liolactil, 12% florestor, estos medicamentos son los mas usados en los niños ingresados por Síndrome Diarreico a la emergencia pediátrica para reconstituir la flora bacteriana, Asimismo, 22% recibieron irtopan y 62% acetaminofen. Siendo así estos medicamentos los más utilizados en estos cuadros de afecciones en niños con síndrome diarreico ya que las manifestaciones clínicas, se presentan con fiebres y vómitos.

Cabe mencionar que en este sentido el personal de Enfermería como preservadores de la salud de los pacientes tienen que estar alerta y velar que dichos tratamientos se cumplan y así lograr una recuperación pronta y eficaz a estos niños que ingresan al Hospital Materno Infantil con el Síndrome Diarreico.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los síndromes diarreicos constituyen un grave problema mundial de salud pública, que se agudiza en los países en vías de desarrollo, donde existen grandes grupos de población que viven en condiciones de hacinamiento con carencia de agua potable y drenajes. En este sentido, a continuación se presentan las conclusiones de la investigación , la cual esta referida a la caracterización del síndrome diarreico en niños menores de 5 años que ingresaron al servicio de emergencia pediátrica del Hospital Materno Infantil de Caricuaio período marzo 2006-2007.

CONCLUSIONES

En relación a los aspectos sociodemográficos, los resultados evidenciados que 82% eran niños menores de un año y 59% de sexo masculino

Así mismo, se pudo evidenciar que la prevalencia de casos con diagnostico de síndrome diarreico en niños menores de 5 años, durante el período de estudio (marzo 2006-2007) fue de 198 casos, siendo el período

de marzo a junio 2006 el que registro mayor número (53%) de ingresos de niños con diarrea

En relación a los antecedentes vinculados, referido al esquema de inmunización los resultados arrojaron que 62% no tenían las dosis recomendadas de las vacunas según el Ministerio de Sanidad y Desarrollo Social (MSDS).

En cuanto al agente etiológico causante del síndrome diarreico, los resultados evidenciaron que 38% fue por parásitos, siendo la más frecuente, *Entamoeba Hystolitica*, *Yardía Lamblia*, *Blaslocytis Hominis*.

En relación a la clínica que presentaron los niños menores de 5 años con síndrome diarreicos, según las características de las heces, los resultados evidenciaron que 53% presentaron moco, 34% con sangre y con respecto a los hallazgos en el examen de heces, 24% presentaron leucocitos, en cuanto al número de evacuaciones por día, 61% de los niños tuvieron más de 10 por día, Con relación a la condición general: se encontró 83% de niños presentaron fiebre, 83% vómitos y 34% deshidratación, la cual 49% se correspondió con deshidratación moderada.

RECOMENDACIONES

*Dar a conocer los resultados a la institución, con la finalidad de que se consideren los aspectos que caracterizan a los niños con síndrome Diarreico.

*Orientar a las madres que asisten a los centros de salud en cuanto a las medidas para prevenir las diarreas en el hogar, así como también los signos de deshidratación.

*Fomentar la lactancia materna exclusiva, a través de charlas, entrevistas, trípticos etc.,

*Promover programas de actualización a los profesionales de enfermería que labora en el servicio de emergencia sobre los cuidados de enfermería a niños con Síndrome Diarreico.

*Fomentar en los centros ambulatorios y asociaciones de vecinos cercanos al hospital Materno Infantil de Caricuao, medidas de prevención para las diarreas, considerando que los meses de mayor incidencia son abril, mayo, y junio.

*Incentivar a todas las madres de niños menores de 5 años el cumplimiento del esquema de vacunación, incluyendo en el mismo la vacuna contra el rotavirus.

*Estudiar la posibilidad de realizar visitas domiciliarias en las zonas ya que estas se evidencio un índice alto de diarreas en menores de 5 años.

*Realizar otros trabajos que donde se demuestre el estrato social según Graffar y los hábitos que tienen los niños menores de 5 años en el hogar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BLANCO, L.; CHIRINOS, Y. (2001)” ***Acciones Educativas de Enfermería en la Prevención Primarias de Enfermedades Diarreicas en niños menores de 2 años del SECTOR Barrio Ajuro parroquia Churuguara. Municipio Federación del Estado Falcón 1er Trimestre del año 2001***”.
- Trabajo de Grado para optar al Título DE Licenciado en Enfermería. Escuela Experimental de Enfermería. Facultad de Medicina. UCV. Caracas.
- CABALLERO, J (2005) **Revista Paceña de Medicina Familiar**, sociedad paceña de medicina familiar. Bolivia Vol. 2 N° 1
- CHACON, M.; y GAVILAN, A. (2004) “ ***Programa de Orientación sobre la Actuación de los Factores Socioculturales en las Enfermedades Diarreicas y su Prevención en Niños menores de 5 años de edad Atendidos por la Unidad de Rehidratación Oral (URO)***”
- Trabajo de Grado para optar al Título DE Licenciado en Enfermería. Escuela Experimental de Enfermería. Facultad de Medicina. UCV. Caracas
- CRONAN, K (2004). ***Enfermería y Ciencia de la Salud***, Editorial Interamericana Tomo I.
- DIAZ, M; GOMEZ, C y RUIZ M. (2006) **Tratado de Enfermería de la Infancia y la Adolescencia**. Editorial MC Graw Hill. Interamericana.
- Educación Médica continúa**. México 2006. (Trascripción en línea) disponible: <http://www.tusalud.com>

FIDIAS, G. (2006) **Proyecto de Investigación, Introducción a la Metodología Científica** Quinta Edición (2006)

GARCIA, G. (2004) **Enfermería Pediátrica en Atención Primaria** Editorial Medical Tomo II

GUTIERREZ, F. (2006) **Diarreas y Deshidratación** Manual de Prevención Caracas Pp. 2

HURTADO, J. (2006) **Metodología de la Investigación Holística**. Tercera Edición.

HOSPITAL JOSE MANUEL DE LOS RIOS (2006) **Boletín Informativo sobre Deshidratación en Lactantes y Niños**. Caracas.

KASPER, B (2006) **Principios de Medicina Interna**. Editorial MC Graw Hill. Editores C.A. de C.V. México.

LAURENCE L, JOHN L, KEITH P. (2007) **Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica**. Editorial MC Graw Hill.

Interamericana. México (2007) undécima edición.

RUZA F. (2003) **Cuidados Intensivos Pediátricos**. Ediciones Norma-Capitel Madrid. Volumen II Tercera Edición.

MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL (2003) **Anuario de Mortalidad**. Caracas.

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD (2006) **Esquema de vacunación**. Caracas.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2005) **boletín Informativo de la Diarreas en niños**.

ORTA, L.; SIMOES, F.; AGRELA y Otros (2006). **Boletín Informativo del Hospital de Niños J.M. de los Ríos**. Vol. 1,2 y 3.

Revista Medica ILADIBA (2003). Transcripción en línea. Disponible: <http://www.iladiba.com>

Revista Medica de Gastroenterología. (2007). Transcripción en Línea Disponible <http://www.revista/gastro/vol17s1>.

Guía Instrucción no Publicada (2000).

RUZA F. (2003) **Cuidados Intensivos Pediátricos**. Ediciones Norma-Capitel Madrid. Volumen II Tercera Edición.

LAURENCE L, JOHN L, KEITH P. (2007) **Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica**. Editorial MC Graw Hill. Interamericana. México (2007) undécima edición.

SANTANA, C. y RINCONES, D. (2000) “**Acciones Preventivas en Reincidencias de Enfermedades Diarreicas en Niños de 0 a 2 años QUE realiza la Enfermera en la Unidad de Pediatría del Hospital Dr. Joel Valencia Parparcen**”

Trabajo de Grado para optar al Título DE Licenciado en Enfermería. Escuela Experimental de Enfermería. Facultad de Medicina. UCV. Caracas.

SUAREZ, A. (2003) “**Complicaciones de la Diarreas**”. Transcripción en línea. Disponible: <http://www.saludenlinea.com>