

# **SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PANDO**

**UNIVERSIDAD AMAZONICA DE PANDO**

**ÁREA CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE ENFERMERIA**



## **MONOGRAFIA**

**“INCIDENCIA DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS (EDAS) EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD LAS PIEDRAS DEL MUNICIPIO DE PUERTO GONZALO MORENO EN EL PERIODO DE ENERO A MARZO DE LA GESTION 2025”**

**AUTOR:**

**CRISTIAN CASTRO ALVEZ  
INT. DE ENFERMERÍA UAP**

**COBIJA-PANDO-BOLIVIA**

**2025**

## AGRADECIMIENTOS

Mateo 46:1 "Dios es nuestro amparo y fortaleza, nuestro pronto auxilio en las tribulaciones."

Primero y, ante todo, agradezco a Dios por haberme permitido concluir mi internado rural. Su fortaleza y su amor incondicional han sido mi guía y apoyo en cada momento de este camino.

Extiendo mi más sincero agradecimiento al admirable personal del puesto de salud "Las Piedras". Su cariño y apoyo moral durante mi estadía significaron más de lo que las palabras pueden expresar; me hicieron sentir acogido y respaldado.

Finalmente, a mi querida familia, gracias por ser mi pilar inquebrantable y por acompañarme con su amor y comprensión en cada paso de este proceso. Sin ustedes, nada de esto sería posible.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis hermanas, Fabiana Castro Alvez, Yaniley Castro Alvez, Hernesto Castro Alvez y Eliana Castro Alvez: Gracias por su apoyo incondicional y por ser mi fortaleza moral a lo largo de toda mi carrera. Su amor y respaldo han sido el motor que me ha impulsado a superar cada desafío.

A María José Acosta Alipaz: Mi más sincero agradecimiento por tus palabras de aliento y por tu ayuda incondicional. Tu apoyo ha sido una luz en los momentos más difíciles y una inspiración constante para no rendirme.

## RESUMEN

Las enfermedades diarreicas agudas (EDA) son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil en menores de cinco años, especialmente en aquellos de 3 a 5 años. Este estudio se desarrolló en el Puesto de Salud Las Piedras, en el municipio de Puerto Gonzalo Moreno, entre enero y marzo de 2025, y tuvo como objetivo evaluar la incidencia de las enfermedades diarreicas agudas asociadas por infecciones bacterianas. Se identificaron como factores determinantes las condiciones inadecuadas de saneamiento, el acceso limitado a agua potable y la contaminación de alimentos, todo ello influenciado por factores sociales y económicos. Durante el periodo estudiado, se registraron 12 casos de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA), un número elevado y atípico para esa época del año, En el mes de enero tubo mayor incidencia (58 %), seguido de marzo (33%) y febrero (8,3%). Los menores de cinco años conformaron el grupo más afectado, destacando una mayor proporción de casos en niñas (58 %) frente a niños (41%), los diagnósticos obtenidos nos revelan datos como el 83 % de los casos fueron las enfermedades diarreicas agudas con gastroenteritis, mientras que un 16% correspondieron a enfermedades diarreicas agudas sin gastroenteritis, para prevenir las EDAS el 75% de los niños cuenta con las vacunas completas especialmente la que corresponde a las dosis de rotavirus; el 100% de los niños de la población de estudio si recibieron los suplementos nutricionales del centro de salud como las chispitas, el nutribebe y la Vit. A. que son esenciales para aportar a su desarrollo y crecimiento del niño.

**Palabra clave:** Incidencia, EDAS, menores de 5 años.

## **ABSTRACT**

Acute diarrheal diseases (ADD) are one of the leading causes of morbidity and mortality in children under five years of age, especially those aged 3 to 5. This study was conducted at the Las Piedras Health Post in the municipality of Puerto Gonzalo Moreno, between January and March 2025. The objective of this study was to evaluate the incidence of acute diarrheal diseases associated with bacterial infections. Inadequate sanitation conditions, limited access to drinking water, and food contamination were identified as determining factors, all influenced by social and economic factors. During the study period, 12 cases of Acute Diarrheal Diseases (ADD) were recorded, a high and atypical number for this time of year. January had the highest incidence (58%), followed by March (33%) and February (8.3%). Children under five years of age were the most affected group, with a higher proportion of cases occurring in girls (58%) compared to boys (41%). The diagnoses obtained reveal data such as 83% of cases were acute diarrheal diseases with gastroenteritis, while 16% were acute diarrheal diseases without gastroenteritis. To prevent ADD, 75% of children are fully vaccinated, especially for rotavirus. All children in the study population received nutritional supplements from the health center, such as Chispitas, Nutribebe, and Vitamin A, which are essential for their development and growth.

Keywords: Incidence, ADD, children under 5 years of age.

## INDICE GENERAL

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>CAPÍTULO I</b> .....	2
<b>PROBLEMA INVESTIGADO</b> .....	2
1.1. Planteamiento del problema .....	2
1.1.1. Descripción de la situación del problema.....	2
1.1.2. Formulación del problema.....	3
1.2. Delimitación de la investigación .....	3
1.2.1. Delimitación temática.....	3
1.2.2. Delimitación Temporal.....	3
1.2.3. Delimitación Espacial.....	3
1.2. Objeto del Estudio .....	3
1.3. Objetivos.....	3
1.4.1. Objetivo General .....	3
1.4.2. Objetivos Específicos .....	4
1.5. Justificación del Tema .....	4
1.5.1. Justificación teórica .....	4
1.5.2. Justificación social.....	4
1.5.3. Justificación práctica .....	5
<b>CAPITULO II</b> .....	6
<b>MARCO TEORICO REFERENCIAL</b> .....	6
2.1.1. Incidencia .....	6
2.1.2. EDAS.....	6
2.1.3. Infección bacteriana:.....	6
2.2. Marco teórico.....	6

2.2.1.	Enfermedades diarreicas agudas (EDAS).....	6
2.2.2.	Etiología de la patología.....	7
2.2.3.	Epidemiología.....	8
2.2.4.	Etiología .....	8
2.2.5.	Clasificación .....	9
2.2.6.	Riesgos Patológicos:.....	10
2.2.7.	Causalidad y determinantes de la diarrea .....	11
2.2.8.	Factores de riesgo .....	12
2.2.11.	<i>Diagnósticos enfermeros</i> .....	15
CAPITULO III: .....		24
MARCO METODOLÓGICO .....		24
3.1.	Operacionalización de las variables. ....	24
3.1.1.	Variable independiente.....	24
3.1.2.	Variable dependiente:.....	24
3.2.	Enfoque metodológico.....	24
3.3.	Tipo de investigación .....	24
3.3.1.	Tipo descriptivo.....	24
3.4.1.	Población .....	25
3.4.2.	Muestra .....	25
3.4.3.	Técnicas e instrumentos. ....	25
3.4.4.	Instrumentos de investigación .....	26
3.4.5.	Variables y medición. ....	26
3.5.	Criterios de inclusión y exclusión .....	26
3.5.1	Criterios de inclusión .....	26
CAPITULO IV: .....		27

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	27
4.1. Resultados.....	27
CAPITULO V: .....	34
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	34
5.1. Conclusiones.....	34
<b>5.2. Recomendaciones.....</b>	<b>35</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>36</b>
Anexos: .....	38

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Etiología de la Patología .....	7
Tabla 2: Escala de Gorelik .....	16
Tabla 3: Uso de Antibióticos .....	19
Tabla 4: Evaluar la Presencia de Diarrea.....	21
Tabla 5: Clasificación de la deshidratación.....	21
Tabla 6: Si hay sangre en las heces .....	22
Tabla 7. Edad de niños/as atendidos en el centro de salud por enfermedad diarreica aguda.....	27
Tabla 8. Casos de EDAS en menores de 5 años el periodo de enero a marzo del 2025 C.S. las Piedras. ....	28
Tabla 9 EDAS diagnosticadas de enero a marzo del 2025 por género.....	29
Tabla 10. Tipos EDAS diagnosticadas con gastroenteritis de enero a marzo del 2025	30
Tabla 11 Esquema de vacunación del niño con enfermedad diarreica aguda .....	31
Tabla 12 Cantidad de niños que recibieron micronutrientes, chispitas nutricionales, nutribebe y vitamina A. ....	32

## INDICE DE GRAFICOS

Figura 1. Edad de niños/as atendidos en el centro de salud por enfermedad diarreica aguda.....	27
Figura 2. Casos de EDAS, en menores de 5 años en el periodo de enero a marzo del 2025 C.S .....	28
Figura 3. EDAS diagnosticadas en el periodo de enero a marzo del 2025 por género. 29	
Figura 4. Tipos EDAS diagnosticadas con gastroenteritis de enero a marzo del 2025. 30	
Figura 5. Esquema de vacunación del niño con enfermedad diarreica aguda.....	31
Figura 6. Cantidad de niños con EDAS que recibieron micronutrientes, chispitas nutricionales, nutribebe y vitamina A. ....	32

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades diarreicas agudas (EDA) son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil en niños menores de 5 años, especialmente en aquellos de 3 a 5 años. Este estudio, realizado en el Centro de Salud Las Piedras del municipio de Puerto Gonzalo Moreno entre enero y marzo de 2025, se enfocó en determinar la incidencia de EDAs causadas por infecciones bacterianas. Las causas identificadas incluyen condiciones de saneamiento deficientes, escaso acceso a agua potable y factores sociales y económicos. Los patógenos más comunes asociados son *Escherichia coli*, *Salmonella* y *Shigella*. (Organización Mundial de la Salud OMS, 2024)

El Ministerio de Salud, a través del Programa Nacional de Vigilancia de las Enfermedades Transmitidas por Alimentos (VETA's - Cólera), destaca que el 70% de los casos de diarreas en Bolivia son provocados por alimentos contaminados. Estas enfermedades, junto con las infecciones respiratorias agudas y la desnutrición, representan una de las principales causas de mortalidad infantil en el país, subrayando que la contaminación alimentaria es un factor clave en la salud pública (Ministerio de Salud y Deportes, 2015).pg.(1)

En respuesta, el Programa VETA's prioriza la inocuidad alimentaria mediante la realización de inspecciones sanitarias exhaustivas en todas las etapas de la cadena alimenticia: desde la elaboración hasta el consumo final. Además, implementa actividades preventivas enfocadas en la educación, tales como la promoción del lavado de manos y la correcta higiene de los alimentos, buscando reducir la incidencia de estas enfermedades y proteger a las poblaciones más vulnerables.

El objetivo de estudio es determinar la incidencia de las enfermedades diarreicas agudas causadas por las infecciones de tracto digestivo, que son las bacterias virus y parásitos en el puesto de salud las Piedras del municipio de Puerto Gonzalo Moreno, en el periodo de enero a marzo de 2025.

## CAPÍTULO I

### PROBLEMA INVESTIGADO

#### 1.1. Planteamiento del problema

Las enfermedades diarreicas agudas (EDA) continúan siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en niños menores de 5 años, especialmente en aquellos de 3 a 5 años de edad. Estas enfermedades, que se caracterizan por la pérdida excesiva de líquidos y electrolitos, tienen un impacto considerable en la salud infantil, ya que pueden provocar deshidratación severa, desnutrición y complicaciones graves si no se tratan adecuadamente.

El problema es multifactorial y está relacionado con varios determinantes sociales, económicos y ambientales, como el acceso limitado a agua potable, la educación sanitaria deficiente, la falta de infraestructura de salud adecuada y la automedicación o tratamiento inadecuado. A pesar de las estrategias de prevención y tratamiento, como la promoción de la lactancia materna, el acceso a soluciones de rehidratación oral (SRO) y la vacunación, las EDA siguen siendo una carga significativa para la salud pública.

##### 1.1.1. Descripción de la situación del problema

Las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) representan un desafío significativo para la salud infantil a nivel mundial, particularmente en niños menores de 5 años. A pesar de los avances en el campo de la salud pública, las EDA siguen siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil, especialmente en regiones con recursos limitados y en zonas rurales o de difícil acceso a servicios de salud, falta de conocimiento en el tipo de procedimiento a realizarse por falta de información del personal de salud y falta de insumos en los mismos centros de salud.

Las EDA son causadas por una variedad de agentes patógenos, incluyendo virus, bacterias y parásitos. Entre los más comunes se encuentran el rotavirus, *Escherichia coli*, *Salmonella* y *Shigella*. También por parte de unas parasitosis más complejas como ser una *Giardiasis*, *Ascariasis*. Estos agentes pueden contaminar el agua, los alimentos o las manos de los niños debido a la falta de acceso a agua potable segura, la escasa higiene y las condiciones de saneamiento inadecuadas. Las infecciones por estos 5 años, ya que esta edad es crítica para el desarrollo físico y patógenos son particularmente peligrosas en los niños de 3 a emocional, y

el sistema inmunológico de los niños no está completamente desarrollado, lo que los hace más vulnerables a complicaciones graves.

Además, el acceso limitado a servicios de salud en ciertas áreas y la falta de tratamientos adecuados en las primeras horas de la enfermedad continúan siendo factores determinantes en la alta carga de morbilidad y mortalidad. Así mismo la automedicación por consecuencia de los padres y la desinformación pueden agravar más el problema en cuestión al iniciar un tratamiento con antibióticos lo que ocasionaría un problema a futuro sobre la resistencia de los mismos. (Archivo de medicina Beltran Castro Marvin, Diana Pedraza Mendoza 2022)

### **1.1.2. Formulación del problema**

¿Cuál es la incidencia de EDAs en niños menores de 5 años, en el Centro de Salud Las Piedras del municipio de Puerto Gonzalo Moreno en el periodo de los meses de enero a marzo del 2025?

## **1.2. Delimitación de la investigación**

### **1.2.1. Delimitación temática**

Incidencia de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS)

### **1.2.2. Delimitación Temporal**

El estudio se desarrolló durante los periodos de enero a marzo del 2025

### **1.2.3. Delimitación Espacial**

Centro de Salud las Piedras del Municipio de Puerto Gonzalo Moreno del Departamento de Pando

## **1.2. Objeto del Estudio**

Incidencia de Enfermedades diarreicas Agudas en niños menores de 5 años, en el centro de salud Las Piedras.

## **1.3. Objetivos**

### **1.4.1. Objetivo General**

Determinar la incidencia de enfermedades diarreicas agudas (EDAS) por infecciones bacterianas en niños menores de 5 años, en el Centro de Salud Las Piedras del Municipio de Puerto Gonzalo Moreno, en los periodos de enero a marzo del 2025.

### **1.4.2. Objetivos Específicos**

- ✓ Determinar la cantidad de pacientes menores de 5 años con problemas diarreicos, en el periodo de estudio según edad y género.
- ✓ Verificar el grupo etario más afectado por las Enfermedades Diarreicas Agudas.
- ✓ Analizar el diagnóstico de Enfermedades Diarreicas Agudas con y sin gastroenteritis
- ✓ Verificar según su libreta de salud del niño si recibió las dosis de vacunas de prevención y los micronutrientes de suplementación en el establecimiento de salud.

## **1.5. Justificación del Tema**

### **1.5.1. Justificación teórica**

Las enfermedades diarreicas agudas (EDA) representan un importante problema de salud pública, en especial en regiones con acceso limitado a agua potable y saneamiento básico. Dichas enfermedades que se caracterizan por las evacuaciones líquidas frecuentes, que pueden llevar a una deshidratación y otros riesgos perjudiciales para la salud, aun más en niños inmunocomprometidos.

Cuando la causa es una infección bacteriana, los patógenos más comunes son *Escherichia coli*, *Shigella*, *Salmonella* y *Vibrio cholerae*. Estas bacterias suelen transmitirse a través de agua o alimentos contaminados, o por contacto directo debido a prácticas de higiene deficientes. Su acción en el organismo varía: algunas producen toxinas que alteran el equilibrio de líquidos y electrolitos en el intestino, como *Vibrio cholerae*, mientras que otras, como *Shigella*, invaden y dañan la mucosa intestinal, generando inflamación severa.

En Bolivia, las enfermedades diarreicas agudas (EDA) son una parte de las principales causas de morbilidad y mortalidad en niños menores de cinco años. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), la prevalencia de EDA en este grupo etario disminuyó del 26% en 2008 al 14,1% en 2016. Sin embargo, los niños de entre 12 y 23 meses son los más afectados, con una prevalencia del 22,7%.

### **1.5.2. Justificación social**

En la actualidad la crisis económica, social y cultural por la que el país está atravesando ha desencadenado serios problemas en la población en especial.

Para muchas de estas familias, enfrentar un caso de enfermedad significa sacrificar recursos esenciales, como alimentos o educación, para costear tratamientos médicos, que muchas veces no están fácilmente disponibles. No existe relación marcada del nivel educativo de la madre con el conocimiento de los síntomas de las EDAS, sin embargo, la madre busca consejo o tratamiento a familiares es decir tiene conocimiento de que es necesario buscar ayuda, pero lamentablemente esperan mucho tiempo para acudir a un centro de salud. Las pérdidas económicas, sumadas a la carga emocional de cuidar a un niño enfermo, agravan aún más la vulnerabilidad de estas comunidades, perpetuando un ciclo de pobreza y enfermedad

### **1.5.3. Justificación práctica**

La presente investigación se enfoca en las enfermedades diarreicas agudas causadas por infecciones bacterianas, por tratarse de un problema de salud pública, se pretende coadyuvar en la disminución de la incidencia en enfermedades diarreicas agudas y que los resultados obtenidos puedan ser analizados por el personal de salud con el fin de que se pueda buscar nuevas estrategias de intervención al tema, la información aportada a la institución de salud servirá en su caso para diseñar programas y actividades de prevención dirigidas a la comunidad, como por ejemplo, charlas educativas de prevención y cuidado de las EDAS.

## CAPITULO II

### MARCO TEORICO REFERENCIAL

#### 2.1. Marco conceptual

##### 2.1.1. Incidencia

La "incidencia de casos" se refiere a la cantidad de casos nuevos de una enfermedad o evento que ocurren en una población específica durante un período determinado. medida que indica la velocidad con la que se desarrolla una enfermedad y la probabilidad de que un individuo la contraiga en un tiempo dado.

En el departamento de Pando, Bolivia, la prevalencia de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS) en niños menores de 5 años en zonas rurales fue del 33.5% en 2017. Este porcentaje es considerablemente alto y refleja la necesidad de mejorar las condiciones de saneamiento, acceso a agua potable y educación en higiene en estas áreas.

##### 2.1.2. EDAS

La enfermedad diarreica agudas (diarrea y gastroenteritis de origen infeccioso) consiste en la evacuación de tres o más deposiciones líquidas, con o sin sangre en 24 horas. Generalmente cuando la causa es de origen bacteriano es necesaria la medicación para curarlas.

##### 2.1.3. Infección bacteriana:

La diarrea de origen bacteriano, también llamada gastroenteritis bacteriana, es una infección del sistema digestivo causada por bacterias patógenas. Se caracteriza por inflamación del estómago e intestinos, produciendo diarrea, a menudo acompañada de otros síntomas como dolor abdominal, fiebre y vómitos.

#### 2.2. Marco teórico

##### 2.2.1. Enfermedades diarreicas agudas (EDAS)

Las enfermedades diarreicas son una causa importante de la carga de morbilidad en todo el mundo, tienen un impacto sustancialmente mayor en países y regiones de bajos ingresos con mala calidad del agua, saneamiento y seguridad alimentaria y por lo general son consecuencia de la exposición a alimentos o agua contaminados. (Protocolo de Vigilancia de Salud Públicas Colombia, 2017)

La diarrea puede ser infecciosa o no infecciosa o ser el síntoma de otra patología, por lo que es necesario realizar una adecuada caracterización del cuadro clínico y síntomas asociados, así como de antecedentes patológicos, farmacológicos, entre otros. Según su duración, la diarrea puede clasificarse como aguda o persistente. La enfermedad aguda comienza súbitamente y tarda menos de dos semanas; la persistente comienza como diarrea aguda, pero dura 14 días o más. (Protocolo de Vigilancia de Salud Publicas Colombia, 2017)

### 2.2.2. Etiología de la patología

Tabla 1: Etiología de la Patología

Aspecto	Descripción
Agente Etiológico	Las principales causales son: Escherichia coli, Campylobacter jejuni, Shigella spp, Salmonella spp.
Modo de transmisión	Escherichia coli: Agua y alimentos contaminados <ul style="list-style-type: none"> <li>• Campylobacter sp: Leche, agua y otros alimentos contaminados.</li> <li>• Shigella sp.: Contacto directo y alimentos contaminados.</li> <li>• Salmonella spp.: Agua y alimentos contaminados</li> </ul>
Periodo de transmisibilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escherichia coli: la eliminación del agente patógeno suele durar una semana o menos en adultos; sin embargo, en infantes se prolonga hasta tres semanas en un tercio de casos. No es frecuente la eliminación por períodos prolongados.</li> <li>• Campylobacter sp: mientras persista la bacteria en las heces del enfermo se elimina por materia fecal durante hasta 5-7 semanas.</li> <li>• Shigella sp.: mientras persista la bacteria en las heces del enfermo.</li> <li>• Salmonella spp: mientras persista la bacteria en las heces del enfermo.</li> </ul>
Período de incubación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escherichia coli: de 3 a 8 días, con una mediana de 3-4 días.</li> <li>• Campylobacter sp: de 1 o 2 días.</li> <li>• Shigella sp.: varía de 1 a 7 días, pero típicamente es de 2 a 4 días.</li> <li>• Salmonella spp.: desde 6 hasta 48 horas, dependiendo de la dosis infectante, la que puede ser de 15 a 20 UFC para algunos serotipos</li> </ul>
Susceptibilidad	Escherichia coli: la dosis infectante es muy baja, no es bien conocida la susceptibilidad e inmunidad a este agente. Los infantes menores de 5 años tienen mayor riesgo de desarrollar síndromes hemolítico-urémicos.

- *Shigella* sp.: la mayoría de los episodios de shigelosis en pacientes previamente sanos son autolimitados y se resuelven en 5 a 7 días sin secuelas.
- Las complicaciones más graves, que pueden incluso comprometer la vida, se ven en inmunodeprimidos, desnutridos y niños pequeños. Estas son fundamentalmente alteraciones hidro- metabólicas (deshidratación, hipona-tremia, hipoglicemia) y complicaciones intestinales como megacolon tóxico o perforación intestinal.
- La bacteriemia por *Shigella* es mucho más rara y se observa casi exclusivamente en inmunodeprimidos.

Fuente: (Protocolo de Vigilancia de Salud Publicas Colombia, 2017)

### 2.2.3. Epidemiología

la diarrea es un problema frecuente. La diarrea aguda es más común que la diarrea persistente o crónica. Los investigadores calculan que, en los Estados Unidos, hay aproximadamente 179 millones de casos de diarrea aguda cada año. (NHI, 2016) Las infecciones diarreicas en niños y niñas menores de cinco años disminuyeron en 11,9 puntos porcentuales entre 2008 y 2016, según la Encuesta Nacional de Demografía (ENDSA 2008); estas infecciones afectaban a 26,0% de la población infantil menor a cinco años y para la Encuesta de Demografía (EDSA 2016) bajó a 14,1%, informó el Instituto Nacional de Estadística (INE). Al comparar los resultados de la EDSA 2016 y la ENDSA 2008, el porcentaje de enfermedades respiratorias en niños y niñas revela una disminución de 7,9 puntos porcentuales, así como una disminución en las enfermedades diarreicas con sangre de 5,3% a 1,5%, respectivamente

### 2.2.4. Etiología

La diarrea suele ser síntoma de una infección del tracto digestivo, que puede estar ocasionada por diversos organismos bacterianos, virus y parásitos. La infección se transmite por alimentos o agua de consumo contaminados, o bien de una persona a otra como resultado de una higiene deficiente. (Valdés, 2019)

Los variados agentes infecciosos causantes de la diarrea se transmiten habitualmente por la vía fecal-oral Existen diversos aspectos que pueden facilitar la transmisión de las enfermedades que la provocan son las infecciones

- **Infección:** La diarrea es un síntoma de infecciones ocasionadas por muy diversos organismos bacterianos, virales y parásitos, la mayoría de los cuales se transmiten por agua con contaminación fecal. La infección es más común cuando hay escasez de agua limpia para beber, cocinar y lavar. Las dos causas más comunes de enfermedades diarreicas son los rotavirus y la bacteria *Escherichia coli* (en niños pequeños puede causar el síndrome urémico hemolítico).
- **Malnutrición:** Los niños que la padecen son más vulnerables a las enfermedades diarreicas. A su vez, cada episodio de diarrea empeora su estado nutricional. La diarrea es la segunda mayor causa mundial de malnutrición en niños menores de cinco años.
- **Fuente de agua:** El agua contaminada con heces humanas procedentes, por ejemplo, de aguas residuales, fosas sépticas o letrinas, es particularmente peligrosa. Las heces de animales también contienen microorganismos capaces de ocasionar enfermedades diarreicas.
- **Otras causas:** Las enfermedades diarreicas pueden también transmitirse de persona a persona, en particular en condiciones de higiene personal deficiente. Los alimentos elaborados o almacenados en condiciones antihigiénicas son otra causa principal de diarrea. Los alimentos pueden contaminarse por el agua de riego. También pueden ocasionar enfermedades diarreicas el pescado y marisco provenientes de aguas contaminadas. (Argentina Salud, 2022)

### **2.2.5. Clasificación**

Hay tres tipos clínicos de enfermedades diarreicas: La diarrea acuosa aguda: Se le llama diarrea a las heces acuosas y blandas. La diarrea aguda dura un corto tiempo y es un problema común. Por lo general, dura uno o dos días, pero puede durar más tiempo. Luego desaparece por antibióticos y tratamientos. La diarrea que dura más de algunos días puede ser un signo de un problema más serio. La diarrea crónica, que dura al menos cuatro semanas, puede ser un síntoma de una enfermedad crónica.

Los síntomas de la diarrea crónica pueden ser continuos o pueden aparecer y desaparecer. (MedlinePlus, 2021) La diarrea con sangre aguda: La causa de la diarrea aguda sanguinolenta podría ser una bacteria, como el *Campylobacter*, *Salmonella* o *Shigella*. Por otro lado, el viajar por el mundo a zonas en desarrollo puede también derivar en la exposición a

patógenos bacterianos comunes a ciertas áreas. La ingesta de alimentos contaminados, como carne molida o fruta fresca, igualmente puede causar diarrea debido a *Escherichia coli*. (ACG, 2023)

#### **2.2.6. Riesgos Patológicos:**

Señales de alarma, Es prioritario prestar atención a la sintomatología en estos grupos con mayor vulnerabilidad, siendo la deshidratación la principal complicación de las diarreas agudas por la pérdida de líquidos y electrolitos, lo que puede llegar a causar un choque hipovolémico, insuficiencia renal aguda, íleo paralítico o una coagulación intravascular diseminada, así también otras complicaciones aún mayores, por esta razón es necesario que evalúes el estado de hidratación para elegir el plan de tratamiento de hidratación de las personas previniendo la hidratación

El grado de deshidratación se mide en una escala de tres:

- Deshidratación grave, al menos dos de los signos siguientes:
  - ✓ letargo o pérdida de conocimiento
  - ✓ ojos hundidos
  - ✓ no bebe o bebe poco
  - ✓ retorno lento (2 segundos o más) a la normalidad después de pellizcar la piel
- Deshidratación moderada, al menos dos de los signos siguientes:
  - ✓ desasosiego o irritabilidad
  - ✓ ojos hundidos
  - ✓ bebe con ganas, tiene sed
- Ausencia de deshidratación, no hay signos suficientes para diagnosticar una deshidratación grave o moderada

La gravedad de la diarrea está relacionada con el grado de deshidratación, por lo que es fundamental una valoración lo más exacta posible de ésta, para evitar tanto un retraso en el tratamiento como intervenciones innecesarias. Valoración del estado de hidratación. El dato clínico más exacto del grado de deshidratación es el porcentaje de pérdida ponderal, que

representa el déficit de líquidos existente. La deshidratación se considera según esta pérdida como:

- Leve o ausencia de deshidratación: pérdida de menos del 3% del peso corporal.
- Moderada: pérdida del 3-9% del peso corporal.
- Grave: pérdida de más del 9% del peso corporal.

Habitualmente no se dispone de un peso previo, por lo que se realiza una estimación mediante escalas clínicas que incluyen un conjunto de signos y síntomas, aunque no están validadas para el manejo de pacientes a nivel individual. (Universidad Abierta y a Distancia de México | DCSBA)

### **2.2.7. Causalidad y determinantes de la diarrea**

Los factores determinantes para la enfermedad infecciosa pueden ser biológicos, específicos del hospedero, sea por genotipo o fenotipo de la persona, grado de inmunidad o resistencia que tenga presente el individuo en el momento de la inoculación del agente o en su caso tenga la presencia de alguna inmunidad artificial. La presencia de diversos factores que pueden favorecer o condicionar la enfermedad son la cultura, tradiciones, hábitos, actitudes y alimentación del individuo y como determinantes la higiene personal, higiene de la vivienda, entre otros.

Por otro lado, se encuentran los factores socioeconómicos, integrados por lo económico, el nivel educativo de la madre de familia y si la población tiene cobertura para la atención médica oportuna.

Los siguientes factores contribuyen para el desarrollo de la enfermedad diarreica aguda:

- Uso de agua contaminada.
- Contaminación de los cursos de agua (arroyos, ríos, ojos de agua, pozos, etc.).
- Deficiente saneamiento básico.
- Manejo inadecuado de los alimentos.
- Falta de hábitos de higiene
- Malnutrición. Los niños que mueren por diarrea suelen padecer malnutrición subyacente, lo que les hace más vulnerables a las enfermedades diarreicas. A su vez,

cada episodio de diarrea empeora su estado. (Universidad Abierta y a Distancia de México | DCSBA)

### 2.2.8. Factores de riesgo

Se reconocen como factores de riesgo para diarrea persistente:

- Desnutrición.
- Evacuaciones con moco y sangre.
- Uso indiscriminado de antibióticos
- Frecuencia alta de evacuaciones (> 10 por día).
- Persistencia de deshidratación (> 24 h).

Se reconoce que los siguientes factores incrementan el riesgo de deshidratación:

- Niños < de 1 año particularmente los de 6 meses.
- Lactantes con bajo peso al nacimiento.
- Niños con > de 5 evacuaciones en las últimas 24 h.
- Niños con > de 2 vómitos en las últimas 24 h.
- Niños a los que no se la ofrecido o no han tolerado los líquidos suplementarios.
- Lactantes que no han recibido lactancia materna durante la enfermedad.
- Niños con signos de desnutrición

(Universidad Abierta y a Distancia de México | DCSBA)

Los factores de riesgo para contraer, prolongar o complicar la enfermedad diarrea, pueden ser de tipo:

1. **Ambiental y familiar:** agua y alimentos contaminados, inadecuado manejo de excretas, hacinamiento, familiares con enfermedad diarrea, viajes, presencia de animales, condiciones higiénicas deficientes, mal medio social, bajo nivel de comprensión materna o madre adolescente
2. Inherentes al niño:
  - Lactancia materna: en los alimentados a pecho, las infecciones entéricas son raras y cuando ocurren, el cuadro se autolimita más rápidamente.

- Edad: el lactante pequeño tiene más riesgo de deshidratación, por su composición corporal. Asimismo, a menor edad, mayor riesgo de compromiso general por bacteriemia y/o sepsis asociada.
- Estado nutricional: en pacientes desnutridos la velocidad de recuperación de la mucosa intestinal es más lenta, puede estar aumentada la susceptibilidad a diarreas prolongadas que deterioran aún más su estado nutricional.
- Enfermedades de base: deben ser tenidas en cuenta, ya que podrían modificar las conductas terapéuticas (cardiopatías, inmunodeficiencias, etc.)

**Enfermedad actual:** debe considerarse forma de comienzo, tiempo de evolución, presencia de fiebre, vómitos, tipo, número y volumen de las deposiciones, tratamientos instituidos (medicación sintomática, antibióticos, ácido acetilsalicílico, tóxicos como infusiones caseras), calidad y cantidad de líquidos aportados. Las características de las deposiciones son de gran valor diagnóstico, dado que permiten inferir el mecanismo fisiopatogénico involucrado y el sitio comprometido, estableciendo la siguiente

- clasificación: Las diarreas acuosas involucran a intestino delgado, son líquidas, abundantes y llevan a la deshidratación con pérdidas variables de electrolitos, según el mecanismo de acción
- Las diarreas disentéricas, con invasión y penetración de la mucosa del colon y a veces del ileon terminal, se caracterizan por fiebre alta, heces frecuentes, pequeñas con moco y sangre, acompañadas de cólicos, pujos y tenesmo. Por ejemplo: Shigella, Escherichia.

(Sociedad Argentina de Pediatría, 2023)

## 2.2.9 Criterios de enfermería

### 2.2.9.1 Criterios de inclusión

- ✓ 3 o más veces al día, acompañado o no de molestias abdominales.
- ✓ Vómitos, con o sin febrícula.

### 2.2.9.2 Criterios de exclusión

Tras una primera valoración enfermera se derivarán a consulta médica: Dos o más casos de enfermedad o cuadro clínico similar que se asocia con una fuente o vehículo común de transmisión alimentaria.

Cuando apareciera un solo caso con implicación de un establecimiento público o un alimento comercializado.

- ✓ Dolor abdominal intenso o localizado en un punto.
- ✓ Síntomas persistentes por más de una semana.
- ✓ A criterio de la enfermera.
- ✓ A solicitud de la persona atendida

### **2.2.10 Anamnesis, valoración y exploración**

- ✓ Edad.
- ✓ Tratamiento habitual: valorar el uso de laxantes.
- ✓ Alergias a medicamentos/Intolerancia.
- ✓ Valorar patrón alimentario (personas con antecedentes de anorexia/bulimia u otro trastorno que afecte a esta esfera).
- ✓ Características.
- ✓ Factores desencadenantes.
- ✓ Duración, presencia de pródromos.
- ✓ Clínica acompañante.
- ✓ Ingesta de fármacos recientes.
- ✓ Presencia de vómitos, sangre, mucosidad o pus en heces o fiebre.
- ✓ Otras personas afectadas.
- ✓ Estado general
- ✓ Constantes (FC, TA y T<sup>a</sup>).
- ✓ Escala de deshidratación de Gorelick
- ✓ Exploración abdominal: abdomen blando, depresible con peristaltismo aumentado

#### **Intervenciones**

#### **Generales**

- ✓ Dieta: rehidratación oral y reajuste de dieta. Reincorporación gradual de alimentos.
- ✓ Reposo relativo.

- ✓ Dar información para el autocuidado
- ✓ En casos leves los fármacos antimotilidad o astringentes suelen ser “innecesarios” y en las formas graves no deben utilizarse. Valorar, por tanto, el uso de antisecretores o reductores de la motilidad como tratamiento adyuvante de las medidas de soporte en: cuadros sin fiebre o sangrado, especialmente en casos con urgencia fecal importante y en situaciones de salud que impliquen un mayor riesgo de complicaciones de deshidratación.

### **2.2.11. Diagnósticos enfermeros**

#### **NANDA**

- ✓ 00126 Conocimientos deficientes.
- ✓ 000132 Diarrea
- ✓ 000134 Nauseas.
- ✓ 00028 Riesgo de déficit de volumen de líquidos

#### **NIC**

- ✓ 6680 monitorización de signos vitales.
- ✓ 2300 administración de medicación.
- ✓ 0460 manejo de diarrea.
- ✓ 1450 manejo de nauseas.
- ✓ 2080 manejo de líquidos.
- ✓ 2390 prescribir medicación.
- ✓ 5616 enseñanza medicación prescrita
- ✓ 5510 educación sanitaria.
- ✓ 5602 enseñanza proceso enfermedad.
- ✓ 5614 enseñanza dieta prescrita.
- ✓ 7920 documentación.
- ✓ 8100 derivación.

(Dominguez Marmolejo, Villena Machuca, Rivero Romero, & Et,Al, 2020)

### **2.2.12. Manejo específico**

## Tratamiento de la deshidratación

Plan de tratamiento A: Está indicado iniciarlo en pacientes con diarrea aguda y en presencia de al menos dos signos clínicos de deshidratación (Ver tabla 2), que serán manejados en el hogar, los cuidadores deben cumplir 4 reglas.

Tabla 2: Escala de Gorelik

<b>Escala de Gorelick<sup>5,10</sup></b>	
<b>Ojos hundidos</b>	Relleno capilar > 2seg.
<b>Mucosas secas</b>	Pulso radio débil
<b>Ausencia de lagrimas</b>	Taquicardia >150lmp
<b>Perdida de turgencia de la piel</b>	Respiración normal
<b>Deterioro del estado general</b>	Oliguria
< 3 Puntos: leve (<5%) 3-5 puntos: moderada (5-9%) 6-10 puntos: severa (>10%)	

**Primera regla:** Prevenir la deshidratación con mayor cantidad de aportes líquidos (como sopas de verduras u hortalizas, de pollo, agua de coco, te ligero no endulzado o sales de rehidratación oral)

El empleo de las Sales de Rehidratación Oral de osmolaridad reducida (Contiene Sodio 75 mEq/L de solución preparada), disminuye la necesidad de emplear Terapia de Hidratación endovenosa; Con cada deposición administrar:

- ✓ Niños hasta 12 meses de edad: de 50 a 100 ml
- ✓ Niños de 1 a 10 años: de 100 a 200 ml
- ✓ Mayores de 10 años: tomar a demanda

**Segunda Regla:** Administrar Sulfato de Zinc diario por 10 a 14 días

- ✓ Menores de 6 meses: 10 mg vía oral al día
- ✓ Mayores de 6 meses: 20 mg vía oral al día

**Tercera Regla:** Mantener la alimentación, para evitar desnutrición, sin restricciones.

**Cuarta regla:** Conocer los signos de alarma para acudir nuevamente a la atención de personal médico en los siguientes 3 días de la atención inicial.

1. Aumentan deposiciones o son más líquidas
2. Intolerancia oral
3. Tiene sed o tiene boca seca
4. No se alimenta bien
5. Presencia de Fiebre
6. Presencia de sangre en heces
7. Diuresis escasa

**Plan de tratamiento B:** Está indicado iniciarlo en pacientes con diarrea aguda con algún grado de deshidratación, con presencia de al menos tres a seis signos clínicos de deshidratación. Ofrecer entre 50 y 100 ml/kg durante 2 a 4 horas.

Las sales de rehidratación oral deben ofrecerse frecuentemente, a libre demanda, en cantidades pequeñas y con cuchara. Se puede considerar el uso de la sonda nasogástrica (SNG) a débito continuo, si el niño no es capaz de beber o vomita de forma persistente, administrar el mismo volumen en 4 horas por esta vía.

Se adicionará una dosis de ondansetrón en caso de intolerancia oral. Se recomienda monitorizar la rehidratación oral de forma regular, cada hora. Si se tolera la rehidratación de 4 horas, se pasa a fase de mantenimiento con aportes continuos de suero oral en reposición de pérdidas: Por cada diarrea 10ml/kg y por cada vomito 2 a 5 ml/kg, sin superar los 150 ml/kg/día.

En los niños menores de 5 años con EDA y algún grado de deshidratación, se recomienda definir el fracaso de la hidratación oral cuando el niño:

- Tiene gasto fecal elevado (el alto volumen, eso y frecuencia de las deposiciones impide la hidratación, a pesar de que se ha administrado adecuadamente las sales de rehidratación oral) que impide la terapia de rehidratación oral.
- Ingesta insuficiente de sales de rehidratación oral por somnolencia.
- Vómito incoercible.

Ante deshidratación moderada e incapacidad de ser hidratado por vía enteral: Hidratar por vía EV según el cálculo del porcentaje de pérdida de peso (3-8 % de pérdida) y reponer por lo tanto 30 a 80 mL/ kg en 4 horas, se puede usar un promedio de 75 ml/kg en 4 horas. Luego de una hora de tratamiento endovenoso, ofrecer sales de rehidratación oral por vía enteral (VO o SNG)

- Soluciones a emplear:
- Solución Salina al 0.9% y lactato de ringer
- Solución a emplear en la aplicación del "bolo": Solución Salina al 0.9%

**Plan de tratamiento C:** Está indicado iniciarlo en pacientes con presencia de siete o más signos clínicos de deshidratación

Los procedimientos usados en varios estudios<sup>10</sup> sugieren que los niños con enfermedad diarreica aguda y deshidratación severa pueden ser adecuadamente hidratados con terapia de rehidratación oral luego de hidratarlos inicialmente con terapia de hidratación endovenosa. Siendo usualmente iniciada la vía oral dentro de las 2-4 horas de iniciada la hidratación endovenosa.

Terapia de rehidratación endovenosa (EV). Indicada en pacientes pediátricos con diarrea aguda y deshidratación que presentan:

- Deshidratación severa / Deshidratación severa con Shock.
- Deshidratación moderada e incapacidad de ser hidratado por vía enteral (VO o sonda nasogástrica) por vómitos persistentes o flujo de deposiciones "alto" (10mL/k/h).
- Pacientes con comorbilidades asociadas al tracto gastrointestinal (intestino corto, ostomías del intestino anterior).
- Pacientes con íleo metabólico.

Cuando la hidratación por vía endovenosa está indicada, el volumen (cálculo de la pérdida de volumen de agua corporal), la solución y la duración de la hidratación (3 a 6 horas) son importantes para la recuperación del estado de hidratación del paciente.

Ante deshidratación severa / deshidratación severa con shock: Si presenta shock iniciar bolo de 20 mL/kg de Solución Salina al 0.9%, pasar en 5 a 10 min.; de ser necesario puede repetirse otro

bolo de 20 mL/kg, hasta mejorar el estado hemodinámico (corregir Hipotensión, llenado capilar <2 seg). Si en la primera hora el paciente requiere un volumen total > 40 mL/kg, y continúa con inestabilidad hemodinámica, replantear los diagnósticos y el tratamiento, ya que se trataría de un Shock Séptico. Luego de lograr la estabilidad hemodinámica, continuar la hidratación con 100 mL/kg en 4 a 6 horas.

### 2.2.13. Tratamiento farmacológico

Se recomienda dar antimicrobianos (Ver tabla 4) a los niños menores 5 años con EDA que presenten las siguientes condiciones clínicas:

- Sospecha o confirmación de bacteriemia o sepsis.
- Sospecha de infección por *Vibrio cholerae* en el contexto de un brote detectado de cólera en la región.
- Diarrea con sangre, fiebre alta (mayor o igual a 39 °C) y regular estado general.

Tabla 3: Uso de Antibióticos

Recomendaciones de uso de antimicrobianos de los niños menores de 5 años con EDA	
Opción terapéutica empírica de la primera línea, cuando este indicado dar antimicrobiano a los niños menores de 5 años de edad.	Ampicilina de 150mg/kg/día, cada 6 horas IV Ampicilina de 50mg/kg/día, cada 8 horas Trimetoprima-sulfametoxazol 10mg/kg/día, cada 12 horas
Como alternativa de segunda línea cuando este indicado dar antimicrobiano en los casos de niños con sospecha de: sospecha de bacteriemia y/o sepsis, o quienes no mejoren con el medicamento de primera elección. Uso exclusivo para manejo intrahospitalario por administración intravenosa.	Cefotaxima 50 a 150 mg/kg/día, 4-6 dosis Ceftriaxona 75 mg/kg/día en dos dosis. Por 7 días. Ciprofloxacina 400 mg cada 12 horas (adolescentes con salmonelosis).
Se recomienda como primera elección en caso de <i>Giardia</i> y <i>Entamoeba histolytica</i> .	Metronidazol: 35-50 mg/kg/día en 3 dosis. 7 a 10 días, máximo 750 mg. VO

Fuente: Cuadros de procedimientos para el primer nivel de atención. 2021.

#### Tratamiento coadyuvante:

Existe evidencia suficiente para indicar el probiótico *Lactobacillus rhamnosus* cepa GG y *Saccharomyces boulardii* como adyuvantes en el manejo de la enfermedad diarreica aguda.

**Suplementación con zinc:** En zonas donde la mortalidad por EDA es importante, el zinc ha demostrado beneficios a dosis de 10 mg/día para menores de 6 meses y 20 mg/día en mayores, administrado por lo menos 14 días. La UNICEF y la OMS recomiendan suplemento de zinc (10 mg en menores de 6 meses, y 20 mg para niños mayores por 10-14 días) como tratamiento universal para niños con diarrea. Teniendo en cuenta la recomendación de la OMS, se debe administrar zinc a todo niño desnutrido

**Anti heméticos:** En pacientes con EDA y vómitos persistentes, la administración de ondansetrón disminuye los vómitos, la necesidad de hidratación por vía endovenosa y la necesidad de hospitalización.

#### **Tratamiento No farmacológico:**

#### **Dieta, formulaciones especiales y recomendaciones**

- La EDA no debe considerarse una contraindicación para continuar la alimentación regular de los niños.
- Inmediatamente después de determinar el esquema de rehidratación se debe iniciar la alimentación del paciente.
- Los niños que se alimentan con leche materna, deberán continuar su alimentación al seno materno en forma habitual, durante el episodio de EDA.
- No existe suficiente evidencia que apoye la dilución de las fórmulas infantiles, ni la utilización en forma rutinaria de fórmulas libres de lactosa o fórmulas de soja.
- No se recomienda la alimentación del niño con EDA con dietas altamente restrictivas como aquellas a base de pan, arroz, manzana (ejemplo; dieta BRAT) o a base exclusivamente de alimentos altamente astringente (arroz, pollo, zanahoria, pera, durazno, manzana).
- Debido a su alto contenido de azúcares. no se recomienda utilizar durante los episodios de EDA jugos de frutas.
- No se recomienda el uso de bebidas herbales y /o de soluciones de rehidratación utilizadas por deportistas

(Consejo Nacional (2003) diarrea aguda en la infancia)

### 2.2.14. Atención integral continuo de la vida

#### Procedimientos 29: Evaluar la Presencia de Diarrea

Pregunte por la Molestia

Principal: Deposiciones Líquidas

**Tabla 4: Evaluar la Presencia de Diarrea**

<b>El niño niña ¿tiene diarrea?</b>	<b>Observar, Determinar:</b>
Si la respuesta es afirmativa, Preguntar:	<p>Determine el estado general del niño:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Está letárgico, o inconsciente?</li> <li>• ¿Inquieto o irritable?</li> </ul> <p>Determine si tiene los ojos hundidos. Ofrézcale líquidos, el niño o niña:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿No puede beber o bebe mal?</li> <li>• ¿Bebe ávidamente, con sed?</li> </ul> <p>Signo del pliegue cutáneo. La piel vuelve al estado anterior:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Muy lentamente (más de 2 segundos).</li> <li>• Lentamente (2 segundos o menos).</li> </ul>
¿Hace cuánto tiempo? ¿Hay sangre visible en las heces?	

Fuente: Cuadros de procedimientos para el primer nivel de atención. 2021.

**Tabla 5: Clasificación de la deshidratación**

<b>EVALUAR</b>	<b>CLASIFICAR</b>	<b>TRATAR</b>
<p>Dos o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Letárgico o inconsciente.</li> <li>• Ojos hundidos.</li> <li>• No puede beber o bebe mal.</li> <li>• Signo del pliegue cutáneo: La piel vuelve muy lentamente al estado anterior.</li> </ul>	<p>EDA CON DESHIDRATACIÓN GRAVE</p>	<p>Si el niño niña no tiene otra clasificación grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administre Plan C en el establecimiento de salud</li> </ul> <p>Si el niño o niña tiene otra clasificación grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Refiera DE EMERGENCIA al hospital siguiendo las recomendaciones para el transporte, dándole sorbos frecuentes de SRO en el trayecto.</li> <li>• Recomiende a la madre que continúe dándole el pecho</li> </ul>
<p>Dos o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inquieto/irritable.</li> <li>• Ojos hundidos.</li> <li>• Bebe ávidamente, con sed.</li> </ul>	<p>EDA CON DESHIDRATACIÓN</p>	<p>Si el niño o niña no tiene otra clasificación grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administre Plan B en el establecimiento de salud</li> <li>• Administre zinc, por 14 días.</li> </ul> <p>SI el niño o niña tiene otra clasificación grave:</p>

• Signo del pliegue cutáneo.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refiera DE EMERGENCIA al Hospital dándole sorbos frecuentes de SRO en el trayecto</li> <li>• Recomiende a la madre que continúe dándole el pecho</li> </ul>
• NO hay suficientes signos para clasificar como Deshidratación grave o Con deshidratación	EDA SIN DESHIDRATACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administre Plan A</li> <li>• Administre zinc, por 14 días</li> <li>• Indique a la madre cuándo volver de inmediato</li> <li>• Indique a la madre que vuelva en 5 días si el niño o niña no mejora.</li> <li>• Brinde recomendaciones para la alimentación del niño/a enfermo.</li> </ul>

Fuente: Cuadros de procedimientos para el primer nivel de atención. 2021.

**Tabla 6:** Si tiene diarrea persistente hace 14 días o más.

Con signos de deshidratación	Diarrea Persistente con Deshidratación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trate la deshidratación según plan b o c, antes de referir al niño o niña, salvo que tenga otra clasificación grave.</li> <li>• Refiera de emergencia al hospital</li> <li>• Recomiende a la madre que continúe dándole el pecho.</li> <li>• Si no es posible referir al niño, luego de tratar la deshidratación siga recomendaciones de diarrea persistente sin deshidratación</li> </ul>
Sin signos de deshidratación	Diarrea Persistente sin Deshidratación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dé vitamina A</li> <li>• Dé zinc, por 14 días</li> <li>• Explique a la madre cómo debe alimentar al niño o niña con diarrea persistente sin deshidratación</li> <li>• Recomiende a la madre que continúe dándole el pecho.</li> <li>• Haga seguimiento 5 días después.</li> <li>• Indique a la madre cuándo volver de inmediato</li> </ul>

Fuente: Cuadros de procedimientos para el primer nivel de atención. 2021.

**Tabla 6:** Si hay sangre en las heces

• Sangre en las heces.	<b>DISENTERÍA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar CIPROFLOXACINA durante 3 días o Cotrimoxazol durante 5 días.</li> <li>• Dar zinc, por 14 días (Pág.</li> <li>• Dar recomendaciones para la alimentación del niño o niña enfermo.</li> <li>• Hacer seguimiento 2 días después.</li> <li>• Indicar a la madre cuando volver de inmediato.</li> </ul>
------------------------	-------------------	---

Fuente: Cuadros de procedimientos para el primer nivel de atención. 2021.

### Principales medidas para prevenir la diarrea en bebés y niños, son:

- Prolongar la lactancia materna.

- Mantener las manos limpias (tanto de los niños como de los adultos que los cuidan).
- Desechar los pañales descartables en bolsas bien cerradas.
- Desechar la materia fecal de los pañales de tela en baños o letrinas, y lavar bien los pañales con agua y jabón si son de tela.
- Lavar las manos antes y después de servir los alimentos al niño.

### **2.2.15. Herramienta cuantitativa para el cálculo de incidencia de casos**

La tasa de incidencia es una herramienta cuantitativa esencial utilizada en el campo de la salud pública y la epidemiología para medir la frecuencia de aparición de nuevos casos de un evento o condición específica en una población determinada, durante un periodo de tiempo definido.

#### **Fórmula para sacar la incidencia**

$$\text{Tasa de incidencia} = \frac{\text{Numeros de casos nuevos}}{\text{Poblacion en riesgo}} \times 100 = \text{Resultado}$$

Esta fórmula permite expresar el resultado en porcentaje, facilitando su interpretación y comparación en distintos contextos o unidades territoriales, en ella, el numerador representa la cantidad de niños que presentaron diarreas en este periodo, mientras que el denominador corresponde al total de niños menores de 5 años, que por su edad biológica y condición social, están expuestas al riesgo de esta enfermedad, al multiplicarse por 100, el resultado se expresa como un porcentaje que indica cuántos niños, de cada cien, enfermaron con diarrea aguda durante el tiempo de estudio. (Moreno Altamirano, Lopez Moreno, & Corcho Berdugo, 2017)

## **CAPITULO III:**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. Operacionalización de las variables.**

##### **3.1.1. Variable independiente**

Incidencia de las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS) en niños menores de 5 años, en el Centro de Salud las Piedras, del Municipio Puerto Gonzalo Moreno del periodo de enero a marzo del 2025.

##### **3.1.2. Variable dependiente:**

#### **3.2. Enfoque metodológico**

El enfoque cuantitativo se utiliza para la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente, y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente el uso de estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población. (Tamayo 2007)

La investigación se caracteriza por el enfoque cuantitativo, para realizar la recolección de datos, sobre la incidencia de Enfermedades Diarreicas Agudas ocasionadas por bacterias virus y parásitos en el puesto de salud las Piedras del Municipio de Puerto Gonzalo Moreno, en el periodo de enero a marzo del 2025.

#### **3.3. Tipo de investigación**

##### **3.3.1. Tipo descriptivo**

Las investigaciones descriptivas son todas aquellas que orientan a recolectar informaciones relacionadas con el estado real de las personas, objetos, situaciones o fenómenos, tal cual como se presentaron en el momento de su recolección. (Chávez 2001)

La investigación se caracteriza de estudio descriptivo, donde se realizó la descripción sobre la incidencia de EDAS por infecciones bacterianas, en el puesto de salud las Piedras del municipio de Puerto Gonzalo Moreno, en el periodo de enero a marzo del 2025.

La investigación Transversal se realizará en un periodo de tiempo establecido, su propósito se centra en describir variables y analizar su comportamiento en un momento dado. (Pérez Cabrera, 2007).

La investigación en la recolección de datos aplico en un solo periodo de estudio de enero a marzo del 2025, por ser los meses que estuve realizando mi internado rotatorio.

### **3.4. Población y muestra**

#### **3.4.1. Población**

Según Pineda la población o el universo es el conjunto de personas u objetos de los que se desea algo en una investigación; Esta puede estar constituido por personas, animales, registros médicos, los nacimientos, las muestras de laboratorio, los accidentes viales entre otros.

La población de estudio es de 282 niños menores de cinco años que corresponden al Centro de Salud las Piedras según la estimación del SNIS -Sedes Pando para el 2024, población como referencia para el estudio.

#### **3.4.2. Muestra**

Es un subconjunto o parte del universo en que se llevara a cabo la investigación. Hay procedimientos para obtener la cantidad de los componentes de la muestra como formulas, lógica y otros que se verá más adelante. La muestra es una parte de representativa de la población. (Tamayo, 2007).

La muestra está conformada por 12 casos de EDAS presentados en el periodo de estudio para determinar la incidencia de EDAS en niños menores de 5 años, en el centro de salud las Piedras del municipio de Puerto Gonzalo Moreno, en el periodo de enero a marzo del 2025.

#### **3.4.3. Técnicas e instrumentos.**

Así mismo otra de las técnicas de investigación se basa en la recolección de datos de la revisión documental de los cuadernos de registro del SUS -SNIS que se encuentran en el centro de salud las Piedras

#### **3.4.4. Instrumentos de investigación**

El instrumento es una ficha para el registro de datos estadísticos de las variables a considerar en el estudio.

#### **3.4.5. Variables y medición.**

Los datos recolectados serán procesados y convertidos en tablas y graficas estadísticas a través del programa Excel.

### **3.5. Criterios de inclusión y exclusión**

#### **3.5.1 Criterios de inclusión**

Se tomará en cuenta niños y niñas menores de 5 años que hayan presentado enfermedades diarreicas agudas (EDAS), de enero a marzo.

#### **3.5.2 Criterios de exclusión**

niños y niñas mayores de 5 años que hayan presentado otro tipo de patología que no estén relacionadas a las enfermedades diarreicas agudas (EDAS), personas adultas y adultos mayores.

## CAPITULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

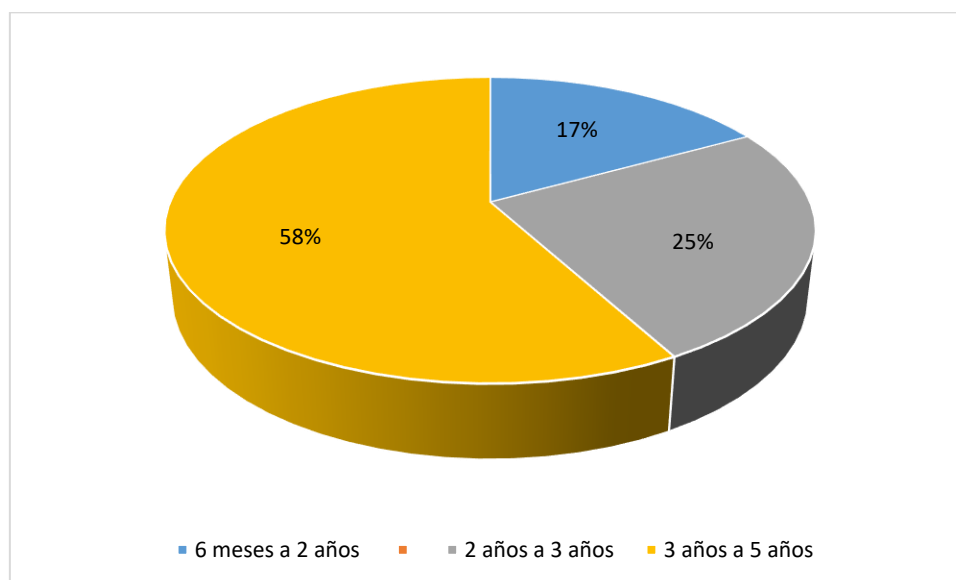
### 4.1. Resultados.

**Tabla 7.** Edad de niños/as atendidos en el centro de salud por enfermedad diarreica aguda.

EDAD	Frecuencia absoluta	%
6 meses a 2 años	2	17%
2 años a 3 años	3	25%
3 años a 5 años	7	58%
<b>TOTAL</b>	12	100

*Fuente: Datos del centro de salud las Piedras*

**Figura 1.** Edad de niños/as atendidos en el centro de salud por enfermedad diarreica aguda.



*Fuente: Datos del centro de salud las Piedras*

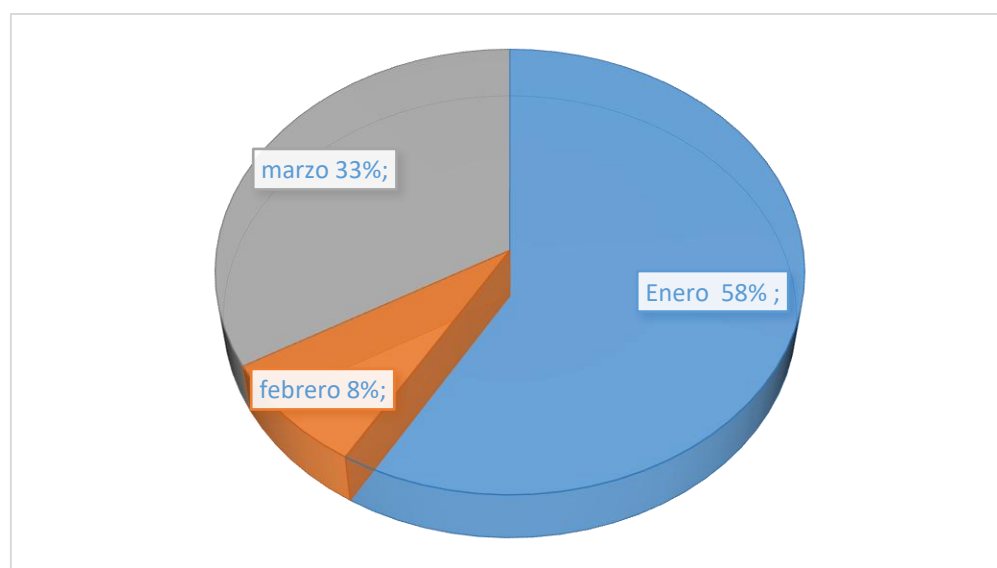
**Interpretación de datos:** Según los resultados el 58% de los niños que enfermaron con diarrea pertenecen a la edad de 3 a 5 años el 25% de 2 a 3 años y el 17% entre los 6 meses a los 2 años.

**Tabla 8.** Casos de EDAS en menores de 5 años el periodo de enero a marzo del 2025 C.S. las Piedras.

Mes	Frecuencia absoluta	%
<b>Enero</b>	7	58%
<b>Febrero</b>	1	8%
<b>Marzo</b>	4	33%
<b>TOTAL</b>	12	100

*Fuente: Datos del centro de salud las Piedras*

**Figura 2.** Casos de EDAS, en menores de 5 años en el periodo de enero a marzo del 2025 C.S. las Piedras.



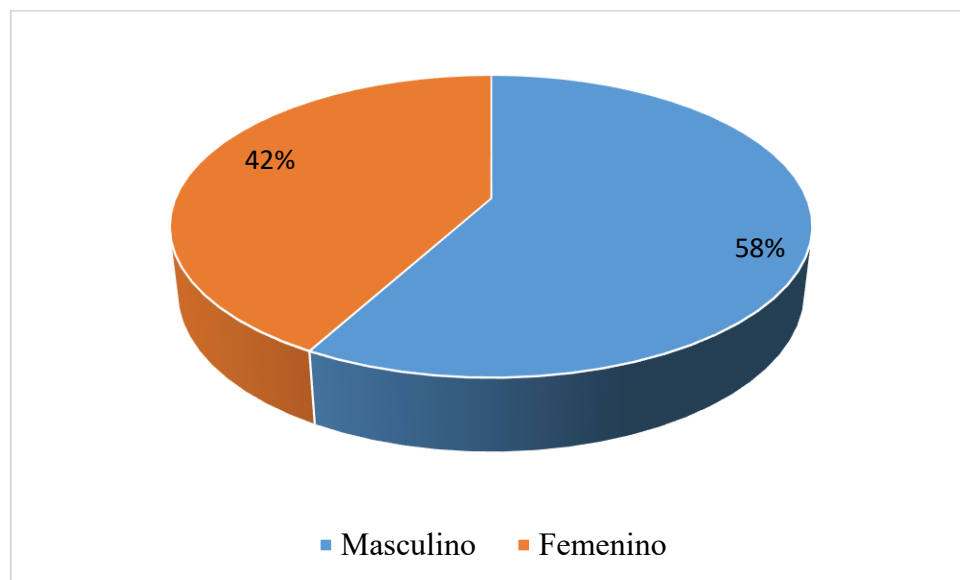
*Fuente: Datos del centro de salud las Piedras*

**Interpretación de datos:** De acuerdo a los meses de estudio, podemos apreciar que el mes con mayor de los casos de EDAS fue el mes de enero con el 58% de los casos, seguido con el 33% en el mes de marzo con y por último febrero con 8 % de casos de EDAS.

**Tabla 9** EDAS diagnosticadas de enero a marzo del 2025 por género

Variables	Frecuencia	%
Masculino	7	58 %
Femenino	5	42 %
Total	12	100%

*Fuente: Datos del centro de salud las Piedras*

**Figura 3.** EDAS diagnosticadas en el periodo de enero a marzo del 2025 por género.

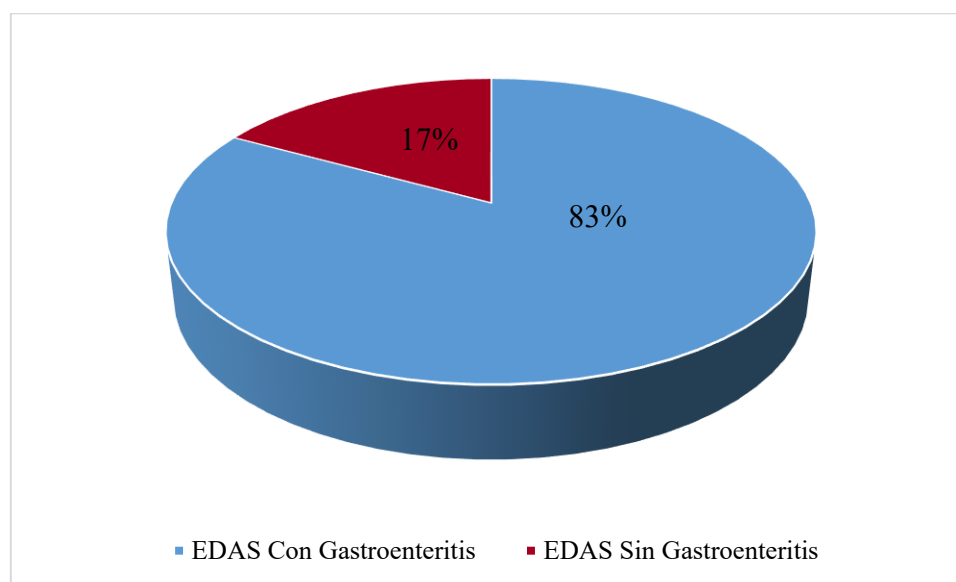
*Fuente: Datos del centro de salud las Piedras*

**Interpretación de datos:** Sobre el género más frecuentado por EDAS diagnosticados con mayor frecuencia en la población que acude a la consulta al Centro de Salud de las Piedras, vemos que el 58.33% de los casos fue el sexo femenino y 41,7% fueron del sexo masculino.

**Tabla 10.** Tipos EDAS diagnosticadas con gastroenteritis de enero a marzo del 2025

<b>Variables</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
EDAS Con Gastroenteritis (Acuosa Vómitos y fiebre)	<b>10</b>	<b>83%</b>
EDAS Sin Gastroenteritis (Intolerancia alimentaria)	<b>2</b>	<b>17%</b>
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Datos del centro de salud las Piedras*

**Figura 4.** Tipos EDAS diagnosticadas con gastroenteritis de enero a marzo del 2025.

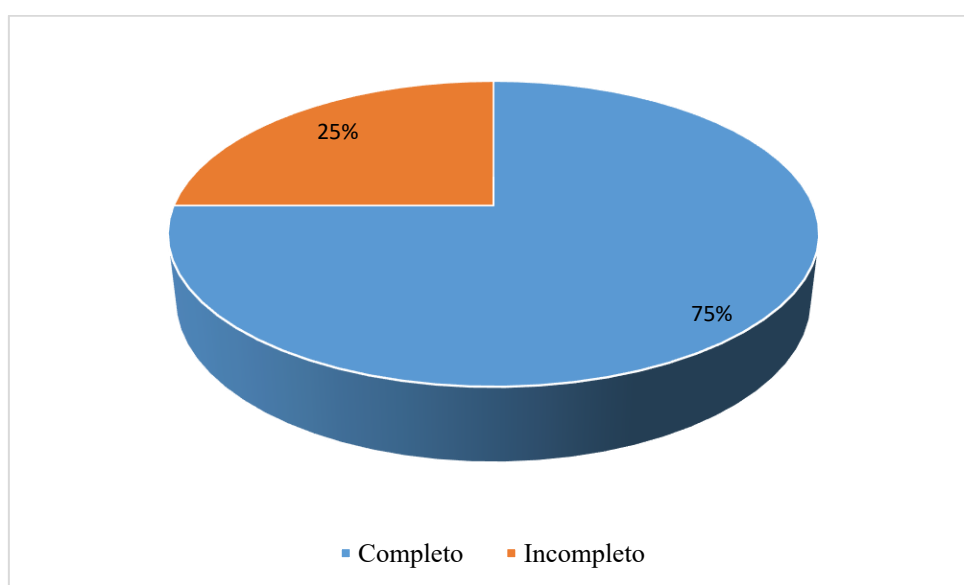
*Fuente: Datos del centro de salud las Piedras*

**Interpretación de los datos:** Sobre los tipos de EDAS diagnosticadas con mayor frecuencia en la población que acude al centro de salud las Piedras, vemos que el 83% de los casos fueron EDAS con gastroenteritis y un 17% de los casos fueron EDAS sin gastroenteritis.

**Tabla 11** Esquema de vacunación del niño con enfermedad diarreica aguda

<b>Variables</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Completo	9	75 %
Incompleto	3	25 %
Total	12	100%

*Fuente: Datos del centro de salud las Piedras*

**Figura 5.** Esquema de vacunación del niño con enfermedad diarreica aguda

*Fuente: Datos del centro de salud las Piedras*

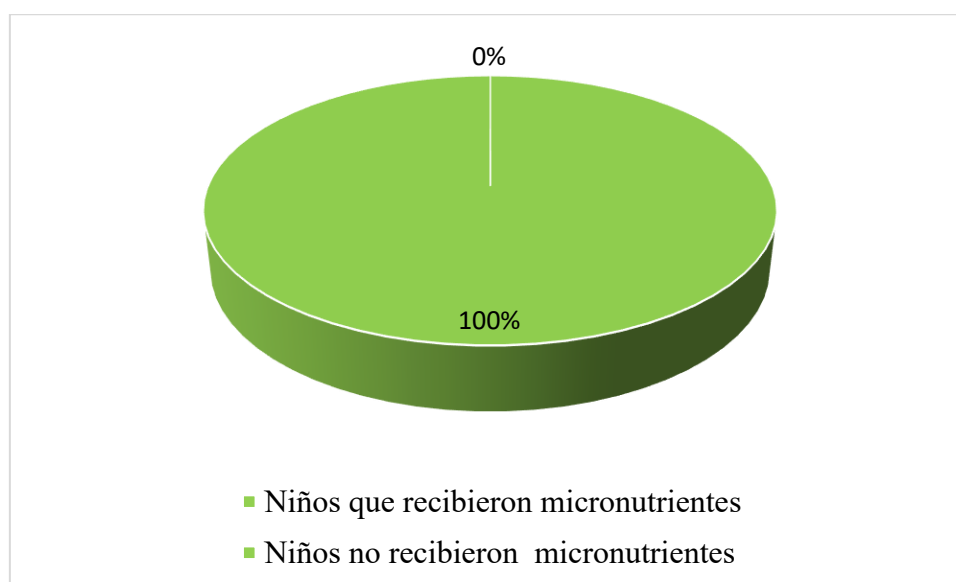
**Interpretación:** Los niños que asistieron con sus madres al establecimiento de salud a ser atendidos en el 1er trimestre, de los 12 niños el 75% contaba con su esquema completo de vacunas según su edad.

**Tabla 12** Cantidad de niños que recibieron micronutrientes, chispitas nutricionales, nutribebe y vitamina A.

Variables	Frecuencia	%
Niños que recibieron	12	100 %
Niños no recibieron	0	0%
Total	12	100%

*Fuente: Datos del centro de salud las Piedras*

**Figura 6.** Cantidad de niños con EDAS que recibieron micronutrientes, chispitas nutricionales, nutribebe y vitamina A.



*Fuente: Datos del centro de salud las Piedras*

**Interpretación:** Los niños de la comunidad las piedras que asistieron al establecimiento de salud cuando se enfermaron con diarreas se pudo verificar que al 100% se le dio los micronutrientes como el nutribebe, las chispitas y la Vita. A.

#### 4.2. Calculo de incidencia de EDAS en menores de 5 años en el centro de salud las Piedras de enero a marzo del año 2025

Formula:  $\text{incidencia} = \frac{\text{casos nuevos}}{\text{Población expuesta}} \times 100 =$

$$\text{Incidencia} = \frac{12}{282} \times 100 = 4.2$$

**Interpretación:** Durante el periodo evaluado, se registraron 12 casos nuevos de EDAS entre 282 niños menores de 5 años en la población atendida.

Esto equivale a una tasa de incidencia del 4,2 %, lo que significa que aproximadamente 4 de cada 100 niños menores de 5 años presentaron un nuevo episodio de EDAS en ese trimestre.

## CAPITULO V:

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1. Conclusiones

Sobre la incidencia de las enfermedades diarreicas agudas causadas por infecciones bacterianas, según los objetivos propuestos tenemos:

- De acuerdo a los meses de estudio, se obtuvo un resultado de 12 casos de EDAS en su totalidad, lo que se considera alta y atípica para esta época del año lo que nos lleva a concluir que el resultado se debe a la falta de saneamiento básico, intoxicaciones alimentarias debido a la contaminación de los alimentos y agua, donde podemos apreciar que el mes con mayor captación de casos de EDAS fue el mes de enero con 58.33% de los casos, seguido de marzo con 33.33% y, por último, febrero con 8.3% de casos de EDAS.
- De acuerdo del grupo etario más afectado por las EDAS causadas por infecciones bacterianas vemos que el mayor porcentaje se encuentra en los menores de 5 años. Siendo que el género más afectado que acude a consulta al centro de salud de las Piedras, es del sexo femenino con 58.3% en comparación al sexo masculino que es de 41.7%.
- Sobre los tipos de EDAS diagnósticos con mayor frecuencia en la población que acude a consulta al centro de salud las Piedras, vemos que el 83.33% de los casos fueron EDAS con gastroenteritis y un 16.6% de los casos fueron EDAS sin gastroenteritis.
- Con relación a la vacuna de prevención y micronutrientes se ha podido evidenciar en su libreta de salud de los niños que el 75% de los niños cuenta con las vacunas completas especialmente la que corresponde a las dosis de rotavirus; por otro lado, el 100% de los niños de la población de estudio si recibieron los suplementos nutricionales del centro de salud como las chispitas, el nutribebe y la Vit. A.

## 5.2. Recomendaciones

En lo refiere a la cantidad de pacientes con problemas de EDAS en la época de estudio indicada, se recomienda a los responsables de salud sugerir y proporcionar campañas de concientización hacia las autoridades competentes en lo que se refiere al cuidado del saneamiento básico para que promuevan una mejora en la salud de los niños.

En el grupo etario más afectado por las EDAS por infecciones debido a intoxicaciones alimentarias es el de menores 5 años de género femenino, por lo que se debe hacer hincapié en la educación de las madres y la familia para la atención oportuna de los mismos.

Se debe mejorar la prevención de las EDAS, promoviendo el correcto saneamiento básico para así poder evitar las intoxicaciones alimentarias, recomendando el lavado del alimento, su correcto almacenamiento y el agua potable. Se debe orientar a las familias sobre el cuidado y evitar las automedicación o medicación a base natural.

## Bibliografía

- ACG American College of Gastroenterologi. (agosto de 2023). Obtenido de Enfermedades diarreicas::<https://gi.org/patients/recursos-en-espanol/enfermedades-diarreicas/#:~:text=La%20causa%20de%20la%20diarrea%20aguda%20sanguinolenta%20podr%C3%A1%20ser%20una,bacterianos%20comunes%20a%20ciertas%20%C3%A1reas>
- Consejo de Salubridad General. (2018). In Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la diarrea aguda en niños de 2 meses a 5 años en el 1er nivel y 2do nivel de atención . *GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA gpc*. Estados Unidos Mexicanos . Obtenido de Catalogo maestro de guias de practica clinica: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/156GRR.pdf>
- Dominguez Marmolejo, A., Villena Machuca, M., Rivero Romero, C., & Et,Al. (2020). *Consulta de reorientacion de demanda protocolo asistencial diarreas*. Andalucía España. Obtenido de [https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-mediamediafile\\_sasdocumento/2021/DIARREA\\_0.pdf](https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-mediamediafile_sasdocumento/2021/DIARREA_0.pdf)
- Instituto Nacional de estadística INE. (27 de junio de 2018). Obtenido de <https://www.ine.gob.bo/index.php/las-infecciones-respiratorias-agudas-afectan-a-416-de-la-poblacion-infantil/>
- Instituto Nacional de Estadística INE. (27 de junio de 2018). Obtenido de <https://www.ine.gob.bo/index.php/las-infecciones-respiratorias-agudas-afectan-a-416-de-la-poblacion-infantil/>
- Ministerio de salud Argentina. (2022). *Argentina.gob.ar*. Obtenido de Enfermedad diarrecia: <https://www.argentina.gob.ar/salud/glosario/diarrea#:~:text=Las%20enfermedades%20diarreicas%20son%20infecciones,de%20heces%20seltas%20o%20l%C3%ADdquidas>

- Ministerio de Salud y Deportes . (2021). Obtenido de Atencion integrada al continuo de la vida:  
file:///C:/Users/hp/Downloads/DOCUMENTO%20CONTINUO%2015-08-2021%20FINAL%202021%20.pdf
- Ministerio de Salud y Deportes. (24 de Marzo de 2015). *Diarreas Transmitidas Por Alimentos*. Obtenido de <https://www.minsalud.gob.bo/495-se-estima-que-en-bolivia-el-70-de-las-diarreas-son-trasmitidas-por-alimentos>
- MINSALUD. (29 de diciembre de 2019). Obtenido de Protocolo de vigilancia de salud publica  
INS: <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/PRO-Enfermedad-diarreica-aguda.pdf>
- Moreno Altamirano, A., Lopez Moreno, S., & Corcho Berdugo, A. (2017). *Pincipales medidas en epidemiologia*. Obtenido de <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6248/7453#:~:text=La%20tasa%20de%20incidencia%20mide,los%20periodos%20individuales%20en%20riesgo>.
- MSA. (6 de octubre de 2023). Obtenido de protocolo de enfermedad diarreica aguda:  
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/156GRR.pdf>
- Salud, O. M. (07 de marzo de 2024). *Enfermedades Diarreicas*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>
- Sociedad Argentina de Pediatría. (2023). Obtenido de Diarrea aguda en la infancia (actualizacion sobre criterios de diagnostico y tratamiento): <https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consenso-de-diarreas-agudas-en-la-infancia.pdf>
- UnADM. (2020). Obtenido de prevencion de enfermedades infectoifecciosas:  
[https://dmd.unadmexico.mx/contenidos/DCSBA/BLOQUE1/PES/06/FEIC/unidad\\_02/descargables/FEIC\\_U2\\_Contenido.pdf](https://dmd.unadmexico.mx/contenidos/DCSBA/BLOQUE1/PES/06/FEIC/unidad_02/descargables/FEIC_U2_Contenido.pdf)

**Anexos:**

Imagen 1:

Realizando el diagnóstico de la información:



Imagen 2:

Verificación de la información obtenida



Imagen 3:

Realizando encuesta a la población



Imagen 4:

Entrevista con mujeres sobre el cuidado de sus niños.



Imagen 5:

Entrevista de Encuesta



