

**Lic. Analia  
Enriquez**



**Lic. Amelia Torrejón**

**MINISTERIO DE SALUD PUBLICA**

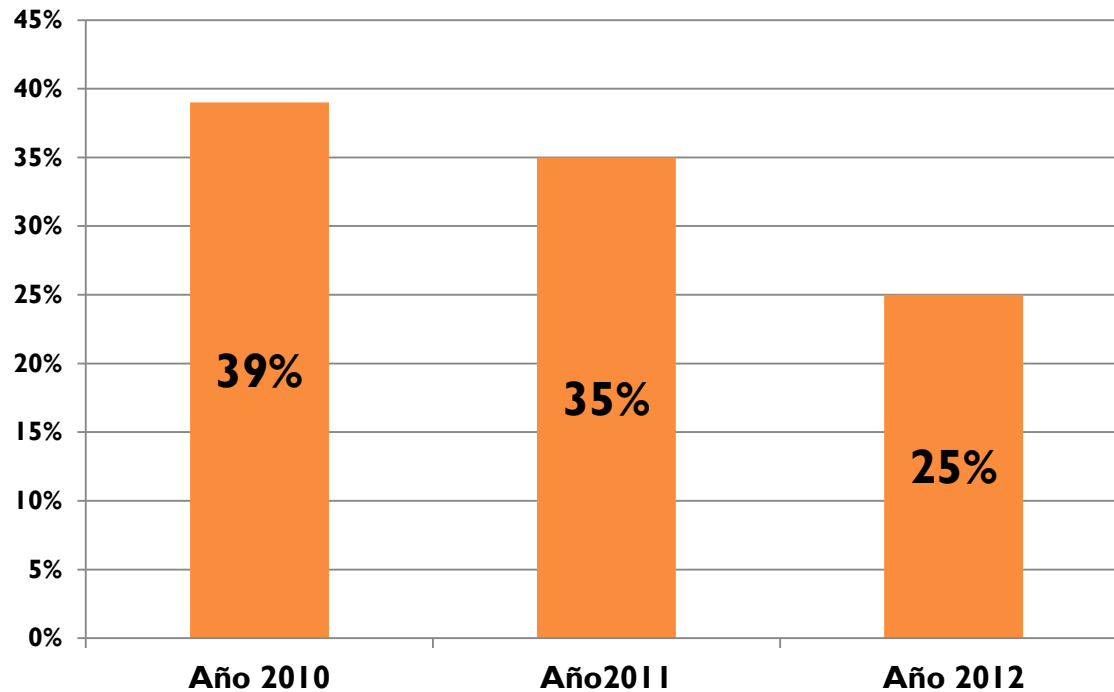
**Enf. Fanny Hoyos**

**Lic. Mercedes Guaymas**



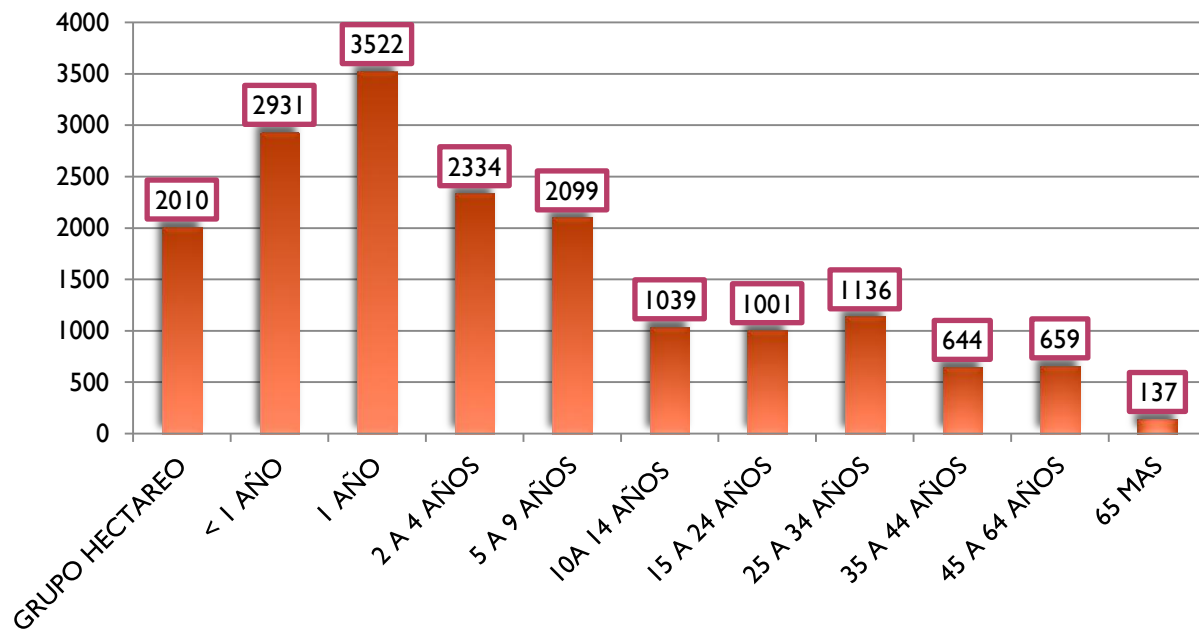
# DATOS ESTADISTICOS

**Porcentaje de casos periodo 2010-2012**

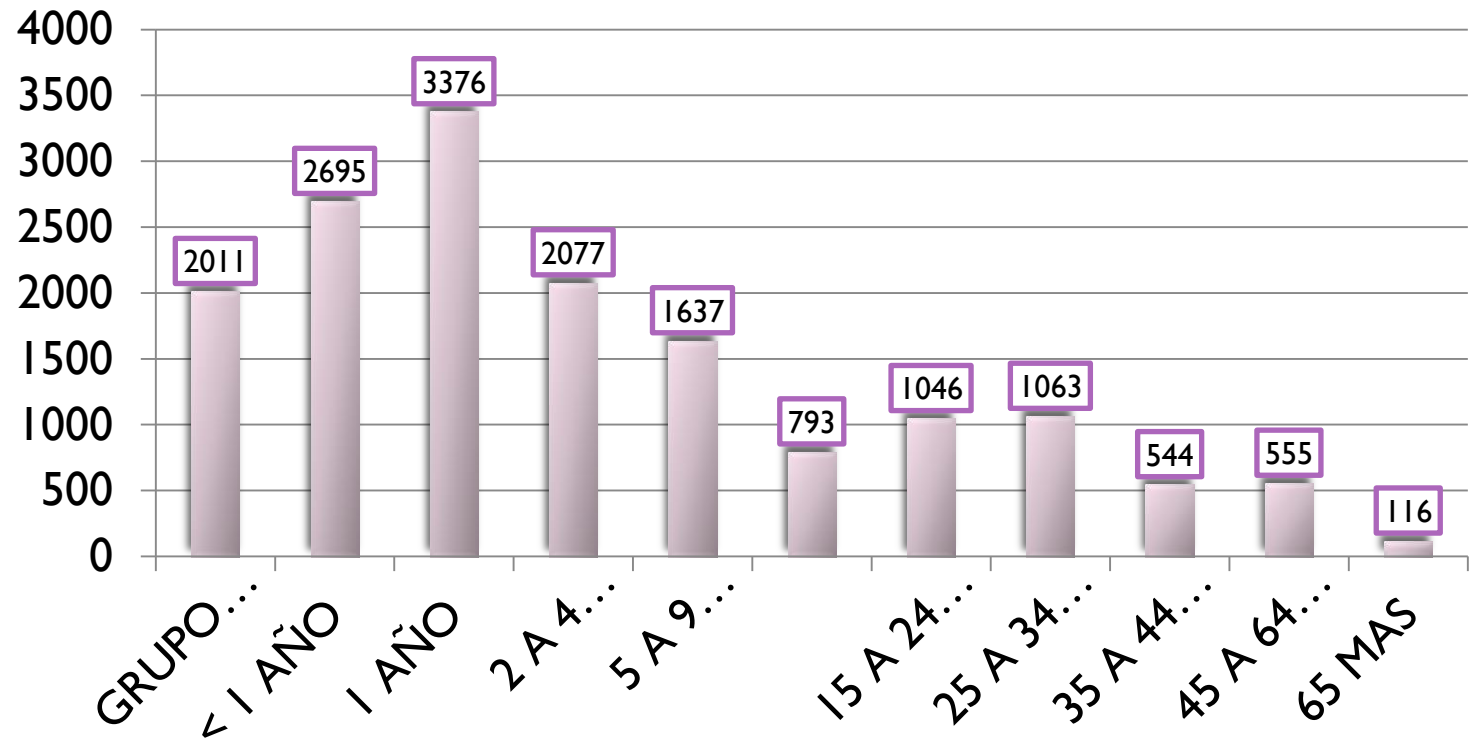


TOTAL CASOS NOTIFICADOS DEL PERIODO:  
Fuente : Hospital Público Materno Infantil

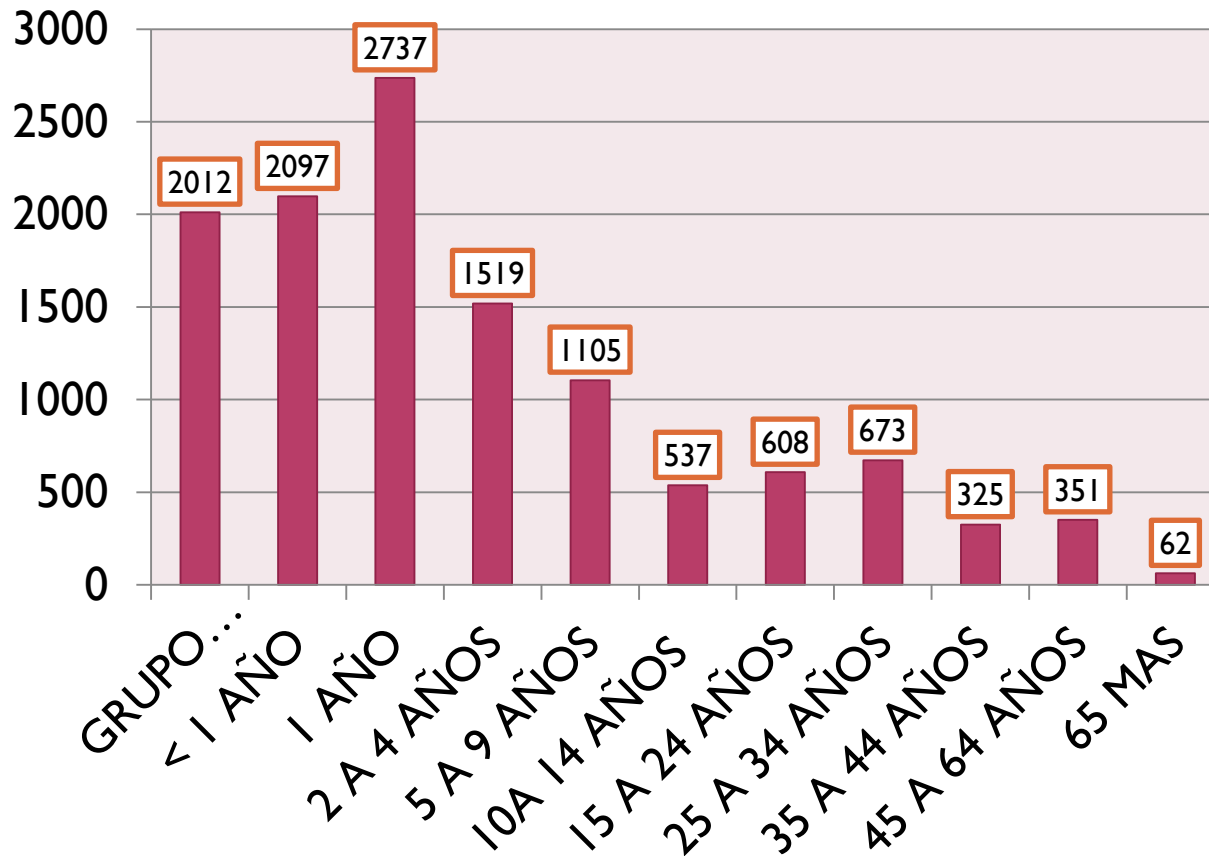
# CASOS NOTIFICADOS GRUPO ETAREO 2010



# CASOS NOTIFICADOS GRUPO ETAREO 2011



# CASOS NOTIFICADOS GRUPO ETAREO 2012



# Objetivos en la Atención de Enfermería en el Niño con Diarrea.

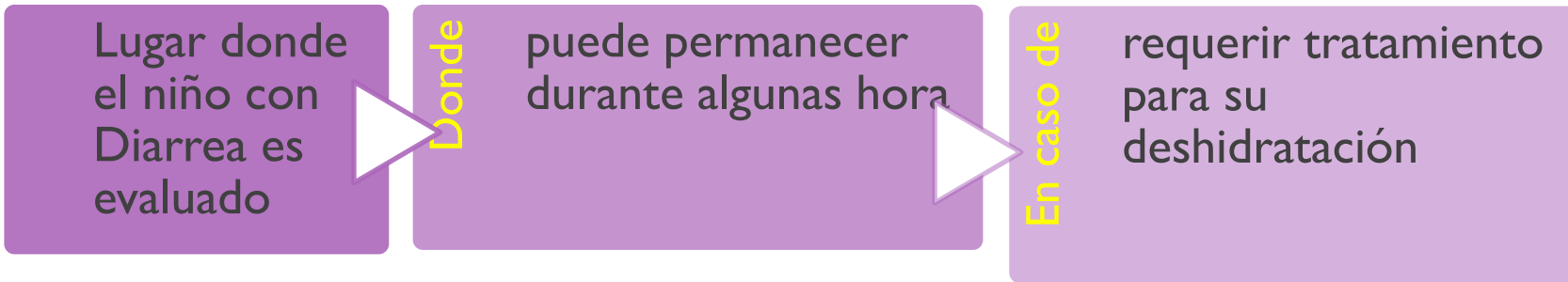
- Reducir la morbimortalidad específica por diarrea.
- Disminuir las complicaciones .
- Mejorar la calidad de la atención de los servicios de salud, aumentando la capacidad resolutive del Primer Nivel de Atención.



# Objetivos Específicos

- ✓ Promover un avance del nivel en los conocimientos y destrezas de los enfermeros para la mejor resolución y prevención de la Diarrea.
- ✓ Mejorar la capacidad resolutive de los servicios de salud en el tratamiento de la Diarrea, disminuyendo las consultas innecesarias en las guardias hospitalarias.
- ✓ Reducir las internaciones por Diarrea.

## QUE ES EL SERVICIO DE INTERNACIÓN ABREVIADA)



Esta organización comprende tanto medidas efectivas para la prevención de la deshidratación, como la rehidratación adecuada según el grado de gravedad del niño.

### También se:

- ✓ Transmiten a la familia las medidas para prevenir la deshidratación y las pautas para la alimentación del niño mientras dure la Diarrea.(Educación Sanitaria)

Estas Unidades forman parte de los Centros de Salud o puesto sanitarios

Se hallan incorporadas al área externa ambulatoria de algunos hospitales.



## DISTRIBUCION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE SALTA - 2012

ZONA	AREAS OPERATIVA S	HOSPITAL BASE	PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	TOTAL
NORTE	15	460	154	614
SUR	10	373	93	466
OESTE	21	296	171	467
CENTRO	7	1254	419	1673
TOTAL	53	2383	837	3220

Fuente: Programa de Enfermería de la Provincia

# Cómo se organiza el trabajo?

La tarea de los enfermeros resulta fundamental :



- ✓ Para coordinar las actividades.
- ✓ Ellos pueden garantizar el sostén del tratamiento, cuya duración es de 4 a 6 horas.
- ✓ La articulación del enfermero/a con el médico potencia las acciones del Servicio de Salud.
- ✓ La división de tareas y su complementariedad son las claves para el equipo de trabajo.

# ¿Qué es la Diarrea?

Se define como una disminución de la consistencia de la materia fecal por mayor contenido de agua, en general con aumento del número de deposiciones diarias .

- En nuestro país la Sociedad Argentina de Pediatría en su último consenso, define la diarrea aguda como: “aumento de la frecuencia, fluidez y/o volumen de las deposiciones, con pérdida variable de agua y electrolitos y cuya duración es menor de 14 días”
- La Organización Mundial de la Salud define la Diarrea aguda en **menores de 2 años** como la eliminación de **heces semilíquidas** en **número de 3 ó más veces en 12 horas**, o una sola deposición anormal con moco, pus o sangre.

# TIPOS DE DIARREA

- **Diarrea Aguda** de menos de 14 días de duración. Puede estar acompañada por vómitos y fiebre. En la mayoría de los casos se resuelve antes de los 7 días (lapso de maduración de la célula intestinal). La mayoría se autolimita y se recupera con la Terapia de Rehidratación Oral (TRO). Los virus son los responsables de esta diarrea.

**NO SE UTILIZAN:** antiespasmódicos, anti diarreicos ni antibióticos (exceptuando casos especiales, como el Cólera).

- **Diarrea con Sangre** La diarrea es sanguinolenta. Es de origen bacteriano. A menudo provoca un mayor compromiso del estado general. Requiere un seguimiento más cuidadoso del estado clínico:

Controlar cada 24 horas, para la pesquisa precoz de complicaciones

- No está indicado el tratamiento antibiótico en pacientes ambulatorios.
- Si presenta un cuadro de compromiso del estado general o disentería grave (fiebre elevada, malestar general), derivar al Hospital.
- Si se acompaña de palidez, oligoanuria sospeche S.U.H derivar al Hospital

# TIPOS DE DIARREA

- **Diarrea Prolongada:** Es la que se prolonga más de 14 días. La mayoría de las Diarreas se autolimitan y su curso no se prolonga más allá de los 14 días
- Una Diarrea tiene mayor riesgo de prolongarse cuando los niños son:
  - Menores de 6 meses;
  - Desnutridos
  - Alimentados con fórmula o leche fluida.
  - Con enfermedad de base.
  - También en los casos de tratamientos inadecuados

# ROL DE ENFERMERÍA

EN LA ATENCIÓN DE  
PACIENTES CON DIARREA



## INTERROGATORIO

- Nos orienta hacia la probable etiología y los factores de riesgo.



## EXAMEN FISICO

- que **determina el estado de hidratación.**



# EVALUACION CLINICA DE LA DIARREA

# COMO SE EVALUAN LOS PACIENTES CON DIARREA?



El estado general



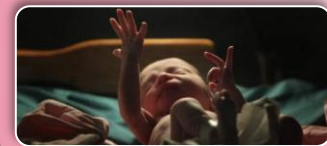
El estado de hidratación



El estado nutricional



Probable etiología del estado  
diarreico



Presencia de patologías  
asociadas



Factores de riesgo familiar y  
ambiental



# Valoración del estado de hidratación Plan A

SED → NORMAL

PREGUNTE ?



ORINA NORMAL



# OBSERVE



**ASPECTO**  
Alerta



**OJOS**  
Normales



**BOCAY  
LENGUA**  
Normal



**RESPIRACION**  
Normal

PLAN "A"

# EXPLORE



## Elasticidad de la piel

El pliegue se deshace con rapidez



## Fontanela

Normales



## Pulso

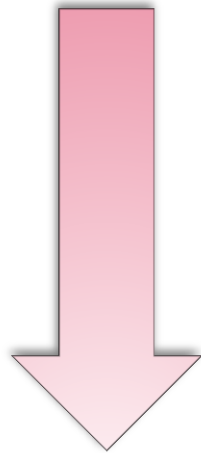
Normal



Relleno capilar  
menor de 2 seg.

# DECIDA

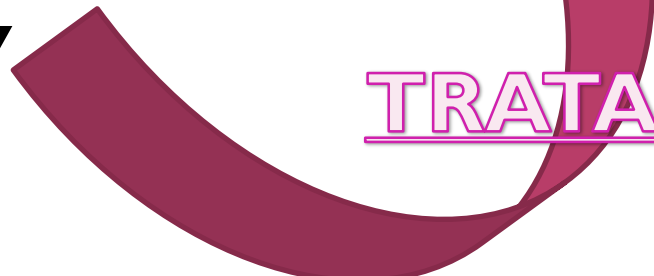
- No tiene **deshidratación**



**PLAN "A"**

APLIQUE PLAN A  
PARA PREVENIR LA  
DESHIDRATACIÓN

TRATAMIENTO



# PLAN A

Si el paciente no tiene deshidratación enseñar tres reglas de tratamiento a las madres

Darle mas líquidos

Continuar alimentación

Saber cuando regresar



- ✓ Leche materna
- ✓ Dieta complementaria caldos caseros
- ✓ Agua segura

No suspender el pecho.  
No diluir la leche .  
No usar edulcorante.  
No suspender alimentos.  
Dar en pequeñas porciones 6 veces por día bien cocidos

**SIGNO DE ALARMA.**  
Cuando rechaza líquidos y alimentos.  
Aumenta diarrea.  
Fiebre.  
No orina Sangre  
Vómitos

✓ **DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIAS**

✓ **ACCIONES**

✓ **EVALUACIÓN**



- Déficit de la higiene personal.

Relacionado con la vulnerabilidad social , ambiental y personal .  
Autoestima.



- Déficit del autocuidado

Caracterizado por falta de conocimiento de practicas y responsabilidad



# Valoración del estado de hidratación Plan B

PREGUNTE ?



SED → MAS DE LO NORMAL

ORINA → POCA CANTIDAD  
ORINA → OSCURA



# OBSERVE



**ASPECTO**  
(irritado ,  
decaído)



**OJOS**  
(hundidos)



**BOCAY  
LENGUA**  
(secas)



**RESPIRACION**  
(mas rápida de  
lo normal)

**PLAN "B"**



# EXPLORE



## Elasticidad de la piel

El pliegue se deshace con lentitud



## Fontanela

Hundida- solo se palpa



## Pulso

Mas rápido de lo normal



## Relleno capilar

De 3 a 5 seg.

# DECIDA si tiene una 0013 Diarrea sin deshidratación o con deshidratación

- Tiene **deshidratación** si tiene dos o mas síntomas o signos

Deshidratación leve o moderada

**PLAN "B"**

Tratar la deshidratación en S.I.A o área de rehidratación

✓ **DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIAS**

✓ **ACCIONES**

✓ **EVALUACIÓN**



## 0027 Déficit de volumen de líquido relacionado con

- *Aumento de las deposiciones líquidas o semilíquidas.*
- *Disminución del aporte oral.*
- *Fracaso de los mecanismos reguladores.*

### **Manifestado por**

- Diminución de la diuresis.
- Aumento de la concentración de orina.
- Polidipsia.(Aumento de la sed).
- Sequedad de las mucosas
- Ojos hundidos.
- Disminución de la turgencia de la piel.
- Pérdida de peso.
- Irritabilidad.
- Llanto con pocas lágrimas..

# Objetivo

Corregir rápidamente el déficit de agua

## Acciones de Enfermería.

APLICAR PLAN B(para diarrea con deshidratación leve a moderada).

- Realizar control de peso.
- Realizar aportes por vía oral, según peso o edad

Edad	< De 4 meses	4 meses a 12 meses	12 mese a 2 años	2 años a 5 años
Peso	< 6 kg.	6 < 10 Kg	10 < 12 kg	12-19 kg.
Cantidad en ml	200-600	300- 1000	500-1200	600-1900

Dar pequeños sorbos de líquido con una cucharita.

- Si el niño vomita, esperar 10 minutos y después continuar, pero más lentamente.
- **Muestre a la madre cómo se administra la solución de SRO.**
- Si el niño quiere más SRO que la cantidad indicada, darle más.
- Explique a la madres que debe continuar dándole el pecho siempre que el niño lo desee.



# Indicaciones de Sonda Nasogástrica en niños

- Vómitos persistentes (más de 4 en 1 hora.)
- Si no toma por boca.

Solo se debe utilizar la edad del niño para calcular el volumen de SRO si se desconoce el peso. En caso de conocer el peso la cantidad de SRO es de: **Peso en kg por 50-100 ml y ofrecer 20 ml cada 20 minutos.**

- **Controle signos vitales.**
- **Registrar en hoja de enfermería.**

# 00195 Riesgo de desequilibrio Hidroelectrolítico Relacionado con

- ✓ Diarrea
- ✓ Vómitos
- ✓ Desequilibrio de líquidos por deshidratación.



## Objetivos

Disminuir el riesgo de desequilibrio hidroelectrolítico



# Acciones de Enfermería

## Realizar aporte Vía Oral .

- ✓ Realice control del niño cada hora, hasta que el paciente esté hidratado.
- ✓ Cuatro horas después:
- ✓ Reevaluar al niño y clasificar la **deshidratación**.
- ✓ Si el niño está **hidratado, indicar Plan A**.
- ✓ Si continúa **deshidratado, repetir Plan B por 2 horas y reevaluar**.
- ✓ Si la **deshidratación aumentó, cambiar a Plan C**



# 00146 Ansiedad de los familiares

## **Relacionado con**

- Preocupación de los padres .
- Sentimiento creciente de impotencia.

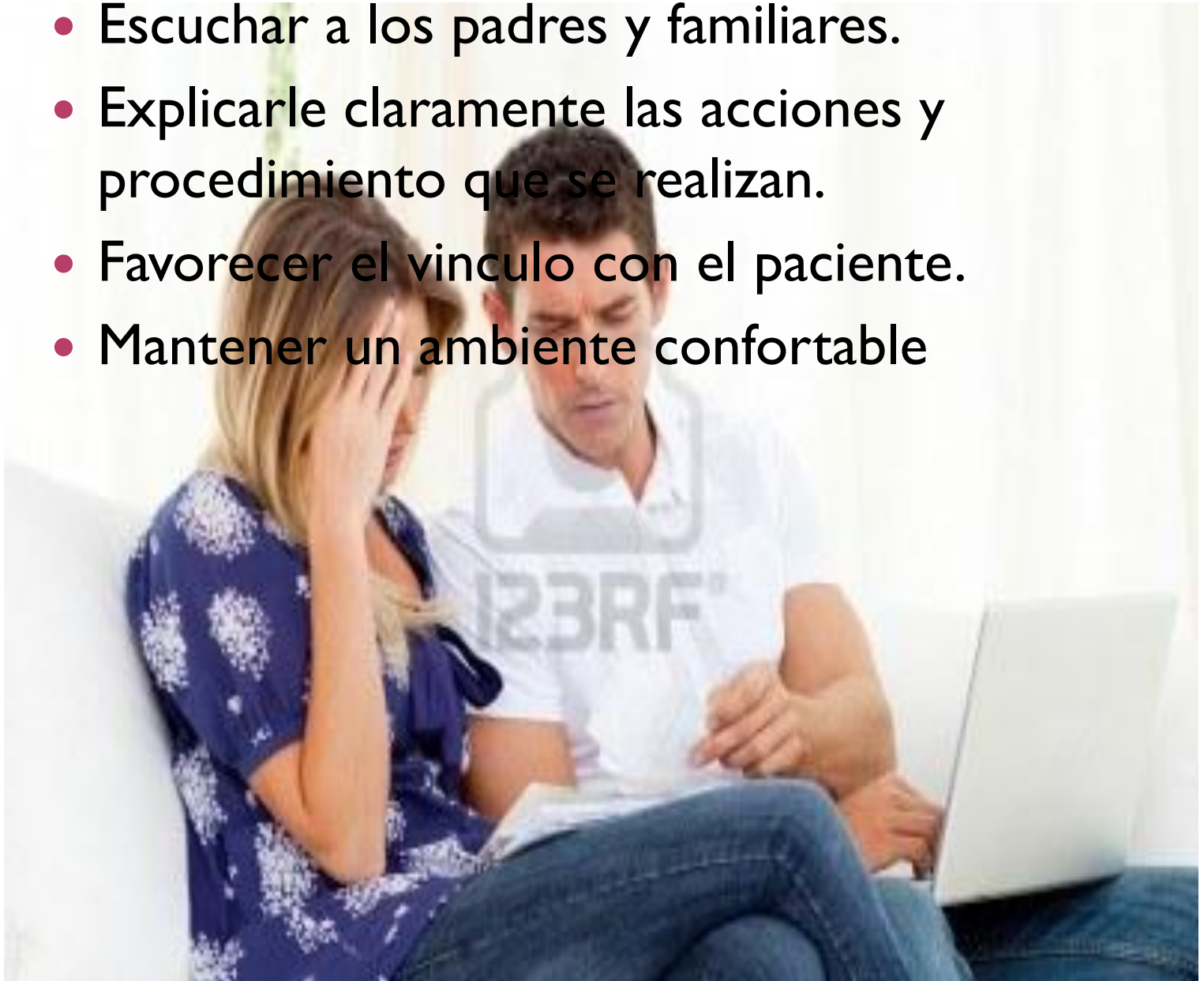
## **Manifestado por :**

- Irritabilidad.
- Falta de atención a las indicaciones dadas.
- Temor manifiesto

Objetivo:

Contener a los padres y familiares

- Escuchar a los padres y familiares.
- Explicarle claramente las acciones y procedimiento que se realizan.
- Favorecer el vinculo con el paciente.
- Mantener un ambiente confortable



# Si la deshidratación aumentó, cambiar a Plan C

- **Objetivo**

El Plan C tiene por objetivo reponer rápidamente el déficit de líquidos y electrolitos al paciente, con el fin de revertir el estado de hipovolemia.

# DIARREA CON DESHIDRATACIÓN GRAVE

## PLAN C



- 

SED

EXCESIVA

- PREGUNTE ?

durante 6 hs o mas

ORINA No orinó



# Valoración del Estado de Hidratación

## Plan C- OBSERVE



**ASPECTO**  
(deprimido  
comatoso)



**OJOS**  
(Muy  
hundidos,  
llora sin  
lágrimas)



**BOCA Y  
LENGUA**  
(Muy secas,  
sin saliva).



**RESPIRACION**  
(Muy rápida  
y  
profunda.)

**Plan C**

# Explore



✓ Elasticidad de la piel

El pliegue se deshace muy lentamente:  
más de 2 segundos



✓ Fontanela

Muy hundida, se palpa y se observa



✓ Pulso

Muy rápido, fino o no se palpa



✓ Llenado capilar Mayor de 5 segundos.





# DECIDA



Tratar rápidamente la deshidratación mientras se deriva al Hospital.

Mientras tanto:

- Colocar vía EV. Si está en shock, expandir
- Si bebe, hidratar por boca
- Si vomita; colocar SNG



## Plan C Acciones de Enfermería

Si el niño puede beber y no hay shock, comenzar  
Por Vía Oral o por SNG



Recuerde los  
diagnósticos



0027 Déficit de volumen de líquido


00195 Riesgo de desequilibrio  
Hidroelectrolítico

Si puede beber, comenzar hidratación  
por vía oral a 20 ml/kg/cada 20 min.-del  
total de la cantidad indicada



- Lavarse las manos
- Iniciar Rehidratación Endovenosa (2 a 4 hs)
- Colocar vía EV con Solución Fisiológica o Ringer.
- Con solución polielectrolítica con indicación medica (25 ml /kg/hora )



- 
- Si el paciente está en shock, administrar 20 ml/kg de solución fisiológica en un tiempo menor a 20 minutos.
  - Este procedimiento puede repetirse, si fuera necesario.
  - Si el niño puede beber, mostrarle a la mamá cómo administrar en el trayecto las SRO, por sorbos frecuentes o jeringa (20ml/kg/hora).
  - Si no puede beber, colocar SNG y administrar SRO a 20 ml/ kg cada 20 minutos.

✓ **DIAGNOSTICOS  
DE ENFERMERIAS**

✓ **ACCIONES**

✓ **EVALUACIÓN**



(00004) Riesgo de infección r/c:

- La colocación y permanencia de un catéter en vena periférica.
- Acceso venoso abierto al torrente sanguíneo



Signos de alarma:

- Trayectos venosos dolorosos a la Palpación.
- Zona Enrojecida y caliente
- Fiebre.

Objetivo:

El paciente no presentará infección relacionada con la colocación y permanencia del catéter venoso periférico.

# Riesgo de obstrucción de las vías r/c:

Retorno venoso .

-----



## Objetivos

El paciente mantendrá la vía permeable.



# Acciones de Enfermería

Realizar lavado con solución fisiológica después de realizar medicación en vías continuas.

Infundir el goteo indicado.

Controlar signos de infiltración.





# 0025 Riesgo de Shock

## Relacionado con

- ✓ El Desequilibrio Hidroelectrolítico
- ✓ Hipotensión
- ✓ Hipovolemia

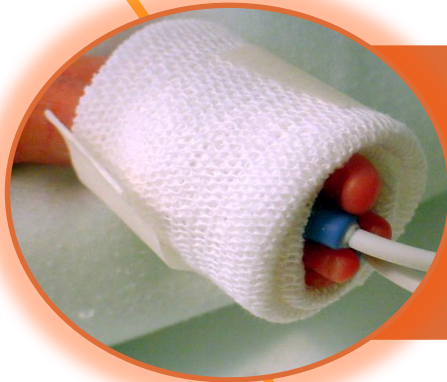




# Monitorización de los signos vitales



FC,FR




Controlar la saturación (oximetría de pulso).

Observar coloración (cianosis).



Tensión arterial, Relleno capilar.

- 
- ✓ Realizar aporte Vía Oral .
  - ✓ Mantener vía permeable.
  - ✓ Administrar líquidos y electrolitos.
  - ✓ Monitorizar goteo infundido.
  - ✓ Balance de ingresos y egresos.
  - ✓ Control de peso.

- ✓ Reevaluar al niño y clasificar la deshidratación.
- ✓ Evaluar al niño cada media hora. Si la deshidratación no mejora, aumentar la velocidad del goteo E.V.
- ✓ Dar también SRO apenas el niño pueda beber. Pruebe tolerancia oral mientras continúa EV y al cabo de 3 horas evaluar el estado de deshidratación y seleccionar el plan apropiado (A, B, o C) para continuar el tratamiento.
- ✓ Contener a la familia.



# Recomendaciones

- En algunos pacientes graves, es necesario instalar dos vías periféricas para alcanzar la velocidad de perfusión necesaria.

## Contraindicaciones de la Terapia de Rehidratación Oral

- Shock o depresión del sensorio.
- Íleo.
- FR > 60 por minuto.
- Signos clínicos de hipernatremia o acidosis metabólica severa

**Muchas Gracias**





Licenciada en Enfermería. Analía  
Rosario Enríquez  
Especialista en salud social y  
comunitaria.  
Docente de Enfermería Escuela  
Ramón Carrillo.  
Jefa del programa de Enfermería  
de la provincia de Salta de Nivel  
Central.





Licenciada en Enfermería Amelia de Valle Torrejón.


Supervisora general el Hospital pediátrico.

Supervisora de Unidad de Emergencia Pediátrico Hospital Publico Materno Infantil.



Lic Guaymas Justina Mercedes  
Lic. Enfermería.  
Supervisora de la Unidad de  
Neonatología  
Ex .Docente de La escuela de  
Enfermería Cruz Roja .  
Enfermera de primer Nivel de  
Atención. Centro N° 61  
Coordinadora de Enfermería De la  
Unidad de Neonatología año 2012





Fanny Hoyos  
Enfermera Asistencial de la Unidad de  
emergencias pediátrica.