UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CLÍNICO DE LA DIARREA AGUDA SEGÚN LA DECLARACIÓN CONJUNTA DE LA OMS Y EL UNICEF EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL REFERENCIAL DE FERREÑAFE – 2016

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE

MÉDICO CIRUJANO

AUTOR:

BACH. EDSON GULLIT VLADIMIR SAAVEDRA ECHEVERRE

ASESOR:

DR. JORGE LUIS SOSA FLORES

LAMBAYEQUE, MARZO DEL 2017

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CLÍNICO DE LA DIARREA AGUDA SEGÚN LA DECLARACIÓN CONJUNTA DE LA OMS Y EL UNICEF EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL REFERENCIAL DE FERREÑAFE – 2016

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE

MÉDICO CIRUJANO

Bach. Edson Gullit Vladimir Saavedra Echeverre

AUTOR

Dr. Jorge Luis Sosa Flores

ASESOR

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CLÍNICO DE LA DIARREA AGUDA SEGÚN LA DECLARACIÓN CONJUNTA DE LA OMS Y EL UNICEF EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL REFERENCIAL DE FERREÑAFE – 2016

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE

MÉDICO CIRUJANO

MIEMBROS DEL JURADO CALIFICADOR Y EXAMINADOR:

BLANCA SANTOS FALLA ALDANA PRESIDENTA	JUAN ALBERTO VEGA GRADOS SECRETARIO
VICENTE CASTAÑEDA SERRANO VOCAL	JOSÉ EDUARDO ESPINOSA RÍOS SUPLENTE

DEDICATORIA

A Dios, a quien recurro en la prosperidad y la adversidad, por brindarme una hermosa familia, grandes amigos y excelentes maestros.

A mis padres, Carmelo Saavedra Meza y Magna Celided Echeverre Echeverre, por su vivo ejemplo, apoyo incondicional y amor sincero, con su sacrificio pude conseguir mis objetivos.

A mi hijo, Martin Antonio Saavedra Hernández, la fuerza vital que me dirige en la vida, en su mirada renuevo mis energías, compartiré junto a él mis alegrías y tristezas, éxitos y fracasos.

A mis hermanos, Edward, Miriam, Mirelly, Edu, Manuel y Minneldy, quienes siempre han apoyado mis proyectos y han estado presentes cuando los he necesitado.

A Magaly Hernández Prado, a quien agradezco por toda su comprensión.

A los docentes de la Facultad de Medicina, por enseñarnos el camino de la investigación y compartir sus experiencias y conocimientos en nuestra carrera; sea su mejor retribución la forja de grandes profesionales.

Al “Hospital Referencial de Ferreñafe”, sede de mi internado; cuyos componentes humanos, maestros, compañeros y amigos, me brindaron sus enseñanzas y amistad, llevo en mí inolvidables recuerdos que guardaré en el corazón.

AGRADECIMIENTO

A todas las personas que han colaborado en la realización del presente trabajo.

Al Dr. Jorge Luis Sosa Flores, Asesor de la presente tesis, por su colaboración en el proceso de la investigación realizada.

Al Dr. Edwar Guevarra Arangoitia, cuya visión crítica y sugerencias oportunas, han aportado a la presente investigación.

A los directivos y al personal de salud del Hospital Referencial de Ferreñafe, por autorizar y facilitar la fase de recolección de datos.

INDICE

DEDICATORIA…… 4

AGRADECIMIENTO…… 5

RESUMEN…….……..... 7

ABSTRACT…….…….…… 8

I. INTRODUCCIÓN……..... 9

II. MATERIAL Y METODOS…… 12

III. RESULTADOS …….. 17

IV. DISCUSIÓN ……..... 23

V. CONCLUSIONES……..... 26

VI. RECOMENDACIONES…… 28

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... 30

ANEXOS…… 34

ANEXO Nº 01: Operacionalización de variables……..…..... 35

ANEXO Nº 02: Declaración conjunta de la OMS y el UNICEF para el tratamiento clínico de la diarrea aguda……36

ANEXO Nº 03: Historia clínica de emergencia del Hospital Referencial De Ferreñafe… 41

Adherencia al tratamiento clínico de la diarrea aguda según la declaración conjunta de la OMS y el UNICEF en niños menores de 5 años en el servicio de emergencia en el Hospital Referencial de Ferreñafe – 2016

RESUMEN

El objetivo de este estudio es determinar la adherencia al tratamiento clínico de la diarrea aguda, según la declaración conjunta de la OMS y el UNICEF, en niños menores de 5 años en el servicio de emergencia en el Hospital Referencial de Ferreñafe durante el año 2016.

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo con el objetivo establecer la adherencia o no adherencia a las recomendaciones para el tratamiento clínico de la diarrea, según la declaración conjunta de la OMS y el UNICEF, en el servicio de emergencia del Hospital Referencial de Ferreñafe a en 155 pacientes menores de 5 años de edad y de diferente sexo, atendidos , con el diagnostico de enfermedad diarreica aguda; se analizó los datos obtenidos con el programa *STATA v.12*, de acuerdo con, estableciendo.

En el caso de diarrea aguda sin deshidratación, el manejo tuvo una adherencia de 96,7%; en el caso de deshidratación leve-moderada, el manejo tuvo una adherencia de 32,9% y en el caso de deshidratación severa por diarrea aguda, el manejo tuvo una adherencia de 100%.

Por tanto, se concluye que existe un alto porcentaje de no adherencia al tratamiento clínico de la diarrea aguda según la declaración conjunta de la OMS y el UNICEF.

Palabras clave: Diarrea, pediatría, manejo de enfermedad.

Adherence to the clinical treatment of acute diarrhea according to the WHO and UNICEF joint declaration on children under 5 years of age in the emergency service at the Referral Hospital of Ferreñafe – 2016

ABSTRACT

The objective of this study is to determine the adherence to clinical treatment of acute diarrhea, according to the WHO and UNICEF joint statement, in children under 5 years of age in the emergency service at Ferreñafe Referral Hospital in 2016.

An observational, descriptive and retrospective study was carried out to establish adherence or non-adherence to the recommendations for the clinical treatment of diarrhea, according to the WHO and UNICEF joint statement at the emergency service of the Referential Hospital Ferreñafe A in 155 patients less than 5 years of age and of different sex, attended, with the diagnosis of acute diarrheal disease; We analyzed the data obtained with the STATA v.12 program, according to, establishing.

In the case of acute diarrhea without dehydration, management had a 96.7% adherence; In the case of mild to moderate dehydration, the management had an adhesion of 32.9% and in the case of severe dehydration due to acute diarrhea, the management had a 100% adherence.

Therefore, it is concluded that there is a high percentage of non-adherence to the clinical treatment of acute diarrhea according to the WHO and UNICEF joint statement

Key words: Diarrhea, pediatrics, Disease Management.

I. INTRODUCCIÓN

I. INTRODUCCIÓN

La enfermedad diarreica es un problema de salud pública a nivel mundial, aunque la tasa de mortalidad por diarrea aguda entre los niños y niñas menores de cinco años ha descendido, de 4,5 millones en 1979 a 1,6 millones en 2002, sigue siendo una de las principales causas de muerte en niños menores de 5 años. Actualmente la cifra de mortalidad se mantiene en un millón y medio, en niños y niñas menores de 5 años; sin embargo, esta cifra puede disminuir drásticamente si se tienen en cuenta los últimos estudios respecto a la prevención y el tratamiento de esta(1).

En Perú, las enfermedades diarreicas son una causa importante de morbilidad en la niñez, debido a la persistencia de los factores determinantes. Además, son enfermedades prevenibles relacionadas al acceso a servicio de agua potable y desagüe, así como a la práctica de hábitos adecuados de higiene (2). Se estima que en 2015 se presentaron 86 casos de enfermedad diarreica aguda en Ferreñafe.

En nuestro país se ha realizado un estudio retrospectivo-descriptivo con el objetivo de cuantificar la adherencia al protocolo de la OMS, para el manejo de deshidratación por Enfermedad Diarreica Aguda (en adelante EDA) en niños de 1-5 años, dicho estudio dio como resultado que en el 80.1% de los pacientes tratados hubo adherencia al protocolo de la OMS, específicamente se encontró una adherencia del 100% en la deshidratación severa, 56.6% para deshidratación leve-moderada y 89.3% para los casos de diarrea aguda sin deshidratación(3).

También se llevaron a cabo estudios sobre las preferencias de uso de antibióticos en niños menores de 5 años, por médicos de centros de salud de primer nivel en zonas periurbanas de Lima, estos estudios indican una tendencia al sobreuso de antibióticos en casos de diarrea acuosa, lo cual se debería a que una gran cantidad de niños menores de 5 años son atendidos por médicos generales (4).

Asimismo, fuera de Perú se realizó un estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo en 62 lactantes con enfermedad diarreica persistente con el objetivo de describir características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas, finalmente concluyeron que predominaron los pacientes con condiciones biológicas de vulnerabilidad como la edad, el sexo masculino, género de vida regular, desnutrición y ausencia de lactancia materna exclusiva[7]. Otros estudios evaluaron la adherencia al régimen de tratamiento de Zinc, aconsejado para su aplicación a nivel nacional en India, siendo entre moderada a buena la adherencia a las directrices mencionadas anteriormente (5).

En Colombia, se hicieron estudios para identificar el grado de adherencia a las guías de Infección Respiratoria Aguda (IRA) y EDA por parte del personal de enfermería y auxiliar de enfermería, encontrándose que el 85% del personal encuestado se adhieren, contra un 15% que no se adhieren por completo a la guía(6).

El presente trabajo de investigación busca determinar la adherencia al tratamiento clínico de la diarrea aguda, según la declaración conjunta de la OMS y el UNICEF, en niños menores de 5 años en el servicio de emergencia en el Hospital Referencial de Ferreñafe – 2016. Además de cuantificar la frecuencia de casos de EDA en niños menores de 5 años, en el Hospital Referencial de Ferreñafe, busca describir las características del manejo inmediato de EDA, con o sin deshidratación y/o desnutrición, el tratamiento de la deshidratación, el manejo de la alimentación y la antibioticoterapia.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

II. MATERIAL Y MÉTODOS

1. Diseño de estudio.

Observacional, descriptivo, retrospectivo.

2. Población, muestra de estudio y muestreo.

La población está constituida por pacientes menores de 5 años con diagnóstico de enfermedad diarreica aguda en la historia clínica de emergencia en el Hospital Referencial de Ferreñafe, de Enero a Diciembre del 2016, los cuales suman un total de 155.

La muestra estará constituida por la población antes descrita.

Criterios de inclusión:

- Pacientes menores de 5 años con diagnóstico de enfermedad diarreica en la historia clínica de emergencia en el Hospital Referencial de Ferreñafe - 2016.

Criterios de exclusión:

- Pacientes menores de 5 años con diagnóstico de enfermedad diarreica persistente.

3. Operacionalización de variables.

Definición de términos y conceptos

Disentería: Deposiciones con presencia de moco y/o sangre, escrito en la historia clínica del paciente.

Deshidratación: Estado de hidratación del paciente, según refiera la historia clínica: Sin deshidratación, Deshidratación Leve-Moderada, y deshidratación grave.

Desnutrición: Estado nutricional del paciente, según refiera la historia clínica: con desnutrición y sin desnutrición.

Tratamiento de la deshidratación: De acuerdo con la norma técnica MINSA, según refiera la historia clínica: Plan A, Plan B y Plan C.

Manejo de la alimentación: Tipo de alimentación, según refiera la historia clínica: NPO, Lactancia materna, Dieta fraccionada y Dieta completa.

Antibiótico: Antibiótico prescrito al paciente según refiera la historia clínica: No se prescribió, o se prescribió: Cotrimoxazol, Furazolidona, Ac Nalidixico, Metronidazol, Ciprofloxacino, u otro.

Vacunas: Antecedente del niño referido en la historia clínica si presenta vacunas completas o incompletas.

Diagnóstico final: Diagnóstico referido en la historia clínica sobre el tipo de enfermedad diarreica: EDA acuosa o EDA disentérica

Exámenes auxiliares: Exámenes de laboratorio realizados, escritos en la historia clínica.

Manejo: Indica si hubo adherencia o no adherencia (al no cumplir con una recomendaciones por la OMS).

4. Procedimientos.

Para la recolección de la información se solicitarán las historias clínicas (ANEXO 03) de donde se extraerá los datos para describir las características del manejo inmediato de la enfermedad diarreica en el servicio de pediatría.

Se utilizará una ficha de datos (ANEXO 01), que incluye los siguientes datos: edad, sexo, disentería, deshidratación, desnutrición, tratamiento de la deshidratación, manejo de la alimentación, antibiótico, vacunas, diagnóstico final, exámenes auxiliares y manejo.

Para determinar si hubo adherencia, se utilizará las recomendaciones para el tratamiento clínico de la diarrea aguda según la declaración conjunta de la OMS y el UNICEF (ANEXO 02), con el cual se realizará un *check list* con cada uno de los criterios señalados.

Recomendaciones según LA OMS y el UNICEF para los agentes de atención de salud:

a. Tratar la deshidratación con SRO (o con una solución intravenosa de electrolitos, en caso de deshidratación grave). Si no presentan signos de deshidratación solo habrá adherencia si se utiliza el plan A, para deshidratación leve-moderada solo habrá adherencia si se indica el plan B y los de la deshidratación grave habrá adherencia si se utiliza el plan C.
b. Recalcar la importancia de continuar la alimentación o aumentar la lactancia durante el episodio diarreico, y aumentarla después. no habrá adherencia en caso de indicar nada por vía oral(NPO)
c. Administrar antibióticos únicamente cuando sea lo indicado (por ejemplo, cuando haya deposiciones diarreicas sanguinolentas o shigellosis). No habrá adherencia en caso de prescribir antibiótico en caso en enfermedad diarreica no disentérica
d. Administrar a los niños y niñas 20 mg diarios de suplementos de zinc durante 10 a 14 días (dar a los menores de seis meses 10 mg diarios). No habrá adherencia en caso de no prescribir zinc

5. Aspectos éticos.

Se pedirá permiso a las autoridades del servicio de emergencia en el servicio de pediatría del Hospital Referencial de Ferreñafe, enviándoles una solicitud con el proyecto adjunto; una vez obtenido el permiso se pedirá acceso las historias

clínicas de pacientes menores de 5 años con el diagnostico de enfermedad diarreica aguda.

6. Plan de análisis de datos.

Los datos serán tabulados en una base de datos en Microsoft Excel 2007® y procesados estadísticamente con el programa STATA v.11.0. Se usará estadística descriptiva: desviación estándar para las variables numéricas medias y frecuencias relativas y absolutas para las variables categóricas.

III. RESULTADOS

III. RESULTADOS

Durante el año 2016 hubo un total de 200 casos de enfermedad diarreica aguda (EDA) en niños menores de 14 años, de los cuales 155 casos fueron en niños menores de 5 años que representa un 77,5% del total. La población estudiada estuvo constituida por 155 niños menores de 5 años, el 34,2% tenía 1 a 2 años, 63,9% de sexo masculino, 93,6% con vacunas completas (Ver Tabla N°1).

En cuanto a la alimentación, se indicaron lactancia materna exclusiva a 12 pacientes todos ellos menores de 6 meses y dieta fraccionada a 70 pacientes de edades entre 6 meses y 2 años. Y a los 73 restantes mayores de 2 años se les indico dieta completa. (Ver Tabla N° 2)

En la tabla N° 3 se muestran las características de la adherencia al zinc en el manejo de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años en el Hospital Referencial de Ferreñafe durante el año 2016

La cantidad de casos con diagnóstico de deshidratación por diarrea aguda fue de 88 casos para deshidratación leve-moderada, 5 casos para la deshidratación severa, y 62 casos para diarrea aguda sin deshidratación. Se usó el plan A en 99 casos, el plan B en 27 casos y el plan C en 29 casos (Ver Tabla N° 4).

En el caso de diarrea aguda sin deshidratación, el manejo tuvo una adherencia de 96,8%, es decir, de 62 pacientes, 60 se adhirieron a la Declaración conjunta de la OMS y la UNICEF (ver Tabla N° 4 y 5).

En el caso de deshidratación leve-moderada, el manejo tuvo una adherencia de 29,5%, es decir, de 88 pacientes, sólo 26 se adhirieron a la declaración conjunta de la OMS y el UNICEF (ver Tabla N° 4 y 5).

En el caso de deshidratación severa por diarrea aguda, el 100% de casos tuvo adherencia a la declaración conjunta de la OMS y la UNICEF (ver Tabla N° 4 y 5).

En cuanto al uso de antibióticos se encontró un 59,4% de ningún uso de antibiótico, es decir, de 155 pacientes en 92 de ellos no se administró ningún tipo de antibiótico. Sólo en el 3% se prescribió ciprofloxacino, 28,4% de furazolidona, 1,3% de TMP-SMX, y 9% de ceftriaxona (Ver tabla N° 6).

Del total de 152 casos de enfermedad diarrea acuosa, se prescribió antibióticos a 61 de ellos (40,1%). De los 3 casos de diarrea disentérica, se prescribió antibióticos en todos ellos (100%) además la adherencia total para el uso de antibiótico en la diarrea aguada fue de 58.8 y la adherencia total en la diarrea disentérica fue de 1.9 (Ver Tabla N° 7).

Se encontró no adherencia al tratamiento de la enfermedad diarreica según la declaración conjunta de la OMS y el UNICEF en niños menores de 5 años en un 67,7% (ver Tabla N° 8)

En la tabla N^{0} 9 se puede ver un resumen de las 4 recomendaciones de la OMS y el UNICEF con sus resultados de adherencia y no adherencia de cada uno

Tabla N° 1. Características generales de los niños menores de 5 años atendidos por enfermedad diarreica aguda. Hospital Referencial de Ferreñafe 2016.

N=155	**N**	**%**
Característica		
Edad		
<1 año	28	18
1-2 años	53	34,2
2-3 años	36	23,2
3-4 años	19	12,3
4-5 años	19	12,3
Sexo		
Femenino	56	36,1
Masculino	99	63,9
Vacunas		
Completas	145	93,6
Incompletas	10	6,4

Tabla N° 2. Manejo de la alimentación en la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años. Hospital Referencial de Ferreñafe 2016.

Edad	**Manejo de la Alimentación**							
	Lactancia Materna		**Dieta Fraccionada**		**Dieta completa**		**Total**	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Lactantes (<6 m)	12	7.8	0	0	0	0	**12**	**7.7**
Lactantes (6-12m)	0	0	15	9.7	0	0	**15**	**9.7**
Lactantes (12-24)	0	0	55	35.7	0	0	**55**	**35.5**
2 -5 años	0	0	0	0	73	47	**73**	**47.1**
Total	**12**	**7.8**	**70**	**45.2**	**73**	**47**	**155**	**100**

Tabla N° 3. Manejo y adherencia al uso de Zinc según la declaración conjunta de la OMS y el UNICEF de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años. Hospital Referencial de Ferreñafe 2016

Característica	**N**	**%**
Uso de zinc		
Si	79	51
No	76	49

Tabla N° 4. Manejo y adherencia de la deshidratación por enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años. Hospital Referencial de Ferreñafe 2016.

Estado de hidratación	PLAN						Total		ADHERENCIA	
	A		B		C				SI	NO
	N	%	N	%	N	%	N	%	%	%
Sin deshidratación	60	38.7	1	0.6	1	0.6	**62**	**40**	**96.8**	**3.2**
Deshidratación leve-moderada	39	25.2	26	16.7	23	14.8	**88**	**56.7**	**29.5**	**70.5**
Deshidratación severa	0	0	0	0	5	3.2	**5**	**3.3**	**100**	**100**
Total	**99**	**63.9**	**27**	**17.4**	**29**	**18.7**	**155**	**100**	**58.7**	**41.3**

Tabla N° 5. Adherencia al manejo de la deshidratación según la Declaración conjunta de la OMS y la UNICEF. Hospital Referencial de Ferreñafe 2016.

Estado de hidratación	Adherencia del plan de hidratación			
	No		Si	
	N	%	N	%
Sin deshidratación	2	1.3	60	38.7
Deshidratación leve-moderada	62	40	26	16.7
Deshidratación severa	0	0	5	3.3
Total	**64**	**41.3**	**91**	**58.7**

Tabla N° 6. Antibióticos prescritos por enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años. Hospital Referencial de Ferreñafe 2016.

Uso de antibióticos	EDA			
	Acuosa		Disentérica	
	N	%	N	%
Ninguno	91	59.9	0	0
Ciprofloxacino	2	1.3	3	100
Furazolidona	43	28.3	0	0
Cotrimoxazol (TMP-SMZ)	2	1.3	0	0
Ceftriaxona	14	9.2	0	0
Total	**152**	**100**	**3**	**100**

Tabla N° 7 adherencia al uso de antibiótico según la declaración conjunta de a OMS y el UNICEF de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años. Hospital Referencial de Ferreñafe 2016

Característica Diarrea aguda	ANTIBIÓTICO				ADHERENCIA TOTAL	
	SI		NO		SI	NO
	N	%	N	%	%	%
Acuosa	61	39.3	91	58.8	58.8	39.3
Disentérica	3	1.9	0	0	1.9	0
Total	64	41.2	91	58.8	60.7	39.3

Tabla N^0 8. Tabla resumen de la adherencia a las recomendaciones para el tratamiento clínico de la diarrea aguda según la OMS y el UNICEF

RECOMENDACIONES	ADHERENCIA	
	No (%)	Si (%)
Alimentación	0	100
Deshidratación	58.7	41.3
Antibiótico	39.3	60.7
Zinc	51	49

Tabla N° 9. Adherencia al manejo de la enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años según la Declaración conjunta de la OMS y la UNICEF. Hospital Referencial de Ferreñafe 2016.

Adherencia a la Declaración conjunta de la OMS y la UNICEF	N	%
No	105	67,7
Si	50	32,3

IV. DISCUSIÓN

IV. DISCUSIÓN

Entre los principales hallazgos del presente estudio se encontró que el 75.5 % de pacientes con EDA fueron menores de 5 años coincidiendo con los estudios realizados por la OMS donde afirma que estos pacientes son grupo etario con mayor morbimortalidad.

El 100% de la adherencia al tratamiento clínico de la diarrea aguda , según la declaración conjunta de la OMS y el UNICEF, en el caso específico de la alimentación demuestra que el personal médico tiene claro que existen escasas contraindicaciones para suspender la ingesta de alimentos en estos pacientes.

La no prescripción de zinc fue la segunda causa de la no adherencia al tratamiento de la enfermedad diarreica aguda según la OMS siendo un total de 76 personas (46%) a las que no se les administro zinc en un estudio que se realizó por Lamberti Y Col (La India 2015) donde evaluaron la adherencia al régimen de tratamiento de Zinc aconsejado a nivel nacional por cuidadores de niños prescritos con zinc. Pero en este caso se encontró una moderada a buena adherencia a las directrices nacionales de tratamiento de zinc para la diarrea entre los cuidadores en la India rural

La adherencia al tratamiento clínico de diarrea aguda sin deshidratación, según la declaración conjunta de la OMS y el UNICEF, fue del 96.8% (60 de 63 pacientes tratados). La no adherencia fue evidente en pacientes con diagnóstico de EDA con deshidratación leve – moderada, la adherencia apenas alcanzó el 29.5%, es decir, de 88 pacientes, sólo 26 pacientes cumplieron con la adherencia. En este grupo de pacientes, la no adherencia se motivó en gran parte por la administración innecesaria de antibiótico en pacientes que no tenían el diagnóstico de EDA disentérica. En el caso de deshidratación severa por diarrea aguda, se obtuvo un 100% de adherencia. En un estudio realizado por Leveau C y colaboradores en lima con el objetivo de cuantificar la adherencia al protocolo de la OMS para el manejo de deshidratación por EDA en niños

de 1-5 años, mostro resultados similares a nuestro estudio, donde se corroboró una adherencia del 100% en la deshidratación severa, 56.6% para deshidratación leve-moderada y 89.3% para los casos de diarrea aguda sin deshidratación.

El uso no indicado de antibióticos fue la tercera causa de no adherencia al tratamiento de la diarrea aguda según la OMS siendo la furazolidona el antibiótico más utilizado con un total de 44 pacientes (28.4%). Este problema ya había sido descrito anterior mente en un estudio realizado por Ecker y colaboradores (Lima 2013) donde se describe las preferencias de uso de antibióticos en niños menores de cinco años por médicos de centros de salud de primer nivel en zonas periurbanas de Lima donde se concluyeron que existe una tendencia al sobreuso de antibióticos en casos de diarrea acuosa y la cual se debería a que una gran cantidad de niños menores de cinco años son atendidos por médicos generales.

En este estudio hubo un alto porcentaje de no adherencia al tratamiento 105 pacientes (67.7%), diametralmente opuesto a los resultados de un estudio realizado por los investigadores Acosta y col (Colombia 2016) sobre la adherencia a las guías de IRA y EDA, por parte del personal de enfermería y auxiliar de enfermería, donde se verificó que el 85% del personal encuestado se adhieren a las guías citadas, contra un 15% que no.

En la presente investigación, el principal porcentaje de no adherencia al tratamiento clínico de la diarrea aguda, según la declaración conjunta de la OMS y el UNICEF, se manifestó en la no aplicación de un plan adecuado para el tipo de deshidratación del paciente, el segundo porcentaje de no adherencia fue la falta de indicación médica del zinc en pacientes con este diagnóstico. La tercera causa de no adherencia fue la prescripción innecesaria de antibiótico en el caso de la diarrea acuosa no disentérica. Es importante mantener la alimentación de un paciente con diarrea aguda y esto se corroboro con el 100 de adherencia en el manejo de la alimentación en este tipo de pacientes.

V. CONCLUSIONES

V. CONCLUSIONES

La no adherencia al tratamiento clínico de la diarrea aguda, según la declaración conjunta de la OMS y el UNICEF, en el servicio de emergencia en el hospital referencial de Ferreñafe en niños menores de 5 años, encontró porcentajes altos.

La adherencia al manejo de la alimentación de acuerdo al tratamiento clínico de la diarrea aguda, según la declaración conjunta de la OMS y el UNICEF, en el servicio de emergencia en el hospital referencial de Ferreñafe en niños menores de 5 años, fue completa (100%).

El mayor porcentaje de no adherencia al tratamiento clínico de la diarrea aguda, según la declaración conjunta de la OMS y el UNICEF, en el servicio de emergencia en el hospital referencial de Ferreñafe, fue manejo no adecuado del plan de hidratación según las recomendaciones de dicha declaración conjunta.

VI. RECOMENDACIONES

VI. RECOMENDACIONES

Promover el uso de las recomendaciones al tratamiento clínico de la diarrea aguda, según la declaración conjunta de la OMS y el UNICEF, por parte del personal de salud del Hospital Referencial de Ferreñafe.

Capacitar al personal de salud del Hospital Referencial de Ferreñafe para el uso adecuado de un plan de hidratación y el uso adecuado de antibiótico, acorde con el tratamiento clínico de la diarrea aguda, según la declaración conjunta de la OMS y el UNICEF.

Promover el uso de zinc en el hospital referencial de Ferreñafe de acuerdo con el tratamiento clínico de la diarrea aguda, según la declaración conjunta de la OMS y el UNICEF.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Las enfermedades diarreicas. Nota descriptiva N° 330; 2013.
2. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014. Mortalidad y morbilidad por causas específicas. p. 71
3. De la Cruz J. Adherencia al protocolo de la OMS para el manejo de deshidratación por diarrea aguda en niños de 1 a 5 años en el hospital Santa Rosa en el año 2014. Lima- Perú 2016
4. Ecker L, Occhoa TJ, Vargas M, Del Valle L, Ruiz J. Preferencias de uso de antibióticos en niños menores de cinco años por médicos de centros de salud de primer nivel en zonas periurbanas de Lima, Perú. 2013; 30(2):181-89.
5. Lamberti LM, Walker CL, Taneja S, Mazumder S, Black RE. Adherence to zinc supplementation guidelines for the treatment of diarrhea among children under-five in Uttar Pradesh, India. J Glob Health. 2015;5(2):204-10
6. Acosta A, Rosas K, Jurado Y, Fajardo S. Adherencia a guías de IRA y EDA en el personal de enfermería y auxiliares de enfermería que atiende a menores de cinco años atendidos en el servicio de Urgencias en el Hospital de José María Hernández 2015. Redi CES. 2016
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) – 2014.
8. Ministerio de Salud. Las Enfermedades Diarreicas Agudas en el Perú. Bol. Epidemiol. (Lima) 25 (2). 2016. p. 27-31
9. Seisdedos G, Tamayo C, Góngora T, Núñez L, Matos I. Características epidemiológicas y clinicoterapéuticas en pacientes ingresados a causa de enfermedad diarreica persistente

10. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud del niño. Guía de práctica clínica de manejo de la enfermedad diarreica aguda 2012. RDN N°140 INSN DG 2013.
11. Román E, Barrio J, Lopez M. Diarrea aguda. APED. p. 11-20
12. Organización Mundial de Gastroenterología. Diarrea aguda en adultos y niños: una perspectiva mundial. 2012
13. Daza A. Informe del evento mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años, y morbilidad en todos los grupos de edad, año 2012
14. Unger CC, Salam SS, Sarker MS, Black R, Cravioto A, El Arifeen S.Treating diarrhoeal disease in children under five: the global picture. Arch Dis Child. 2014 Mar;99(3):273-8.
15. Perez W, Melongo A, Piriz M, Pastorino H, Pereira MPinchak C, García A, Pirez C, Montano A. Diarrea aguda infantil. Admisión hospitalaria en menores de tres años. Año 2005. Arch Pediatr Urug 2007;78(2):273-8
16. Gregorio GV, Gonzales ML, Dans LF, Martinez EG.Polymer-based oral rehydration solution for treating acute watery diarrhoea. Cochrane Database Syst Rev. 2016. 13(12)
17. Carlos G, Bada C, Rojas R, Bernaola G, Chavez C. Guía de práctica clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda infecciosa en pediatría Perú 2011. Rev Gastroenterol. Perú 2011; 31(3):258-77
18. León R. Apuntes para una historia de la rehidratación oral en nuestro país. Acta Herediana. 2015; 56: 60-2
19. Uriarte A, Vila J, Villavicencio K, Prieto A, Capote J, Chávez D. Uso adecuado de las soluciones electrolíticas intravenosas en la deshidratación por diarreas en pediatría. Rev Medisur. 2012;10(6):480-485.
20. Polanco I, Salazar E, Gutierrez P, Grupo Latinoamerricano GILA. Guía práctica clínica íbero-latinoamericana sobre el manejo de la gastroenteritis aguda en menores de 5 años: diagnóstico y criterios de atención médica. Rev An Pediatr. 2014; 80(S1):5-8

21. Perez C. Probióticos en la diarrea aguda asociada al uso de antibióticos en pediatría. Nutr Hosp. 2015;31(S1):64-7

22. Giannattasio A, Guarino A, Lo Vecchio A. Management of children with prolonged diarrhea. F1000 Faculty Rev. 2016; 5:206

23. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la diarrea persistente en la niña y el niño 2014. RM N°935 2014 MINSA.

ANEXOS

ANEXO Nº 1

1. Edad	• Número de años	
2. Sexo	• Femenino • Masculino	
3. Disentería	• Si • No	
4. Deshidratación	• Sin deshidratación • Con deshidratación leve-moderada • Con deshidratación grave	
5. Desnutrición	• Si • No	
6. Tratamiento de la deshidratación	• Plan A • Plan B • Plan C	
7. Manejo de la alimentación	• NPO • Lactancia materna • Dieta fraccionada	
8. Antibiótico	• No se prescribió • Cotrimoxazol • Furazolidona • Ac Nalidixico • Metronidazol • Ciprofloxacino • Otro	
9. Vacunas	• Completas • Incompletas	
10. Diagnóstico final	• EDA acuosa • EDA disentérica • ED persistente	
11. Zinc	• SI • NO	
12. Exámenes auxiliares	• No se realizó examen auxiliar • Reacción inflamatoria en heces • Coprocultivo • Examen parasitológico seriado	
13. Referido	• Si • No	
14. Hospitalización	• Si • No	
15. Manejo	• Adecuado • inadecuado	

ANEXO Nº 2

Declaración conjunta de la OMS y la UNICEF para el tratamiento clínico de la diarrea aguda.

Dos avances recientes en el tratamiento de las enfermedades diarreicas –las sales de rehidratación oral (SRO) con bajas concentraciones de glucosa y sal, y la administración de suplementos de zinc– permiten reducir drásticamente el número de muertes en la infancia. Además de la prevención y el tratamiento de la deshidratación con líquidos apropiados, lactancia materna, alimentación constante y administración selectiva de antibióticos, los nuevos métodos no solo reducen la duración y la gravedad de los episodios diarreicos, sino también su frecuencia. El papel de las familias y las comunidades es decisivo para alcanzar los objetivos establecidos en relación con el tratamiento de la enfermedad, ya que pueden incorporar las nuevas recomendaciones en las prácticas habituales de los hogares y los establecimientos sanitarios.

La diarrea aguda sigue siendo la principal causa de muerte en la infancia

Aunque la tasa de mortalidad por diarrea aguda entre los niños y niñas menores de cinco años ha descendido de 4,5 millones en 1979 a 1,6 millones en 2002, este problema sigue cobrándose muchísimas víctimas entre los niños y las niñas de los países en desarrollo.

Las sales de rehidratación oral (SRO) y la terapia de rehidratación oral (TRO), adoptadas por el UNICEF y la OMS a fines de los años 70, han permitido manejar con eficacia la diarrea infantil. Se calcula que en la década de los 90 fue posible evitar más de un millón de muertes anuales relacionadas con esta enfermedad, gracias, en gran parte, a la promoción y la utilización de estas terapias. Sin embargo, hay indicios de que en algunos países no existe un conocimiento apropiado de las terapias para el tratamiento en el hogar de la diarrea –entre ellas, la TRO– y de que su utilización ha disminuido.

Los objetivos

Las recomendaciones revisadas contribuirán a disminuir el número de muertes provocadas por la diarrea, de conformidad con los objetivos mundiales que tienen como meta:

• Reducir a la mitad en 2010 el número de muertes por diarrea entre los menores de cinco años, en comparación con el año 2000 (“Un Mundo Apropiado para los Niños”, documento de la Sesión Especial de las Naciones Unidas en favor de la Infancia).

• Disminuir en dos terceras partes en 2015 la tasa de mortalidad entre los niños y niñas menores de cinco años, en comparación con el año 1990 (Objetivos de Desarrollo para el Milenio de las Naciones Unidas).

Declaración conjunta

Como resultado de la diarrea aguda, todavía mueren todos los años más de un millión y medio de niños y niñas menores de cinco años. Esta cifra puede disminuir considerablemente gracias a la prevención y el tratamiento de la deshidratación con las SRO y líquidos disponibles en el hogar, la lactancia materna, la alimentación constante, el uso selectivo de antibióticos y la administración de suplementos de zinc durante 10 a 14 días.

Las nuevas recomendaciones, formuladas por el UNICEF y la OMS en colaboración con la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y expertos de todo el mundo, se basan en conclusiones de investigaciones recientes y en recomendaciones anteriores. La reducción del número de muertes y de enfermos a causa de la diarrea depende de que los gobiernos y la comunidad médica reconozcan los fundamentos científicos y los beneficios de estas terapias. También depende de que se refuerce el conocimiento de las familias sobre la prevención y el tratamiento de la diarrea, y de la información y el apoyo que se brinde a las familias que carecen de los servicios adecuados.

Avances y desafíos nuevos adelantos

Los últimos progresos científicos han servido de base a estas nuevas recomendaciones. Estos progresos son:

• El desarrollo de una fórmula mejorada de las SRO con niveles inferiores de glucosa y sal, lo que acorta la duración de la diarrea y la necesidad de administrar líquidos no programados por vía intravenosa

• La demostración de que tomar suplementos de zinc durante los episodios agudos de diarrea disminuye su duración y gravedad.

• La demostración de que tomar suplementos de zinc durante 10-14 días disminuye la incidencia de la diarrea en los 2-3 meses siguientes.

Será posible salvar muchas más vidas si estos avances se aplican en conjunción con un tratamiento eficaz en el hogar y la utilización de servicios de salud apropiados. Para una mayor eficacia, estas recomendaciones deben convertirse en una práctica habitual tanto en el hogar como en los centros de salud.

El presente se construye sobre los éxitos del pasado

Las sales de rehidratación oral (SRO), la terapia de rehidratación oral (TRO) y otros componentes del tratamiento clínico de la diarrea han contribuido a reducir enormemente el número de muertes por este trastorno. Sin embargo, para alcanzar los objetivos mundiales falta mucho por hacer.

El conocimiento que tienen las familias acerca de la diarrea se debe reforzar, especialmente en temas como la prevención, la nutrición, el uso de SRO/TRO, los suplementos de zinc y cuándo y dónde buscar asistencia médica. En lo posible, se debe alentar a las familias a que siempre tengan zinc en casa (en jarabe o en tabletas) y paquetes de SRO listos para mezclarlos y utilizarlos en caso de necesidad. La lactancia materna debe continuar junto con la administración de líquidos apropiados o sales de rehidratación oral (SRO).

Recomendaciones

Las recomendaciones revisadas hacen hincapié en la importancia de que la familia y la comunidad aprendan a tratar la diarrea, y de que ese tratamiento se convierta en una práctica habitual en los hogares y en los centros de salud. Cuando se logra este propósito, las personas encargadas de los niños y las niñas actúan rápidamente ante la primera señal de diarrea, en lugar de esperar.

Las madres y los cuidadores deben

• Prevenir la deshidratación administrando, ante la primera señal de diarrea, una mayor cantidad de líquidos disponibles en el hogar y la solución de SRO, si la hay.

• Continuar alimentando al niño o a la niña (o aumentar la lactancia) durante el episodio, y aumentar después la alimentación

• Reconocer las señales de deshidratación y llevar al niño o la niña a un centro de salud para que le administren SRO o solución intravenosa de electrolitos, y familiarizarse con otros síntomas que requieren tratamiento médico (por ejemplo, deposiciones diarreicas sanguinolentas)

• Administrar a los niños y niñas 20 mg diarios de suplementos de zinc durante 10 a 14 días (administrar 10 mg diarios a los menores de seis meses).

Los agentes de atención de salud deben

• Aconsejar a las madres que, ante las primeras señales de diarrea, empiecen a dar a sus hijos líquidos apropiados que tengan en su hogar

• Tratar la deshidratación con SRO (o con una solución intravenosa de electrolitos, en caso de deshidratación grave)

• Recalcar la importancia de continuar la alimentación o aumentar la lactancia durante el episodio diarreico, y aumentarla después

• Administrar antibióticos únicamente cuando sea lo indicado (por ejemplo, cuando haya deposiciones diarreicas sanguinolentas o shigellosis) y abstenerse de administrar medicamentos antidiarreicos.

• Administrar a los niños y niñas 20 mg diarios de suplementos de zinc durante 10 a 14 días (dar a los menores de seis meses 10 mg diarios)

• Advertir a las madres que cuando sus hijos e hijas vuelvan a sufrir diarrea deben darles más líquidos de lo usual y seguir alimentándolos

Al tratar casos de diarrea infantil, los agentes de atención de la salud deben suministrar a las madres u otros cuidadores dos paquetes de SRO de un litro cada uno para utilizarlos en el hogar mientras la diarrea se detiene, así como también suplementos de zinc para continuar el tratamiento durante 10 a 14 días. De igual modo, deben entregarles material impreso (con texto e ilustraciones) con consejos para la prevención y el tratamiento de la diarrea en el hogar.

Los países deben

• Desarrollar un plan de 3 a 5 años para reducir la tasa de mortalidad por enfermedades diarreicas

• Evaluar los progresos en la lucha contra las enfermedades diarreicas verificando la tasa de utilización de las sales de rehidratación oral (SRO) y de la terapia de rehidratación oral (TRO), el tratamiento en el hogar y el uso de los suplementos de zinc

• A través de los medios y de la comunicación directa y personal, difundir mensajes sobre la prevención de la diarrea, el tratamiento en el hogar de este trastorno y la búsqueda de asistencia médica adecuada

• A través de los canales privados y públicos, dar a conocer con carácter prioritario la existencia de la nueva solución de SRO y los suplementos de zinc

• Diseñar estrategias para enseñar a todos los agentes de atención de la salud a tratar la diarrea utilizando la nueva solución de SRO y los suplementos de zinc

• Promover el desarrollo de una fórmula a base de zinc que sea eficaz en función de su costo, y de fácil administración para los recién nacidos y los niños y niñas

• Identificar los obstáculos que dificultan el tratamiento en el hogar de la diarrea aguda y el uso de SRO y de suplementos de zinc.

La UNICEF, la OMS y otros asociados apoyarán estas acciones

• Facilitando e invirtiendo recursos para garantizar que los países adopten y pongan en práctica estas recomendaciones revisadas

• Colaborando con los gobiernos y el sector privado, incluidas organizaciones no gubernamentales y empresas, para difundir estas recomendaciones a la mayor brevedad

• Proporcionando suplementos de zinc y soluciones de SRO a los países que no están capacitados para producirlos con los estándares de calidad requeridos

• Divulgando a través de los medios de comunicación los mecanismos de prevención y tratamiento de la diarrea, entre ellos el uso habitual de la nueva solución de SRO y los suplementos de zinc.

ANEXO Nº 3

IRF

HISTORIA CLINICA DE EMERGENCIAS

Ministerio de Salud

N° HISTORIA CLINICA:	DNI:		PRIORIDAD:
FECHA: INGRESO:	HORA:	TELEFONO FAMILIAR:	CONDICIÓN: SIS / PARTICULAR

A.- FILIACIÓN

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	EDAD	SEXO
AV-CALLE-PSJE	UNIDAD VECINAL	DISTRITO	PROVINCIA	
FECHA DE NACIMIENTO	PROCEDENCIA		ESTADO CIVIL	RELIGIÓN

PERSONA QUE ACOMPAÑA AL PACIENTE:

FUNCIONES VITALES	PESO	TALLA	T°	F. RESPIRATORIAS	F.CARDIACA	SATURACIÓN	PRESIÓN ARTERIAL

TIEMPO DE ENFERMEDAD	DIAS	HORAS	MINUTOS

MOTIVO DE EMERGENCIA:

ANTECEDENTES:

1.- PATOLÓGICOS:

2.- FISIOLÓGICOS:

3.- FAMILIARES

4.- LABORALES:

EXAMEN CLINICO PREFERENCIAL:

ESTADO GENERAL :

PIEL:

APARATO CARIOVASCULAR:

APARATO RESPIRATORIO

ABDOMEN :

APARATO URINARIO:

SISTEMA NERVIOSO:

EXTREMIDADES

DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS	1.-
	2.-
	3.-
	4.-
	5.-

TRATAMIENTO INICIAL :

1.-
2.-
3.-
4.-
5.-
6.-
7.-
8.-
9.-
10.-
11.-
12.-
13.-
14.-
15.-
16.-

EXAMENES INICIALES :

EVOLUCIÓN :

DIAGNÓSTICOS DE ALTA	1.-
FECHA:	2.-
	3.-
HORA:	4.-
	5.-

CONDICIÓN DE EGRESO		
1.- REFERENCIA:	2.- HOSPITALIZACIÓN:	3.-ALTA:

MEDICO TRATANTE

NOMBRE Y APELLIDO - MÉDICO	ESPECIALIDAD	SELLO Y FIRMA