



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD DIRIGIDO A PADRES DE NIÑOS CON GASTROENTERITIS PARA EVITAR SU REINGRESO AL HOSPITAL GENERAL "DR. DARIO FERNANDEZ" DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL AL SERVICIO DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA COORDINACION DE INVESTIGACION U. N. A. M.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE: LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A : CANDIDA CASTILLO RIVERA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE

	PAG.
INTRODUCCION	1
Objetivos	3
Hipótesis	3
Variables	3
Metodología	4
I. MARCO TEORICO	5
1.1 Generalidades de Anatomía y Fisiología del Aparato Digestivo	5
1.1.1 Anatomía y Fisiología de los órganos del Aparato Digestivo	5
1.1.2 Digestión y absorción de los alimentos	17
1.2 Historia Natural de la Gastroenteritis	21
1.2.1 Gastroenteritis	21
1.2.2 Etiología	24
1.2.3 Epidemiología	24
1.2.4 Sintomatología	26
1.2.5 Diagnóstico	30
1.2.6 Tratamiento	32

	PAG.
1.2.7 Complicaciones	36
1.2.8 Niveles de prevención	43
1.3 La educación para la salud	50
1.3.1 Concepto, objetivos y principios	50
1.3.2 Importancia y trascendencia	52
1.3.3 Métodos y técnicas de educación para la salud en función de:	53
a) Crear hábitos, costumbres y va lores favorecedores de la sa- lud	
b) Lograr la participación acti- va de los individuos, grupos, comunidades en la atención de la salud.	
1.3.4 Diseño de programas y acciones de educación para la salud en función de necesidades y problemas indivi- duales, familiares y regionales.	61
II. ESQUEMA DE LA INVESTIGACION	68
2.1 Metodología de la Investigación	68
III. RESULTADOS	74
3.1 Propuesta de un programa de educación para la salud, dirigido a padres de niños con gastroenteritis	98

	PAG.
3.2 Comprobación de Hipótesis	107
3.3 Replanteamiento del problema	108
CONCLUSIONES	109
BIBLIOGRAFIA	115
ANEXOS:	122
1. Cuestionario para padres de familia	123
2. Cuestionario para el personal de en fermería	128

INDICE DE CUADROS ESTADISTICOS

Cuadro 1: Escolaridad de los padres de familia

2: Distribución de ocupación de los padres de familia.

3: Distribución de integrantes en la familia

4: Distribución del ingreso mensual de los padres de familia.

5: Distribución de la frecuencia en que se lavan las manos los padres de familia.

6: En la preparación de frutas y verduras por los padres de familia.

7: Distribución del tiempo de desinfección del agua utilizada por los padres de familia.

8: Información proporcionada por el personal de enfermería.

9: Personal de enfermería que proporciona información a padres de lactantes hospitalizados.

Cuadro 10: Personal de enfermería que proporciona orientación a padres de niños sobre el cuidado del niño durante su hospitalización.

11: Distribución de las indicaciones que proporciona el personal de enfermería a los padres de familia al egreso del lactante.

INDICE DE GRAFICAS

- GRAFICA 1: Proporción del grado de escolaridad de los padres de familia.
- 2: Distribución de ocupación de los padres de familia.
- 3: Distribución de integrantes en la familia de los padres de familia.
- 4: Distribución del ingreso mensual de los padres de familia.
- 5: Distribución de la frecuencia en que se lavan las manos los padres de familia.
- 6: En la preparación de frutas y verduras los padres de familia.
- 7: Distribución del tiempo de desinfección del agua utilizada por los padres de familia.
- 8: Información proporcionada por el personal de enfermería.
- 9: Personal de enfermería que proporciona información a padres de lactantes hospitalizados.

Gráfica 10: Personal de enfermería que proporciona orientación a padres de niños sobre el cuidado del niño durante su hospitalización.

11: Distribución de las indicaciones que proporciona el personal de enfermería a los padres de familia al egreso del lactante.

INTRODUCCION

La gastroenteritis en México es motivo de gran preocupación entre los integrantes del equipo interdisciplinario de salud. Las estadísticas señalan que ocupa uno de los primeros lugares dentro de las diez principales causas de morbilidad y mortalidad en nuestro país, la población susceptible o predispuesta es la que vive en el área rural y suburbana, en donde la comunidad carece de servicios públicos como agua potable, alcantarillado, energía eléctrica y recursos económicos, sociales, educacionales y de infraestructura necesarias para elevar su nivel de vida.

La estructura económico-social del país, es la que ejerce una determinante primaria sobre la salud y la enfermedad. Las crisis económicas que se experimentan traen como consecuencia una agudización de los daños correspondientes a la esfera sanitaria.

Esta enfermedad se ha incrementado debido a la situación que atraviesa México, pues la crisis económica tiene mayor impacto en la comunidad de escasos recursos económicos, sociales y educacionales.

La gastroenteritis es una enfermedad infecciosa en donde se afectan algunos órganos del aparato digestivo como son: el

estómago e intestinos delgado y grueso, y esto repercute en el estado nutricional del individuo y su estado inmunológico.

El profesional de la salud, especialmente el personal de enfermería, tiene un campo sumamente fecundo para el desarrollo de actividades relacionadas con la educación para la salud de la comunidad, colaborando como educadora de la salud en coordinación con la población y utilizando los recursos de dicha comunidad.

La comunidad con su nuevo enfoque de participación en sus problemas, demuestra cómo la utilización sencilla y orientada de sus recursos disponibles es un eje central en la prevención de los padecimientos gastrointestinales.

El interactuar del equipo multidisciplinario con la comunidad seguramente favorecerá la perspectiva de lograr la tarea de disminuir la morbilidad de este padecimiento.

OBJETIVO GENERAL DEL ESTUDIO:

Identificar los factores que determinan el reingreso de los niños con gastroenteritis.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Describir la historia natural de la gastroenteritis.
- Elaborar un programa de educación para la salud, dirigido a padres de niños hospitalizados con gastroenteritis.

HIPOTESIS:

La educación para la salud oportuna impartida a los padres de familia por el personal de enfermería disminuye el reingreso de pacientes con gastroenteritis.

VARIABLES:

Dependiente:

Padres de familia

Reingreso de lactantes con gastroenteritis

Independiente:

Educación para la salud oportuna

Personal de Enfermería

Limitación del campo:

Area geográfica: Ciudad de México

Campo de Investigación:

Hospital General "Dr. Darío Fernández F."

Grupos humanos:

Padres de familia de los niños internados en el servicio de pediatría

Personal de enfermería que labora en el servicio de pediatría.

METODOLOGIA DEL TRABAJO

Marco teórico: investigación bibliográfica, datos registrados en fichas bibliográficas y de trabajo.

Fuentes indirectas: expediente clínicos de niños con el diagnóstico de gastroenteritis.

Fuentes directas: Los padres de niños que reingresaron al servicio de pediatría con el diagnóstico de gastroenteritis.

El personal de enfermería que labora en el departamento de pediatría.

El procesamiento de los datos se realizó mediante la descripción en cuadros y gráficas.

I. MARCO TEORICO

1.1 Generalidades de Anatomía y Fisiología del Aparato Digestivo.

1.1.1 Anatomía y Fisiología de los órganos del Aparato Digestivo.

Los órganos del aparato digestivo efectúan en conjunto una función vital: la de preparar los alimentos para la absorción y para uso por los millones de células de la economía.

Cuando se ingieren los alimentos, éstos no pueden llegar a las células, es necesario que se modifique su composición química y estado físico. Este fenómeno de modificar la composición química y física de los alimentos para que puedan ser absorbidos y utilizados por las células de la economía se llama digestión, esta función es del aparato digestivo.

Parte del aparato gastrointestinal, el intestino grueso, también actúa como órgano de eliminación, pues elimina de la economía los desechos que resultan de la digestión.

Los órganos principales del aparato digestivo forman un

tubo que se extiende a todo lo largo de las cavidades ventrales del cuerpo. Se encuentra cubierta en ambos extremos.

El aparato alimentario está formado por los siguientes órganos: boca, faringe, esófago, estómago e intestino. Existen órganos accesorios del aparato gastrointestinal que son: glándulas salivales, dientes, hígado, vesícula biliar, páncreas y apéndice cecal.

El aparato digestivo es un tubo y sus paredes están compuestas de cuatro capas de tejidos: revestimiento mucosa, túnica submucosa de tejido conectivo, túnica muscular y túnica fibrosa.

1.1.1.1 Boca

La cavidad bucal está formada por las siguientes estructuras: carrillos, lengua, paladares duros y blandos.

La boca está revestida de mucosa.

Las glándulas salivales y los dientes son órganos accesorios de la boca.

La lengua tiene varios músculos que se originan en los huesos del cráneo y después se insertan en la lengua; las elevaciones ásperas de la superficie lingual se llaman papilas. Existen tres tipos: filiformes, fungiformes y circunvaladas.

Las papilas filiformes son estructuras a manera de hilo.

Las papilas fungiformes son elevaciones semejantes a botón.

Las papilas circunvaladas forman una V en la parte posterior de la lengua.^{1/}

1.1.1.2 Glándulas salivales

Son tres los pares de glándulas que secretan saliva por conductos que se abren en la boca.

La glándula parótida está localizada por debajo y por delante de la oreja; la submaxilar se encuentra en la porción del suelo de la boca y la sublingual está en la parte anterior del suelo de la boca y debajo de la lengua.

1.1.1.3 Dientes

A los primeros dientes que brotan se les llama dientes de leche o dientes deciduos y las segundas piezas dentarias se les conoce como dientes permanentes.

Los dientes deciduos son 20, en éstos no hay premolares; el primer diente suele brotar hacia los 6 meses de edad y suelen caer entre los 6 y los 13 años de edad.

^{1/} Parker, Anthony, Catherine; Thibodeau, Gary, A. Anatomía y Fisiología, p. 476

1.1.1.4 Faringe

La faringe se llama comunmente garganta. Es una estructura tubular de 12.5 cm. de longitud aproximadamente, que se extiende desde la base del cráneo hasta el esófago y está situada inmediatamente por delante de las vértebras cervicales; posee tres partes: una, localizada por detrás de la nariz, la nasofaringe; la segunda detrás de la boca, la bucofaringea y la tercera detrás de la laringe, laringofaringe.

Las amígdalas están situadas en la nasofaringe, sobre la parte posterior frente a los coanas.

La faringe actúa como vestíbulo para los aparatos respiratorio y digestivo; por este órgano pasan el aire y los alimentos antes de llegar a los sitios adecuados. También tiene papel importante en la fonación.^{2/}

1.1.1.5 Esófago

El esófago es un tubo muscular de 25 cm. de longitud, se extiende de la faringe al estómago y atraviesa el diafragma al descender de la cavidad torácica a la abdominal; está situado por detrás de la tráquea y el corazón. El esófago puede colapsarse.

2/ Ibidem. p. 444

1.1.1.6 Estómago

Se encuentra por debajo del diafragma, en esta parte el aparato alimentario se dilata en una estructura alargada semejante a saco.

El volumen del estómago varía según diversos factores, especialmente sexo y magnitud de la distensión. El estómago de la mujer es más delgado y menor que el del varón.

El estómago está dividido en 3 partes que son: fondo, cuerpo y píloro. El fondo es la porción agrandada a la izquierda y por arriba de la desembocadura del esófago en el estómago.

El cuerpo es la porción central, y el píloro la porción inferior.

El borde superior derecho del estómago presenta lo que se llama curvatura menor y el borde inferior izquierdo, la curvatura mayor.

Los músculos de los esfínteres protegen los dos orificios del estómago.

El cardias está situado entre el esófago y el estómago, y el esfínter pilórico protege la desembocadura de la porción pilórica del estómago en la primera porción del intestino delgado (duodeno).

En la mucosa del estómago hay varias glándulas tubulares microscópicas; las situadas en la mucosa que reviste el fondo y el cuerpo del estómago secretan mayor parte del jugo gástrico y éste contiene moco, enzimas y ácido clorhídrico.

El estómago actúa como reservorio al almacenar los alimentos hasta que éstos puedan ser digeridos por partes y continuar con el resto del aparato gastrointestinal, secreta jugo gástrico, produce movimientos de batido o mezcla de los alimentos, disgregándolos en partículas pequeñas y mezclándolas con el jugo gástrico, absorbe parte de agua de los alimentos, alcohol y algunos fármacos y produce la hormona gastrina en las células ubicadas en la región pilórica.

1.1.1.7 Intestino Delgado

Es un tubo que mide alrededor de 2.5 cm. de diámetro y 6m. de longitud; sus asas enrolladas ocupan la mayor parte de la cavidad abdominal.^{3/}

El intestino delgado consiste en tres partes: el duodeno, yeyuno e íleon. El duodeno es la primera porción, y la que se une al extremo pilórico del estómago, se asemeja a una letra C.

3/ Ibidem, p. 480

El duodeno se convierte en yeyuno en el lugar donde el intestino se vuelve en forma brusca hacia adelante y abajo.

La porción yeyunal, forma aproximadamente 2.4 m. y posteriormente se convierte en íleon, esta separación no se ve entre las dos porciones; el íleon tiene aproximadamente 3.6 m. de longitud.^{4/}

El intestino delgado tiene tres funciones principales; completa la digestión de alimentos, absorbe los productos terminales de la digestión llevándolos a la sangre y la linfa y secreta hormonas que ayudan a regular la secreción de jugo pancreático, bilis y jugo intestinal.

1.1.1.8 Intestino Grueso

Al intestino grueso se le llama así, porque tiene un diámetro bastante mayor que el intestino delgado; su longitud es bastante menor y disminuye al finalizar.

El intestino grueso se divide en ciego, colon y recto.

La parte inicial del intestino grueso se llama ciego y corresponde a los 5 a 8 cm. Esta parte está ubicada en la fosa ilíaca derecha.^{5/}

^{4/} Ibidem, p. 480

^{5/} Ibidem, p. 482

El colon se divide en porciones ascendente, transversal, descendente y sigmoidea.

El recto es la última porción del intestino que comprende 17.5 a 20 cm., se llama recto^{6/} Los 25 cm. finales del recto reciben el nombre de conducto anal. La mucosa que reviste está dispuesta en muchos pliegues verticales llamados columnas de Morgani y cada una incluye una arteria y una vena. La desembocadura del conducto anal hacia el exterior está protegida por dos esfínteres, el interno de músculo liso y el externo de músculo estriado. El orificio se le da el nombre de ano.

Las funciones principales del intestino grueso son absorber agua y eliminar los productos de desecho de la digestión.

1.1.1.9 El Peritoneo

El peritoneo es una gran hoja continua de membrana serosa. Reviste todas las paredes de la cavidad abdominal y constituye la cubierta serosa exterior de los órganos abdominales.

^{6/} Ibidem, p. 486

El mesenterio es una proyección en forma de abanico del peritoneo parietal desde la región lumbar de la pared abdominal posterior, permite la movilidad libre de cada asa de intestino y ayuda a prevenir que se estrangule este largo tubo.

Existe otro pliegue casi igual pero menos extenso de peritoneo, llamado mesocolon transverso, que une al colon transverso con la pared abdominal posterior.

El epiplón mayor es una continuación de la serosa de la curvatura mayor del estómago y de la primera parte del duodeno hacia el colon transverso.

El epiplón menor se inserta desde el hígado hasta la curvatura menor del estómago y la primera parte del duodeno.

1.1.1.10 Hígado

Es la glándula más voluminosa de la economía, está situada por debajo del diafragma y ocupa la mayor parte del hipocondrio derecho y parte del epigastrio, pesa aproximadamente 1.5 Kg.

El ligamento falciforme divide al hígado en dos lóbulos principales, derecho e izquierdo; el lóbulo izquierdo constituye aproximadamente la sexta parte del hígado, y el lóbulo derecho comprende el resto y se divide en tres partes:

lóbulo derecho propiamente dicho, lóbulo caudado y lóbulo derecho. Cada lóbulo está dividido en muchos lobulillos por vasos sanguíneos de pequeño calibre y por cordones fábricos que forman una armazón de sostén que recibe el nombre de cápsula de Glisson, esta cápsula es prolongación de la cápsula de tejido conectivo grueso que rodea al hígado.

Las unidades anatómicas que forman esta víscera se llaman lobulillos hepáticos, son cilindros hexagonales o pentag^onales pequeños de 2 mm. de alto y 1 mm. de diámetro. Por el centro de cada lobulillo hepático atraviesa una rama de pequeño calibre de la vena hepática.^{7/}

Los conductos biliares de pequeño calibre dentro del híg^odo se unen y forman dos conductos de diámetro mayor que salen por la cara inferior del órgano con el nombre de conductos hepáticos derecho e izquierdo y se unen para formar el conducto hepático; el conducto hepático se une al conducto cístico que proviene de la vesícula biliar, y así se forma el conducto colédoco.

El hígado es uno de los órganos más vitales del organismo y sus funciones principales son las siguientes: las célu -

7/ Tórtora, J. Gerard; Anagnostakos, Nicholas; Principios de Anatomía y Fisiología; p. 751

las hepáticas secretan aproximadamente medio litro de bilis al día, estas células efectúan una serie de etapas importantes del metabolismo de las tres clases de alimentos: proteínas, grasas y carbohidratos, también las células desintoxican diversas sustancias y almacenan muchas sustancias como: hierro y vitamina A₁, B₁₂ y D.

El hígado es una glándula exocrina ya que secreta la bilis hacia los conductos.

La bilis está compuesta de sales biliares, bilirrubina y colesterol. Las células hepáticas sintetizan colesterol.

La bilirrubina se forma en las células retículo-endoteliales a partir de la hemoglobina liberada hacia la sangre por la destrucción de los eritrocitos.

1.1.1.11 Vesícula Biliar

La vesícula biliar es un saco periforme de 7 a 10 cm. de longitud y 3 cm. de ancho. Está situada en la cara inferior del hígado.^{8/}

La función de la vesícula biliar, es concentrar y almacenar la bilis que le llega por los conductos hepáticos y cístico.

^{8/} Parker, Anthony; et al; Op.cit. p.491

1.1.1.12 Páncreas

Es una glándula de color sonrosado grisáceo de 12 a 15 cm. de largo, que pesa aproximadamente 60 gr. Está compuesto por dos tipos bien diferenciados de tejido glandular, uno exocrino y otro endocrino. Casi todo el tejido exocrino, con una distribución acinar compuesta.

La palabra "acinar" quiere decir que las células tienen una distribución como de uvas y que liberan sus secreciones en un conducto microscópico dentro de cada unidad.

Dentro de las glándulas exocrinas del páncreas, como muchos pequeños islotes se encuentran embebidos cúmulos de células endocrinas que se llaman islotes pancreáticos.

Las funciones del páncreas son las siguientes:

- Las unidades tubuloacinosas del páncreas secretan las enzimas digestivas que componen el jugo pancreático; por esto, el páncreas tiene papel importante en la digestión.
- Las células beta del páncreas secretan insulina, hormona que tiene acción reguladora importante en el metabolismo de los carbohidratos.
- Otra hormona que secreta es glucagon y ésta participa en el metabolismo de los carbohidratos.

1.1.1.13 Apéndice

El apéndice es un tubo que tiene la forma de un fondo de sa que se desprende de la porción inferior del ciego. La estructura del apéndice es semejante a la del resto del intestino.

1.1.2 Digestión y absorción de los alimentos.

1.1.2.1 Digestión:

Son todos los cambios que experimentan los alimentos en el aparato digestivo.

La digestión tiene como objetivo de convertir los alimentos digeridos en sustancias que puedan absorber y utilizar el cuerpo.^{9/}

La digestión se hace necesaria, porque los alimentos, como se ingieren son demasiado complejos en composición física y química para atravesar la mucosa intestinal hacia la sangre, o para que las células los utilicen para obtener energía y elaborar tejidos.

Hay dos tipos de cambios digestivos: mecánicos y químicos.

9/ Parker, Anthony; et al; Op. cit.; p. 493

1.1.2.2 Digestión Mecánica

Esta consiste en todos los movimientos del aparato gastrointestinal que producen los siguientes hechos:

- Modificación del estado físico de los alimentos ingeridos desde fragmentos grandes y macizos a partículas pequeñas, lo cual facilita la digestión química.
- Revolver y batir el contenido intestinal, se mezclan con los jugos digestivos, y que se pongan en contacto con la mucosa intestinal, y esto facilita la absorción.
- Impulsar los alimentos a lo largo del aparato alimentario, para eliminar por último los desechos digestivos de la ecología.

La Deglución:

Está constituida por tres etapas principales: la primera, que es voluntaria, consiste en el paso de los alimentos de la boca a la faringe; la segunda y la tercera etapas, ambas son involuntarias, consisten en el paso del alimento de la faringe al esófago y por último, hasta el estómago.

En la primera etapa, los alimentos se humedecen con la saliva y se forma una masa, ésta pasa a la bucofaringe. Esta primera etapa está controlada por la corteza cerebral.

El bolo alimenticio se desliza hacia atrás de la epiglotis para entrar por la laringofaringe. La combinación de gravedad y contracciones de faringe y esófago impulsan el bolo hacia el tubo esofágico.

La deglución es proceso complejo que requiere la coordinación de muchos músculos y otras estructuras de la cabeza y el cuello.

Vaciamiento del estómago:

El proceso de vaciamiento del estómago requiere de dos a seis horas después de una comida, según lo que se haya ingerido. Se forma un material blanco lechoso, denominado quimo, que se vierte aproximadamente cada 20 segundos hacia el duodeno, este hecho está regulado por dos mecanismos, uno hormonal y otro nervioso. Las grasas que se encuentran en el duodeno estimulan la mucosa intestinal para que libere una hormona denominada enterogastrona hacia la sangre, esta hormona tiene un efecto inhibitor sobre la musculatura gástrica que disminuye su peristalsis y por esto, hace más lento el paso de alimentos hacia el duodeno.

La defecación:

Es un reflejo producido por estímulo de los receptores de la mucosa rectal.

En estado normal, el recto está vacío hasta que el peristaltismo en masa hace que llegue a el material fecal desde el colon; se dilata el recto y produce el deseo de defecar. De igual manera, estimula el peristaltismo cólico y se desencadena relajación refleja del esfínter interno del ano.

1.1.2.3 Digestión Química

Esta consiste en todos los cambios de la composición química que experimentan los alimentos al cursar por el aparato alimentario. Resultan de hidrólisis de los alimentos, muchas enzimas que se presentan en los diversos jugos digestivos catalizan la hidrólisis de alimentos.

Distintas enzimas exigen diferente concentración de iones de hidrógeno en el medio para actuar de manera óptima.

La ptialina es la enzima óptima de la saliva, funciona de manera óptima en el pH neutro o algo de ácido. Es inactivada gradualmente por la acidez intensa del jugo gástrico.

1.1.2.4 Absorción

Es el paso de sustancias a través de la mucosa intestinal hacia la sangre o la linfa.

La absorción de los materiales en el intestino delgado se

efectúa a través de las vellosidades mediante difusión facilitada, ósmosis y transporte activo. Los monosacáridos y aminoácidos son absorbidos por los capilares sanguíneos de las vellosidades y transportados en el torrente sanguíneo hacia el hígado, mediante el sistema porta.

La mayor parte de los productos de la digestión de carbohidratos, proteínas y lípidos, son transformados por el hígado antes de pasar a las células de los diversos tejidos. En el intestino delgado también se absorben grandes cantidades de agua, electrolitos, sales minerales y algunas vitaminas.

1.2 Historia Natural de la Gastroenteritis

1.2.1 Gastroenteritis

Es una enfermedad infecciosa y parasitaria que se caracteriza por evacuaciones intestinales frecuentes líquidas, abundantes y se acompaña de fiebre y vómito.

1.2.2 Etiología

Los estudios encaminados a demostrar la etiología de la diarrea aguda, señalan que en la República Mexicana, la mayor proporción de los casos, se debe a agentes bacterianos, virales, parasitarios y con menos frecuencia a micóticos. A continuación se presenta un cuadro con los agentes que más frecuentemente se presentan en la gastro

enteritis aguda en sus diferentes grupos:

1.2.2.1 Agentes bacterianos.^{10/}

E. Coli

Salmonella

Shigella

Estafilococo

Vibrio cholera

Bacilus Cercus

Clostridium ferfringes

Proteux, klebsiella y pseudomonas

Yersinia enterocolítica

Vibrio parahemoliticus

Campylobacter fetus (sub-Jejuni)

C. Difficile

1.2.2.2 Agentes virales

Recientemente se ha demostrado el papel que algunos virus de sempañen en la etiología de la diarrea infecciosa aguda.

Rotavirus

Parvovirus

Coronavirus

Reovirus

^{10/} González Saldaña, Napoleón; et al; Infectología Clínica
pp. 149-150

Adenovirus Tipos 3,4 y 7

Agente Norwalk

Agente Hawai

Pequeños virus redondos

Echo 11,14 y 18

Coxsackie

Calicivirus

Pararotavirus

1.2.2.3 Agentes parasitarios

Es de importancia relevante en nuestro país, dada su elevada frecuencia, ya que como causante de enfermedad o bien como portador asintomático:

Entamoeba histolítica

Helminos

Cryptosporidium muris

1.2.2.4 Agentes micóticos

Extraordinariamente raros, se aprecian en pacientes inmuno deprimidos, o bien en aquéllos que han recibido tratamiento antimicrobiano múltiple.

Cándida Albicans^{11/}

11/ Ibidem, p. 150

1.2.2.5 Huésped

La gastroenteritis puede afectar a personas de todas las edades siendo más frecuentes en los niños menores de 5 años y más graves a menores de 2 años.

1.2.2.6 Medio Ambiente

Es más frecuente la gastroenteritis en el verano, estaciones calurosas, y en el medio rural.

La incidencia de esta enfermedad está ligada estrechamente a las condiciones higiénicas, sociales y educacionales del ambiente que rodea al niño, generalmente se presenta en el nivel socio-económico y educacional bajo, en donde hay carencia de servicios públicos, existe el hacinamiento, promiscuidad, desnutrición, deficientes hábitos de higiene, alimentos y falta de accesibilidad a los servicios médicos.

1.2.3 Epidemiología

Los padecimientos diarréicos constituyen un síndrome de etiología variada que incluye enfermedades infecciosas como la shigelosis, salmonelosis, amibiasis, enfermedades causadas por bacilos, virus, helminos y hongos.

Participando en forma secundaria otros factores, también las

asociadas con otras enfermedades como el sarampión, cuadros de hipertermia, diabetes...

Los estudios epidemiológicos de las diarreas llevan implícito el concepto de un factor infeccioso causal y relacionan infección entérica con manifestaciones clínicas, apreciándose se tasa muy elevadas en los primeros años de vida, según la fuente de información de las estadísticas de epidemiología, la diarrea ocupa el primer y segundo lugar de morbilidad y mortalidad en los países sub-desarrollados en los niños menores de cinco años variando la mortalidad en las diferentes entidades federativas.

Existen factores socioeconómicos y socioculturales que determinan el panorama epidemiológico de la enfermedad.

a) Vivienda:

Para 1980 existían 12,781,053 viviendas; con agua entubada, el 64.5%, y con drenaje el 71.2%^{12/}

b) Factores socioculturales:

Baja escolaridad de la población, sobre todo en el medio rural, patrones culturales inadecuados (tabúes, conceptos mágicos, sustancias purgantes) con elementos que ayudan a con

12/ Dirección General de la Salud Pública en el D.F., Unidad de actualización en servicio sobre hidratación oral. p.5

dicionar o determinar la aparición de esta patología.

Las instituciones del Sector Salud en el país, hasta el momento no han logrado un control satisfactorio en la manifestación de este padecimiento, los que constituyen un problema importante de salud pública, ya que son poco vulnerables y trascienden el ámbito de la medicina, estando íntimamente relacionados con el desarrollo social del país.

La morbilidad en el país, es ascendente y debido al subregistro (pues de 3 diarreas anuales que puede sufrir un individuo, sólo uno se notifica), los datos no son muy veraces.^{13/}

La tendencia de la mortalidad por el padecimiento, es descendente en el país, pues de una tasa de 166.7 por 100,000 habitantes en 1960, que representaron 60.098 defunciones descendió a una tasa de 55.1 por 100,000 habitantes en 1980 lo que registró 37,125 defunciones.^{14/}

1.2.4 Sintomatología

La sintomatología que presentan los lactantes en la gastroenteritis dependerá del agente etiológico que produce la enfermedad. El cuadro clínico por sí mismo no permite identificar con certeza cuál es el microorganismo causal.

13/ Ibidem, p.6

14/ Ibidem, p.6

Existen datos que pueden ser de utilidad, sobre todo en aquellos casos en que la realización de los exámenes encaminados a determinar la etiología no son factibles de llevarse a cabo, o no se encuentran al alcance del médico.

Cuando la gastroenteritis es causada por los microorganismos rotavirus se produce en los lactantes un brusco ataque de vómito y diarrea. Posteriormente hay la aparición de fiebre habitualmente entre 38 y 39°C.

La diarrea es intensa y generalmente no se acompaña de moco y sangre. La duración de la enfermedad es breve.

La fiebre y el vómito se resuelven en 24 a 48 horas y el cuadro enteral se autolimita en un lapso promedio de siete días. La excreción de rotavirus en las evacuaciones suele ocurrir del tercer al octavo día de la enfermedad, aunque existen inmunodeprimidos, por un lapso de un mes de promedio.

La E.Coli, es un agente causal de dos tipos: La E.Coli enteroinvasiva y la enterotoxigénica.

El cuadro clínico causado por la E.Coli enteroinvasiva se manifiesta con evacuaciones de moderada cantidad, estas contienen moco y sangre. En la mayor parte de los casos se presenta fiebre continua, mayor de 38.5°C.

En forma asociada existen dolor abdominal y vómito, el paciente se ve con afección importante de su estado general y en ocasiones puede dar manifestaciones clínicas de septicemia.^{15/}

La E.Coli, enterotoxigénica afecta a todas las edades, su frecuencia es mayor en recién nacidos y lactantes menores; el estado general del paciente se encuentra moderadamente afectado; la fiebre se reporta no muy elevada, aunque en ocasiones puede cursar también con altas temperaturas; y las evacuaciones son líquidas, abundantes y sin sangre.

Desde el punto de vista epidemiológico, la shigelia, tiene una distribución mundial, en la República Mexicana, la más frecuente es shigella flexneri. Afecta todas las edades, predominando en la edad pediátrica entre uno y cuatro años de edad, siendo excepcional en niños menores de seis meses. El periodo de incubación del germen es de dos a cuatro días.

Al inicio del cuadro los datos son inespecíficos, pudiendo encontrarse únicamente fiebre de 39 a 40°C, continúa, asociada a molestias digestivas vagas, 48 horas después se inicia el cuadro diarreico con evacuaciones mucosas, con sangre, acompañadas de pujo y tenesmo.

^{15/} González Saldaña, Napoleón; et al. Op. cit. p. 156

En algunas ocasiones puede encontrarse pus en las heces fecales. La fiebre dura tres días y el cuadro enteral entre ocho y quince días. Son raras las complicaciones como deshidratación y septicemia.

La gastroenteritis por salmonella, afecta principalmente a los lactantes. La transmisión ocurre a través de la ingestión de alimentos contaminados y por medio de contacto con portadores humanos y animales domésticos. El inicio del cuadro es variable; los vómitos suelen ser un síntoma predominante, seguidos poco tiempo después de cólico abdominal y evacuaciones diarreicas de severidad variable, líquidas, con moco y con o sin sangre. Este cuadro clínico se acompaña de fiebre entre 38° y 39°C.^{16/}

Al explorar por palpación el abdomen existe dolor a nivel de cuerda cólica. Dicha enfermedad desaparece por lo general en cinco días, pero en ocasiones suele prolongarse por una a dos semanas.

La forma de inicio de amibiasis es gradual, con vómito, dolor abdominal, tenesmo y fiebre, no mayor de 38.5°C. El volumen de las heces, es escaso, siendo éstas de consistencia aguada; contienen moco y sangre y presenta dolor abdominal, tiende a persistir esta sintomatología.

^{16/} Ibidem, p. 158

En general la sintomatología que se presenta en la gastroenteritis son las evacuaciones diarreicas, pueden ser desde 5 hasta 30 ó 40 en las 24 horas, éstas son acompañadas de tenesmo, cólicos o molestias que causan el llanto del niño, ésta también se muestra irritable al manejo. Además están presentes otros síntomas digestivos como la náusea, los vómitos, la polidipsia. La lengua puede estar saburral, seca; el abdomen es a veces doloroso, y se encuentra metegorizado. La fiebre se registra en grados variables dependientes de la intensidad y naturaleza de la infección. Se agregan síntomas generales como anorexia, irritabilidad, astenia, adinamia.^{17/}

1.2.5 Diagnóstico

El estudio clínico minucioso de los pacientes con cuadros gastroenterales es de vital importancia; se realiza una exploración física completa para poder establecer las bases del diagnóstico, también el médico se apoyará en el interrogatorio que se lleva a cabo con la madre del niño y así tendrá la orientación necesaria para solicitar los exámenes que permitan confirmar un diagnóstico definitivo.

Durante la evaluación inicial el médico establecerá la cantidad del excremento diarreico, la capacidad del niño para conservar la ingesta oral y la presencia de vómitos acompa

ñantes. Se valoran a través de la exploración física, el estado de deshidratación. La presencia de lágrimas y saliva suele ser prueba de hidratación suficiente.

Una guía sencilla para saber el estado de hidratación es: la falta de lágrimas y la presencia de boca seca, sugieren deshidratación de 5%, en tanto que la añadidura de ojos hundidos, fontanela hundida y turgencia cutánea pobre sugiere deshidratación del 10%.

En caso de hipernatremia el estado de deshidratación puede ser más grave que el segundo por la exploración física, puesto que tiende a conservarse el volumen del líquido intracelular a expensas de volumen intracelular. Es esencial registrar el peso, se puede comparar con los pesos previos, y también se dispondrá de éste para revalorar la hidratación durante la evolución de la enfermedad. Es útil contar con informes sobre la frecuencia y la cantidad de orina, en especial si hay antecedentes de buena excreción urinaria.^{18/}

En cuanto a los exámenes de laboratorio y gabinete que se emplean para detectar el microorganismo que está ocasionando la enfermedad son: coprocultivo, coproparasitoscópico, biometría hemática, examen general de orina, amiba en fresco y una rectosigmoidoscopia.

1.2.6 Tratamiento

En principio, es conveniente establecer que en la mayoría de los cuadros gastrointestinales no deben usarse antibióticos y sólo en casos seleccionados o específicos se justifica su uso.

Como medidas generales se recomienda que el paciente lactante con gastroenteritis aguda, se le prescriba un ayuno por un tiempo no mayor de 6 a 8 horas, porque en este lapso el epitelio intestinal comienza a regenerarse. Después del ayuno se inicia la rehidratación oral con soluciones electrolíticas durante 24 horas, es la manera más fácil de restituir el agua y las sales perdidas durante la diarrea, esto se debe hacer aumentando líquidos.

Actualmente se está incrementando la hidratación por vía oral en virtud de que se han informado buenos resultados; mediante las soluciones electrolíticas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud.^{19/}

El contenido de cada sobre es:

^{19/} OMS. UNICEF. El tratamiento de la diarrea uso de la Terapia de R.O. Material de apoyo para personal técnico. Dirección de Comunicación y Proyectos Especiales, Mayo 1984.

Glucosa	20 gramos
Cloruro de Sodio	3.5 gramos
Bicarbonato de Sodio	2.5 gramos
Cloruro de Potasio	1.5 gramos

Este sobre se prepara en un litro de agua hervida y fría, se diluye el contenido en un recipiente perfectamente limpio; se debe preparar cada 24 horas.

En el segundo día se le iniciará a ofrecer pequeñas cantidades de fórmula láctea a media dilución, si ésta es aceptada y tolerada por el lactante se le empezará a dar alimentos sólidos como: la manzana, pera, guayaba, papa y zanahoria que son considerados astringentes.

La concentración de la fórmula láctea se incrementará paulatinamente, según la acepte el lactante, de tal manera que entre el cuarto y quinto día si su evolución es satisfactoria, se le administrará la fórmula a su concentración normal. Al cabo de seis a ocho días, en promedio, el niño deberá estar incorporado a su alimentación normal.

Cuando al lactante se le inicia la hidratación por vía oral y ésta no la acepta, tampoco la tolera y presenta vómitos pertinaces, o una verdadera intolerancia gástrica, la administración de soluciones se iniciará por vía parenteral, exclusivamente por venoclisis. La cantidad de líquido por ad

ministrar deberá tomar en consideración lo siguiente:

-Los requerimientos de mantenimiento basados en las pérdidas insensibles que ocurren normalmente en el organismo, y considerando, asimismo, el agua obligatoria renal, existen varios métodos para su determinación, siendo los más utilizados: el método del peso y el método del metro cuadrado.

-Las pérdidas previas, se refieren a las cantidades de agua perdidas por el niño a través del cuadro gastroenteral, hagta antes de su hospitalización, de 50 a 100 y 150 mililitros por kilogramo para los diferentes grados de deshidratación.

-Las pérdidas actuales, cantidades de agua perdidas por el niño durante su estancia en el hospital y cuantificadas a través de un estricto control de líquidos.

Tomando en cuenta lo anterior se aconseja administrar el total de líquidos, para 24 horas de la siguiente manera:

- a) Primeras 6 a 8 horas una cantidad igual a las pérdidas previas.
- b) Segundas 8 horas, el 50% de los requerimientos basales más las pérdidas ocurridas en las primeras 8 horas, de acuerdo con el balance de líquidos.

c) Terceras 8 horas, el 50% de los requerimientos basales, más las pérdidas ocurridas en las segundas 8 horas, de acuerdo con el balance de líquidos.^{20/}

Quando el paciente muestre datos de hipovolemia, se aconseja el uso de una carga rápida, a razón de 20 a 30ml. por kilogramo, para pasar en una o dos horas, a una velocidad de infusión de 10 ml./Kg./horas; dependiendo de la instalación de la diuresis se valorará una nueva carga de la misma dosis.^{21/}

Las soluciones más comunmente empleadas en caso de deshidratación parenteral son la solución de Hartman o de cloruro de sodio al 0.9%, dichas soluciones se mezclan en diferentes proporciones, con soluciones de dextrosa al 5 6 10%^{22/}

En el caso de fiebre se aconseja controlar la temperatura a través de medios físicos, ya que con frecuencia la vía oral y/o rectal no pueden ser utilizadas.

El tratamiento antimicrobiano dependerá del agente causal de que se trate. Si se trata de E.Coli enteroinvasiva se utiliza la gentamicina de 2 mg.por Kg. cada ocho horas; o el uso de amikacina en caso de presentar resistencia a la gentamicina, se utilizará la dosis de 7.5 mg/Kg. cada 8 horas.^{23/}

20/ González Saldaña, Napoleón; Op. cit.; p.167

21/ Ibidem, p. 168

22/ Hernández Valenzuela, Rogelio; Op.cit.; p. 298

23/ González Saldaña, Napoleón; Op.cit.; p.164

En la enfermedad shigelosis se administra la ampicilina de 25 a 50 mg. por kg. cada 6 horas durante 5 a 7 días por vía intramuscular. Si existe resistencia a la ampicilina se recomienda el uso de trimetoprim-sulfamethoxazol de 10 a 20 mg. h 40 a 80 mg/Kg. al día en dos dosis.^{24/}

En la amibiasis el medicamento ideal es el metronidazol en dosis de 2 gramos diarios por día durante 10 días, el clorhidrato de emetina, 1 miligramo por kilo de peso corporal de 5 a 10 días; la cloroquina, 900 miligramos diarios de 10 a 20 días; las yodoquinoleínas, 2 gramos al día de 10 a 20 días, así como algunos antibióticos, tales como la oxitetraciclina, 1.5 gramos por 10 días y la eritromicina, 300 miligramos al día por 10 días.^{25/}

1.2.7 Complicaciones:

A pesar de los adelantos que existen hasta la fecha sobre el conocimiento de la gastroenteritis continúa siendo motivo de preocupación para el médico. en virtud de la frecuencia con que se presentan complicaciones, algunas de ellas tan graves que dan lugar a una elevada mortalidad entre la población.

Los peligros más graves de la diarrea son la deshidratación, la desnutrición e íleo paralítico que pueden llegar a

^{24/} Ibidem, p. 164

^{25/} Ibidem, p. 165

causar la muerte.

1.2.7.1 Deshidratación

La deshidratación es la principal complicación que se presenta en la gastroenteritis, es el estado consecutivo a la pérdida en grado variable, de agua y solutos. El reconocimiento tardío de esta alteración puede propiciar hipovolemia importante que incluso conduzca a estado de choque.

La deshidratación puede clasificarse en primero, segundo y tercer grado.

El primer grado es cuando se pierde el 5% del peso corporal, o bien 50 ml./Kl.^{26/}

Los primeros signos en aparecer son taquicardia y sequedad de las mucosas, fontanela hipotensa y disminución del tono ocular, seguido de signos de insuficiencia circulatoria y alteración de la elasticidad de la piel.

El segundo grado, es cuando existe una pérdida equivalente al 10% del peso corporal ó 100 ml./Kg., se observan los signos antes mencionados agregando fontanela deprimida, ojos hundidos, signos de lienzo húmedo, cianosis y moteado de las extremidades, pulso rápido, oliguria y acidosis me-

^{26/} Ibidem, p. 165

tabólica.

Tercer grado, se presenta cuando existe una pérdida del 15% del peso corporal, equivalente a 150 ml./Kg. continúa observándose los signos anteriores y se agregan signos severos de insuficiencia circulatoria con estado de choque encontrándose el paciente en anuria.^{27/}

El síndrome de deshidratación puede ser clasificada en relación con la concentración plasmática de sodio en tres tipos:

Osmolaridad

Deshidratación hipertónica:

La concentración de sodio sérico se encuentra por arriba de 150 meq./l.; la osmolaridad plasmática es mayor de 310 mOsm/l. La pérdida de sodio ha sido calculada entre 2 y 5 meq./Kg. al día.^{28/}

Clinicamente la piel, en lugar de perder su elasticidad y turgencia, presenta una consistencia pastosa y brillante; la fontanela y los globos oculares no se encuentran deprimidos proporcionalmente a la magnitud de la deshidratación,

^{27/}Ibidem, p. 165

^{28/}Bernández Valenzuela, Rogelio. Op.cit.; p. 306

existe fiebre y la mucosa oral y la lengua se encuentran secas, hay alteración de la conciencia, aumento del tono muscular, rigidez de nuca, episodios convulsivos y puede llegar a un estado de coma.

Deshidratación Hipotónica

La concentración plasmática de sodio se encuentra por debajo de 130 meq/l. con una osmolaridad sérica menor de 290 mOsm./l.

La pérdida de sodio en estos pacientes se considera entre 10 y 14 meq./Kg. al día.^{29/}

Es frecuente en el desnutrido, se caracteriza además de los datos de deshidratación, por ausencia de sed y poliuria, hipotonía neuromuscular, marcada hipotensión arterial cifras, bajas de hemoglobina y de hematócrito, ruidos cardíacos débiles.

Deshidratación Isotónica:

La concentración sérica de sodio se encuentra entre 130 y 150 mEq./l. con una osmolaridad plasmática de 300 mOsm./l.

^{29/} Ibidem; p. 306

Se considera que estos pacientes tienen una pérdida de sodio de 7 a 11 mEq./Kg. al día.^{30/}

Clínicamente se manifiesta por la presencia de signos universales de deshidratación (hundimiento de la fontanela anterior, disminución del tono ocular, ojos hundidos, sequedad de mucosas orales y cambios en la elasticidad de la piel), aunado a la presencia de taquicardia y signos de insuficiencia circulatoria.

Desequilibrio Acidobásico

Acidosis metabólica:

Es aquella que tiene su origen en pérdida elevadas de bases (fundamentalmente de sodio), con acentuada disminución del ion bicarbonato (reserva alcalina del plasma), y en consecuencia del poder de combinación del CO₂ (normal 23 a 27 mEq./l., encontrándose éste en el plasma en cantidad menor de 19 mEq./l.^{31/}

El cuadro clínico que presenta el paciente es: hiperpnea, polipnea como mecanismo compensador para eliminar iones H en forma de agua y CO₂, o sea, como manera de eliminar ácido carbónico, palidez de tegumentos, estupor, respiración de tipo kussmaul.

^{30/} Ibidem, p. 306

^{31/} Martínez y M. Roberto, et al.; La salud del niño y del adolescente. p. 671

Acidosis Respiratoria:

Es la disminución del pH por retención de iones hidrógenos por incapacidad pulmonar para eliminar ácido carbónico en forma de CO_2 y agua.

Clinicamente hay manifestaciones francas de insuficiencia respiratoria, polipnea acompañada de tiro y disnea, cianosis ungueal, peribucal o generalizada.

Alcalosis metabólica:

Es una condición de origen no respiratorio, caracterizada por aumento en la concentración de bicarbonato plasmático, acompañada o no de una desviación del pH sanguíneo por encima de 7.45^{32/}

En el cuadro clínico se observa: bradipnea con hipoventilación pulmonar, respiración suave y superficial, el paciente se encuentra hiperecitado, tetania por el Calcio iónico en sangre, que es llevado a hueso, debilidad y pueden existir convulsiones.

Alcalosis respiratoria:

La alcalosis respiratoria es una alteración y se presenta

32/ Ibidem; p. 672

como un resultado de una hiperventilación sostenida, que origina una reducción del contenido de CO₂, con o sin elevación del pH sérico.

Los signos clínicos son poco significativos: sordera, vértigo, temblores, sudoración, palpitaciones; asimismo pueden presentarse signos de tetania.

1.2.7.2 Estado de choque hipovolémico

Es secundario a una deshidratación grave por gastroenteritis aguda, sigue teniendo una frecuencia importante en nuestro medio, predomina más en los lactantes. Cualquiera que sea su causa, el estado del choque tiene como fenómeno básico la hipoperfusión tisular, que da lugar a hipoxia celular. Esta deficiencia en la perfusión tisular puede deberse a una disminución de volumen sanguíneo, plasma o agua, o bien a insuficiencia cardíaca, para lo cual, en todo caso, el gasto cardíaco se encuentra disminuido.

Clínicamente se manifiesta por un esfuerzo circulatorio para mantener la irrigación a nivel del encéfalo, con respuesta sistémica de vasoconstricción, se aprecia hipotermia de las extremidades con retardo en el llenado capilar, piel marmórea, colapso venoso, pulso débil y filiforme, ta

quicardia, disminución de la tensión arterial y de la presión venosa central. El tratamiento consistirá en la restauración del volumen circulante con soluciones isotónicas, corrección de la acidosis y desequilibrio osmótico.

1.2.7.3 Ileo paralítico.

El íleo paralítico constituye un hecho relativamente frecuente en el niño con gastroenteritis, se cree que es consecuencia a una situación de tipo metabólico, se manifiesta por la presencia de meteorismo y datos de suboclusión intestinal. Cuando ocurre distensión abdominal en un niño, o la misma persiste a pesar de una corrección hidroelectrolítica adecuada, habrá que pensar en una perforación por lo que la presencia de íleo deberá ser una llamada de atención al médico que atienda el caso para que se vigile periódicamente al paciente.

1.2.8 Niveles de prevención

1.2.8.1 El papel del profesional de enfermería en la atención primaria a los lactantes con gastroenteritis.

La salud de la comunidad ha sido por muchos años, el objeto de atención de enfermería, cuyas acciones están dirigidas a la población en su contexto social y a satisfacer

necesidades de salud de los individuos que la forman y ayudar a la comunidad a alcanzar un nivel de salud cada vez mejor.

Las actividades iniciales fueron fundamentalmente de reparación y con el tiempo la enfermera encontró en la prevención una perspectiva más amplia para ayudar a las personas, a las familias y a las colectividades en sus esfuerzos por superar sus problemas.

En este campo de acción se requiere, personal profesional de enfermería capacitado para actuar en forma organizada como parte integrante del Sector Salud, en el que pueda demostrar y comprobar teorías para la máxima eficacia en el primer nivel de prevención.

Las funciones y actividades que desempeña el profesional de enfermería en el primer nivel de prevención son:

Actividades de apoyo administrativo como son: identificación de recursos humanos y materiales, orientación y asesoramiento al personal sanitario a su cargo, supervisión de las actividades encomendadas, desarrollo de un plan global de cuidados preventivos.^{33/}

33/ Martínez y M. Roberto, et al.; Op.cit. p. 600

Para realizar actividades educativas y prevenir las diarreas primero debemos conocer bien a la población o comunidad con la que se va a trabajar. Sus recursos, su medio ambiente, su cultura y nivel socioeconómico. Teniendo estos antecedentes se hará una planeación educativa adecuada a la problemática que se presenta, teniendo en mente los múltiples agentes capaces de producir diarreas, los diferentes mecanismos de transmisión y la fuente de infección.

Debemos hacer conciencia de la importancia de los hábitos higiénicos en la población.

La utilización de vacunas se encuentra en proceso de experimentación y estudio.

Se sugiere las siguientes acciones educativas, por medio de la información, charlas, demostraciones, carteles y programas educativos:

1. Eliminación y tratamiento de excretas
2. Aseo correcto de manos
3. Promover alimentación del niño lactante al seno materno
4. Manejo correcto de agua
5. Proteger los alimentos de fauna y polvo
6. Lavado correcto de fruta y verduras
7. Educación a manejadores de alimentos

8. Manejo de leche y biberones a madres que den este tipo de alimento.
9. Evitar que los animales domésticos estén dentro del cuarto donde comen y duermen.
10. Enseñar a la comunidad a consumir alimentos nutritivos, de más bajo costo y de la estación.
11. Tratamiento de basura
12. Conservación de alimentos en meses calurosos
13. Baño diario a niños menores de 2 años en meses calurosos.
14. Higiene personal.
15. Instruir a las madres sobre las medidas de aplicación inmediata en el hogar, con respecto al tratamiento de las diarreas, mediante la hidratación por vía oral a fin de evitar que el problema resulte más difícil.
16. Informar a la colectividad sobre los servicios de salud instituidos en la población y sobre la naturaleza de la asistencia que prestan, además de todas las acciones que sean necesarias para evitar enfermedades gastrointestinales, con la coordinación de otras instituciones u organismos que puedan mejorar las condiciones ambientales, como proporcionar agua potable, drenaje, etc.

1.2.8.2 Segundo nivel de prevención

Diagnóstico temprano:

El papel de la enfermera en esta etapa se lleva a cabo mediante el proceso de atención de enfermería, cuyo modelo sistemático en la práctica se utiliza a juicio crítico de la enfermera y de cada paciente.

El profesional de enfermería inicia sus acciones observando al paciente, para identificar cuál es el problema o problemas y necesidades del individuo, una vez que ya identificó la problemática jerarquiza dichos problemas e inicia con su tarea.

Tratamiento Oportuno:

Las acciones a realizar serán de acuerdo a cada paciente, se mencionan las más específicas:

Colaborar en la exploración física del paciente e identificación de los signos y síntomas que manifiesta el lactante, además se realiza la somatometría y peso.

Participar en la toma de productos como la amiba en frés - co, coproparasitoscópico en serie, la biometría hemática, química sanguínea y examen general de orina.

En el tratamiento el profesional de enfermería mantendrá al lactante en ayuno por un lapso de 6 a 8 horas, posteriormente se iniciará la hidratación oral del niño, al segundo día se continúa la alimentación con fórmula láctea a media dilución. Si el pequeño acepta y tolera su fórmula se iniciarán alimentos sólidos.

También se mantendrá una vía endovenosa permeable para suministrar líquidos y así se evita que el paciente se deshidrate.

Controlar la temperatura en caso de fiebre por medios físicos y químicos.

La enfermera administrará los medicamentos como: antibióticos, antipiréticos, antieméticos.

Otro de los cuidados importantes es el vigilar número y características de las evacuaciones para valorar la evolución del lactante.

Llevar a cabo un control estricto de líquidos y así evitar que el lactante sufra una complicación como por ejemplo: un choque hipovolémico entre otras.

También es importante ayudar emocionalmente al lactante ya

que se encuentra fuera de su hogar, su familia, esto se lo gra platicando con el paciente y proporcionándole una terapia.

Otro cuidado de enfermería es observar la coloración de tej_umentos e hidratación de las mucosas.

La limpieza en el lactante es básica así que es necesario brindarle un baño de artesa, lubricación y cambio de pañal cuantas veces sea necesario para evitar eritema en la piel del lactante.

En casos necesarios mantener una técnica estricta de aislamiento.^{34/}

Limitación de la Incapacidad:

Control clínico después de su aparente restablecimiento.

Evitar la presentación de desequilibrio hidroelectrolítico y otras complicaciones.

En caso de presentarse complicaciones atención de las mismas.

Las medidas dietéticas hidratación y aporte calórico adecuado son fundamentales.

Valoración del antibiótico en caso de tratamiento con los mismos.

1.2.8.3 Tercer nivel de Prevención

Rehabilitación

Dependiendo de las complicaciones presentadas, hacer uso de la rehabilitación.

Provisión de facilidades hospitalarias y comunitarias para adiestramiento y educación con el fin de utilizar al máximo las capacidades permanentes.

Integrar al lactante a su familia y comunidad.

1.3 La Educación para la Salud

1.3.1 Concepto, objetivos y principios

1.3.1.1 Concepto:

"La educación para la salud es una ciencia aplicada que estudia y desarrolla los procesos de transmisión de conocimientos, actitudes y valores, tendiente a crear en los individuos conductas favorables a su salud".^{35/}

35/ Arce Gómez, Antonio, et al; Normas de Educación para la Salud. p. 15

1.3.1.2 Objetivos

- a) Informar a los individuos, las familias y la colectividad sobre los medios de preservar la salud.
- b) Conducir a los individuos, las familias y la colectividad a modificar sus comportamientos, sus aptitudes y motivaciones para promover y preservar la salud.
- c) Convencer a los individuos, las familias y la colectividad que la salud es necesaria para todo desarrollo económico y social.^{36/}

1.3.1.3 Principios

- a) La educación para la salud debe realizarse basándose en el interés de las personas.
- b) Deben utilizarse técnicas de enseñanza adecuadas para hacer más atractiva y eficiente la labor educativa.
- c) Hay que tomar en cuenta las condiciones físicas y psicológicas de las personas.
- d) Debemos adaptar la información a las características socioculturales de los educandos.

- e) Hay que procurar la participación de las personas en el proceso educativo.
- f) Los conceptos básicos de un contenido educativo deben repetirse sin caer en la saciedad.^{37/}

1.3.2 Importancia y Trascendencia

1.3.2.1 Importancia

Dentro de los niveles de la medicina preventiva indicados por Leavell y Clark, la educación para la salud ocupa un lugar único en el primer nivel, y apoya definitivamente las acciones que se siguen en los niveles subsiguientes (prevención específica, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y rehabilitación).

El profesional de la salud tiene un campo sumamente fecundo para el desarrollo de actividades relacionadas con la educación para la salud del individuo.

1.3.2.2 Trascendencia

Los trabajadores para la salud conocen que las acciones más importantes deben ir encaminadas no sólo a remediar problemas sino a prevenirlos eficazmente.

^{37/} Ibidem, p. 8

El camino más seguro para prevenir un problema es conocerlo; sus causas, desarrollo y consecuencias, pero sobre todo que la conducta del profesional de la salud esté siempre encaminada a evitarlo, a destruirlo y prevenirlo.

Mucho se ha hecho mediante la educación para que la comunidad prevenga problemas de salud, pero las acciones no han tenido el éxito que se esperaba. Existen diferentes razones que lo han impedido, entre otros el educando no aprende porque no se siente involucrado en las acciones educativas que se promueven. Por tal motivo es necesario saber que el verdadero aprendizaje se lleva a cabo cuando el profesional de la salud y la comunidad participan activamente, hay interés en ambas partes y el grupo actúa para conseguir su aprendizaje, se involucra tanto que pregunta, hace, opina y contesta, esto sólo sucederá si los educadores logran hacerles sentir que ellos son el elemento más importante, que son el objeto de su trabajo.^{38/}

1.3.3 Métodos y Técnicas de Educación para la salud.

"Las técnicas didácticas representan los recursos metodológicos de que se puede valer el trabajador de la salud para conducir la enseñanza".^{39/}

^{38/} Ibidem, p. 10

^{39/} Arca Gómez, Antonio; et al, Op.cit. p. 24

Sugieren el conjunto de pasos y actividades que deben darse en forma ordenada y secuencial al momento de orientar a las personas acerca de la promoción de la salud.

Son muchos y variados los procedimientos didácticos que pueden ser de utilidad al trabajador de la salud y tienen como objetivos.

- " a) Impulsar las motivaciones personales
- b) Promover la participación de cada educando en su propio aprendizaje.
- c) Dinamizar y amenizar una clase".^{40/}

A continuación se presentan algunas técnicas que son factibles de utilizarse en educación para la salud:

- a) Exposición oral (plática o charla)
- b) Demostración
- c) Simposio (panel o foro)
- d) Discusión en grupo
- e) Estudio dirigido
- f) Mesa redonda

- g) Diálogos
- h) Dramatización
- i) Entrevista en pequeños grupos
- j) Entrevista del grupo al educador
- k) Jornadas comunales
- l) Entrevista individual

1.3.3.1 Exposición oral

Es una técnica didáctica útil para presentar información a los grupos a través de la palabra hablada. El educador ha bla ante un grupo en forma continua y ordenada, para que se conozca y comprenda un mensaje de beneficio a su salud.

1.3.3.2 Demostración

Este procedimiento sirve para enseñar a las personas mediante exhibición de materiales y explicación simultánea. Se hace uso de la ejemplificación y las personas aprenden por la vista, el oído y a través de la ejecución manual.

1.3.3.3 Simposio

"Es un procedimiento a través del cual un pequeño universo

o grupo de educandos, seleccionados previamente por el trabajador de la salud, presenta información a otro grupo numeroso. Es decir, son las propias personas las que ejercen la acción didáctica, en vez del educador o trabajador de la salud".^{41/}

1.3.3.4 Discusión en grupo

Se define como un procedimiento consistente en un examen, polémica o argumentación de un tema por parte de un grupo, quienes en conjunto aportan conclusiones, encaminadas a la resolución de un asunto o problema. En esta técnica se realiza el proceso enseñanza aprendizaje a través de la cooperación de los participantes. El papel del educador implica un buen conocimiento en el manejo y control de los grupos ya que su función principal es la de moderador de opiniones y puntos de vista de los educandos.

1.3.3.5 Discusión ante pequeños grupos

Consiste en un intercambio de ideas, puntos de vista u opiniones que se da entre los miembros de un grupo pequeño, integrado por 6 a 10 personas de preferencia. Los grupos de discusión formados por pocas personas permiten formar una

41/ Arce Gómez, Antonio; et al; Op. cit. p. 26

opinión, como resultado de la interacción y motivación que se da entre los propios miembros, en el análisis de un asunto o problema que requiere solución o que afecta la salud y bienestar de la población.

Este procedimiento es dinámico y promueve el aprendizaje fecundo y la modificación de la conducta, ya que permite el máximo de participación de todos los integrantes, facilita la apertura de las fuerzas internas y enseña a las personas a pensar y tomar decisiones en conjunto.

1.3.3.6 Estudio dirigido

Esta técnica consiste en la lectura de breves notas sobre tópicos de salud, las cuales pueden ser reproducciones de los contenidos. Este procedimiento es propio para ser empleado con personas que saben leer y si esto no es factible, con sólo una persona que sepa leer se podrá realizar esta técnica.

1.3.3.7 Mesa redonda

Este procedimiento consiste en la discusión de un asunto de salud, por un pequeño grupo de personas seleccionadas previamente de (3 a 6), frente a un grupo numeroso que escucha y aprende algo de interés a su salud.

En esta técnica a diferencia del simposio, los integrantes no hacen la exposición de un asunto, sino más bien la discusión del mismo a través de preguntas que el trabajador de la salud plantea. La mesa redonda como procedimiento educativo, tiene un carácter informal y concreto, y las personas que participan tienen interés en leer y documentarse sobre un tema para luego discutirlo o bien personas con conocimientos al respecto, o personas con deseos de expresar una opinión.

1.3.3.8 Diálogos

Esta técnica consiste en la discusión de un problema o asunto de salud por componentes de un grupo, que se subdivide de "dos en dos", "cara a cara".

El trabajador de la salud hace una breve explicación y al término de ésta, plantea al grupo preguntas o problemas sobre el tema desarrollado para que las personas dialoguen, discutan y comenten.

1.3.3.9 Dramatización o sociodrama

Este procedimiento es la representación de una situación o problema concreto.

La dramatización puede ser utilizada con ventaja en actividades de promoción de la salud.^{42/}

1.3.3.10 Entrevista entre pequeños grupos

Consiste en el interrogatorio que un pequeño universo educandos hace a otro universo, también pequeño, sobre algún tópico relativo a la salud. Esta técnica ayuda a terminar con lo árido de las conferencias y su dinámica está sumamente relacionada con los intereses de las personas, previamente al desarrollo del procedimiento, se selecciona a dos grupos integrados por 5 ó 6 personas cada uno: el equipo entrevistador y el entrevistado.

Se entregan al equipo entrevistador, notas sobre el contenido de salud, para que las estudien y la subdividan entre los componentes del mismo equipo, cada miembro formula de 2 a 3 preguntas respecto a la parte que le haya tocado estudiar.

Las preguntas se escriben por triplicado, el original queda en manos del equipo entrevistador una copia por el entrevistado y otra para el educador o trabajador de la salud.^{43/}

^{42/} S.S.A. Op.cit. p.23

^{43/} Arce Gómez, Antonio, et al. Op. cit. p. 31

1.3.3.11 Entrevista del grupo al educador

Este procedimiento didáctico consiste en el interrogatorio que una comisión de personas (en presencia de un grupo) hacen al trabajador de la salud o a una persona que tenga el conocimiento de un tema, para que un grupo disponga de información sobre algún punto relativo a la salud. La comisión de personas asignada para realizar las preguntas se tienen que reunir con anticipación para revisar y estudiar, con la asesoría del educador, el tema a tratar.

Esta técnica se utiliza en forma espontánea, reuniendo a la comisión y posteriormente que realicen las preguntas sobre algún asunto de salud. De tal manera que el educador de salud sólo deberá al inicio, utilizar una buena motivación para luego contestar a los interrogatorios que se plantean.

1.3.3.12 Jornadas Comunales

Son reuniones que se realizan en una casa o domicilio de una persona de la comunidad, quien la presta para hacer demostraciones o experiencias educativas sobre asuntos de salud. Acuden a estas reuniones los miembros del vecindario, manzana o comunidad, a observar y practicar algo relacionado para mejorar la salud.

1.3.3.13 Entrevista individual

Es una comunicación entre dos o más personas, que tiene como finalidad el intercambio de información. En la educación para la salud la entrevista constituye un procedimiento didáctico, cuyos propósitos pueden ser educar en forma individual a una persona en aspectos de salud.

1.3.4 Diseño de programas y acciones de educación para la salud en función de necesidades y problemas individuales, familiares y regionales.

El profesional de la salud debe tener un conocimiento práctico sobre la planeación, organización y control de los programas de educación para la salud.

Para la elaboración de un programa de educación para la salud, se necesita realizar una investigación previa que proporcione los conocimientos indispensables para llevar a cabo una planificación adecuada del mismo.

Un programa de educación para la salud es operante cuando se adapta a las exigencias múltiples y diversas del grupo social al que va dirigido. Esto sólo es posible cuando se tiene la información suficiente acerca de cómo vive y de qué vive la gente; cuáles son sus creencias, valores y cos-

tumbres; cuáles son sus necesidades sentidas y cuáles son las necesidades reales; qué actitud asume el grupo ante los trabajadores de la salud y ante los problemas de salud que han identificado; cuáles son los canales formales e in formales de comunicación y cómo es su sistema educativo.

1.3.4.1 Diagnóstico educativo en salud

Una vez realizado el estudio preliminar, el paso siguiente es interpretar la información obtenida con fines de diagnóstico, lo que permite establecer las necesidades de educación para la salud que manifiesta la población y los objetivos, acciones, estrategias más convenientes. Deberán tomarse en cuenta los siguientes aspectos:

- a) Escolaridad, necesidades educativas y de salud de la comunidad donde se vaya a realizar la actividad educativa.
 - b) Recursos materiales, económicos y humanos necesarios y existentes para que el programa se realice con eficacia.
 - c) Formas o mecanismos para satisfacer los requerimientos cuando sea necesario.
 - d) Funciones específicas del programa educativo que debe cumplir el personal participante.
-

1.3.4.2 Objetivos

Los objetivos comprenden la parte medular del programa, ya que todos los esfuerzos y actividades se dirigen para su cumplimiento.

Es necesario que los objetivos sean claros, precisos, alcanzables y medibles.

1.3.4.3 Límites del programa

En el programa a realizar deben estar señalados: el público a quien está destinada la acción educativa; la zona geográfica en donde se efectuará la acción y el tiempo que dure la ejecución.

a) Universo de trabajo:

Es la población a quien va dirigida la actividad educativa.

b) Area programática:

Es la extensión territorial para lo cual se ha planeado el programa, puede ser una comunidad, una región, una entidad federativa o nacional.

c) Límites de tiempo:

Este rubro se refiere al tiempo en el cual se desarrolla el programa.

1.3.4.4 Actividades

Las actividades a realizar en el programa tienen que ser claras. Es importante que en las actividades planteadas se cuestione: A quién va a informar, Qué es lo que se va a informar, de tal manera que sea lo estrictamente necesario en función de los objetivos del programa. A quién se va a entrevistar. Sin esta precisión de las actividades se puede decir que el programa se queda en un plano superficial. También es necesario que se especifiquen claramente los procedimientos que habrán de seguirse en el desarrollo de las actividades y los métodos que se utilizarán en el proceso educativo.

La selección de los métodos es esencial. Si se persigue el cambio de conducta de la comunidad, es necesario crear situaciones emocionalmente motivantes para que la población se interese en los resultados del tema que se trate y que estén convencidos del conocimiento adquirido y la acción que está realizando, les sea de gran utilidad en la vida cotidiana.

La calendarización de las actividades se fijan en orden cronológico, las fechas de ejecución de las actividades para cada una de éstas y se establece el tiempo que se requiere su realización. Así, se permite un desarrollo ordenado y congruente de las actividades programadas y facilitan el cumplimiento exacto de las mismas. 44/

1.3.4.5 Requerimiento de recursos

Aquí se procesarán los recursos de todo tipo que se necesiten para el desarrollo de las actividades.

1.3.4.6 Organización del Programa

Es responsabilidad del personal de los servicios de salud pública, la realización de los programas de educación sanitaria.

En la planificación del programa educativo deben participar el equipo sanitario, así como los líderes de la comunidad y autoridades de otros sectores que vayan a colaborar o se encuentren involucrados en las actividades educativas que van a realizarse.

Las soluciones del personal deberán estipularse en forma muy concreta con base a su capacidad al personal para que la ejecución de las actividades sea satisfactoria, y que será necesario realizar un adiestramiento, también será oportuno proporcionar información constante sobre los propósitos del programa, la organización del mismo y los progresos logrados a los cambios que surjan.

Dentro de la organización se agregarán las instituciones

que cooperen con el programa, los convenios de coordinación que se establezcan y las responsabilidades que tendrán a su cargo esas instituciones.

1.3.4.7 Controles

a) Supervisión:

Para que un programa educativo se desarrolle con eficiencia y alcance las metas deseadas, se requiere de la supervisión del mismo.

La supervisión puede realizarse de dos maneras: en forma directa e indirecta.

La supervisión directa, se realiza en el sitio mismo donde se efectúan las actividades educativas por el personal de campo.

La supervisión indirecta, consiste en estudiar los informes y los registros de las actividades educativas desarrolladas.

El análisis cuidadoso de ellos, desde su presentación, permitirá tener una idea muy general sobre las actividades efectuadas dentro del tiempo y espacio pre-establecido.

b) Evaluación

"La evaluación es un proceso mediante el cual se reúnen e interpretan hechos y datos acerca de los resultados logrados en la realización de un programa". A través de ésta se puede determinar hasta qué punto la comunidad ha modificado su conducta como un resultado deseado, planificado y directo de la acción educativa".^{45/}

^{45/} Ibidem, p. 57

II. ESQUEMA DE LA INVESTIGACION

2.1 Metodología de la investigación

Para conformar el marco referencial sobre la historia natural de la gastroenteritis, se visitó la biblioteca para documentarse acerca de este tema, además se observó el servicio de pediatría del Hospital General "Dr. Darío Fernández F." y así se recabó la información para la investigación a realizar.

2.1.1 Procedimientos empleados.

Fuente de los datos.

1. Programas y material de apoyo del Centro Comunitario "Dr. Manuel Escontria" y del departamento de enfermería en el H.G. "Dr. Darío Fernández F."
2. Documentos de material de apoyo elaborados por expertos de la Organización Mundial de la Salud, relacionados con el tema de gastroenteritis y la rehidratación oral.
3. Libros relacionados con el tema de gastroenteritis.
4. Testimonios de trabajadores de la salud que han tenido cierta experiencia en el campo en la prevención de la gastroenteritis, así como en el tratamiento de la misma.

5. Testimonios de la población derechohabiente del H.G. "Dr. Darío Fernández F." del ISSSTE.
6. Expedientes clínicos de lactantes que ingresaron con el diagnóstico de gastroenteritis.

La Encuesta.

Para la recolección de información se utilizaron dos cuestionarios, dirigidos a los padres de lactantes que estaban internados en el servicio de pediatría del H.G. "Dr. Darío Fernández F." y al personal de enfermería que labora en los diferentes turnos del mismo servicio.

El cuestionario aplicado a los padres de familia tuvo como apartados:

- a) Datos generales del entrevistado.
- b) Número de integrantes en la familia
- c) Hábitos higiénicos en la alimentación
- d) Información recibida en el hospital

El cuestionario dirigido al personal de enfermería contenía los siguientes datos:

- a) Datos generales del entrevistado

- b) Información proporcionada a padres de familia: desde su ingreso, durante su hospitalización y al egresar el lactante.

2.1.2 Tipo de muestra

1. Selección de la muestra

De alguna manera el conocimiento de la incidencia de gastroenteritis en el H.G. "Dr. Darío Fernández F.", determinó la selección de este campo para desarrollar la investigación

2. En el marco de la muestra se obtuvo un total de 50 cuestionarios, 25 cuestionarios aplicados a padres de familia y los otros 25 al personal de enfermería del servicio de pediatría de los 4 turnos del Hospital General "Dr. Darío Fernández F." del I.S.S.S.T.E.

3. Recopilación y Descripción de datos:

Trabajo de campo.

Se entrevistaron a poblaciones para realizar esta investigación; se aplicaron 25 cuestionarios al personal de enfermería de los cuatro turnos del servicio de hospitalización pediátrica del Hospital General "Dr. Darío Fernández F." del I.S.S.S.T.E. La otra población estaba formada por 25 padres de familia de los lactantes que ingresaron por gastroenteritis, pero dado que ese tiem-

po, (septiembre) en el que se aplicaron las encuestas la morbilidad de dicho padecimiento disminuye en un gran porcentaje, se necesitó entrevistar a padres de familia que tenían internados a sus hijos aunque no fueran reingresos, también en la consulta externa se entrevistó a los padres que traían a sus hijos lactantes a consulta de pediatría posterior a su egreso y por último en urgencias pediatría se aplicaron otras encuestas a padres que solicitaban el servicio para sus hijos lactantes que tenían problemas de gastroenteritis.

Como fueron únicamente 10 los cuestionarios que reunían la variable a identificar de reingreso de los lactantes con gastroenteritis y además no se tomó en cuenta otras variables en el instrumento de recolección de datos: el promedio de estancia de los niños hospitalizados, el tiempo que transcurría desde el egreso hasta el reingreso de los niños, es decir el tiempo que permanecían en el hogar, cuál era el cuidado que se le proporcionaba en el hogar después de su egreso, si la madre llevaba una correcta técnica de higiene en la preparación de los alimentos y otro dato que faltó incluir es si durante la hospitalización del niño si se proporcionaba una atención de enfermería adecuada para evitar las infecciones cruzadas.

2.1.3 Procesamiento de datos

Se utilizó el sistema de tabulación conocido como paloteo

para la codificación de los datos, posteriormente se elaboraron tablas de trabajo; van presentadas en cuadros y gráficas y a partir de ellos se realizó en forma descriptiva los hallazgos encontrados.

R E S U L T A D O S

III. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

Los resultados obtenidos de los padres de familia entrevistados en el Hospital General "Dr. Darío Fernández F." del I.S.S.S.T.E. se observa en mayor proporción secun daria completa en el nivel escolar.

Con respecto a la distribución de ocupación de los pa dres de familia se tuvo como resultado en mayor propor ción de 0.4 y se dedican a las labores del hogar.

En cuanto a la distribución en el número de integrantes de las familias entrevistadas de 1 a 3 integrantes, se observa una proporción mayor de 0.6

El ingreso mensual de los padres de familia entrevis tados destaca en mayor proporción de 51 mil y más.

La frecuencia en que se lavan las manos los padres de familia antes de preparar sus alimentos y después de ir al baño es casi siempre en mayor proporción de 0.6

De los padres entrevistados únicamente el 1% utiliza bactericida.

El tiempo de desinfección del agua que consume la fami lia de los padres entrevistados es de 20 minutos en ma yor proporción de 0.6

De la información proporcionada por el personal de enfermería se observa en un mayor porcentaje de 32% en la técnica de lavado de manos y puesta de bata, un 44% en la alimentación así como un 56% al manejo del niño hospitalizado.

En la distribución de las indicaciones que proporciona el personal de enfermería se tiene en números absolutos en un 15 del control en el hogar, y en un 8 a las medidas higiénicas.

La información antes presentada se muestra a continuación en cuadros y gráficas.

CUADRO No. 1

ESCOLARIDAD DE LOS PADRES DE FAMILIA ENTREVISTADOS EN EL
HOSPITAL GENERAL "DR. DARIO FERNANDEZ" DEL I.S.S.S.T.E.

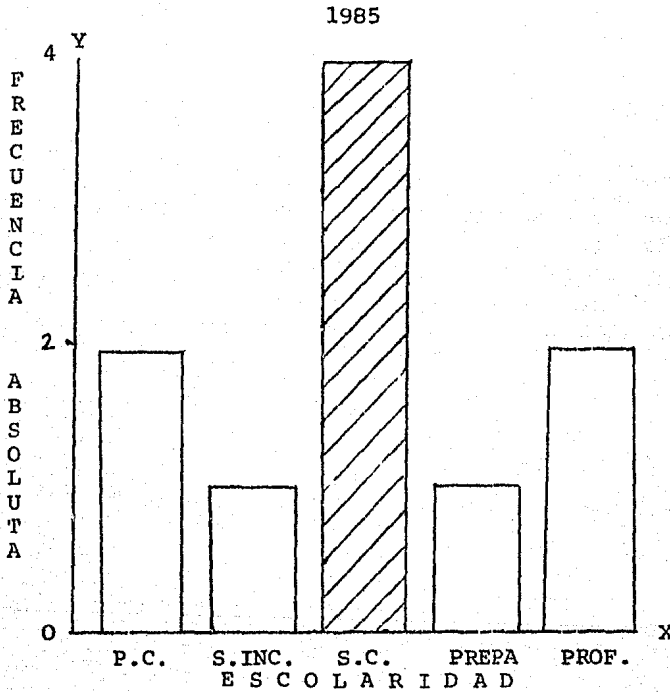
1985

ESCOLARIDAD	Fo.	p
PRIMARIA COMPLETA	2	.2
SECUNDARIA INCOMPLETA	1	.1
SECUNDARIA COMPLETA	4	.4
PREPARATORIA	1	.1
PROFESIONAL	2	.2
T O T A L	10	.10






FUENTE: Entrevistas realizadas a padres de familia en los servicios de Hospitalización de pediatría, consulta externa y urgencias.

GRAFICA No. 1

PROPORCION DEL GRADO DE ESCOLARIDAD DE LOS PADRES DE FAMILIA ENTREVISTADOS EN EL HOSPITAL GENERAL "DR.DARIO FERNANDEZ F." DEL I.S.S.S.T.E.



FUENTE: Misma Cuadro No. 1

-  .2 Primaria completa
-  .1 Secundaria incompleta
-  .4 Secundaria completa
-  .1 Preparatoria
-  .2 Profesional

DESCRIPCION: En la distribución de la escolaridad de los padres entrevistados se observa una mayor proporción de secundaria completa.

CUADRO No. 2

DISTRIBUCION DE OCUPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA ENTRE
VISTADOS EN EL HOSPITAL GENERAL "DR.DARIO FERNANDEZ F".

I.S.S.S.T.E.

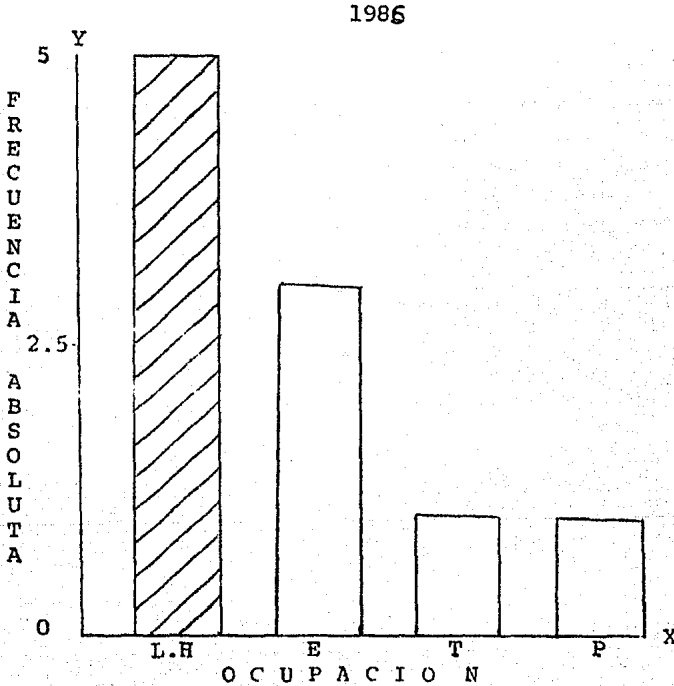
1985

OCUPACION	Fo.	p
LABORES EN EL HOGAR	5	.5
EMPLEADO	3	.3
TECNICO	1	.1
PROFESIONAL	1	.1
<hr/>		
T O T A L	10	.10





FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRAFICA No. 2

DISTRIBUCION DE OCUPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA ENTREVISTADOS EN EL HOSPITAL GENERAL "DR.DARIO FERNANDEZ F." DEL I.S.S.S.T.E. CON BASE A LOS NIÑOS QUE REUNIAN LA CARACTERISTICA DE REINGRESO.



FUENTE: Misma cuadro No. 2

	Labores del Hogar	.5
	Empleado	.3
	Tecnico	.1
	Profesional	.1

DESCRIPCION: En la distribución de ocupación se observa que los padres entrevistados se dedican a las labores del hogar en una mayor proporción de 0.4

CUADRO No. 3

NUMERO DE INTEGRANTES EN LA FAMILIA DE LOS PADRES ENTRE
VISTADOS EN EL HOSPITAL GENERAL "DR.DARIO FERNANDEZ F."

I.S.S.S.T.E.

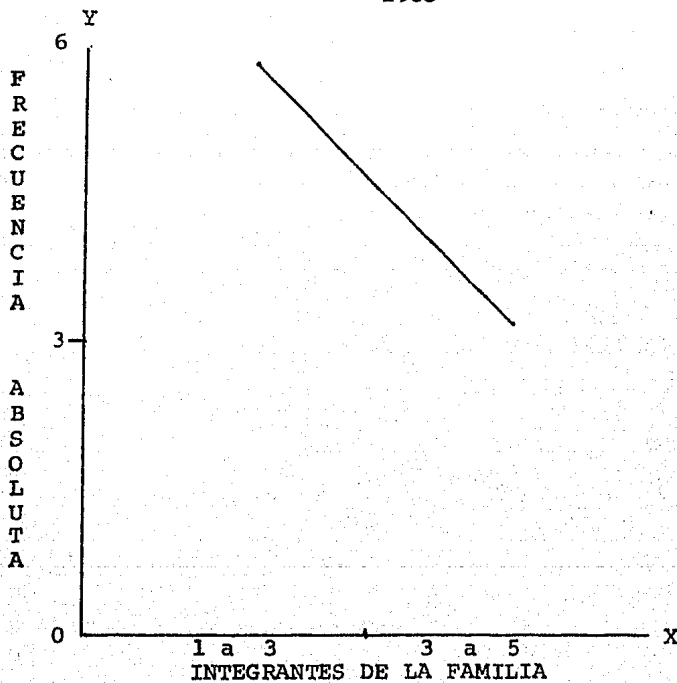
1985

NUMERO DE INTEGRANTES EN LA FAMILIA	Fo.	P
1 a 3	6	0.6
3 a 5	4	0.4
T O T A L	10	0.10

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRAFICA No. 3

DISTRIBUCION DE INTEGRANTES EN LA FAMILIA DE LOS
PADRES ENTREVISTADOS EN EL HOSPITAL GENERAL
"DR. DARIO FERNANDEZ F." DEL I.S.S.S.T.E.
1985



FUENTE: Misma Cuadro No. 3

DESCRIPCION: En el número de integrantes de las familias entrevistadas de 1 a 3 se observa una proporción de 0.6

CUADRO No. 4

INGRESO MENSUAL DE LOS PADRES DE FAMILIA ENTREVISTADOS
EN EL HOSPITAL GENERAL "DR. DARIO FERNANDEZ F." DEL
I.S.S.S.T.E.

1985

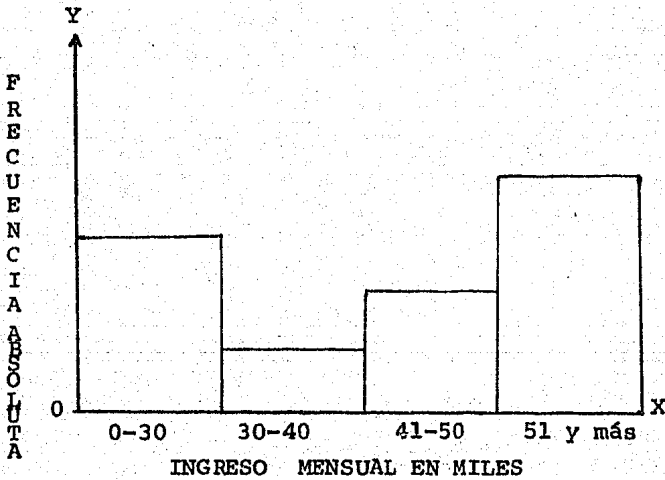
INGRESO MENSUAL EN MILES	Fo.	p
> - 30	3	.3
30 - 40	1	.1
41 - 50	2	.2
51 y más	4	.4
T O T A L	10	.10

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRAFICA No. 4

DISTRIBUCION DEL INGRESO MENSUAL DE LOS PADRES DE
FAMILIA ENTREVISTADOS EN EL HOSPITAL GENERAL
"DR.DARIO FERNANDEZ F." DEL I.S.S.S.T.E.

1985



FUENTE: Misma Cuadro No. 4

DESCRIPCION: En la distribución del ingreso mensual de los padres de familia entrevistados destaca en mayor proporción de 51 mil y más.

CUADRO No. 5

FRECUENCIA EN QUE SE LAVAN LAS MANOS LOS PADRES DE FAMILIA
ENTREVISTADOS EN EL HOSPITAL GENERAL "DR.DARIO FERNANDEZ F".

DEL I.S.S.S.T.E.

1985

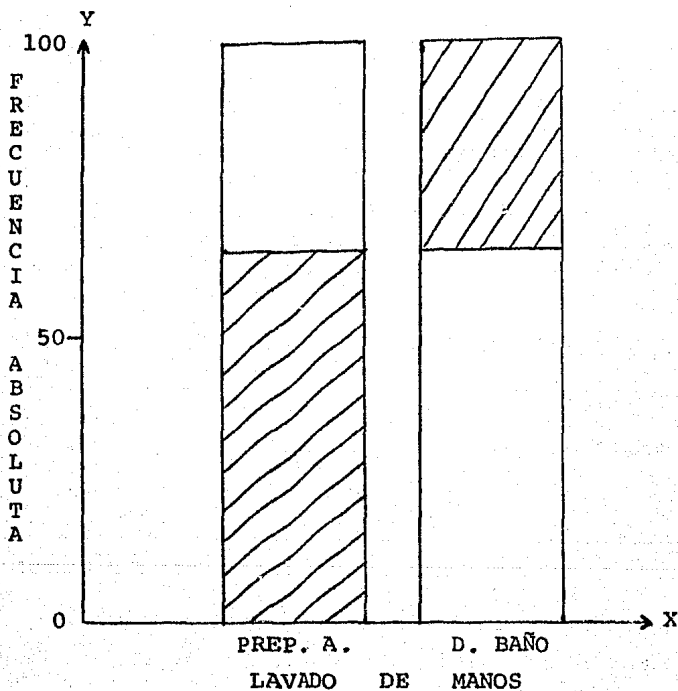
SE LAVAN LAS MANOS ANTES DE:	CASI SIEMPRE	FRECUENTE MENTE	TOTAL
PREPARACION DE ALIMENTOS	6	4	10
DESPUES DE IR AL BAÑO	6	4	10

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRAFICA No. 5

DISTRIBUCION DE LA FRECUENCIA EN QUE SE LAVAN LAS MANOS LOS PADRES DE FAMILIA ENTREVISTADOS EN EL HOSPITAL GENERAL "DR.DARIO FERNANDEZ F."I.S.S.T.E.

1985



FUENTE: Misma cuadro No. 1

DESCRIPCION: En el lavado de manos de los padres de familia se observa en mayor proporción de 0.6 de casi siempre.

CUADRO No. 6

EN LA PREPARACION DE FRUTAS Y VERDURAS LOS PADRES DE FAMILIA ENTREVISTADOS EN EL HOSPITAL GENERAL "DR.DARIO FERNANDEZ F." DEL I.S.S.S.T.E. UTILIZAN LO SIGUIENTE:.

1985

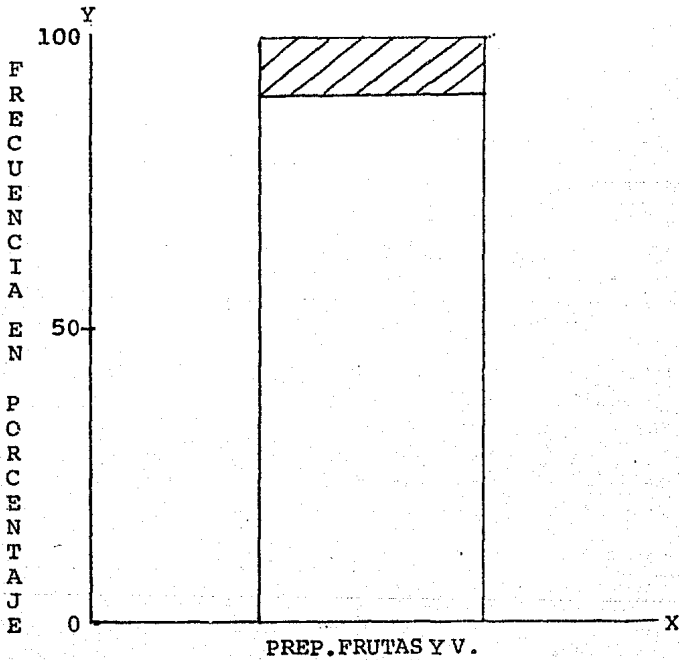
EN LA PREPARACION DE FRUTAS Y VERDURAS	Fo.	%
AGUA Y JABON	9	90.00
BACTERICIDA	1	10.00
T O T A L	10	100.00

FUENTE: Misma Cuadro No. 1



GRAFICA No. 6

EN LA PREPARACION DE FRUTAS Y VERDURAS LOS PADRES DE FAMILIA ENTREVISTADOS EN EL HOSPITAL GENERAL "DR. DARIO FERNANDEZ F." DEL I.S.S.S.T.E.

1985



FUENTE: Misma Cuadro No.6

-  Agua y jabón
-  Bactericida

DESCRIPCION: De los padres de familia entrevistados, únicamente el 1% utiliza bactericida.

CUADRO No. 7

TIEMPO DE DESINFECCION DEL AGUA UTILIZADA POR LOS PADRES
DE FAMILIA ENTREVISTADOS EN EL HOSPITAL GENERAL
"DR. DARIO FERNANDEZ F." DEL I. S. S. S. T. E.

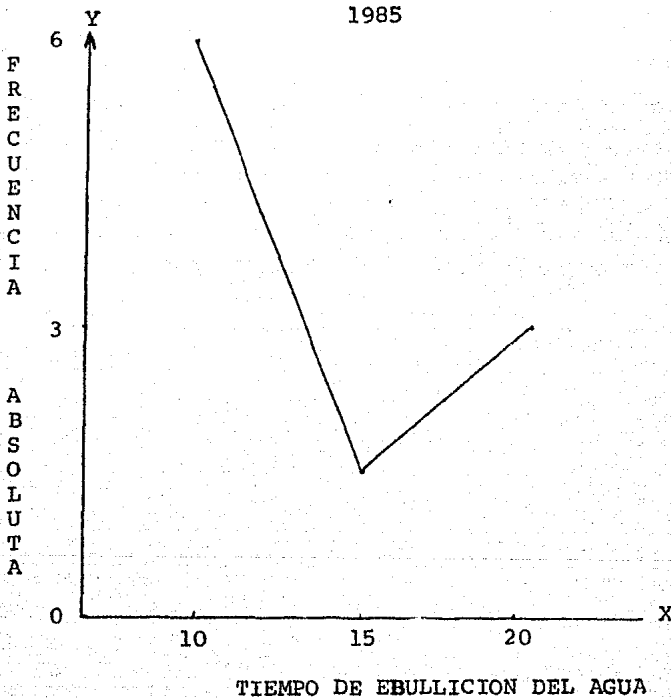
1985

TIEMPO DE EBULLICION DEL AGUA CONSUMIDA EN MINUTOS	Fo.	p
20	3	.3
15	1	.1
10	6	.6
T O T A L	10	.10

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRAFICA No. 7

DISTRIBUCION DEL TIEMPO DE DESINFECCION DEL AGUA
UTILIZADA POR LOS PADRES DE FAMILIA ENTREVISTADOS
EN EL HOSPITAL GENERAL "DR.DARIO FERNANDEZ F."
DEL I.S.S.S.T.E.



FUENTE: Misma Cuadro No. 7

DISTRIBUCION: El tiempo de desinfección del agua que consumen los padres entrevistados es en una proporción mayor de .6

CUADRO No. 8

INFORMACION PROPORCIONADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA A
LOS PADRES DE FAMILIA ENTREVISTADOS EN EL HOSPITAL GENERAL
"DR. DARIO FERNANDEZ F." DEL I. S. S. S. T. E.

1985

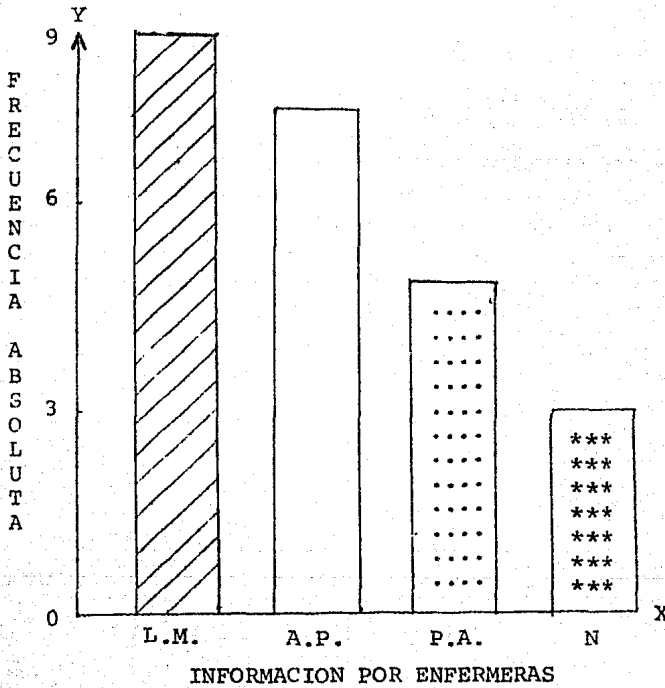
INFORMACION PROPORCIONADA POR LA ENFERMERA	PADRES DE FAMILIA	
	Fo.	P
LAVADO DE MANOS	8	.8
ASEO PERSONAL	3	.3
PREPARACION DE ALIMENTOS	9	.9
NINGUNA	5	.5
<hr/>		
T O T A L	25	.25

FUENTE: Misma Cuadro No. 1





GRAFICA No. 8

INFORMACION PROPORCIONADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA A LOS PADRES DE FAMILIA ENTREVISTADOS EN EL HOSPITAL GENERAL "DR.DARIO FERNANDEZ F." I.S.S.S.T.E.

1985



FUENTE: Misma Cuadro No. 8

-  .9 Prep.de alimentos
-  .8 Lavado de manos
-  .5 Ninguna
-  .3 Aseo personal

DESCRIPCION: De la información proporcionada por el personal de enfermería a padres de familia se observa en un 0.9 de proporción es de lavado de manos.

CUADRO No. 9

PERSONAL DE ENFERMERIA QUE PROPORCIONA INFORMACION A PADRES
DE LACTANTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL GENERAL
"DR. DARIO FERNANDEZ F." DEL I. S. S. S. T. E.

1985

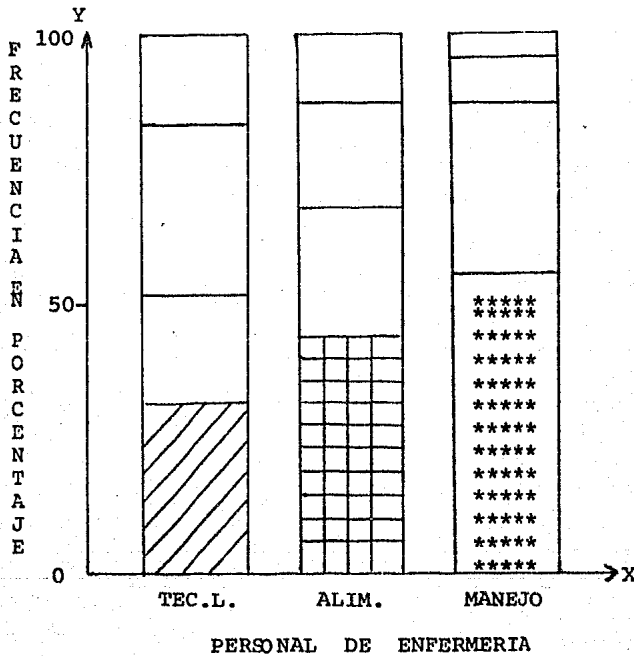
INFORMACION PROPORCIONA DA ACERCA DE:	CASI		PADRES DE		FAMILIA		NUNCA		TOTAL	
	SIEM.	%	FRECUEN TEMENTE	%	ALGUNA VEZ	%	%	%	Fo.	%
TECNICA DE LAVA DO DE MANOS	8	32.00	5	20.00	8	32.00	4	16.00	25	100
ALIMENTACION	11	44.00	6	24.00	5	20.00	3	12.00	25	100
MANEJO DEL NIÑO HOSPITALIZADO	14	56.00	8	32.00	2	8.00	1	4.00	25	100

FUENTE: Misma Cuadro No. 1

GRAFICA No. 9

PERSONAL DE ENFERMERIA QUE PROPORCIONA INFORMACION A PADRES DE LACTANTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL GENERAL "DR. DARIO FERNANDEZ F." DEL I.S.S.S.T.E.

1985



FUENTE: Misma Cuadro No. 9

DESCRIPCION: De la información proporcionada por el personal de enfermería se observa un mayor porcentaje de 32% en técnica de lavado de manos y puesta de bata un 44% en la alimentación, así como 56% al manejo del niño hospitalizado.

CUADRO No. 10

PERSONAL DE ENFERMERIA QUE PROPORCIONA ORIENTACION A PADRES DE NIÑOS SOBRE EL CUIDADO DEL NIÑO DURANTE SU HOSPITALIZACION EN EL HOSPITAL GENERAL "DR.DARIO FERNANDEZ F."I.S.S.T.E.

1985

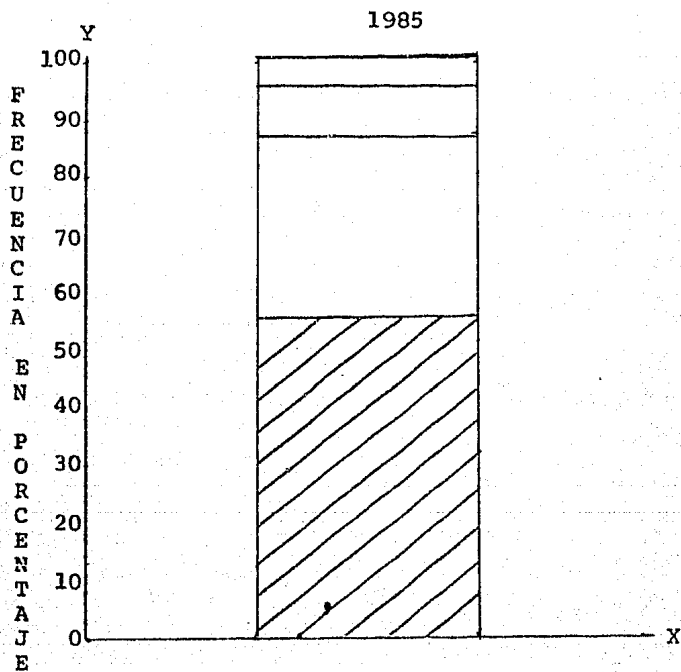
ORIENTACION SOBRE EL MANEJO DEL NIÑO HOSPITALIZADO	Fo.	%
CASI SIEMPRE	14	56.00
FRECUENTEMENTE	8	32.00
ALGUNA VEZ	2	8.00
NUNCA	1	4.00
T O T A L	25	100.00

FUENTE: Entrevistas realizadas al personal de Enfermería del Servicio Hospitalización Pediatría.

GRAFICA No. 10

PERSONAL DE ENFERMERIA QUE PROPORCIONA ORIENTACION A PADRES DE NIÑOS SOBRE EL CUIDADO DEL NIÑO DURANTE SU HOSPITALIZACION EN EL HOSPITAL GENERAL "DR.DARIO FERNANDEZ F."

DEL I.S.S.S.T.E.



FUENTE: Misma Cuadro No.10

DESCRIPCION: De la orientacion proporcionada por el personal de enfermería a padres de familia se observa en un mayor porcentaje de 56%.

CUADRO No. 11

INDICACIONES QUE PROPORCIONA EL PERSONAL DE ENFERMERIA
AL EGRESO DEL LACTANTE A LOS PADRES DE FAMILIA ENTREVIS
TADOS EN EL HOSPITAL GENERAL "DR.DARIO FERNANDEZ F".

DEL I.S.S.S.T.E.

1985

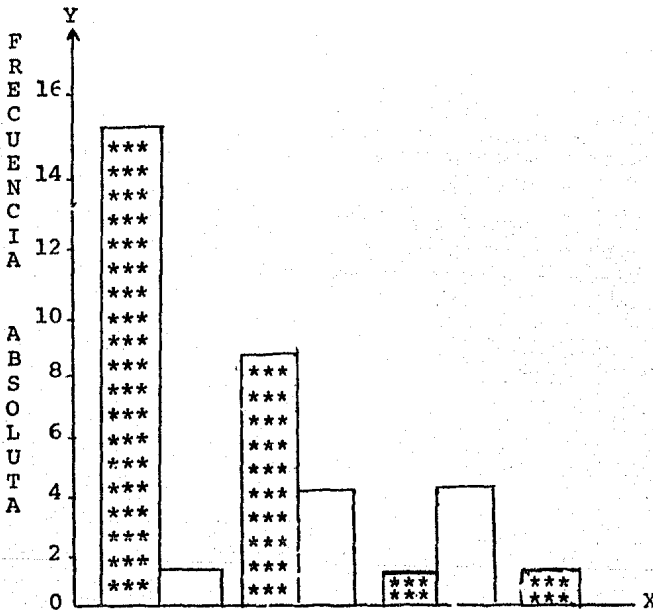
AL EGRESO DEL LACTANTE RECIBE INFORMACION	PADRES DE FAMILIA	PERSONAL DE ENFERMERIA
DIETA	-	1
MEDICAMENTOS	4	1
MEDIDAS HIGIENICAS	4	8
CONTROL EN EL HOGAR	1	15
NINGUNA	1	-
T O T A L	10	25

FUENTE: Misma Cuadro No. 9

GRAFICA No. 11

DISTRIBUCION DE LAS INDICACIONES QUE PROPORCIONA EL PERSONAL DE ENFERMERIA A LOS PADRES DE FAMILIA AL EGRESO DE LACTANTES EN EL HOSPITAL GENERAL "DR.DARIO FERNANDEZ F." DEL I. S. S. S. T. E.

1985



INFORMACION AL EGRESO

FUENTE: Misma Cuadro No. 11



Enfermeras



Padres de fam.

DISTRIBUCION: De la distribución de las indicaciones que proporciona el personal de enfermería se observa en mayor número en un 15 del control en el hogar así como en un 8 a las medidas higiénicas.

PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE
EDUCACION PARA LA SALUD DI
RIGIDO A PADRES DE NIÑOS
CON GASTROENTERITIS.

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL AL SERVICIO DE
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.

HOSPITAL GENERAL "DR.DARIO FERNANDEZ F."

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

PROGRAMA: EDUCACION PARA LA SALUD
EN LA PREVENCION DE LA
GASTROENTERITIS A PADRES
DE FAMILIA

SERVICIO DE PEDIATRIA

DOCENTES: ENFERMERA SUPERVISORA
ENFERMERA JEFE DE SECCION
ENFERMERA ESPECIALISTA
ENFERMERA GENERAL

INTRODUCCION

En la práctica social del personal de enfermería del Hospital General "Dr. Darío Fernández F." del I.S.S.S.T.E. se ha tenido la oportunidad de observar la gran incidencia del padecimiento de gastroenteritis en lactantes, en el servicio de pediatría. Lo cual preocupa al personal de enfermería la frecuencia de reingresos de niños con este problema.

Considerando algunos de los factores de la morbilidad de esta enfermedad, como es la escasa información que tienen los padres sobre la importancia del manejo adecuado de los alimentos y hábitos higiénicos de la vida diaria, trae como consecuencia, una ruptura de la homeostasis del niño y su medio, adquiriendo así los problemas de la gastroenteritis, considerado como uno de los padecimientos característicos de los países en vías de desarrollo; según los datos estadísticos de la O.M.S. cada minuto mueren 10 niños por problema diarréico, en contrándose en un 60 y 70% de ellos como principal complicación la deshidratación.

Otras causas predisponentes que agravan este cuadro son: la baja escolaridad de la población, la falta de higiene personal, la desnutrición, la deficiente accesibilidad a los servicios médicos y públicos; determinando así un saneamiento am -

biental inadecuado y propicio para contraer este padecimiento.

Tomando en cuenta esta panorámica representativa de la entidad nosológica, surge la gran inquietud de colaborar en alguna forma a disminuir la incidencia, prevenir los daños a la salud infantil, a través de un programa con enfoque de protección específica a la población susceptible derechohabiente de este instituto; proponiendo estrategias pedagógicas que permitan reflexionar y actuar a los padres y población en general de la importancia de prevenir, limitar el daño que se relacione con este padecimiento.

3.1 Objetivo General

El profesional de enfermería impartirá educación para la salud en el Hospital General "Dr. Darío Fernández F." del I.S.S.S.T.E. a padres de familia para que identifiquen la importancia que tienen las prácticas higiénico-dietéticas en el hogar considerando los recursos disponibles, en la prevención de gastroenteritis.

3.2 Límites del Programa

3.2.1 Universo de trabajo: Padres de familia de los lactantes internados.

3.2.2 Area programática: Servicio de pediatría del H.
" G.Dr.Darío Fernández F." del
I.S.S.S.T.E.

3.2.3 Metodología

Técnicas didácticas: exposición, lluvia de ideas, demostración e interrogatorio, collage y entrevistas.

Recursos didácticos: Pizarrón, gis, borrador, revistas cartulinas, equipo y material, rotafolio, diapositivas, película y mobiliario.

3.4 Contenido programático

Ejes.

I. Higiene personal

El organismo humano es una estructura de extrema complejidad que requiere atención y cuidados constantes para conservarlo en las mejores condiciones.

La higiene personal es básica para conservar la salud y mejorarla implica un considerable número de hábitos que influyen de manera determinante en la salud. Estos hábitos son tan sencillos, que por su misma simplicidad se olvida practicarlos; estos olvidos provocan enfermedades de mayor o menor gravedad.

Introducción

Concepto de higiene personal

Objetivos de higiene personal

Equipo y material

Baño y cambio de ropa

Cuidado de los dientes

Lavado de manos

Evaluación del contenido

II. Higiene en la preparación y manejo de alimentos.

Los alimentos son de gran importancia para la conservación de la salud y la vida, por lo tanto es necesario

manejarlos en forma higiénica, ya que fácilmente pueden contaminarse por un sinnúmero de bacterias, parásitos, virus y algunas toxinas producidas por estos microbios, causantes de graves y a veces mortales padecimientos.

Introducción

Concepto de la higiene en la preparación y manejo de alimentos

Objetivo de la higiene en la preparación y manejo de alimentos.

Precauciones

Equipo y material

Técnica

Evaluación del contenido

III. Nutrición en el lactante

El acto de comer tiene en realidad dos componentes: el de satisfacer el hambre propiamente dicha y el del placer; entre los dos, el individuo regula la cantidad de alimentos que consume diariamente, sin olvidar que la adaptación emocional y social, o sea la adquisición de hábitos y costumbres nutricionales tiene repercusiones en el estado de salud de cada persona. La salud del individuo guarda una íntima relación con su estado nutricional y su aspecto puede reconocerse fácilmente, especialmente en los niños donde el dato más notable es la detención del crecimiento y desarrollo.

Introducción

Concepto de la nutrición en el lactante

Objetivos de la nutrición en el lactante

Elementos nutritivos

Alimentación

Leche materna

Alimentación artificial

Ablactación

Destete

IV. Saneamiento ambiental

Debido a la grave población en el Distrito Federal y al aumento de vehículo automotores, al avance de la tecnología industrial y la inaccesibilidad de los ser vicios públicos de urbanización en zonas marginadas surge la contaminación del ambiente, por el hombre, es a él a quien corresponde evitarlo.

El objetivo de la lucha contra la contaminación es transformar lo que nos rodea en un ámbito propicio al desarrollo máximo de nuestras capacidades para así evitar enfermedades,

Introducción

Concepto del saneamiento ambiental

Objetivo

Contaminación

Procedimientos de potabilización del agua

Eliminación de excretas

Evaluación del contenido

Evaluación:

Será formativa en cada uno de los contenidos educativos que se imparten a la población.

3.2 COMPROBACION DE HIPOTESIS

3.2.1 Hipótesis

De acuerdo a lo planteado la educación para la salud oportuna impartida a los padres de familia por el personal de enfermería disminuye el reingreso de pacientes con gastroenteritis, como se pudo comprobar en los resultados, aunque no se lo logró con la plenitud deseada a causa de factores fuera de control en algunos casos y de errores metodológicos en otros.

3.2.2 Variables

-Padres de familia:

Se realizaron entrevistas a los padres de familia aunque no de reingresos en su totalidad, pero sí de niños que sufrían un primer ingreso.

-Reingreso de lactantes con gastroenteritis:

Esta variable no se logró controlar en su totalidad, existieron factores determinantes como el terremoto que se sufrió en el D.F. esto ocasionó que los hospitales se saturaran de padecimientos traumatológicos y no como los problemas gastrointestinales.

-Educación para la salud oportuna:

En los resultados obtenidos se contempló esta variable; el personal de enfermería entrevistado contesta que sí proporciona educación para evitar los reingresos de gastroenteritis en los lactantes al servicio de pediatría.

-Personal de enfermería:

Si se logró identificar esta variable, se entrevistaron a 25 enfermeras del servicio de hospitalización pediátrica del H.G. "Dr. Darío Fernández".

3.3 REPLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION

De las 25 entrevistas a realizar con los padres de familia de los lactantes que reingresan al servicio de hospitalización pediátrica, no se efectuaron en su totalidad, fueron 10 padres entrevistados que reunieron la variable de ingreso. Fueron varios motivos por los cuales no se logró este propósito, uno de ellos fue el movimiento telúrico que sufrió el D.F. ocasionando en los hospitales una saturación de pacientes con problemas de urgencia como los traumatológicos, no dándoles tanta importancia a otros padecimientos, entre ellos el de gastroenteritis, otro es que la época de acmé de dicho problema es en el mes de junio; también existe otro error metodológico, no se agregaron otras variables en el instrumento de recolección de datos, que de alguna manera conllevara a identificar el problema a investigar.

Por lo tanto se considera que el estudio deberá hacerse a partir de los lactantes ingresados y no de los reingresos como inicialmente se propuso.

CONCLUSIONES

La gastroenteritis es una enfermedad de etiología diversa, cuyo agente causal más frecuente es de naturaleza infecciosa; sobre todo en los menores de 5 años en que se presenta en forma aguda. La patología es autolimitante y las defunciones ocurren por complicaciones de la misma. Existen factores socioeconómicos culturales que determinan el panorama epidemiológico de la enfermedad como son: la carencia de una vivienda adecuada con agua entubada y drenaje, baja escolaridad de la población, patrones culturales inadecuados, la falta de higiene personal, desnutrición y la falta de accesibilidad a los servicios médicos.

Cuando existe una privación de estos elementos la población infantil está predispuesta a contraer esta enfermedad entonces el niño empieza a manifestar una serie de signos y síntomas como son: evacuaciones abundantes, líquidas, con moco y sangre, fiebre, vómito, dolor abdominal, pujo, tenesmo, polidipsia, anorexia, astenia, adinamia e irritabilidad. Cuando el lactante ingresa al hospital con estas manifestaciones se proporciona atención médica, el médico realiza un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno, la enfermera colaboradora del médico a su vez también forma su diagnóstico, jerarquiza las necesidades y problemas que el lactante presenta para así empezar a brindar los cuida-

dos de enfermería.

Dentro del tratamiento es importante hacer hincapié a los padres de familia, que su participación es muy valiosa para que el niño acepte dicho tratamiento, dado que en esta edad necesitan de la atención de sus padres, si éstos colaboran, además el tratamiento es certero y la enfermera proporciona una atención correcta, el niño no llegará a sufrir complicaciones como son: la deshidratación, estado de choque hipovolémico, íleo paralítico, entre otras.

Al complicarse la gastroenteritis el niño se agrava y finalmente fallece.

Las instituciones del Sector Salud en el país, hasta el momento no han logrado un control satisfactorio en la presentación de estos padecimientos, los que constituyen un problema importante de salud pública, ya que son poco vulnerables y trascienden al ámbito de la medicina, estando íntimamente relacionados con el desarrollo social del país.

La salud de la comunidad ha sido por muchos años el objeto de atención de enfermería, cuyas acciones están dirigidas a la población en su contexto social y a satisfacer necesidades de salud de los individuos* que la forman y ayudan a la comunidad a alcanzar un nivel de salud cada vez mejor.

En este campo de acción se requiere a personal profesional de enfermería capacitado para actuar en forma organizada como parte integrante del sector salud, en el que pueden demostrar y comprobar teorías para la máxima eficacia en el primer nivel de prevención.

En el segundo nivel de prevención la enfermera proporcionará acciones específicas en este padecimiento.

En el tercer nivel de prevención va a depender de la complicación que adquirió el niño para poder rehabilitarlo e integrarlo de nuevo a su hogar.

La educación para la salud debe realizarse basándose en el interés de su persona, utilizando técnicas de enseñanza adecuadas, para hacer más atractiva y eficiente la labor educativa.

Las técnicas didácticas sugieren el conjunto de pasos y actividades que deben darse en forma ordenada y secuencial al momento de orientar a las personas acerca de la promo-ción de la salud. Son muchos y variados los procedimientos didácticos que pueden ser de utilidad al trabajador de la salud.

La enfermera debe tener un conocimiento práctico sobre la

planeación, organización y control de los programas de educación para la salud.

Para la elaboración de un programa de educación para la salud se requiere primero realizar una investigación previa que proporcione los conocimientos indispensables para llevar a cabo una planificación adecuada del mismo.

Un programa de educación para la salud es operante cuando se adapta a las exigencias múltiples y diversas del grupo al que va dirigido y esto se logra cuando se tiene la información suficiente de como vive esa comunidad, de que vive, cuáles son sus carencias, valores y costumbres, cuáles son sus necesidades sentidas y las necesidades reales y cuáles son los canales formales e informales de comunicación y cómo es su sistema educativo.

Una vez realizado el estudio preliminar, el paso a seguir es interpretar la información obtenida con fines de diagnóstico, lo que permite establecer las necesidades de educación para la salud que manifiesta la población y los objetivos, acciones, estrategias más convenientes.

Se tomará en cuenta la escolaridad de las personas a quienes va dirigido el programa, cuáles son las necesidades educativas y de salud de dicha comunidad. Cuáles son los re

cursos materiales, económicos y humanos necesarios para poder realizar el programa.

Otro elemento que lleva el programa son: las funciones específicas que cumple el personal docente, los objetivos que es la parte medular del programa y es necesario que estos objetivos sean claros, precisos, alcanzables y medibles.

A pesar de los programas instrumentados para la prevención de gastroenteritis, ésta afección continúa siendo un problema de salud pública en los países en desarrollo y la causa más frecuente de muerte en lactantes.

En México no se ha logrado incidir significativamente en la presentación de esta enfermedad y se mantiene como uno de los factores más importantes de la desnutrición infantil, retraso en el crecimiento y desarrollo del niño.

La reducción a largo plazo en la incidencia y severidad de las gastroenteritis, dependerá de programas integrados para mejorar el estado nutricional, el abastecimiento de agua, la disposición de excretas y la eliminación de basuras, así como la adopción de hábitos de higiene personal y adecuado manejo de los alimentos desde su produc -

ción, abastecimiento, conservación y consumo. Además mejorar el nivel socioeconómico y educacional de las familias sobre todo en las áreas marginadas.

B I B L I O G R A F I A

- ARCE GOMEZ, Antonio; et al. Normas de Educación para la Salud, 3a. ed., Mexico, SSA, 1983, p.p. 335
- ACUÑA MONTEVERDE, Héctor, et al. Control de Enfermedades Transmisibles, 5a. ed., México, Ed. Secretaría de Salud, 1984, p.p. 504
- BAENA PAZ, Guillermina Instrumentos de Investigación 12a.ed., México, Editores Mexicanos Unidos, 1984, p.p.134
- CHOW, Marilyn, P. et al. Manual de Enfermería Pediátrica. 1a. ed., México, Editorial Limusa, S.A., 1983, p.p. 1054
- DE LA TORRE, Joaquín A. et al. Enfermedades diarreicas en el Niño, 4a. ed., México, Ed. Médicas del Hospital Infantil de México, 1977, p.p.425
- DE LA MADRID, Miguel, et al. Programa Nacional de Salud, 1984-1988, México 1984, p.p.311

- DUMONT THOMPSON, Eleanor Enfermería Pediátrica, 4a.ed.
México, Ed. Interamericana,
1984, p.p.451
- FROBISHER, Martin, Fuerst, Robert. Microbiología, 13a.ed. Mé
xico, Ed. Interamericana,
1976, p.p. 554
- GRANADOS CASTILLO, Alicia, et al. Niveles de Atención Pediatría,
1a. ed. México, S.S.
1981, p.p.377
- GONZALEZ SALDAÑA, Napoleón, et al. Infectología Clínica, 2a.
ed. México, Ed. Trillas, 1984
p.p. 641
- HERNANDEZ VALENZUELA, Rogelio; Manual de Pediatría, 9a.ed.
México, Ed. Edimex, 1975,
p.p. 839
- HOEKELMAN, A. Roberto. et al. Principios de Pediatría, 2a.ed.
Ed. McGraw-Hill de México, S.A.
de C.V., 1982, p.p. 2083
- KRUGMAN, Saul Enfermedades Infecciosas In -
fantiles, 5a.ed., Ed. Interame
ricana, 1974, p.p. 448

- LEIFER, Gloria Enfermería Pediátrica, 4a. ed.
México, Ed. Interamericana, 1984
p.p. 400
- LOPEZ ACUÑA, Daniel La Salud Desigual en México, 4a.
ed., Médico, Ed. Siglo XXI Editores,
1982, p.p. 243
- L'GAMIZ MATUK, Arnulfo Bioestadística, México, Ed. Francisco
Méndez Cervantes, 1983,
p.p. 250
- MARTINEZ Y M. Roberto; et al. La Salud del Niño y del Adolescente,
2a. ed., México, Ed. Salvat Mexicana de Ediciones, S.A. de
C.V., 1983, p.p. 1859
- MARLON, Dorothy R. Enfermería Pediátrica, 4a. ed.,
México, Ed. Interamericana, 1975,
p.p. 828
- MENDOZA FUENTES, Ismael Manual de Terapéutica Infantil,
7a. ed., México, La Prensa Médica
Mexicana, 1978, p.p. 291

OMS/UNICEF.

El tratamiento de la diarrea y uso de la terapia de rehabilitación oral. Material de apoyo para personal clínico, Ginebra, 1984, p.p. 19

PARKER, Anthony, Catherine, Tribodeau, Gary A. Anatomía y Fisiología, 10a. ed. México, Ed. Interamericana, 1983, p.p. 724

RAMOS G.MA. Cristina Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica, México, Ed. Medicina Panamericana.

RODRIGUEZ, Romeo S. et al. Diagnóstico y tratamiento del paciente pediátrico, 19a.ed., México, Ed.D.I.F. 1977, p.p. 839.

RODRIGUEZ, Azucena El Proceso de aprendizaje en el nivel superior y universitario, Colección Pedagógica Universitaria 2, Centro de Estudios de la Universidad Veracruzana, Jul-Dic. 1976.

SAN MARTIN, Hernán Salud y Enfermedad, 3a.ed. México Ed. La Prensa Médica Mexicana, 1977 p.p. 893

- SILVER, Henry K. et al. Manual de Pediatría, 9a. ed. México, Ed. Manual Moderno, 1973, p.p. 794
- SHOR PINSKER, Efraín Manual de Pediatría, México Ed. Francisco Mendez Cervantes, 1973, p.p. 734
- SECRETARIA DE SALUD Manual de procedimientos para el personal de los centros comunitarios de salud. México 1977, p.p. 150
- Unidad de actualización en Servicio sobre hidratación oral, México, 1984, p.p. 200
- TAMAYO TAMAYO, Mario. El proceso de la investigación científica, 5a.ed. México, Ed. Limusa, 1985, p.p. 177
- TOROELLA Y ORDOZGOITI, Julio M. Pediatría, México, Ed. Francisco Méndez Cervantes, 1977, p.p. 1073

TORTORA, Gerard J. Anagnostakos, Nicholas, P. Principios de Anatomía y Fisiología, México, Ed. Latinoamericana 1984, p.p. 1034

VAUGHAN, Víctor, C. et al. Tratado de Pediatría, 7a. ed. México, Ed. Salvat Mexicana de Ediciones, S.A. de C.V. 1980, p.p. 1922

VEGA FRANCO, Leopoldo, García Manzanedo, Héctor, Bases Esenciales de la Salud Pública, 5a. ed., México, Ed. La Prensa Médica Mexicana, 1982, p.p. 99

MORLEY, Eloise Enfermería Clínica y Farmacología, 3a. ed. México, Ed. Manual Moderno, 1985, p.p. 312

A N E X O S

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

CUESTIONARIO PARA PADRES DE FAMILIA

CEDULA NUM. _____

ESTA ENCUESTA TIENE COMO PROPOSITO OBTENER LOS ELEMENTOS RELATIVOS A LA EDUCACION PARA LA SALUD OPORTUNA IMPARTIDA A LOS PADRES DE FAMILIA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA, POR LO QUE SO LICITAMOS Y AGRADECEMOS DE ANTEMANO SU VALIOSA PARTICIPACION, ANOTANDO LOS DATOS QUE A CONTINUACION SE EXPONEN.

INTRUCCIONES: MARCAR CON UNA "X" LA RESPUESTA QUE JUZGUE PERTINENTE CON RELACION A CADA UNO DE LOS REACTIVOS.

DATOS GENERALES:

1. Edad:

- Menos de 20 años ()
21 a 25 años ()
26 a 30 años ()
31 a 35 años ()
más de 36 años ()

2. Sexo:

Femenino () Masculino ()

3. Estado civil:

- Soltero ()
Casado ()
Divorciado ()
o separado

4. Grado de escolaridad:

- Sin estudios ()
- Primaria incompleta ()
- Primaria completa ()
- Secundaria incompleta ()
- Secundaria completa ()
- Preparatoria ()
- Profesional ()
- Otros estudios ()

Especifique

5. Número de miembros en la familia:

- 1 a 3 ()
- 3 a 5 ()
- 5 a 8 ()
- más de 8 ()

6. Qué ocupación desempeña:

- Labores en el hogar ()
- Obrero (a) ()
- Empleado (a) ()
- Técnico (a) ()
- Profesional ()

7. El monto total mensual del ingreso familiar es de:

- Menos de \$ 30,000.00 ()
- \$ 30,000.00 a 40,000.00 ()
- \$ 41,000.00 a 50,000.00 ()
- \$ 51,000.00 a más ()

8. En la preparación previa de frutas y verduras utiliza:

- Agua y jabón ()
- Bactericida ()
- Otros ()

Especifique

- Ninguna de las anteriores ()

9. El agua que usted consume es hervida durante:

- 20 minutos ()
- 15 minutos ()
- 10 minutos ()
- Ninguna de las anteriores ()

10. En su familia padecen de diarrea:

- Casi siempre ()
- Frecuentemente ()
- Alguna vez ()
- Nunca ()
- Otros ()

Especifique

11. Se lava las manos antes y después de ir al baño:

Casi siempre ()

Frecuentemente ()

Alguna vez ()

Nunca ()

Otros ()

Especifique

12. Antes de preparar los alimentos y de ingerirlos, se lava las manos:

No sabe ()

Frecuentemente ()

Alguna vez ()

Nunca ()

Otros ()

Especifique

13. Cuando su hijo(s) se ha(n) internado recibe información de su padecimiento:

SI () Algunas veces ()

NO () Casi siempre ()

14. Al egreso de su paciente recibe información acerca de:

Dieta ()

Medicamentos ()

Medidas higiénicas ()

Control en el hogar ()

Ninguna de las anteriores ()

15. Cuando salió su niño del hospital le dió información

Una enfermera ()

Un médico ()

Una trabajadora social ()

Una dietista ()

Ninguna persona ()

Usted se informó per
sonalmente ()

16. Si recibió información por parte del personal de enfermer
ría.

Lavado de manos ()

Aseo personal ()

Preparación de alimentos ()

Ninguna de las anteriores ()

17. Cuando salió su niño encontró la oportunidad de hablar con
el médico acerca de:

Recibir la receta ()

Dosis del medicamento ()

Cuidado del niño ()

Ninguna de las anteriores ()

ELABORO: Cándida Castillo Rivera

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

CUESTIONARIO PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA.

CEDULA No. _____

ESTA ENCUESTA TIENE COMO PROPOSITO OBTENER LOS ELEMENTOS RELATIVOS A LA EDUCACION PARA LA SALUD OPORTUNA IMPARTIDA A LOS PADRES DE FAMILIA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA, POR LO QUE SOLICITAMOS Y AGRADECEMOS DE ANTEMANO SU VALIOSA PARTICIPACION ANOTANDO LOS DATOS QUE A CONTINUACION SE EXPONEN.

INSTRUCCIONES: MARQUE CON UNA "X" LA RESPUESTA QUE JUZGUE PERTINENTE CON RELACION A CADA UNO DE LOS REACTIVOS.

DATOS GENERALES:

1. Edad:

- Menos de 20 años ()
21 a 25 años ()
26 a 30 años ()
31 a 35 años ()
36 ó más ()

2. Sexo:

- Femenino () Masculino ()

3. Estado civil:

- Soltero () Casado () Divorciado () Viuda ()
o separado

4. Cuando ingresa un lactante se le proporciona información a los padres sobre el diagnóstico.

- Casi siempre ()
Frecuentemente ()
Alguna vez ()
Nunca ()

5. Durante la estancia del niño se le dan recomendaciones a los padres para el manejo del niño en el hospital.

Casi siempre ()

Frecuentemente ()

Alguna vez ()

Nunca ()

6. Se enseña a los padres la técnica de lavado de manos y puesta de bata.

Casi siempre ()

Frecuentemente ()

Alguna vez ()

Nunca ()

7. Se proporciona a los padres información sobre la alimentación que debe llevar el lactante durante su internamiento.

Casi siempre ()

Frecuentemente ()

Alguna vez ()

Nunca ()

8. Cuando egresa el lactante se le dan indicaciones a los padres de:

Medicamentos () Medidas Higiénicas ()

Dieta () Ninguna de la anteriores ()

Control en el hogar ()

9. Enumere por orden de importancia que usted considere la información que se proporciona a los padres.

- () Ministración de medicamentos
- () Dieta
- () Sueño
- () Descanso
- () Preparación de alimentos
- () Vestido
- () Trámites para egreso
- () Consulta posterior
- () Casos de urgencia
- () Relación afectiva

ELABORO: CANDIDA CASTILLO RIVERA