26
2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Principales Causas de Morbilidad en el Menor de Cinco Años y Grado de Información que tienen las Madres de Familia sobre la Preparación y Manejo del Sobre "Vida Suero Oral", de las Comunidades del Módulo 6 Tepalcatepec y 7 Parácuaro, en Apatzingan, Mich.

T E S I S

Que para Obtener el Título de

LICENCIADOS EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P r e s e n t a n

Nolazco Ortigoza Ma de los Angeles

Serrano Diosdado José Juan

Con la Asesoría de: LIC. EZEQUIEL CANELA NUÑEZ

Vo.bo.

MEXICO, D. F. 1993

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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.

INTRODUCCION

La presente Tesis se ha elaborado con el propósito de conocer la Morbilidad en el menor de 5 años y el Grado de conocimiento en la Preparación y Manejo del sobre "Vida Suero Oral" en las comunidades de los módulos Tepalcatepec y Parácuaro en Apatzingan Mich; las cuales pertenecen al Programa de Estrategia de Extensión de Cobertura de la Dirección General de Planificación Familiar.

La alta frecuencia de las Enfermedades Diarreicas y de Infecciones Respiratorias Agudas constituyen uno de los problemas de salud más importante en la población de las comunidades estudiadas.

La salud de los niños de estos lugares se pone en peligro por varias causas:

En primer lugar tenemos que son niños que están expuestos a, ingerir alimentos contaminados y a comerlos con la mínima higiene, además de no contar con fuentes de agua potable para el consumo de sus necesidades vitales; esto aunado al poco interés que le dan al tratamiento del agua con que cuenta, es decir no ponen en práctica el método de cloración de agua.

En segundo lugar los niños menores de 5 años en su gran mayoría ofrecen algún grado de Desnutrición; lo cual los hace susceptibles a presentar frecuentemente enfermedades Diarreicas e infecciones Respiratorias Agudas, que constantemente se agravan provocandoles serias complicaciones y hasta la muerte.

Por este motivo se llevó a cabo la capacitación a madres de familia que tienen niños menores de 5 años, en temas como: Infecciones Respiratorias Agudas y Enfermedades Diarreicas, poniendo especial interés en la Preparación y Manejo del sobre "Vida Suero Oral".

Para la descripción integral del siguiente trabajo se ha dividido en los siguientes apartados:

Marco Teórico, en el cual se explica todo lo concerniente al Programa de Estrategia de Extensión de Cobertura, Enfermedades Diarreicas e Infecciones Respiratorias Agudas, Diagnostico y Tratamiento de las 2 enfermedades, así como los grados de Deshidratación y el Manejo, Composición Química y Absorción en el organismo del sobre "Vida Suero Oral".

En los Resultados, se presentan los errores que comúnmente comenten las madres de familia en la Preparación, administración y Manejo del sobre "Vida Suero Oral", así como las causas de morbilidad más frecuentes en el menor de 5 años de edad en estas comunidades.

En el apartado de Conclusiones, se detectaron situaciones a las cuales se llegaron de acuerdo a los resultados obtenidos; como las madres de familia presentan frecuentemente errores en cuanto a la Preparación y Administración de el sobre "Vida Suero Oral" en el menor de 5 años de edad, así con las enfermedades más frecuentemente encontradas son: Las enfermedades Diarreicas e infecciones Respiratorias Agudas, entres otras.

En cuanto a las alternativas y/o Recomendaciones que se ofrecen se mencionan, el de un Nuevo Programa de Capacitación a madres de familia con menores de 5 años de edad, con objetivos bien definidos, en el cual se enseñen los procedimientos básicos de salud como son: El Lavado de Manos, Cloración de Agua, Uso de Letrinas, Nutrición, Uso de Agua Limpia, Higiene y la importancia de la Lactancia Materna.

JUSTIFICACION

Las enfermedades Diarreicas, son las séptima causa más frecuente de muerte y las Infecciones Respiratorias Agudas la sexta; y ocupan el primer lugar en menores de 5 años de edad, tanto en México, como en la mayoría de los países en Vías de desarrollo. De acuerdo a estudios efectuados pro la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), del 50 al 70% de los pacientes menores de 5 años de edad que fallecen, la causa directa de muerte es la Deshidratación secundaria a la pérdida exagerada de líquidos y electrólitos.

El estado de Michoacan ocupa el décimo quinto lugar con 46, 435 casos de Diarrea y registro en 1991, 300 defunciones de menores de un año, y en niños de 1 a 4 años de edad se notificaron 94 muertos; esto debido a las complicaciones que sufren, principalmente a la Deshidratación aunada a la Desnutrición que tienen estos menores de edad.

Por lo cual se llevó a cabo el siguiente trabajo con la finalidad de conocer las principales enfermedades que atacan al menor de 5 años de edad e identificar el grado de conocimiento que tienen las madres de familia en la Preparación y Manejo del sobre "Vida Suero Oral"; una herramienta terapéutica efectiva, práctica y barata que permite disminuir la morbilidad por Deshidratación en los menores de 5 años de edad.

CONTENIDO

INTRODUCCION i

JUSTIFICACION ii

DEFINICION DEL PROBLEMA iii

METODOLOGIA iv

CAPITULOS

1.- MARCO TEORICO 1

1.1.- ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA 2

1.2.- DIARREA 4

1.2.1.- Concepto 4

1.2.2.- Etiología de la Diarrea 5

1.2.3.- Diagnóstico 9

1.2.4.- Tratamiento y Manejo del Sobre "Vida Suero Oral". 12

1.3.- INFECCION RESPIRATORIA AGUDA 23

1.3.1.- Concepto 23

1.3.2.- Etiología 23

1.3.3.- Tratamiento 25

1.4.- DESHIDRATACION 31

1.4.1.- Concepto 31

1.4.2.- Clasificación 31

1.5.- COMPOSICION QUIMICA DEL "VIDA SUERO ORAL" 32

1.5.1.- Absorción y Efectos en el Organismo 34

1.5.2.- Preparación del "Vida Suero Oral" 35

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 35

2.- RESULTADOS 39
3.- CONCLUSIONES 42
4.- ALTERNATIVAS y/o RECOMENDACIONES 45
Glosario 48
5.- ANEXOS 54
Cuadros y Gráficas 57
6.- BIBLIOGRAFIAS 74

LISTA DE CUADROS

CUADRO No. 1. Creencias de las madres sobre la prevención de la deshidratación.....57
CUADRO No. 2. Conocimiento de las madres sobre la prepración del suero oral 59
CUADRO No. 3. Como dan las madres de familia a sus hijos el suero oral 61
CUADRO No. 4. Ofrecimiento del suero 63
CUADRO No. 5. Enfermedades frecuentes en el menor de 5 años 65
CUADRO No. 6. Conocimiento de las madres sobre la prepración del suero oral 67
CUADRO No. 7. Grado de conocimiento de las madres sobre la prepración y administración del Sobre "Vida Suero Oral" 69
CUADRO No. 8. Creencias de las madres para prevenir la deshidratación 71
CUADRO No. 9. Ofrecimiento del suero oral en el menor de 5 años de acuerdo a su edad 73

LISTA DE GRAFICAS

GRAFICAS No. 1 Porcentaje de las creencias de las madres para prevenir la deshidratación.....58
GRAFICAS No. 2 Porcentaje de como preparan las madres de familia el suero oral 60
GRAFICAS No. 3 Porcentaje de utilización de utencilios para dar suero oral.....62
GRAFICAS No. 4 Porcentaje como ofrecen el suro oral las madres de familia 64
GRAFICAS No 5 Indice de enfermedades más frecuentes en el menor de 5 años.....66

GRAFICAS No. 6 Grado de conocimientos de las madres de familia sobre la del prepración del suero oral de acuerdo a su edad.....68
GRAFICAS No. 7 Cantidad de las madres de familia que saben preparar y administra el sobre "VIDA SUERO ORAL" 70
GRAFICAS No. 8 Como creen las madres prevenir la deshidratación en el menor de cinco años. Por enfermedad.....72
GRAFICAS No. 9 Como se ofrece el suero oral en el menor de 5 años de acuerdo a su edad 74

DEFINICION DEL PROBLEMA

Desde 1984 se han puesto en marcha "Programas" con el propósito de disminuir la morbilidad infantil, utilizando como estrategias la promoción de la Hidratación oral principalmente, mediante el uso regional para la prevención y el tratamiento de la deshidratación consecutiva a Diarreas de manera particular en el menor de 5 años de edad.

Se ha capacitado y actualizado constantemente al personal directivo así como a todo el personal de salud, esto es con el fin de educar a la población sobre el manejo adecuado del sobre "Vida Suero Oral"

Se han empleado los medios de comunicación para que así todo el país conozca estas estrategias, tanto en zonas urbanas como rurales.

Hasta la fecha se han sugerido programas y puesto en marcha estrategias con el fin de disminuir la morbilidad por Diarreas e Infecciones Respiratorias Agudas, ya que con todos los esfuerzos realizados hasta la fecha, todavía existen altos índices de mortalidad infantil por estas enfermedades.

IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

¿Cuales son las causas de morbilidad en el menor de cinco años y el grado de información que tienen las madres de familia sobre la preparación y manejo del sobre "Vida Suero Oral", de las comunidades del módulo 6 Tepalcatepec y 7 Parácuaro en Apatzingan, Mich.?

OBJETIVOS

Identificar las enfermedades que con mayor frecuencia se presentan en el menor de 5 años de edad.

Conocer el grado de información que tienen las madres de familia sobre la preparación y manejo de sobre "Vida Suero Oral".

METODOLOGIA

En este capítulo se presentaran las Variables e indicadores, el Tipo, Diseño y las Técnicas de Investigación que se pretenden utilizar al instrumentar la presente investigación.

Variables.

- Morbilidad infantil.
- Grado de información de las madres sobre la preparación y el manejo del sobre "Vida Suero Oral".

Indicadores.

- Enfermedades Diarreicas.
- Enfermedades Respiratorias.
- Preparación: Objetos de uso.
- Frecuencia y Cantidad.
- Tiempo de Duración del Suero Oral.

Tipo y Diseño de Investigación

Tipo.

Estas investigación se considera Descriptiva y Diagnóstica, ya que se estudiará y analizarán así como también se evaluaran los logros de la Capacitación que se ha dado.

Diseño.

El Diseño de Investigación se ha elaborado atendiendo los aspectos o lineamientos siguientes.

- Apoyo en los lineamientos establecidos por el ENEO.
- Revisión Bibliográfica para recolectar datos.
- Ejecución de los Datos.
- Logros de Objetivos.

Técnica e instrumentos de investigación Utilizados.

Entre las técnicas que se utilizaran están las siguientes:

Fichas de Trabajo.

Con estas se recolectará toda la información para el Marco Teórico el cual servirá de apoyo en la investigación.

Observación.

con este instrumento se podrá saber si realmente se está capacitando a las madres de familia.

Entrevistas.

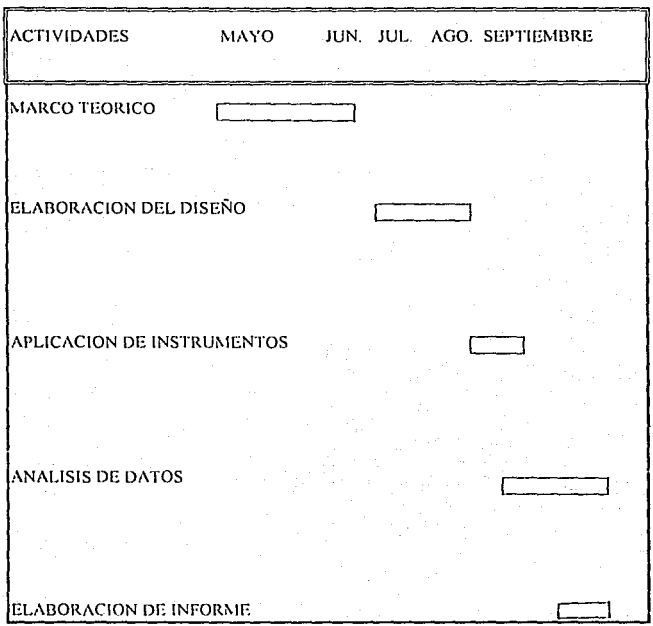
Estas se realizaran directamente a madres de familia, las cuales han sido capacitadas, los datos recolectados en estas entrevistas serviran para comprobar o disprobar las hipótesis.

Cuestionario.

Este es el instrumento de mayor importancia para está investigación ya que mediante este nos daremos cuenta de la situación real del problema.

Cronograma de Actividades.

Mediante esté cronograma se darán a conocer las actividades que se desarrollaran en diferentes tiempos , con una gráfica de Gantt.



1 MARCO TEORICO

I.1. ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA

El proporcionar servicios mínimos de salud a la población del área rural ha significado una constante preocupación, que se refleja en los objetivos del programa Nacional de Salud, ya que este grupo de la población de nuestro país, debido a sus características sociales, culturales y geográficas presenta importantes desventajas que repercuten en la salud de sus habitantes. por este motivo la Secretaría de Salud (SSA), le ha conferido a la dirección General de Planificación Familiar la responsabilidad de coordinar todas las actividades de salud dirigidas a las comunidades rurales dispersas con un rango de población menor a los 2500 habitantes; responsabilidad que se ha asumido a través de la Estrategia de Extensión de Cobertura que se define como el "Conjunto de acciones para proporcionar servicios mínimos de salud y que se otorgan a través de personal voluntario de la propiedad comunidad". la base de esta, se remonta a lo que era el Programa de Salud Rural el cual tuvo su antecedente en los Programas Comunitario Rural y de Extensión de Cobertura pertenecientes a la SSA.

Los objetivos que persigue la Estrategia de Extensión de Cobertura son.

- Proporcionar servicios de atención primaria de salud a la población rural.
- Lograr la participación de la comunidad en la satisfacción de sus necesidades de salud.

Para poder alcanzar los objetivos y desarrollar las actividades de la Estrategia de Extensión de Cobertura está organizada en los siguientes niveles operativos:

- Central.
- Estatal.
- Jurisdiccional.
- Modular.
- Comunitario.

Nivel Central: Este nivel está representado por la Dirección General de Planificación Familiar de la secretaría de Salud, es aquí donde se establecen los lineamientos operativos, así como la tramitación administrativa de los recursos que apoyan las actividades en las entidades federativas del país; además de establecer coordinación nacional con las diferentes instituciones involucradas en la Estrategia de Extensión de Cobertura.

Nivel Estatal: A este nivel le corresponde verificar el cumplimiento de los lineamientos operativos, la adecuada utilización de los recursos proporcionados por el nivel central para la operatividad de la Estrategia de Extensión de Cobertura en el estado. Para cumplir estas actividades el estado cuenta con personal específico responsable.

Nivel jurisdiccional: Este nivel se responsabiliza de la coordinación operativa de los módulos, aquí se cuenta con la participación de un coordinador médico jurisdiccional con la función de coordinar, apoyar y asesorar en las actividades de las supervisoras de auxiliares de salud y de las auxiliares de salud de la Estrategia de Extensión de Cobertura.

Nivel Modular. Es el nivel operativo intermedio que establece el enlace entre la comunidad y los servicios institucionales de salud. Un módulo está constituido por aproximadamente 10 comunidades y su sede está ubicada en el centro de salud más cercano o intermedio a las comunidades que lo integran, al cual se le denomina Cabecera de módulo es aquí donde se encuentra ubicada la supervisora de auxiliares de salud (enfermera general o auxiliar de enfermería) cuyas funciones son las de supervisar capacitar, adiestrar y apoyar a la auxiliar de salud en las actividades de la Estrategia de extensión de cobertura.

Nivel Comunitario: Es el nivel aplicativo esencialmente y corresponde a las comunidades menores de 2,500 habitantes es aquí donde se fundamentan las acciones de la Estrategia de Extensión de Cobertura a través de las auxiliares de salud.

Las auxiliares de salud, son personas seleccionadas por la propia comunidad, generalmente en asambleas convocadas por los líderes, y autoridades, representan la base de los servicios de atención primaria de salud que se proporcionan a la población rural dispersa. Para facilitar el desarrollo de sus actividades, reciben un curso de capacitación en planificación familiar y atención materno infantil, además de contar continuamente con el apoyo técnico y asesoría de la supervisor (a) de auxiliares de salud y del coordinador médico jurisdiccional. (1)

I.2. DIARREA

I.2.1. Concepto.

Es la presencia de evacuaciones intestinales aumentadas en frecuencia y disminuidas en consistencia, que puede cursar con o en ausencia de vómito. (2)

Se llama al defecar (Hacer del baño, obrar, etc....) más veces al dia de la que está acostumbrado y las evacuaciones (Excremento, caca, etc...) son aguadas o líquidas, a veces con moco o sangre. (3)

Para el manejo clínico deben tomarse en cuenta a las siguientes consideraciones:

- Para su identificación, es más importante tomar en cuenta la disminución de la consistencia de las evacuaciones, que la frecuencia de su presentación.
- Las evacuaciones diarreicas contienen más agua que lo normal.
- Las evacuaciones pueden contener moco y sangre, en cuyo caso se denomina disentería.
- La frecuencia diaria normal de las evacuaciones y su consistencia, puede variar de acuerdo a la edad del paciente y a su dieta, (Los lactantes alimentados al pecho materno, pueden tener hasta siete evacuaciones en 24 horas, de consistencia blanda). (4)

I.2.2. Etiología de la Diarrea.

Las enfermedades diarreicas agudas son de naturaleza casi siempre infecciosa pero de carácter auto limitado.- Un 80% de las enfermedades diarreicas agudas en los niños, son producidas por Rotavirus, Escherichia Coli, Campylobacter jejuni, Salmonella sp. y shigella.

Salmonella.

Además de Salmonella typhi y Salmonella paratyphi A, que causan la fiebre tifoidea y paratifoidea en el hombre, se conocen más de 2000 serotipos considerados de origen animal, que ocasionan diarrea o gastroenteritis tanto en el hombre como en numerosas especies de animales. En los países en desarrollo forman parte, aunque en proporción relativamente limitada, de la etiología general de las diarreas infantiles. En el niño de corta edad así como en individuos con deficiencias inmunología, pueden originar cuadros graves de gastroenteritis, a veces con invasión extraintestinal sumamente seria como sepsis, meningitis, ostiomielitis etc.., que requieren tratamiento específico. La fuente de infección la constituyen tanto el hombre como los animales domésticos. Por lo general, su transmisión se realiza a tráves de alimentos o bebidas contaminadas con las deyecciones de personas o animales infectados.

Shigella.

Son alrededor de 45 serotipos descritos, pertenecientes a cuatro grupos. Son gérmenes invasores del epitelio del colon que causan diarrea, generalmente exudativa, así como cuadros graves de disentería con numerosos leucocitos y sangre en las evacuaciones, con frecuencia hay fiebre. Su reservorio natural es exclusivamente el

intestino del hombre. La dosis mínima infecciosa es muy baja por lo que su transmisión se realiza generalmente en forma directa a través de las evacuaciones de los enfermos.

Campylobacter Jejuni.

Son gérmenes invasores del epitelio intestinal. Algunas cepas elaboran citotoxinas y enterotoxinas, cuyo papel en su patogenia no está bien definido. Su incidencia es elevada en las diarreas, aunque como ocurre con Salmonella, con frecuencia se encuentran en portadores asintomaticos.

Rotavirus.

Se trata de un particula de RNA de 70 nanómetros de diámetro. Se conocen por lo menos 3 grupos: A, B y C. Estos infectan tanto al hombre como a diversas especies animales, aunque la cepas que atacan al hombre, principalmente grupo A, son específicas del mismo. Es un germen invasor de los enterocitos, en particular a nivel de el duodeno; no se observa viremia. Constituye la principal causa de diarrea en el niño menor de 2 años, siendo su referencia especialmente elevada durante el invierno en los niños que presentan diarrea aguda en los países templados.

Entamoeba Histolytica.

Es un protozoario cosmopolita propio del intestino del hombre, es un germen invasor de la mucosa de colon.

El cuadro clinico más importante que origina es la disentería, la que debe distinguirse de la disentería shigelósica que es más común, a diferencia de esta no hay leucocitos en las evacuaciones, ni fiebre, a menos que se asocie a otras infecciones, lo que puede ser frecuente en poblaciones altamente infectadas. La mayoria de las infecciones

por E. Histolytica son sintomáticas, observandose únicamente quistes en las evacuaciones.

Clostridium Difficile.

Bacteria anaerobia de gran obicuidad. Forma parte de la flora del intestino del hombre y numerosos animales. En condiciones normales no muestra patogeneicidad alguna. Gracias a su resistencia a los antibióticos de uso común se observa superinfección del intestino en personas que reciben estos fármacos, en particular los de amplio espectro, pudiendo dar origen a diarrea así como al síndrome de colitis seudomembranosa, a veces muy grave.

Glardia Lambia.

Se trata del protozoario más común que parasita el intestino del hombre. Con frecuencia se encuentra en portadores asintomáticos, lo que dificulta la interpretación de su hallazgo. La infección se localiza en las porciones altas del intestino delgado. Su eliminación con las evacuaciones es irregular. Da origen a cuadros agudos mal definidos, de diarrea que en ocasiones se transforma en diarrea crónica acompañada de mala absorción intestinal. La transmisión es directa a través del agua o los alimentos.

Vibrio Cholerae.

Se conocen dos biotipos; "Clásicos" y "El Tor" que a la vez comprenden dos serotipos (Ogawa, Inaba e Hikojima). Todos pertenecen al grupo serológico 01. Sintetizan una enterotoxina que es la responsable del padecimiento a través de la activación de adenilsiclasa del epitelio del intestino delgado. No invaden la mucosa. La dosis mínima infecciosa es elevada. La infección presenta dos fases, colonización del

intestino seguida de la producción de toxina. El daño que causa es sólo fisiológico. La diarrea es de tipo secretorio pudiendo originar grandes pérdidas de agua y electrólitos; el cuadro clinico puede ir desde infección asintomática hasta diarrea aguda y grave, con elevada mortalidad si no se trata con rápidez.(5)

Las siguientes manifestaciones clínicas sugieren etiología Viral: vómitos frecuentes, diarrea liquida abundante y ausencia de fiebre.

La presencia de evacuaciones mucosanguinolentas abundantes y fiebre elevada persistente, con mal estado general (Que continúan después de corregir la deshidratación) surgiere etiología Bacteriana, por gérmenes entero-invasores.

La diarrea mucosanguinolenta escasa, sin fiebre, con buen estado general, pujo y tenesmo, sugiere etiología Amibiana.

Los pacientes con Cólera, casi siempre son mayores de 5 años de edad y presentan diarrea liquida abundante, de inicio brusco, sin fiebre, con vómitos, "calambres" musculares y deshidratación rápida que puede conducir al choque hipovolémico. Las evacuaciones tienen aspecto de "agua de arroz" y no tiene sangre. (6)

1.2.3. DIAGNOSTICO.

El manejo adecuado de las Diarreas comprende una serie de pasos que deben ser cubiertos en forma completa y ordenada; los cuales son:

- Evaluación clínica de acuerdo al estado de hidratación, clasificación y elección del plan de tratamiento. (Ver cuadro 1).
- Administración del plan a seguir.
- Reconocimiento de signos de alarma.
- Educación para la salud.

Evaluación y Clasificación del plan a seguir.

Los aspectos más relevantes del estudio clínico del paciente, indispensables para clasificarle y decidir su tratamiento se reliza por medio del interrogatorio, la observación y la exploración, mediante esto se orienta a la indentificación de signos y síntomas que permiten avaluar, el estado de hidratación del enfermo; principalmente:

- Sed
- Frecuencia y cantidad de orina.
- Somnolencia o irritabilidad.
- Lágrimas al llorar.
- Aspecto de la mucosa oral.
- Caracteristicas de la fontanela (En lactantes).
- Turgencia de la piel del abdomen.

- Número de respiraciones por minuto.
- Frecuencia e intensidad del puso.
- Pulso del niño, cuando sea posible.

CUADRO No. 1

	A	B	C
SIGNOS	BIEN HIDRATADO	DESHIDRATADO (2 o más signos)	CHOQUE HIPOVOLÉMICO
OBSERVE:			
ESTADO GENERAL	Alerta	inquieto o irritable	Inconsciente
OJOS		Hundidos; llora sin lágrimas	hipotónico
BOCA Y LENGUA		Secas, saliva espesa	
RESOIRACION		Rápida o profunda	
SED	Normales; llora con lágrimas	Aumenta, debe con avidez	No puede beber
	Húmedas		
	Normal		
	Normal		
EXPLORE:			
ELASTICIDAD DE LA PIEL	Normal	El pliegue se deshace con lentitud (<2 seg)	Débil o ausente
PULSO	Normal	Rápido	< 5 segundos
LLENA-DO CAPILAR	->2 seg	3 a 5 segundos	
FONTANELA (Lactantes)	Normal	Hundida	
DECIDA:			
PLAN DE TRATAMIEN-TO	A	B	C

FUENTE.- Secretaría de Salud; Guía para el Manejo efectivo de niños con Enfermedad Diarréica y Pacientes con Cólera, México., 1993 P.P 24.

1.2.4. TRATAMIENTO Y MANEJO DEL SOBRE "VIDA SUERO ORAL".

Una vez evaluando el cuadro clínico y el estado de deshidratación, así como determinada la conducta a seguir se procede a la ejecución del plan seleccionado.

PLAN A: Para los casos de diarrea sin deshidratación, se recomiendan 4 pasos siguientes:

-Prevención de la Deshidratación.

El peligro de la diarrea está en la pérdida excesiva de líquidos, por lo que el niño deberá tomar líquidos con más frecuencia de lo habitual y en mayor cantidad. Puede darse a beber; leche, agua de fruta, agua o atole de arroz, atole de maíz, té; de manzanilla, guayaba, limón yerbabuena, etc; agua de coco, sopas y caldos desgrasados.

Además de los líquidos anteriores, debe ofrecer "VIDA SUERO ORAL" a libre demanda a dosis del 1/2 taza (75 ml) en menores de un año, o una taza (150 ml) en mayores de un año, después de cada evacuación diarreica.

Se dará con taza y cucharita porque permite ofrecer cantidades pequeñas y uniformes que no propician la deglusión de aire ni el vómito.

-Alimitación .

En aquellos casos en que el niño se alimenta sólo con leche materna, bederá continuar tomándola con mayor frecuencia. Si es la leche de vaca (Fresca en polvo), podrá seguir tomandola en pequeñas cantidades pero con más frecuencia. Si el niño vómita se le darán pequeñas cantidades. (A cucharaditas si no toma pecho), con mayor frecuencia. hasta que deje de vómitar.

No se suspenderá la alimentación ni el seno materno y se dará alimentos de fácil digestión a los cuales está habituado el niño, en menor cantidad pero con más frecuncia.

-Se estimulará al niño a que coma todo lo que quiera. Es mejor dar comidas en poca cantidad y más frecuntes, cada 3 o 4 horas (6 a 8 veces al día), porque se digieren más fácilmente y el niño las acepta mejor.

-Los niños mayores de cuatro meses comerán manzana, plátano, guayaba, papa, mezclas de un cereal (arroz, maíz, trigo), leguminosas (frijoles, lenteja, haba) o mezcla de un cereal con carne o pescado cocido, sugún sean localmente disponibles. Los productos lacteos, el huevo y la zanahiria, tambien son adecuados. Todos los alimentos son muy útiles, tanto por su alto contenido energético, como por su consentración de potasio. La alimentación durante la diarrea proporciona al niño los nutrimentos que necesita para mantener su condición nutricional, impidiendo o limitando el riesgo de que en él se instale o acentúe la desnutrición.

No se debe introducir nuevos alimentos mientras persista la diarrea y suspender los hiperosmolares (muy azucarados).

Cuando la enfermedad remita, debe darse al paciente una o dos comidas extras diarias, durante una o dos semas, para recuperar la pérdida de peso acasionada por la enfemedad.

- Reconocimiento de los signos de alarma.
- Numerosas heces líquidas.
- Vómito frecuente.

- Sed intensa.
- Poca orina. y de color obscuro.
- Muy poca ingesta de liquidos y alimentos.
- Fiebre.
- Sangre en las haces.
- Ojos húndidos.
- Boca seca.

-Educación para la salud.

Las enfermedades diarreicas pueden evitarse. En esté principio básico se cuenta con la colaboración de la madre, a travéz del uso continuo de procedimientos en el hogar.

PLAN B: Para tratamiento de la deshidratación.

Se recomiendan las cinco reglas siguiente:

- Hidratación con "Vida Suero Oral".
- Dosis de 100 ml/kg de peso.
- Tiempo; por cuatro horas.
- Fraccionado cada 30 minutos.
- Con taza y cucharita.

La primera regla, es para corregir la deshidratación con una fórmula completa; la segunda para reponer las pérdidas; la tercera para hidratar al paciente lo más rápido posible; la cuarta y la quinta, para no sobrepasar la capacidad gástrica y disminuir la posibilidad de vómito.

Hidratación Inicial.

El paciente deshidratado, se atenderá en los servicios de salud a cualquier nivel, de preferencia en un servicio de hidratación oral cuando exista, con el fin de corregir la dishidratación usando la via oral. En el tratamiento se incluye la participación de la madre o del responsable del cuidado del paciente, bajo supervisión médica.

Después de la evaluación inicial, se vigilará la evolución cada 20 minutos. Durante la primera hora y después cada hora hasta corregir el estado de deshidratación lo cual se logra habitualmente en cuatro horas.

La cantidad de "Vida Suero Oral" calculada a 100ml/kg de peso en cuatro horas (25 ml-kg-hr), es para reponer las pérdidas previas, (50 a 80 ml/kg), y las pérdidas actuales 5 ml/kg/hr en el paciente con deshidratación de 5 8% y con evacuaciones diarreicas no muy abundantes.

"Ejemplo": Si un paciente pesa 6 kilos se le ofrecen en cuatro horas 6 ml. de "Vida Suero Oral", que equivale a 150 ml cada hora, 75 ml. cada 30 minutos.

Sin embargo si después de la primera toma el paciente terminó todo el sueroo, no presentó vómito, ni distención abdominal, se ofrece la misma cantidad cada 20 minutos. Si la diarrea es abundante y el paciente continua aceptando bien el "Vida Suero Oral", la valoración horaria permite aumentar la cantidad ofrecida en la hora siguiente.

El resultado final, puede ser la carrección de la deshidratación antes de cuatro horas o utilizar una cantidad superior a la calculada al inicio para corregirla.

El tiempo de hidratación puede variar de 2 a 8 hrs. Según, el grado de deshidratación, las pérdidas por heces, vómito o fiebre y la aceptación del "Vida Suero Oral" por el paciente.

Evolución.

A medida que la hidratación progresa y se corrige el deficit de líquidos hay disminucón progresiva de la sed, lo que impide que el paciente ingiera una cantidad mayor de "Vida Suero Oral", a la que se administró las primeras cuatro horas. En cuanto se observe la corrección de la deshidratación, se pasa al PLAN A de tratamiento.

Si empeora el estado de deshidratación o no se corrige en 8 horas, deberá valorarse el uso de hidratación por vía intravenosa (PLAN C).

Procedimiento de Alta.

Evaluar el estado clinico del paciente; asegurarse que su estado de hidratación sea normal y que las evacuaciones diminuyerón en frecuencia, a menos de dos por hora o menos de 10g/kg/hr. Se orientará a la madre o familiar a cargo en cuento mejore el estado de hidratación del paciente; acerca del tratamiento de la enfermedad diarreica en el hogar; alimentación del enfermo preparación y uso del "Vida Suero Oral", y medidas preventivas.

Entregar al encargado del cuidado del niño sobres gratis súficientes de "Vida Suero Oral". para 2 o 3 dias.

Vómitos.

Si se presentan vómitos o se incrementan, en cantidad abundante y número mayor de 3 por hora, se suspende la via oral durante diez minutos y después se reinicia el "Vida

Suero Oral" a dosis de 0.5 ml/kg de peso, cada cinco minutos si el paciente no vómita durante veite minutos, se aumenta poco a poco la cantidad de suero, hasta alcanzar la dosis inicial. Si el paciente continúa con vómito, presenta rechazo a la administración del "Vida Suero Oral" o desarrolla distención abdominal progresiva, se hidratará por sonda nasogástrica con "Vida Suero Oral", a dosis de 20-30 ml/kg de peso por hr, hasta mejorar su hidratación y tolerar vía oral.

PLAN C: Para tratamiento de choque Hipovolémico o cuando el criterio clínico indique la hidratación por vía intravenosa:

- El paciente en choque hipóvolemico resultante de la deshidratación producida por la enfermedad diarreica, o con cualquier complicación grave que requiera reposición de líquidos por vía intravenosa será atendido de preferencia en un hospital, mediante un esquema de hidratación combinado, intravenoso (IV) y oral. (Ver cuadro No 2).

La meta, es que los pacientes reciban hidratación intravenosa por un tiempo corto, no más de 3 a 4 horas, y que la mayor parte de ellos completen su hidratación por vía suero oral, con " Vida Suero Oral ", a dosis de 25 ml/kg/hr, en las tres horas siguientes.

- Los volúmenes de líquidos y las velocidades de administración del tratamiento son promedios basados en las necesidades usuales. Estas cantidades deberan incrementarse si no bastan para lograr la hidratación; o reducirse, si la hidratación se consigue antes de lo previsto o si la aparición del edema en torno a los ojos indican sobre hidratación.

-Cuando el niño sufre Choque Hipovolémico y es menor de un año, se recomienda la administración endovenosa de solución salina al 0.9% o Lactato de Ringer en dosis de 30 ml/kg de peso, para pasar en una hora; si al terminar persistente el estado de choque, se repetirá la misma dosis. Cuando mejore el estado general, se continuara la misma solución a dosis de 40 ml/kg de peso, para dos horas; si al cabo de este el niño se encuentra en condiciones de beber; se le ofrecerá "Vida Suero Oral" a dosis de 40 ml/kg de peso, para tres horas, fraccionando el total en tomas de cada 20 minutos. Se valorará nuevamente en ese momento al paciente y si su hidratación se ha completado se iniciará alimentación; leche (materna o humana), y se dará la solución de hidratación oral a libre demanda por eva-

CUADRO No 2

PLAN C.

¿Puede administrar líquidos IV inmediatamente?

SI

-Comience líquidos IV inmediatamente . Intetente administrar VSO mientras se consigue inicia IV. Administre solución de Hartmann o solucion salina isotónica al 0.9 % de acuerdo al siguiente esquema:

Primera hora	Segunda hora	Tercera hora
50 ml/kgg	25 ml/kg	25ml/kg

-Evelúe al paciente continuamente. S i no está mejorando, a aumente la velocidad de infución.

-Al poder beber (usualmente en 2-3 horas), pase a VSO, a dosis de 25 ml/kg/hora, mientras sigue IV.

-Al completar IV, evalúe al paciente para seleccionar Plan a A o B (y retitrar venoclisis), o repetir C

-Si se pasa a plan A, observe durante 2 horas para asegurar que el responsable del paciente puede mantenerlo hidratado con VSO y puede alimentarlo en su domicilio.

NO

¿Puede referir a un lugar cerca? (a menos de 30 minutos)

SI

-Refiera inmediatamente .
-Prepare VSO y enseñe cómo darlo con jeringa en el camino .

NO

¿Sabe usar sonda nasogástrica?

SI

-Comience VSO, 20-30 ml/kg/hora, por 4 hoas (hasta 120 ml/kg).
-Evalúe al paciente cada hora .
--Si vomita u tiene distensión abdominal, dele 5-20 ml/ kg/hora para tratamiento IV.
-Después de 4 horas, evalúe al paciente y seleccione plan de tratamiento A, B o C.

NO
Urge: Refiera para IV o sonda nasogastrica.

Prepare VSO y enseñe cómo darlo con jeringa durante el camino.

FUENTE .-Secretaría de Salud: Guía para el manejo efectivo de noños con enfermedads Diaréaica y Pacientes con Cóleta México. 1992.

cuación, a la brevedad posible de acuerdo a sus condiciones generales regresarse a su domicilio. la venoclisis deberá retirarse al iniciar la Vía Oral.

- Cuando el niño está en Choque Hipovolémico y es mayor de un año, se recomienda el uso intravenoso de solución salina isotónica al 0.9% o Lactato de Ringner, a dosis de 100 ml/kg de peso para administrar en 4 horas; inicialmente, tan rápido como sea posible hasta sentir con facilidad el pulso radial, posteriormente se disminuirá la velocidad para que la solución finalice al término de cuatro horas.

- Cuando el niño sea capaz de beber, se le ofrecerá "Vida Suero Oral" a dosis de 40 ml/kg de peso, para tres horas, fraccionado el total en tomas cada 20 minutos.

Se valorará nuevamente al paciente y si su hidratación se ha completado se iniciará alimentación, leche (materna) y se dará solución de hidratación oral a libre demanda por evacuaciones generales egresarse a su domicilio.(7)

PLAN D: Caso s de Diarreas Complicadas (Casos especiales). (Ver cuadros No 3 y 4).

- Cuando el niño presenta diarrea complicada se manejará en una unidad de salud preferentemente hospitalaria.
- Se integrará una historia clínica completa, ya que estos casos, independientemente de cursar con o sin deshidratación tienen agragada otra u otras enfermedades que frecuentemente agravan el cuadro.
- Es conveniente cuando se cuente con el recurso, solicitar estudios de laboratorio y gabinete para complementar y basar el diagnóstico. (8)

CUADRO No 3

ANTIMICROBIANOS UTILIZADOS EN EL TRATAMIENTO CASOS ESPECIFICOS DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LA CAUSA	DROGA(S) DE ELECCIÓN I	OPCION I
Disentería por Shigella 2	TRIMETOPRIM (TMP) SULFAMETOXAZOL (SMX) Niños-TMP 10mg/kg/día, y SMX, 50 mg/kg/día, divididos en dos dosis durante cinco días. Adultos.TMP 160mg y SMX 800 mg dos veces al día, durante cinco días.	AMPICILINA Ninos. 100mg/kg/día divididos en cuatro losis d durante cinco días. Adultos 1 g, cuatro veces al día, durante cinco días.
Cólera 2,3	TETRACICLINA Adultos -500 mg tres veces al día durante tres días. O DOXICICLINA una sola dosis de 30 mg.	ERITROMICINA Niños 30 mg/kg/día divididos en tres dosis diarias durante tres días Adultos-500 mg tres veces al día durante tres días.. TRIMETROPRIM (TMP) SULFAMETOXZOL (SMX) Niños TMP-160 mg y SMX 800 mg durante tres días.

FUENTE.-Secretaría de Salud. Guía para el manejn efectivo de niños con enfermedad Diarréica y Pacientes con Cólera. México, 1992.

cuadro no 4

ANTIMICROBIANOS PARA ENFERMEDAD DIRREICA POR PROTOZOARIOS

CAUSA	ANTIBIÓTICOS DE ELECCION	ALTERNATIVA
AMIBIASIS INTESTI-NAL AGUDA	METRONIDAZOL Niños-30 mg día divididos en tres dosis durante diez días.	En caso graves: CLORHIDRATO DE DIHIDROEMETINA por inyección intramuscular profunda. 1-1.5 mg/día (máximo 90 mg), hasta por ciento días dependiendo de la respuesta (todas las edades).
Giardiasis aguda	METRONIDAZOL Niños-15 mg/kg día durante cinco días divididos en tres dosis Adultos-250 mg tres veces al día durante cinco días.	FURAZOLIDONA Niños-7 mg/kg/día divididos en tres dosis diarias durante cinco días Adultos- 100 mg tres veces al día durante cinco días

FUENTES.- Secretaría de Salud. Guía para el Manejo efectivo de niños con Enfermedad Diarréica y Pacientes con Cólera. México, 1992. P.P.44.

REFERENCIAS

1.- Todas las dosis indicadas son para la administración oral a menos que se especifique otra vía.

2.- Al seleccionar un antibiótico para tratamiento, se debe tener en cuenta la frecuncia en el área de gérmenes resistentes a los antibióticos.

3.- La terapia con antibióticos no es esencial para que el tratamiento tenga éxito, pero en casos graves abrevia la duración de la enfermedad y la excreción de Organismos.

1.3. INFECCION RESPIRATORIA AGUDA.

1.3.1. Concepto.

Se entiende por Infección Respiratoria Aguda (IRA), todo cuadro clínico que tenga desde su inicio hasta 15 días de evolución, y en el que se presenta uno o más de los siguientes sintomas y signos: (Ver Cuadro No 5).

- Obstrucción o Secreción Nasal.
- Dolor o Secreción por Oido.
- Enrojecimiento de Garganta con o sin Placas Purulentas.
- Tos.
- Ronquera.
- Dificultad Respiratoria. (9)

1.3.2. Etiología.

Se cree debido a infección virica, que se transmite por contacto con personas infectadas o por gotitas de saliva transportadas por el aire, generalmente se complican con infecciones bacterianas secundarias.

Los agentes más importantes los constituyen los Rinovirus, que producen del 15 al 30% de estas, le siguen en importancia los Coronavirus o Adenovirus, Coxachie, Piconavirus, Parainfluenza e Influenza.

CUADRO No 5
CLASIFICACION DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS
(SEGUN CRITERIO DE GRAVEDAD)

I. GRAVE	II. MODERADA	III. LEVE
- ALETEO EN REPOSO.	- DOLOR DE OIDO O SECRECION	- OBTRUCCION NASAL.
- ESTRIDOR EN REPOSO.		- SECRECION NASAL.
- QUEJIDO RESPIRATORIO	- FARINGE CON PLACAS PURULENTAS Y GANGLIOS DEL CUELLO INFLAMADO Y DOLOROSOS	- DOLOR O ARDOR DE FARINGE
- TIRAJE SIN SIBILANCIAS		- ENROJECIMIENTO DE FARINJE.
- APNEA		
- POSTRACION ACENTUADA O INCONCIENCIA		- TOS
- PALIDEZ ACENTUADA O CIANOSIS		
FRECUENCIA RESPIRATORIA MAYOR A 70 POR MINUTO	FRECUENCIA RESPIRATORIA ENTRE 50 Y 70 POR MINUTO	FRECUENCIA RESPIRATORIA MENOR DE 50 POR MINUTO
CON UNO O MAS SIGNOS O SINTOMAS DE ESTA COLUMNA (ASOCIADOS O NO CON LAS COLUMNAS II O III), SIGA EL PLAN DE ACCION I.	CON UNO O MAS SIGNOS O SINTOMAS DE ESTA COLUMNA (ASOCIADOS O NO CON LA COLUMNA III), SIGA EL PLAN DE ACCION II.	CON UNO O MAS SIGNOS O SINTOMAS DE ESTA COLUMNA, SIGA EL PLAN DE ACCION III.

SI ALGUNO DE LOS SIGNOS O SINTOMAS PRESENTES EN ESTE CUADRO, SE ACOMPAÑAN DE DESNUTRICION SEVERA, DESHIDRATACION SEVERA, O UNA ENFERMEDAD GRAVE ASOCIADA, DEBERA HOSPITALIZARSE DE INMEDIATO.

FUENTE: Secretaría de Salud. Programa Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades Diarréicas e Infecciones Respiratorias Agudas. México, 1990. pp. 6

1.3.3. TRATAMIENTO

Una vez identificada la gravedad del caso, se procedera al manejo terapéutico:

Caso Grave.- La presencia de uno o más síntomas o signos de gravedad obliga a seguir el PLAN 1 de manejo.

PLAN 1:

- Iniciar el tratamiento antibiótico, como se indica en los casos moderados.
- Iniciar el tratamiento antitérmico, como se indica en los casos leves.
- Proporcionar oxígeno (Si se cuenta con el recurso), a razón de 1 L. por minuto hasta el traslado.
- En caso de sibilancias utilizar salbutamo l en niños de 3 a 5 años de edad, en la dosis de 2 mg. (1 cucharadita 5 ml) cada 8 horas por vía oral.
- Envio inmediato del paciente al servicio hospitalario más cercano.

Caso Moderado.- Es aquel en que se identifica la presencia de uno o más síntomas o signos que califican a la IRA como Moderada, en este caso se seguirá el PLAN 2 de Manejo.

PLAN 2:

Además de recibir tratamiento sintomático (como se indica en el caso leve), se recomiendan también medidas generales; y la aplicación de tratamiento antibiótico:

Primera Opción.- Es recomendable utilizar la Penicilina Benzatinica (600,000 U,I.), combinada con la Penicilina Procainica (300, 000 U.I.), en dosis única para niños de 3 meses a 5 años de edad; en caso necesario deberá repetirse la dosis.

Si no se cuenta con está presentación se aplicará: De 3 a 4 años de edad. - por vía intramuscular, en dosis única una ámpula de Penicilina Benzatinica de 600, 000 U.I. + una ámpula de Penicilina G. procaina de 400, 000 U.I. También se le puede agregar una ampolleta de Penicilina de 400,000 U.I. cada 24 horas hasta completar 3.

En caso de ALERGIA , o dificultad para adminsitrar medicamentos inyectables, utilizar la Segunda Opción.

Segunda Opción: Se utiliza el Trimetroprim con Sulfametoxazol de acuerdo a las edades y dosis siguientes:

Presentaciones:

Suspensión con Trimetroprim- 40 mg. y Sulfametoxazol 200 mg. oc omprimidos con Trimetroprim- 80 mg. y Sulfametoxazol 400 mg.

EDAD	DOSIS
-3 a 5 meses	1/2 Cuch, (2.5 ml.) de Suspensión c/12 horas.
-6 a 23 meses	1 Cuch. (5 ml) de Suspensión c/12 horas.
-2 a 5 años	1 Cuch. (5 ml.) de Suspensión ó 1/2 comprimido c/12 horas.

Se calcula en base a 8 mg. de Trimetroprim/kg/Día y 40 de Sulfametoxazol/kg/Dia, durante 7 días.

NO DEBERA ADMINISTRARSE ESTE MEDICAMENTO A MENORES DE 3 MESES.

Es necesario hacer revaloración clinica rigurosa a las 72 horas o antes en caso de agravarse.

A los menores de 3 meses, se administrará Ampicilina, como se indica:

Presentación. Suspensión con 125 mg. de Amplicilina

EDAD	DOSIS
0 a 3 meses.	1/2 Cucharadita cada 6 horas durante 7 días.

Se calcula a razón de 50 a 100 mg/kg/Día.

REVALORACION A LAS 72 HORAS.

Se tomaran las siguientes Decisiones:

- En caso de Mejoria; se dará de alta, haciendo recomendaciones educativas.
- En caso de permanecer Estacionario o Agravarse, se puede utilizar la otra opción del tratamiento bajo una vigilancia más estrecha, o se refiere a otro nivel de atención.

Caso Leve: Si los síntomas y signos identificados en el enfermo corresponden a los de un enfermo leve, se le proporcionará el PLAN 3 de Manejo.

PLAN 3:

Exclusivamente tratamiento sintomático y las medidas generales que se recomiendan:

Tratamiento Sintomático:

En caso de fiebre, administrar Acetaminofén unas gotas, o tabletas de 100 mg. por vía oral de acuerdo al siguiente esquema:

EDAD	DOSIS
Hasta 3 meses.	10 gotas cada 8 horas.
4 meses a 6 meses.	22 gotas cada 8 horas.
7 meses a 12 meses	30 gotas cada 8 horas.
1 a 3 años	40 gotas cada 8 horas ó 2 tabletas de 100 mg. c/8 horas.
3 a 5 años.	60 gotas cada 8 horas ó 3 tabletas de de 100 mg. c/8 horas.

Se calcula en base a 50-60 mg/kg/Dia.

Deberá citarse al enfermo a las 72 horas para su revaloración, o antes si se agrava.

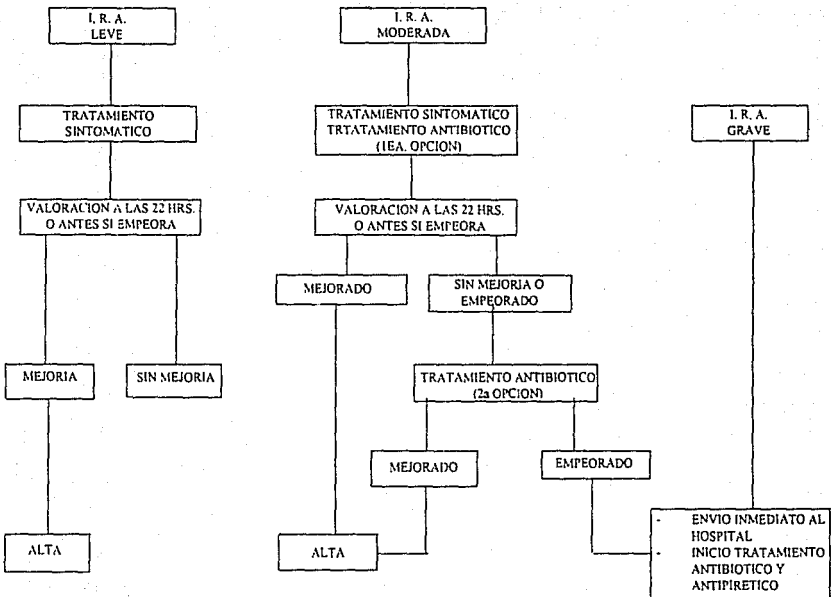
MEDIDAS PREVENTIVAS

Es conveniente hacer las siguientes recomendaciones para que los familiares del niño enfermo, las apliquen como medidas de apoyo al tratamiento.

- Reposo en cama de todo niño afebril.
- Elevar la cabecera de la cama de modo que el niño esté semisentado y pueda respirar con facilidad.
- Mantener permeables las fosas nasales mediante la aplicación de gotas de suero fisiológico o agua con sal o bien introduciendo un papel absorbente humedecido con agua hérvida que no este caliente, a manera de mecha para limpiarle la nariz.
- En las IRA está contraindicado el uso de cualquier otro tipo de gotas o jarabes antitusígenos, que son de poca utilidad para estos padecimientos.
- humedificar el ambiente con paños húmedos colgados en la habitación donde se encuentra el niño.
- Alimentación normal, sin forzar al niño (No Suspender la Lactancia).
- Aumentar el consumo de líquidos, para fluidificar las secreciones, facilitar su eliminación y recuperar el agua que pierde por la fiebre, sudoración y taquipnea.
- mantener la higiene del niño diariamente, evitando el enfriamiento a las corrientes de aire.
- no es necesario usar antitérmicos cuando la fiebre es menor de 38.5 C. basta un baño con agua tibia durante 3 a 5 minutos. También es recomendable usar compresas tibias en la cabeza. [1]

CUADRO No 6

MANEJO DE LOS CASOS DE INFECCION RESPIRATORIA AGUDA (IRA)



FUENTE: Secretaría de Salud. Programa Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades Diarréicas e Infecciones Respiratorias Agudas. México, 1990, pp. 7

I.4. DESHIDRATACION

I.4.1 Concepto.

Es la pérdida de agua y electrólitos.

I. 4. 2. Clasificación:

Deshidratación LEVE.- Se produce cuando la pérdida de agua corporal son inferor de 50 ml/kg de peso corporal. Hasta este límite de pérdida, los signos clínicos objetivos de deshidratación son el aumento de la velocidad del pulso (Taquicardia) y la palidez de la piel.

Un poco más allá de este límite de pérdida, sobreviene sequedad de la piel y de las mucosas, ausencia de lágrimas y disminución en la producción de orina, que son los signos tempranos de deshidratación moderada. El tiempo de llenado capilar es inferior a los 2 segundos.

Deshidratación MODERADA.- Cuando la deshidratación avanza a un déficit de líquidos de 80 100 ml/kg de peso corporal, las alteraciones circulatorias se agravan progresivamente. El llenado capilar es lento (3 segundos o más). Las extremidades están frías y moteadas; la fontanela y los globos oculares están hundidos y la húmeda de las mucosas y elasticidad de la piel se reducen marcadamente. La presión sanguínea se mantiene ya que la Hipovolémia se desarrolla en forma progresiva.

Deshidratación GRAVE.- Sucede generalmente en los casos de diarrea abundante, puede alcanzar un déficit de 120 a 150ml/kg de peso corporal. Los pacientes tienen alteraciones de la conciencia, baja presión sanguínea, piel y mucosas muy secas y el tiempo de llenado capilar es mayor de 4 segundos. (11)

1.5. COMPOSICION QUIMICA DEL "VIDA SUERO ORAL".

La hidratación oral es el descubrimiento biomédico más importante del presente siglo, ya que por si solo puede salvar más vidas que cualquier otra acción asistencial. Según datos estadísticos que señaló el doctor Felipe Mota Hernández, coordinador del Servicio de Hidratación oral del Hospital Infantil de México "Federico Gómez" de la Secretaría de Salud afirman que: "Se calcula, conservadoramente que mediante la utilización de una técnica sencilla, barata y de aplicación domiciliara en México podrían evitarse más de 100,000 fallecimientos anuales por deshidratación en niños menores de cinco años".

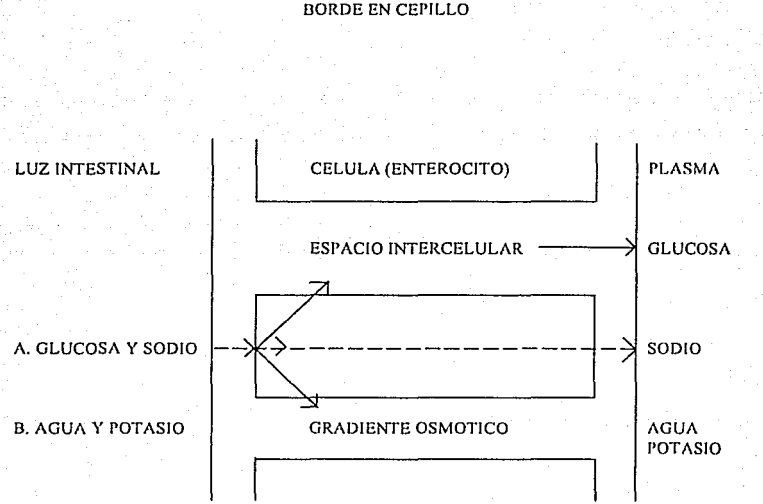
La UNICEF recomienda: "Para incrementar el empleo de la Terapia de Hidratación Oral y disminuir la mortalidad por enfermedad diarreica, se debe propiciar su uso en el hogar desde el momento mismo en que se inicia la diarrea, mediante la educación de los familiares, especialmente a las madres. Se ha demostrado que para lograr lo anterior los medios masivos de comunicación no son suficientes y que se requiere más bien de comunicación interpersonal por parte de los servicios médicos y de la población que acude a consulta". (ver cuadro No 7).

En nuestro país la fórmula para preparar el suero se distribuye en forma concentrada en sobres y de distribución gratuita en todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud con el nombre de "Vida Suero Oral". la fórmula contiene: Cloruro de Sodio 3.5 gr, Citrato Trisódico Dihidratado 2.9 g, Cloruro de Potasio 1.5g, y Glucosa Anhidra 20.0g.

Está se empaca en sobres de polietileno o papel, lo que abarata su producción y además tiene una mayor duración.

CUADRO No 7

TRANSPORTE LIGADO DE GLUCOSA Y SODIO EN EL INTESTINO DELGADO



FUENTE: Secretaría de Salud. Guía para el manejo efectivo del niño con Enfermedad Diarréica y Pacientes con Cólera. México, 1992. pp 21

Al ser disueltas en agua (1 Litro), proporciona en mmol/l:

- Sodio 90.
- Cloro 80.
- Potasio 20.
- Citrato 10.
- Glucosa 111.

La osmolaridad total de la Solución es de 311 mosm/l. Semejante a la del Plasma. (13)

I.5.1. ABSORCION Y EFECTOS EN EL ORGANISMO.

El organismo absorbe normalmente el agua y los electrólitos que necesitan, mediante el consumo de bebidas y alimentos (Ingreso). También es normal que se eliminen agua y electrólitos a través de las evacuaciones, la orina, el sudor y la respiración, y las pérdidas insensibles piel y pulmón (Egreso).

Normalmente, el agua y los electrólitos pasan del intestinos sano a la sangre. Sin embargo, cuando hay diarrea el intestino se altera y el volumen de agua y solutos que entran a la sangre se reduce; una cantidad mayor sale de la sangre al intestino y se elimina por las evacuaciones diarreicas (pérdida anormal), produciendo como resultado, la deshidratación.

En los episodios diarreicos aumenta la secreción intestinal y se bloquea la absorción de cloruro de sodio, pero con la de sodio unido a nutrientes como los azúcares (glucosa), aminoácidos y vitaminas hidrosolubles.

Las sales de sodio y potasio contibuyen a restituir los electrolitos pérdidos a través de las evacuaciones.

La glucosa ayuda a transportarlos junto con el agua hacia el torrente circulatorio, para restituir los líquidos perdidos.

La importancia de la nueva terapia de rehidratación oral se debe al descubrimiento, de que la glucosa aumenta de manera significativa la capacidad de absorción de sales y agua por el organismo del paciente, propiciando el mantenimiento del equilibrio corporal aún cuando la infección siga en curso, el cual de por sí es autolimitado.(14)

I.5.2 PREPARACION DEL "VIDA SUERO ORAL"

- Previo lavado de manos, se vacía todo el contenido de un sobre en un litro de agua limpia, de preferencia hervida a la temperatura ambiente y se mezcla hasta disolverlo perfectamente.
- Una vez preparado el Suero, se usara sólo dentro de las 24 horas siguientes, pasado este tiempo, se desechará el sobrante y se preparará un nuevo litro, para evitar la contaminación de la solución.
- No se recomienda el uso de soluciones caseras, a base de agua, sal y azúcar, debido a la dificultad para medir con exactitud los componentes; además, porque es una fórmula completa y porque hay en el país suficiente producción de "Vida Suero Oral" para cubrir la demanda, incluso en condiciones especiales.
- El "Vida Suero Oral" se da a la temperatura ambiente, ya que frío retrasa el vaciamiento gástrico y caliente puede provocar vómito.
- Nunca hierva el Suero ya preparado.
- mantenga bien tapada la olla o la jarra donde tiene el "Vida Suero Oral", ya preparado.

- El sobre contienen todas las substancias que el niño necesita es muy importante que no agregue azúcar ni otras cosas. El sabor del Suero es un poquito saldado porque tiene exactamente lo que el niño necesita. (15 Y 16)

REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS.

1.- Secretaría de Salud. Estrategia de Extensión de Cobertura, 1993. p.p. 13-14.

2.- Secretaría de Salud. Guía para el manejo efectivo de niños con enfermedad diarreica y pacientes con cólera, 1992. p.p. 9.

3.- Secreataría de Salud. Manual de Madres, 1990. p.p. 7

4.- Secretaría de Salud. Programa Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades Diarreicas e infecciones Respiratorias Agudas, 1990. p.p. 3.

5.- Mota H. F. Etiología de las Diarreas Infecciosas: Viejos y Nuevos Agentes. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, 1990. p.p. 143-149.

6.- Torregrosa F.L. Olarte J; Rodríguez S. R, y cols. Enfermedades Diarreicas en el Niño. 9a. Ed. Ediciones Médicas del hospital Infantil de México "Federico Gómez", México, 1988.

7.- Secretaría de Salud. Guía para el manejo efectivo de niños con enfermedad diarreica y pacientes con cólera, 1992, p.p. 25-39.

8.- Monta H.F. Abuso de Antimicrobianos y Otros Conceptos erróneos en el Tratamiento de Diarreas en Pacientes. Boletín Médico del Hospital de México, 1987. p.p. 577-579.

9.- Secretaría de Salud. Infecciones Respiratorias Agudas p.p. 235-243.

10.- Secretaría de Salud. Programa Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades Diarreicas e infecciones Respiratorias Agudas, 1990. p.p. 3-12.

11.- Organización Panamericana de la Salud. Manual de Tratamiento de la Diarrea; Serie Paltex para Ejcutores de Programas de Salud no. 13, 1987. p.p. 177.

12.- Boletín de la S.S.A. en Michoacan Tsipekua: Vida Buena. Diarrea: Mal Evitable, 1993. p.p. 3-5.

13.- Velázquez J. C; Mota H.F. Bases Fisiológicas de la Composición de la Solución para hidratación oral en Pacientes con Diarrea Aguda. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, 1987. p.p. 771-776.

14.- Luis Velázquez Jones. Alteraciones Hidroelectrolíticas en Pediatría; Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México "Federico Gómez". 1a Ed. 1991. p.p. 157-169.

15.- Secretaría de Salud. Guía para el manejo efectivo de niños con enfermedad diarreica y pacientes con cólera, 1992. p.p. 32-34.

16.- Secretaría de Salud. Enfermedades Diarreicas e hidratación oral, 1993. p.p. 211-235.

2. RESULTADOS

Dentro del cuadro No. 1 vemos que las madres de familias de acuerdo a sus creencias y/o capacitación que tienen previenen. La Deshidratación dando a sus niños menores de 5 años "Vida Suero Oral" con un total de 41 madres y otras 38 aumentan la cantidad de líquidos y las restantes 21 dan líquidos caseros; las cuales están actuando correctamente ya que en el apartado de Tratamiento y manejo del sobre "Vida Suero oral: Plan A.- Prevención de la Deshidratación, nos menciona acerca de aumentar la cantidad de líquidos, dando bebidas caseras, además de ofrecer "Vida Suero Oral" a libre demanda.

. En el cuadro No. 2 de Preparación del "Vida Suero Oral el 51% de 100 madres de familia describen y preparan correctamente el suero, lo cual es un porcentaje bajo ya que estas mismas madres fueron capacitadas en la preparación y el manejo del sobre oral antes de realizar la investigación además de contar con los medios masivos de comunicación los cuales realizan labores de difusión del sobre "Vida Suero Oral" y su modo de preparación.

Para el cuadro No. 3 de Como le dan el sobre "Vida Suero Oral" al menor de 5 años el porcentaje más alto fue el de a "cucharaditas" con el 35% de todas las entrevistadas el cual es muy bajo ya que según el apartaddo de Tratamiento y Manejo del "Vida Suero Oral"; Plan A.- prevención de la Deshidratación, se deben ofrecer cantidades pequeñas y uniformes a "cucharaditas" ya que no propician la deglución de aire, ni el vómito; pero al contrario de esto el 27% lo ofrece con biberón lo cual no es correcto ya que al utilizar este utensilio provoca que el niño sufra una distensión abdominal por la deglución de aire; además de que a veces los biberones no son lavados correctamente ni hervidos para su uso.

En el siguiente cuadro No. 4 "Ofrecimiento del Sobre Vida Suero Oral", nos encontramos con un 53% de madres de familia que lo dan a libre demanda lo cual es lo correcto según el Plan A de Tratamiento y manejo del sobre "Vida Suero Oral"; pero un 11% del total no saben como darlo lo cual provoca que sus hijos puedan y/o sufran de deshidratación, porque algunas tiene para llevarlos al médico y otras no cuentan con los recursos económicos para que sus hijos reciban atención médica, lo que da como consecuencia que se agraven y en otras ocasiones hasta lleguen a morir por este motivo.

En el cuadro No. 5 de Enfermedades frecuentes en el menor de 5 años, encontramos que se enferman más de enfermedades respiratorias(46), que de enfermedades diarreica(34) pero tienen más posibilidades de agravarse los segundos, porque por la zona donde se llevó a cabo la investigación que es Apatzingan Mich. (Tierra Caliente), la complicación principal es la Deshidratación como lo explica el Plan B de Tratamiento y Manejo del sobre "Vida Suero Oral".

Para el cuadro No. 6 de Conocimiento de las madres sobre la preparación del "Vida Suero Oral" de acuerdo a su edad, encontramos que las madres de 26-30 años de edad son el porcentaje mayor (17) que si sabe prepararlo correctamente y que al contrario de esto la mayor cantidad (17) de madres de 21 a 25 años de edad no lo saben preparar correctamente; lo cual es un paso para incrementar la capacitación en las madres de familia más jóvenes porque son sus hijos los que resultaran dañados ya que su inexperiencia hace que no tomen medidas correctas como lo dice el Plan A: de educación para la Salud.

En el cuadro No. 7 Grado de conocimiento de las madres sobre preparación y administración del sobre "Vida Suero Oral" del total de madres de familia que saben preparar el Suero Oral (51), sólo 28 lo administran correctamente y 27 no, está situación agrava más el problema que se tiene de capacitación, porque el porcentaje de madres que

saben preparar el "Vida Suero Oral" es bajo (De 51%) y se suma el de que no lo saben administrar, que es de 27, nos da como resultado un 78% del total de madres con problemas serios en la preparación y manejo del sobre "Vida Suero Oral".

El cuadro No. 8 de Creencias de las madres para Prevenir la Deshidratación en el menor de 5 años por enfermedad, el porcentaje de 41 madres de familia que dan suero oral esto indica que todavía no están convencidas que el "Vida Suero Oral" es la mejor terapia para prevenir complicaciones en las enfermedades comunes en su comunidad como nos lo dice la composición Química del "Vida Suero Oral " en el que explica que es una técnica sencilla y barata, y que puede aplicarse en el domicilio de las madres para evitar las muertes por Deshidratación.

Cuadro No. 9 ofrecimiento del "Vida Suero Oral" en el menor de 5 años, en este podemos observar que el 27% de las madres de familia le dan al niño el "Vida Suero Oral" en biberón lo cual no es recomendado porque estos pueden estar contaminados y agravar el cuadro diarreico, además son niños mayores de 1 año de edad los cuales ya deberían tomar en vaso o taza y no en biberón, de acuerdo a las recomendaciones del Plan A de Tratamiento y manejo del sobre " Vida Suero Oral".

3. CONCLUSIONES

La idea de está investigación nace mediante las visitas realizadas a las comunidades día con día durante el año de Servicio Social, realizado en las comunidades del programa Estrategia de Extensión de Cobertura; en las cuales se pudo dar cuenta que son comunidades rurales marginadas, que tienen carencia de todos los servicios públicos y de salud indispensables; como lo son la falta de agua potable, drenaje o por lo menos letrinas, sus hábitos higiénico-dieteticos son deficientes, viven en hacinamiento y promiscuidad, las casas están construidas casi de una manera general de lámina, madera y cartón, lo que las hace más susceptibles a enfermedades que se presentan con más frecuencia en la población entrevistada y/o estudiada como son: Las Enfermedades Diarreicas el Infecciones Respiratorias Agudas.

Por el alto índice de morbilidad que estas enfermedades ocasionan, anteriormente ya se habían llevado acabo programas de capacitación a madres de familia en donde hay un menor de 5 años de edad, dando a conocer las medidas preventivas y de el manejo del niño enfermo. Además de la capacitación ya recibida, a las madres de familia se les dió una nueva capacitación como apoyo al programa de salud que se desarrolla en esa zona del país, por parte de los pasantes en la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

De acuerdo a los observado se llevó a cabo la siguiente investigación encontrandose gran desinterés por parte de las madres de familia, lo que da como resultado lo siguiente:

En cuanto a las creencias de las madres para prevenir la deshidratación, las 100 madres de familia saben como prevenirla; unas dando "Vida Suero Oral", otras aumentando la cantidad de líquidos y las restantes Dando líquidos caseros.

Por otra parte en lo que toca a la Preparación del "Vida Suero Oral", 51 madres de familia describen correctamente la receta y las restante del total de 100 tienen errores en la preparación.

En lo que se refiere a Como le dan el "Vida Suero oral al menor de 5 años, el mayor número de madres entrevistadas no saben como administrar el "Vida Suero Oral" porque sólo 35 de ellas se lo dan a sus niños a "cucharaditas", como es lo correcto.

En lo referente al Ofrecimiento del "Vida Suero Oral", del total de madres de familia la mayoría ofrece correctamente el " Vida Suero Oral " del total de madres de familia la mayoría ofrece correctamente el "Vida Suero Oral" a sus niños menores de 5 años.

En las enfermedades frecuentes en el menor de 5 años, estos presentan con más frecuencia Infecciones Respiratorias Agudas desde menores de 1 año hasta los 5 años de edad, y en segundo lugar las Enfermedades Diarreicas que atacan más a los menores de 1 año y en menor grado a los de 5 años de edad.

En cuanto al Conocimiento de las madres sobre la Preparación del "Vida Suero Oral" de acuerdo a su edad, se encontró que la edad de las madres no influye para tener conocimiento de la prepración del "Vida Suero Oral", ya que tanto presentan errores las madres de familia jóvenes como las de mayor edad.

En lo referente a el Grado de conocimiento de las madres sobre la preparación y administración del "Vida Suero Oral", de las madres entrevistadas 51 saben como preprarlo, pero 28 de ellas sólo saben como administrarlo; lo que nos da como resultado que la mayoría de las entrevistadas no aplican correctamente los conocimientos adquiridos en su capacitación.

Por lo que toca a creencias de las madres para prevenir la deshidratación en el menor de 5 años por enfermedad, las madres de familia para realizarlo en caso de

Diarreas y por Infecciones Respiratorias Agudas utilizan el "Vida Suero Oral" y en seguida Aumentan la cantidad de liquidos en su casa.

Por lo que toca al Ofrecimiento del "Vida Suero Oral" en el menor de 5 años de acuerdo a su edad, de las 100 madres entrevistadas sólo 35 ofrecen correctamente el "Vida Suero Oral", el resto tiene el error de ofrecerlo con biberón, en vaso o taza y otros; no le dan la debida importancia a la edad que tiene el niño ni a la capacitación recibida.

De acuerdo a lo anterior consideramos haber alcanzado y logrado los objetivos que se propusieron en está investigación, ya que mediante las entrevistas realizadas se pudo identificar a las enfermedades que se presentan con mayor frecuencia en el menor de 5 años, así como también se logró conocer el grado de información que tienen las madres de familia sobre la preparación y manejo del sobre "Vida Suero Oral", en las comunidades rurales pertenecientes a los módulos 6, 7, Tepalcatepec y Parácuaro respectivamente, en la Jurisdicción 7, Apatzingan Mich.

4. ALTERNATIVAS y/o RECOMENDACIONES.

El problema no se soluciona con el conocimientos de las madres de familia sobre como Prevenir la Deshidratación o como preparar el "Vida Suero Oral", ni tampoco como se resuelve con la producción suficiente de sobres de "Vida Suero Oral", para evitar la deshidratación en el niño menor de 5 años de edad.

El problema hay que tratar de solucionarlo evitando que el niño se enferme de Diarrea o de Infecciones Respiratorias Agudas, que son la principal causa de morbilidad en la población infantil, en las 20 comunidades estudiadas, para lo cual se propone las siguientes Alternativas desolución solución o Recomendaciones:

Lactancia Materna.

La Lactancia Materna es el mejor alimento para el recién nacido y el lactante entre los 4 y 6 meses de edad. Los niños alimentados con fórmula, en los menores de 6 meses la mortalidad disminuye hasta 25 veces; además se facilitan los "lazos" entre la madre y el niño. La lactancia materna es segura porque evita el uso de biberones, agua y leche contaminados.

Uso de Agua Limpia.

Las familias que tienen acceso a suministro confiable de agua, se enferman menos que las familias que no las tienen

Mejorar las fuentes de agua disponibles por ejemplo:

- Hacer una cerca o pared alrededor de la fuente de agua.
- Evitar que el agua de lluvia caiga dentro de él.
- No permitir que laven ropa ni se bañen dentro o cerca de las fuentes de agua.
- No colocar letrinas dentro de 10 metros de distancia de la fuente de agua.

- Lavar o desinfectar por lo menos cada 6 meses los tambos, tanques, tinacos, cisternas u otros depósitos en donde se almacena agua y mantenerlos tapados.
- Hervir el agua que van a beber.
- Promover la desinfección del agua para consumo humano por medios químicos o físicos; almacenarla en recipientes limpios bien cubiertos y no corrosibles.
- Clorar el agua.

Lavado de Manos.

- Para evitar las diarreas los responsables de los niños en el hogar deben lavarse las manos con suficiente agua y jabón, y secarlas completamente con toalla o trapo limpio.
- Después de cambiar los pañales y limpiar a un niño que haya defecado y después de desechar las heces.
- Antes de preparar los alimentos.
- Antes de comer y, dar de comer a los niños.
- Un adulto o un hermano mayor debe lavar las manos de los niños menores.

Uso de Letrinas.

Evitar la defecación al aire libre mediante el uso de letrinas, ya que se ha comprobado que el usar letrinas para la defecación evita que se contamine el suelo y el ambiente en general evitando así las enfermedades diarreicas.

Nutrición.

- Orientar a la población sobre la alimentación adecuada de los niños.
- Un niño bien alimentado tiene más posibilidades de ser un niño fuerte y sano.

Higiene

- Mantener la higiene del hogar y personal.
- Traer a los niños aseados, con ropa limpia, manos limpias y uñas cortas.
- Evitar tener animales dentro de su casa.
- Procurar tener higiene en los alimentos.

Recomendaciones para Enfermedades Respiratorias Agudas

- Evitar el contacto con personas enfermas.
- Evitar corrientes de aire en época de frió.
- Indicar leche materna a los niños los primero 6 meses de vida.
- Evitar que se fume en habitaciones cerradas.
- No cocinar con leña, carbón o petróleo dentro de la habitación donde se encuentre un enfermo.
- Abrigarse adecuadamente en la época de frió.
- Procurar no asistir a lugares públicos cerrados, sobre todo cuando haya problemas de Catarro o bronquitis.
- para no contagiar a los demás, el enfermo debe procurar comer y dormir aparte, teniendo cuidado de no acercarse a personas sanas especialmente a los niños.
- No escupir en el suelo.
- Procurar comer frutas que contenga vitamina C.
- Implantar un nuevo Programa de Capacitación, con objetivos bien definidos, hacia las madres de familia, casa por casa donde haya un menor de 5 años.

GLOSARIO

Absorción.- Es la captación de líquidos y diversas substancias por células de la piel o mucosas.

Aleteo Nasal.- Es un movimiento de las partes laterales de la nariz, que se abren y cierran ostensiblemente cuando el niño respira, su presencia indica insuficiencia respiratoria, es decir, gravedad del niño.

Anaerobia.- Tipo de microorganismo que vive sin necesidad de aire ni de oxígeno libre.

Apnea.- Es la ausencia de movimientos respiratorios por corto tiempo.

Avidez.- Ancia desmedida.

Bacteria.- Microorganismo de la clase de los esquizomicetos; puede tener cuerpo unicelular o no celular, forma redonda, espiral, filamentosa o la de un bastoncito. Se mueve mediante flagelos y vive en el agua, la tierra, la materia orgánica o el cuerpo de los seres vivientes. Son importantes para el hombre por sus efectos químicos, como agentes de fermentación y putrefacción o como agentes patógenos.

Cereal.- Son las semillas secas de las plantas herbáceas de la familia de las gramíneas. Son ricos en almidón, por lo que constituyen fuentes importantes de energía.

Cianosis.- Es la coloración morada o azulada que generalmente se observa en los labios, en las uñas o en la lengua, especialmente la debida a anomalías cardiacas que son causa de oxigenación insuficiente de la sangre.

Choque Hipovolémico.- Síndrome provocado por la disminución prolongada del volumen sanguíneo circulante. Se caracteriza por una reacción en cadena cuyas fases consecutivas incluyen: anoxia (insuficiencia de oxigeno a los tejidos), acidosis, aumento de la permeabilidad capilar, exudación, reducción del volumen de sangre circulante, disminución del gasto cardiaco y, nuevamente anoxia, con la cual se completa el círculo vicioso.

Déficit.- Imperfección, defecto, falta.

Desnutrición.- Deficiencia de proteínas y calorías en diversos grados de severidad que produce una consunción gradual de los tejidos corporales con emaciación general.

Deyecciones.- Descarga o deposición de materia excrementicia, fecal especialmente.

Digestión.- Proceso complejo mediante el cual los alimentos se descomponen en elementos simples que son similados por el organismo.

Distensión Abdominal.- Acción y efecto de estirar o estirarse en forma violenta los tejidos abdominales, membranas y articulaciones.

Dolor o Ardor de Garganta.- Cuando el niño refiere tener dificultad para hablar o tragar, puede también considerarse como dolor de garganta, la observación que la madre hace en el niño al notar que no puede tragar o no recibe sus alimentos, además se caracteriza porque el niño quiere alimentarse, pero rechaza el alimento al sentir dolor.

Dolor de Oído y Secreción.- La información puede ser dada por la madre o el niño, dependiendo de la edad de éste. Es común que las madres refieran que el niño ha estado irritable, molesto, se toca con frecuencia la oreja, llora, mueve la cabeza; después de intentar tragar extiende los brazos en actitud defensiva, rechaza los alimentos, probablemente presenta secreción y cuando esta aparece, disminuye el dolor y la irritabilidad del niño.

Dosis.- ..Cantidad de medicamento o de agente terapéutico que se toma de una vez.

Edema.- Acumulación de líquido seroalbuminoso en el tejido celular.

Energético.- Perteneciente o relativo a todo lo que nos da energía.

Enrojecimiento Faringeo.- Las amigdalas (Que están lateralmente en el fondo de la garganta) pueden estar hinchadas, enrojecidas y algunas acompañadas de secreción amarilla o verdosa o con la presencia de placas purulentas.

Estridor.- Es un ruido intenso y agudo que se escucha al inspirar cuando hay dificultad respiratoria, expresa gravedad cuando se presenta en el niño en reposo.

Exudativo.- Cuando sale un líquido a modo de sudor fuera de los poros.

Frecuencia Respiratoria.- Es un signo importante, por eso siempre hay que medirla con el niño desnudo o por lo menos con el pecho descubierto y en el regazo de su madre (De preferencia dormido y no llorando), verificando los movimientos respiratorios por minuto. Cuando es menor de 50 veces por minuto, es leve, moderada cuando la frecuencia es entre 50 y 70

respiraciones por minuto y si es mayor de 70 veces por minuto se considera como grave.

Germen.- Bacteria y/o microorganismo.

Infusión.- Obtención de principios medicamentosos mediante la acción del agua hirviendo sobre substancias vegetales determinadas. Introducción terapéutica de un líquido, especialmente de una solución salina, en una vena del cuerpo.

Ingesta.- Pasar de la boca al estómago los alimentos o substancias.

Lacteo.- Perteneciente o semejante a la leche.

Leucocito.- Célula incolora, nucleada, móvil, capaz de atravesar las paredes vasculares, de fagocitar y digerir bacterias o partículas pequeñas. Constituye el glóbulo blanco de la sangre y es producido por las porciones linfoideas, mielopoyética y reticular del sistema reticuloendotelial.

Meningitis.- Es la inflamación de las meninges; cuando sólo afecta la duramadre, recibe el nombre de paquimeningitis, en tanto que la leptomeningitis es la inflamación de la Aracnoides y la Piamadre, y es la forma más común de este transtorno.

Micro-

organismo.- Es un organismo que no puede verse a simple vista. Los microorganismos incluyen bacterias, virus, protozoarios, hongos, levaduras y algas unicelulares.

Nutritivo.- Toda aquella substancia que nutre.

Obstrucción

Nasal.- Se entiende por Obstrucción nasal o nariz tapada, todo signo que obliga al niño a respirar por la boca (Debe observarse que la obstrucción nasal no sea causa por cuerpo extraño).

Osteomielitis.- Infección que ataca la médula ósea.

Patógeno.- Dícese de lo que produce enfermedad.

Postración

Acentuada.- El niño deja de moverse, está triste, quieto, flácido, sin movimientos propios, aletargado y decaído por la enfermedad, la mirada no se fija y está como pérdida.

Quejido

Respiratorio.- El niño acompaña la respiración con un quejido.

Reservorio.- Cavidad en la que se almacena un líquido, como el saco lagrimal, la vesícula biliar, la vejiga urinaria.

Rotavirus.- Género de virus de la familia roeviridae. Son responsables de cuadros diarreicos infantiles no epidémicos; uno de los procesos patológicos más frecuentes en los niños de todo el mundo.

Secreción

Nasal.- Sustancia que sale por la nariz y puede ser transparente, blanquecina, amarillenta o verdosa. Cuando el color de la secreción es de esta última característica, se dice que es purulenta.

Sepsis.- Infección pútrida, Septicemia.

Sibilancias o

Silbido al Respirar.-Es un ruido muy fino, que se oye en el pecho al espirara.

Signo. - Síntoma objetivo de una enfermedad.

Síntoma.- Signo externo que manifiesta una alteración apreciable de la salud del organismo.

Somnolencia.- Pereza, letargo. Estado que presenta características intermedias entre el sueño y la vigilia.

Tiraje.- Es la depresión (Hundimiento) de los espacios entre las costillas en una o más regiones del tórax, arriba del esternón o abajo del borde costal durante la inspiración, este signo es más notorio a mayor gravedad del paciente, y es más frecuente en los niños menores de un año. No se le considera grave cuando se asocia con Sibilancias.

Tos.- Serie de movimientos respiratorios energéticos, súbitos y ruidosos, que permiten expulsar el aire de las vías respiratorias.

Toxina.- Nombre genérico de las substancias con propiedades tóxicas, producidas por gérmenes patógenos.

Turgencia.- Calidad de lleno, congestionado y abultado por exceso de líquido en los vasos o en los intersticios de las células.

Virus.- ..Agente infeccioso ultramicroscópico que requiere células vivas para su cultivo, y que origina diversas enfermedades en el hombre o a los animales.

ANEXOS

ANEXO No. 1

UNAM - ENEO

CUESTIONARIO

Objetivo: Conocer las principales causas de morbilidad en el menor de cinco años y grado de información que tienen las madres de familia sobre la preparación y manejo del sobre vida suero oral.

Ficha de identificación:

1.- Nombre_____

2.- Edad de la madre_____

3.- Edad del niño_____

4.- De que se enferman sus niños con más frecuencia_____

_____

5.- ¿Como cree usted que puede prevenir la deshidratación en niño?

a) Aumento de la cantidad de liquidos.

b) Dando liquidos en su casa (thé, agua, hervida, etc.)

c) Dando suero oral.

6.- ¿Como prepara el suero oral?

a) Describe la receta correctamente?_____

b) Errores percibidos al prepararlos _____

_____

_____

7.- ¿Como le da el suero oral a su niño?

a) Cucharaditas b) Con biberón c) En vaso o taza d) Otros

8.- ¿Cuanto le ofrece al niño de suero oral?

a) A libre demanda b) Media taza después de cada evacuación.

c) Una taza después de cada evacuación. d) otros.

ANEXO No. 2

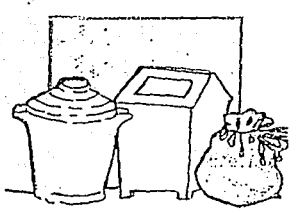
PARA QUE NO TE ATAQUE LA DIARREA

LAVATE LAS MANOS

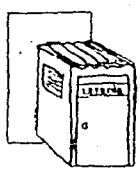
Después de ir al baño o limpiar al niño.

Y tambien antes de comer o cocinar.

PON LOS DESECHOS EN SU LUGAR



Mantén tapada la basura



Letrinas

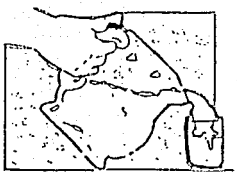
Al obrar usa:

excusados

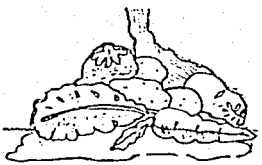
o al menos entierra el excremento

ANEXO No. 3

CUIDA TUS ALIMENTOS



Dale de beber a tu familia agua limpia de preferencia hervida

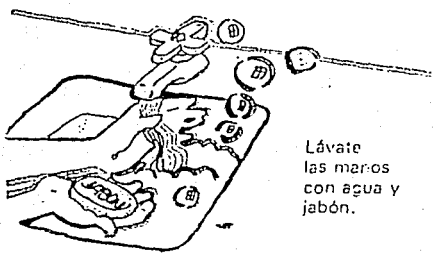


Prepara alimentos frescos y bien lavados o cocidos y consúmelos recién cocinados

La leche materna ayuda a protegar a tu hijo contra la diarrea y otras enfermedades

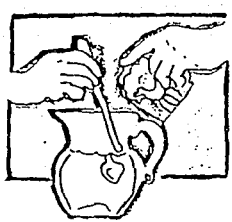
ANEXO No. 4

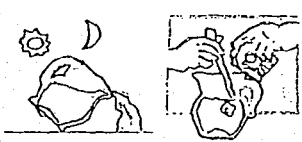
PREPARACION Y USO DEL VIDA SUERO ORAL



Lávate las manos con agua y jabón.

Revuelve en un litro de agua todo el contenido de un sobre y dáselo a cucharaditas





Después de 24 hrs. tira el suero sobrante y prepara otra jarra.

ANEXO No. 5

PREPARACION Y USO
Lávese las manos
En un litro de agua limpia disuelva todo el contenido de un sobre
Continúe la alimentación habitual
VIA DE ADMINISTRACION: Oral
Deseche de 24 horas los sobrantes de suero
ESTE SOBRE CONTIENE UN MEDICAMENTO
Cada sobre contiene Glucosa 200 g
Cloruro de potasio 1.5 g
Cloruro de sodio 3.5 g
Citrato trisódico dihidratado 2.9 g
HYDRASOR
Polvo para solución oral

VIDA
Suero ORAL
EVITA LA DESHIDRATACION POR DIARREA
ELECTROLITOS ORALES

ANEXO No. 6

SALUD Y HUMOR

ANTIMENSAJE

Colaboración de la revista "LA DIARREA"

CUADROS Y GRAFICAS.

CUADRO No. 1

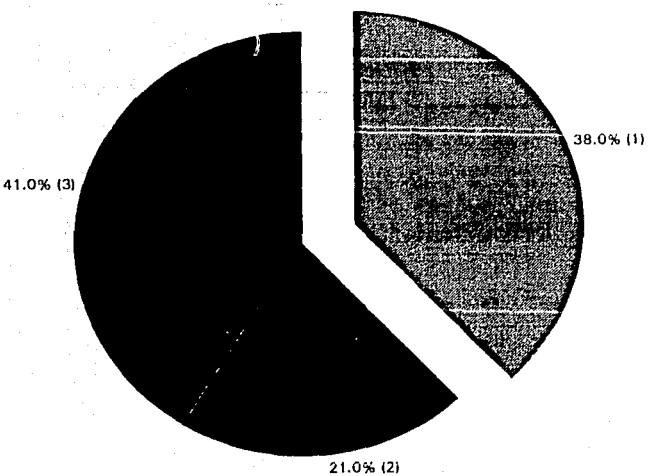
CREENCIAS DE LAS MADRES SOBRE LA PREVENCION DE LA DESHIDRATACION

Opciones	Total
Aumentando la cantidad de liquidos	38
Dando liquidos en su casa	21
Dando Suero Oral	41
Total	100

FUENTE: Cuestionarios Aplicados en las comunidades del módulo 6 Tepalcatepec y 7 Parácuaro en Apatzingan, Mich.

Gráfica No 1

PORCENTAJE DE LAS CREENCIAS DE LAS MADRES PARA PREVENIR LA DESHIDRATACION



(1) (Aumentando cantidad de líquidos)
(2) (Dando líquidos en su casa)
(3) (Dando vida suero oral)

Fuente: Cuadro 1

CUADRO No. 2

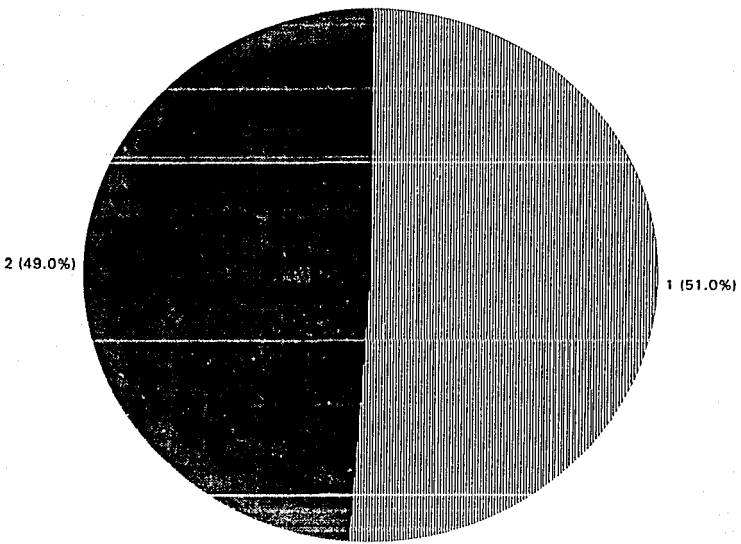
CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LA PREPARACION DEL SUERO ORAL

Opciones	Total
Describe Correctamente la Fórmula	51
Errores Percibidos	49
Total	100

Fuente: Misma cuadro 1

PORCENTAJE DEL COMO PREPARAN LAS MADRES DE FAMILIA EL SUERO ORAL

Gráfica No 2



(1) Describe correctamente la formula
(2) Errores percibidos
Fuente: Cuadro No. 2

CUADRO No. 3

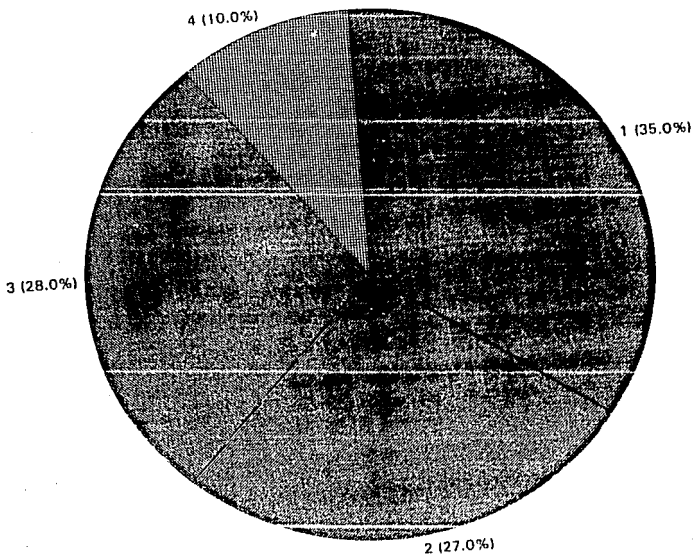
COMO DAN LAS MADRES DE FAMILIA A SUS HIJOS EL SUERO ORAL

Opciones	Total
Cucharaditas	35
Con biberón	27
En vaso o taza	28
Otros	10
Total	100

Fuente: Misma Cuadro No. 1

Gráfica No 3

PORCENTAJE DE UTILIZACION DE UTENSILIOS PARA DAR SUERO ORAL



(1) (Cucharaditas)
(2) (Con biberón)
(3) (En vaso o taza)
(4) (Otros)
Fuente: Cuadro No. 3

CUADRO No. 4

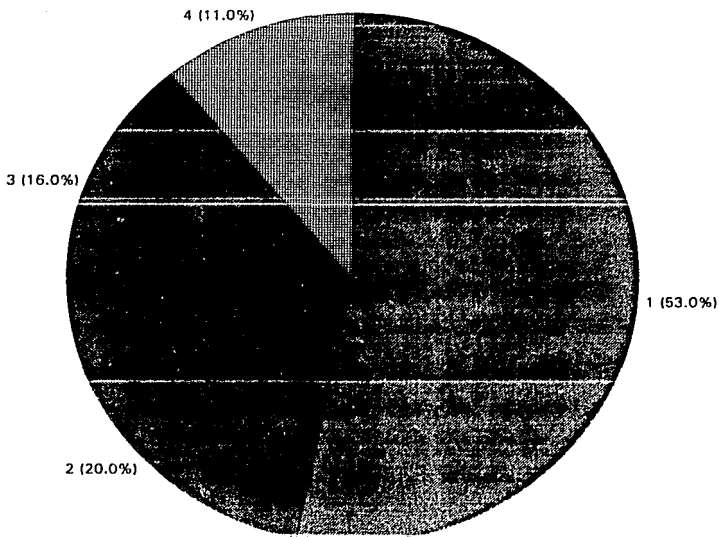
OFRECIMIENTO DEL SUERO ORAL

Opciones	Total
Libre Demanda	53
1/2 taza después de cada evacuación	20
1 taza después de cada evacuación	16
Otros	11
Total	100

Fuente: Misma Cuadro 1.

PORCENTAJE COMO OFRECEN EL SUERO ORAL LAS MADRES DE FAMILIA

Gráfica No. 4



(1) (Libre Demanda)
(2) (1/2 Taza después de cada evacuación)
(3) (1 Taza después de cada evacuación)
(4) (Otros)

Fuente: Cuadro No. 4

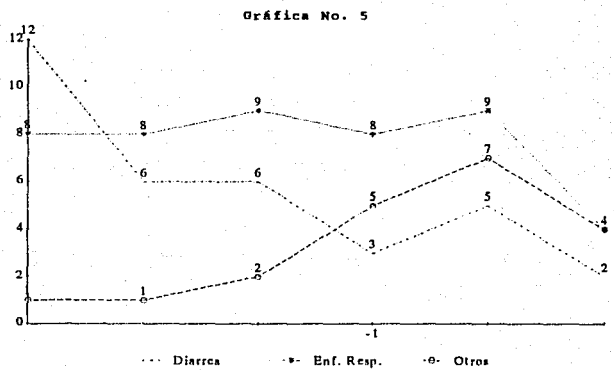
CUADRO No. 5

ENFERMEDADES FRECUENTES EN EL MENOR DE 5 AÑOS

Enfermedad	Edad del menor de 5 años						
	-1	1	2	3	4	5	Total
Diarrea	12	6	6	3	5	2	34
Enfermedades Respiratorias	8	8	9	8	9	4	46
Otros	1	1	2	5	7	4	20
Total	21	15	17	16	21	10	100

Fuente: Misma cuadro No.1

INDICES DE ENFERMEDADES MAS FRECUENTES EN EL MENOR DE 5 AÑOS



Fuente Cuadro No. 5

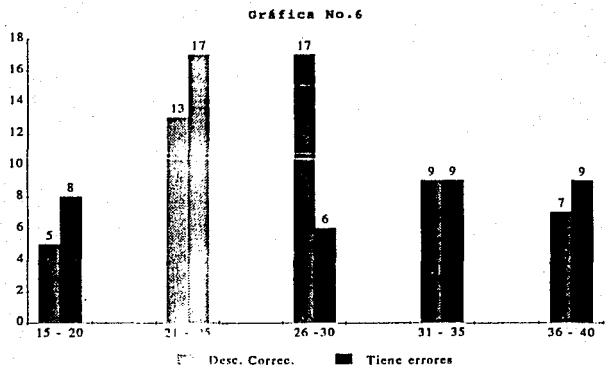
CUADRO No. 6

CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES DE FAMILIA SOBRE LA PREPRACION DEL SUERO ORAL DE ACUERDO A SU EDAD

EDADES	Preparación del Suero Oral		
	A	B	Total
15 - 20	5	8	13
21 - 25	13	17	30
26 -30	17	6	23
31 - 35	9	9	18
36 - 40	7	9	16
Total	51	49	100

Fuente Misma Cuadro No. 1
Clave: A Si describen correctamente la receta.
B Tienen errores al prepararlo.

GRADO DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES DE FAMILIA SOBRE LA PREPARACION DEL SUERO ORAL DE ACUERDO A SU EDAD



Fuente: Cuadro No.6

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

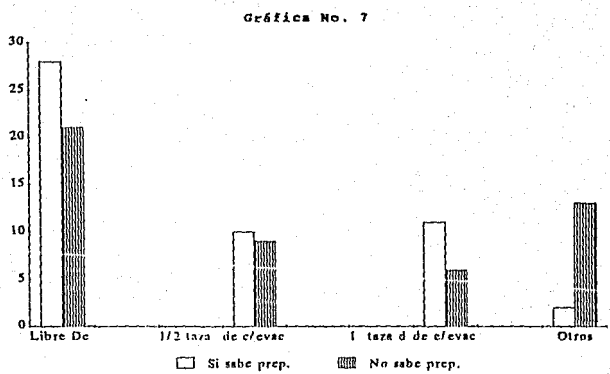
CUADRO No. 7

GRADO DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE PREPARACION Y ADMINISTRACIÓN DEL SOBRE "VIDA SUERO ORAL "

	Preparación del Suero Oral		
Opciones			
	A	B	Total
Libre Demanda	28	21	49
1/2 taza después de c/evacuación	10	9	19
1 taza después de c/evacuación	11	6	17
Otros	2	13	15
Total	51	49	100

Fuente: Misma Cuadro No. 1

CANTIDAD DE MADRES DE FAMILIA QUE SABEN PREPARAR Y ADMINISTRAR EL SOBRE "VIDA SUERO ORAL".



Fuente: Cuadro No. 7.

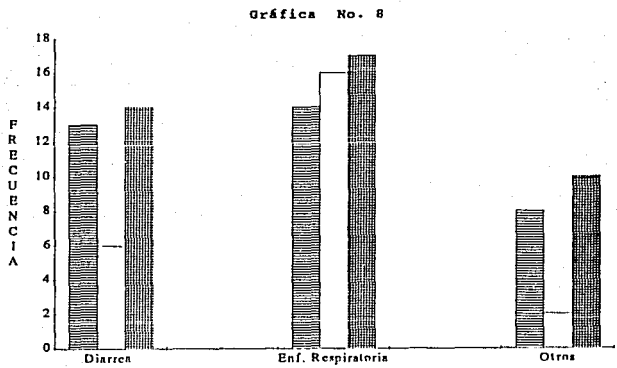
CUADRO No. 8.

CREENCIAS DE LAS MADRES PARA PREVENIR LA DESHIDRATACIÓN EN EL MENOR DE 5 AÑOS POR ENFERMEDAD.

Creencias de las Madres				
Enfermedad				
	A	B	C	Total
Diarrea	13	6	14	33
Enf. Respiratorias	14	16	17	47
Otros	8	2	10	20
Total	35	24	41	100

Fuente: Misma Cuadro No. 1
A= Aumentando la cantidad de liquidos
B= Dando liquidos en su casa.
C= Dando Suero Oral

COMO CREEN LAS MADRES PREVENIR LA DESHIDRATACION EN EL MENOR DE 5 AÑOS POR ENFERMEDAD



FUENTE : Misma. Cuadro No. 8.

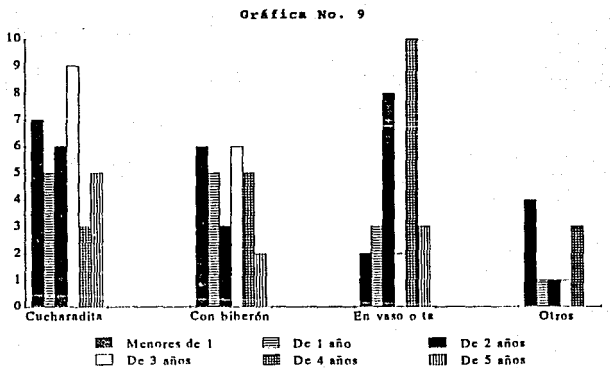
CUADRO No. 9

OFRECIMIENTO DEL SUERO ORAL EN EL MENOR DE 5 AÑOS DE ACUERDO A SU EDAD

	Edades del menor de 5 años						
Ofrecimiento	-1	1	2	3	4	5	Total
Cuacharaditas	7	5	6	9	3	5	35
Con biberón	6	5	3	6	5	2	27
En vaso o taza	2	3	8	2	10	3	28
Otros	4	1	1	1	3	0	10
Total	19	14	18	18	21	10	100

Fuente: Misma Cuadro No. 1

COMO SE OFRECE EL SUERO ORAL EN EL MENOR DE 5 AÑOS DE ACUERDO A SU EDAD



FUENTE: Cuadro No. 9.

BIBLIOGRAFIA

6. BIBLIOGRAFIA

-BALSERIO A. Lasty. Investigación en Enfermería. Ed. Acuario, 2a. ed. México 1991. 225 p.p.

-BAENA Guillermina. Instrumentos de Investigación. Ed. Mexicanos Unidos, 4a. ed. México 19988. 134 p.p.

-BLACK J.A. Urgencias Pediátricas. Ed. Salvat, la. ed. México1985.

-BOLETIN Médico. Estudio Comparativo de dos soluciones. Hospital Infantil de México. Vol.44 Nov.- Dic.1987.672-676 p.p.

-BOLETIN. Secretaría de salud en Michoacán. Tsipekua: Vida Buena. No.1 Enero 1993. 365 p.p.

-CUADERNO Técnico de planificación Familiar. La Auxiliar de Salud en la Estrategia de Extensión de Cobertura; Secretaría de Salud, México 1992. 365 p.p.

-CHAMBERLAIN Reece. Manual de Urgencias Pediátricas. Ed. Pediátrica, 2a.ed.Barcelona España 1980.

-HARRISON T. R. Principios de Medicina Interna. T. I.: Ed. Interamericana- McGraw Hill. 11a. ed. México 1990.

-HOEKELMAN M.D. Robert. Ciudadanos de la salud en la Niñez.. Ed.Panamericana, T. II, 3a. ed. México 1989.

-MOTA H. Felipe. Hidratación Oral en Diarreas. Ed. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y OMS, la. ed. México

-MOTA H. Felipe. Etiología de las Diarreas Infecciosas: Viejos y Nuevos Agentes. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, 1990.

-MOTA H. Felipe. Abuso de Antimicrobianos y Otros Conceptos Erróneos en el Tratamientode las Diarreas en Pacientes. Boletín Médico el Hospital Infantil de México, 1987.

-MOTA H. Felipe. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. Vol. 49. Diciembre, 1992. No.12

- NELSON W.E. Tratado de Pediatría. Ed. Salvat Editores, s.a. T.I. la. ed. México 1983

-OLEA F. Pedro. Manual de Técnicas de Investigación Documental. Ed. Esfinge, 12a. ed. México 1993. 231 p.p.

-ORGANIZACION Panamericana de la Salud. Manual de Tratamiento de la Diarrea: Serie Paltex para Ejecutores de Programas de Salud No. 13, 1987 177 p.p.

-PROGRAMA Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades Diarreicas e Infecciones Respiratorias Agudas. Secretaría de Salud. México, 1990. 45 p.p.

-QUIROZ Fernando. Anatomía y Fisiología. Ed. Porrúa T. II 10a. ed. México 1985.

-SECRETARIA de Salud.Guia para el Manejo efectivo de Niños con Enfermedades Diarreicas y Pacientes con Cólera. México, 6a ed. 1992, 79 p.p.

-SILVER M. D.Henry. Manual de Pediatría. Ed. Manual Moderno, s.a. de c.v. 12a. ed. México, 1988.

-TORREGOSA F.L; Olarte J; Rodríguez S.R; y cols. Enfermedades Diarreica en el Niño. Ed. Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México "Federico Gómez", 9a. ed. México, 1988.

-TORROELLA O. Julio Manuel. Niños Sanos: Manual de Pediatría para Padres y Médicos. Ed. Trillas, la ed. México 1992

-TORTORA J. Gerard. Principios de Anatomía y Fisiología. Ed. Harla. 3a. ed. México, 1987. 281-314 p.p.

-VALENZUELA H. Rogelio.Manual de Pediatría. Ed. Panamericana, 3a. ed. México, 1987.

-VELAZQUEZ J. Luis. Alteraciones Hidroeléctricas en Pediatría. Ed. Hospital Infantil de México " Federico Gómez la. ed. México, 1991. 246 p.p.

-URIBE F; Raymundo Hernández. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. Vol. 48. Mayo, 1991. No. 5.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA