



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA

TITULACIÓN DE MÉDICO

**Evaluación del manejo de la deshidratación en pacientes menores de 5 años
que acuden al Servicio de Emergencia del hospital Manuel Ygnacio
Monteros-IESS Loja
periodo julio-septiembre 2011**

TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN

AUTOR: Sarmiento Castillo, Ana Gabriela.

DIRECTORA: González Granda, Patricia Verónica, Dra.

LOJA – ECUADOR

2014

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN

Doctora.

Patricia Verónica González Granda

DOCENTE DELA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de fin de titulación: Evaluación del manejo de la deshidratación en pacientes menores de 5 años que acuden al Servicio de Emergencia del hospital Manuel Ygnacio Monteros-IESS Loja periodo julio-septiembre 2011 realizado por **Sarmiento Castillo Ana Gabriela**, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, 19 de Marzo del 2014.

F)

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo **Sarmiento Castillo Ana Gabriela** declaro ser autora del presente trabajo de fin de titulación: Evaluación del manejo de la deshidratación en pacientes menores de 5 años que acuden al Servicio de Emergencia del hospital Manuel Ygnacio Monteros-IESS Loja periodo julio-septiembre 2011, de la Titulación de Médico, siendo Patricia Verónica González Granda directora del presente trabajo: y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

f.

Autor: Sarmiento Castillo Ana Gabriela

Cédula: **1103849905**

DEDICATORIA

La esperanza, la fe y el optimismo nos dan la fuerza necesaria para seguir adelante mañana. La vida puede ser un verdadero reto, pero nuestros sueños se harán realidad si somos gratos con lo que ya se nos ha dado, es por eso que dedico éste triunfo estudiantil a Dios, a mi madre, hermanos, y docentes, que sin esperar nada a cambio, han sido pilares en mi camino y así, forman parte de este logro que me abre puertas inimaginables en mi vida profesional.

A Dios por, ser nuestro creador, quien me ha regalado estos años amparándome, fortaleciéndome, guiando mis pasos y por ayudarme a superar los obstáculos que se me presentaron a lo largo del camino y que de esta manera hoy reflejan el primer fruto de muchos que vendrán, producto de mi constancia y perseverancia.

A mi madre por su amor infinito, por siempre haber entregado su tiempo para guiarme de la mejor manera y hacer de mi hoy una persona luchadora; a mis hermanos, que siempre estuvieron apoyándome en este proceso siendo el motor de mi motivación.

A mis docentes que hoy pueden ver un reflejo de lo que han formado y que sin duda han calado hondo en mi vida, permitiéndome escoger esta profesión, por el amor que he visto reflejados en su desarrollo profesional.

Gracias a todos y cada uno de los que se han preocupado y conocen este trabajo, porque este hecho, hace que formen parte de él.

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento a la Universidad Técnica Particular de Loja, institución loable que con sus valores espirituales y científicos ofrecen un ambiente para superación, la cual me dio la oportunidad de estudiar la Humanística carrera de medicina, a la directora de mi investigación, La Dra. Patricia Verónica González Granda, por su incondicional guía para la realización de este trabajo.

A los directivos y profesionales médicos del Hospital “MANUEL YGNACIO MONTEROS VALDIVIESO” IESS LOJA por la colaboración en la recolección de datos estadísticos.

A Dios mi guía, a mi madre, hermanos, compañeros y amigos, por su apoyo y sus palabras de aliento que me orientan a realizar mis metas.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA.....	i
CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN.....	ii
AUTORÍA.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS.....	vii
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3-6
OBJETIVOS.....	7-8
METODOLOGÍA.....	9-13
RESULTADOS GENERALES.....	14-17
RESULTADOS 1.....	18-30
RESULTADOS 2.....	31-32
RESULTADOS 3.....	33-40
DISCUSIÓN.....	41-44
CONCLUSIONES.....	45-46
RECOMENDACIONES.....	47-48
BIBLIOGRAFÍA.....	49-50
ANEXOS 1.....	51
ANEXOS 2.....	52
ANEXOS 3.....	53
ANEXOS 4.....	54

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Distribución por edad, de pacientes pediátricos atendidos en el servicio de emergencia.....	15
Tabla 2: Distribución por sexo de pacientes atendidos en el servicio de emergencia.....	16
Tabla 3: Distribución de pacientes menores de 5 años con diagnósticos que causaron deshidratación	17
Tabla 4: Distribución de pacientes menores a 5 años con alteración de la conciencia.....	19
Tabla 5: Distribución de pacientes con signos de deshidratación en los ojos.....	20
Tabla 6: Ausencia de lágrimas como característica clínica de la deshidratación en menores de 5 años.....	21
Tabla 7: Distribución de pacientes menores de 5 años con sed.....	22
Tabla 8: Distribución de pacientes con alteración en la humedad de mucosas orales	23
Tabla 9: Distribución de pacientes con alteración de la elasticidad de la piel.....	24
Tabla 10: Distribución de pacientes con alteración a nivel de fontanela.....	25
Tabla 11: Distribución de pacientes con alteración en la frecuencia respiratoria.....	26
Tabla 12: Distribución de pacientes con alteración en la frecuencia del pulso	27
Tabla 13: Distribución de pacientes con alteración en la perfusión de la piel	28
Tabla 14: Distribución de pacientes con alteración en el volumen de orina.....	29
Tabla 15: Distribución del grado de deshidratación en los menores de 5 años	30
Tabla 16: Distribución de menores de 5 años atendidos en el servicio de emergencia, según motivo de consulta	32
Tabla 17: Distribución de pacientes con rehidratación según vía de administración	34
Tabla 18: Distribución de soluciones utilizadas en la rehidratación parenteral requerida menores de 5 años	35
Tabla 19: Distribución de pacientes menores a 5 años según método de manejo de rehidratación parenteral	36
Tabla 20: Distribución de pacientes menores a 5 años, según solución de rehidratación oral utilizada	37
Tabla 21: Distribución de pacientes menores de 5 años, según tolerancia a la hidratación oral	38
Tabla 22: Distribución de pacientes menores a 5 años según método de manejo de rehidratación oral	39
Tabla 23: Distribución de pacientes menores de 5 años en quienes sus representantes recibieron educación nutricional en la hidratación oral.....	40

RESUMEN

El objetivo fue evaluar el manejo de la deshidratación en pacientes menores de 5 años que acudieron al servicio de emergencia mediante la revisión de historias clínicas. En cuanto a la metodología, fue un estudio descriptivo-retrospectivo con enfoque cuantitativo y diseño transversal, con una muestra de 76 pacientes del hospital IESS-Loja en el periodo julio-septiembre 2012; se recolectó los datos de las historias clínicas en una ficha de observación.

Se encontró que, el 68,42% presentó deshidratación leve, 30,26% fue moderada y 1,32% grave, las principales características encontradas para el diagnóstico como predictores de deshidratación fueron; mucosas orales secas 68,42%, aumento leve del pulso 68,42% y sed 61.84%. El 94,7% de los casos presentó diarrea asociada a vómito y fiebre como causa de deshidratación. Se manejó al 82,89% de pacientes por vía oral con un 100% de tolerancia y al 17.11%, por vía parenteral. Se concluyó que el diagnóstico de deshidratación es evidentemente clínico y que el manejo en la mayor parte de los pacientes fue por vía oral, lo que tiene relación con el grado de deshidratación leve que fue más frecuente.

PALABRAS CLAVES: Evaluar, deshidratación, menores de 5 años, manejo.

ABSTRACT

The objective was to evaluate the management of dehydration in patients under 5 years attending the emergency service by reviewing medical records. In terms of methodology , it was a descriptive retrospective study with a quantitative approach and cross-sectional design with a sample of 76 hospital patients IESS -Loja in the period July to September 2012 , data from the clinical records were collected on an index observation.

It was found that 68.42% had mild dehydration, 30.26% and 1.32 % was moderately severe , the main features found for diagnosis were predictors of dehydration , dry oral mucous 68.42% , slightly increased pulse 68.42% and 61.84 % thirst . 94.7% of the patients had fever associated with vomiting and dehydration as a cause of diarrhea. He managed to 82,89 % of patients orally with 100 % tolerance and 17.11 % , parenterally. It was concluded that the diagnosis of dehydration is clearly clinical management and in most of the patients was oral, which relates to the level of mild dehydration was more frequent.

KEYWORDS : Evaluate, dehydration, children under 5 years , management

INTRODUCCIÓN

Los términos hipovolemia y deshidratación a menudo se utilizan indistintamente, Sin embargo, estos términos diferencian condiciones fisiológicas que resultan de diferentes tipos de pérdida de fluidos; la depleción de volumen se refiere a cualquier condición en la que se reduce el volumen circulante efectivo. Puede ser producido por la pérdida de agua y sal (como en vómitos, diarrea, diuréticos, sangrado, o tercera secuestro de espacio) o por la pérdida de agua sola (como con las pérdidas insensibles de agua o la diabetes insípida), por otro lado la deshidratación se refiere a la pérdida de agua por sí sola. La manifestación clínica de la deshidratación es a menudo hipernatremia, la elevación de la concentración de sodio en el suero, y por lo tanto la osmolalidad de suero, hace que el agua fuera de las células en el líquido extracelular. (Somers & Matto, 2013)

La importancia del adecuado manejo de la deshidratación está en las complicaciones que conlleva esta; las alteraciones de electrolitos y trastornos circulatorios o acido-metabólicos son algunos ejemplos. Cuando la deshidratación es muy intensa se genera una hipovolemia que a medida que se intensifica puede llevar a un shock hipovolémico, es por tanto, la expresión más grave de la deshidratación extracelular. La insuficiencia renal aguda que se presenta en niños con diarrea, casi siempre se produce por hipovolemia. La deshidratación produce una depleción de volumen que, a su vez, ocasiona una necrosis tubular aguda, una necrosis cortical o una trombosis de la vena renal lo que hace más susceptible a la administración de medicamentos nefrotóxicos y puede causar lesiones glomerulares, tubulares e insuficiencia renal. Por otro lado, las sepsis pueden provocar una necrosis tubulointersticial, y el shock endotóxico, por la formación de micro trombos en la coagulación vascular diseminada, una necrosis cortical. (SAMJ, 2012)

La terapia de fluido está destinado a mantener el volumen y la composición de los fluidos corporales normales y, si es necesario, para corregir cualquier alteración existente. En los niños, la alteración más común es la hipovolemia. La depleción de volumen se produce cuando el fluido se pierde desde el espacio extracelular a una velocidad que excede la ingesta. Las causas más comunes para la pérdida de líquido extracelular son; el tracto gastrointestinal (diarrea, vómitos, sangrado), piel (por ejemplo, fiebre, quemaduras) y la orina (por ejemplo, glucosuria, tratamiento con diuréticos, diabetes insípida). Además, la hipovolemia puede ser resultado de una ingesta inadecuada prolongada sin pérdidas excesivas. (Somers & Matto, 2013) Los niños están en mayor riesgo de hipovolemia porque existe con mayor frecuencia gastroenteritis (diarrea y vómitos) en comparación con adultos, además tienen una relación superficie-área-volumen superior a las pérdidas proporcionalmente más insensibles que se acentúan en estados de enfermedad (por ejemplo, fiebre o quemaduras), agregando a esto los niños pequeños no son capaces de

comunicar su necesidad de líquidos o no pueden acceder de forma independiente para poder reponer las pérdidas de volumen. (Wittenberg D. F., 2012)

La gastroenteritis aguda es una entidad clínica común y costosa en los niños. En las últimas dos décadas, la gastroenteritis aguda pediátrica ha sido objeto de considerable atención mundial. En el pasado, un gran número de estudios de laboratorio se utilizaron para evaluar los niños con vómitos agudos y / o diarrea. (Aouni Alameddine, 2010) Puesto que la terapia de rehidratación oral se ha convertido en el método preferido de tratamiento de la deshidratación las pruebas de laboratorio de rutina ya no son necesarias. El tratamiento de la gastroenteritis aguda está dirigido principalmente a la prevención o tratamiento de la deshidratación. (Aouni Alameddine, 2010).

En nuestro país la situación es preocupante, puesto que la tasa de mortalidad infantil no ha variado en los últimos años, para el año 2005 se registraron 3.717.0 muertes con una tasa del 14.7, los últimos datos registrados para el 2011 muestran una tasa de mortalidad de 13.26 por 1.000 nacidos vivos. Dentro de las principales causas de mortalidad infantil en el Ecuador se encuentran los trastornos relacionados con la corta duración de la gestación, problemas al momento del nacimiento, bajo peso al nacer, enfermedades infecciosas respiratorias y gastrointestinales. (INEC, 2011)

En el horizonte epidemiológico del país y en la población de menores de cinco años continúan siendo prevalentes la enfermedad diarreica aguda y las infecciones respiratorias agudas. La Encuesta Condiciones de Vida 2005 - 2006 señala que durante las últimas dos semanas (previas a la aplicación de la encuesta) la prevalencia de EDA en el país es del 25% y de IRA del 56%. (PNUD, 2007)

La diarrea y gastroenteritis de origen infeccioso se encuentran entre las 10 principales causas de mortalidad infantil en el Ecuador, que de un total de 229.780 nacidos vivos menores de un año para el año 2011, se registraron 3.046 muertes con una tasa del 13,26 defunciones, de las cuales 58 fueron por esta causa representando una tasa del 0.21 en niños entre los 12 y 59 meses de edad en el 2011, si bien es cierto la mortalidad es menor registrándose 1.076 muertes, 50 casos fueron a causa de enfermedades diarreicas agudas lo que hace a este grupo etario más susceptible a esta causa. (INEC, 2011).

Tomando en cuenta estos antecedentes se planificó evaluar el manejo de la deshidratación en pacientes menores de 5 años que acudieron al servicio de emergencia del Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso – IESS Loja durante el periodo julio – septiembre del

2011, por presentar sintomatología clínica vinculada con la deshidratación; como fuente de información primaria se manejó las historias clínicas de la población en estudio, para a través de su revisión, determinar signos y síntomas frecuentes que llevan a ese diagnóstico en nuestro medio y los diferentes métodos de tratamiento utilizados en esta casa de salud por el personal responsable del paciente pediátrico.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

- Evaluar el manejo de pacientes menores de 5 años que acuden al servicio de emergencia con deshidratación, mediante revisión de historias clínicas con la finalidad de conocer cómo se realiza el diagnóstico y tratamiento de estos casos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Establecer las características clínicas para el diagnóstico de deshidratación en pacientes menores de 5 años que acuden a emergencia.
- Identificar las causas de deshidratación en pacientes menores de 5 años atendidos en emergencia del hospital IESS Loja.
- Determinar el manejo terapéutico realizado en pacientes menores de 5 años que acudieron a emergencia con deshidratación

METODOLOGÍA

Tipo de estudio.

Según el diseño es un estudio cuantitativo, según el análisis, descriptivo y con enfoque transversal retrospectivo.

Universo y muestra.

Se incluyó las historias clínicas de los pacientes menores de 5 años que acudieron al servicio de emergencia del Hospital de IESS de Loja las cuales tuvieron diagnóstico de deshidratación durante el periodo julio- septiembre del 2011, la muestra cumplía con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Historias clínicas de pacientes con signos y síntomas de deshidratación	Historias clínicas que no contaron con la suficiente información
Historias clínicas que contaron con el manejo que se realizó para la deshidratación	Historias clínicas de pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente

La técnica de muestreo que se utilizó fue no probabilístico por conveniencia ya que se seleccionó los elementos que integraron la muestra, considerando aquellas unidades que son típicas para la realización del estudio.

Operacionalización de variables:

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Pacientes menores de 5 años	Persona que recibe tratamiento médico o quirúrgico, respecto de su médico o cirujano	Características de los pacientes	Edad	0 meses a 1 año 1-3 años 3 a 5 años
			Sexo	Femenino Masculino
Características clínicas	Relación entre los signos y síntomas que se presentan en una determinada enfermedad	Síntomas	Lagrimas Sed	Deshidratación Leve Deshidratación Moderada Deshidratación Grave
		Signos	Conciencia Ojos Boca/lengua Piel Fontanela anterior Frecuencia respiratoria Aumento de pulso Perfusión de la piel Flujo de orina	

Grados de deshidratación	Clasificación de la deshidratación en grados según los hallazgos clínicos	Leve	Síntomas Lagrimas Sed Signos Conciencia Ojos Boca/lengua Piel Fontanela anterior Taquipnea Aumento de pulso Perfusión de la piel Flujo de orina	Presentes No sediento Normal y alerta Normales Pastosa Pliegue negativo Normal No No Normal Normal/escaso
		Moderada	Síntomas Lagrimas Sed Signos Conciencia Ojos Boca/lengua Piel Fontanela anterior Taquipnea Aumento de pulso Perfusión de la piel Flujo de orina	Ausentes Sediento Irritable/intranquilo Hundidos Seca Pliegue positivo Deprimida Leve Leve Fría Oliguria
		Grave	Síntomas Lagrimas Sed Signos Conciencia Ojos Boca/lengua Piel Fontanela anterior Taquipnea Aumento de pulso Perfusión de la piel Flujo de orina	Ausentes Bebe poco Obnubilado/inconsciente Muy hundidos, secos Muy seca Pliegue muy positivo Muy deprimida Moderada Rápido y débil Acrocianosis Oliguria/anuria
Manejo terapéutico	Conjunto de medios que se emplean para tratar una enfermedad	Farmacológico	Historial farmacológico administrado	Suplementos vitamínicos Fármacos específicos según la etiología de la deshidratación
		Líquidos:	Reposición de líquidos en emergencia	Líquidos orales: Tipo de líquido, método y tolerancia Líquidos parenterales: Tipo de líquido, método y tiempo de hidratación
		Nutricional:	Recomendaciones de la dieta en casa	Si No
Causas de deshidratación	Primera instancia por la cual se desencadena la deshidratación	Motivo de consulta	Signos y síntomas	Diarrea Vomito Fiebre
		Diagnóstico	Enfermedades comunes de los menores de 5 años	GEBA EDA Rotavirus Neumonía ITU Transgresión alimentaria

Métodos e instrumentos de recolección de datos.

Para la recolección de la información, se adoptó como método la observación y tres fichas de observación (Anexo 1,2 y 3) las mismas que permiten recolectar los datos generales del paciente, hallazgos clínicos y el manejo; de la siguiente manera:

La primera sirvió para la recolección de datos de cada historia clínica que constó de: fecha de atención, número de historia clínica, la edad, sexo, peso en kg, diagnóstico de deshidratación (leve, moderada y severa) según los hallazgos del historial clínico. **(Anexo 1)**

La segunda ficha sirvió para la recolección de los datos del manejo de la deshidratación del total de los pacientes a estudiar que comprendió el método utilizado intravenoso (hidratación rápida mas mantenimiento y reposiciones, déficit mas mantenimiento y reposiciones, mantenimiento mas reposiciones), oral (plan A, Plan B) hidratación (tipo de líquido oral e intravenoso,) según el grado, tolerancia a la rehidratación oral, y plan nutricional. **(Anexo 2)**.

Procedimiento.

Previa autorización del director del del hospital IESS Loja, se procedió a la selección de datos en estadística por método observacional, el tamaño de la muestra se conformó por 76 historias clínicas. Para el cumplimiento del primer objetivo se empleó la ficha de recolección de datos **(Anexo 1)**; para obtener la información de los signos y síntomas se basó en las historias clínicas de los pacientes menores de 5 años, se analizó dicha información para clasificar en grados de deshidratación utilizando los parámetros establecidos en guías de pediatría basadas en la evidencia, capítulo de enfermedad diarreica aguda donde se valora la deshidratación identificando signos y síntomas evidentes como es: la conciencia, ojos, lagrimas, mucosas orales, sed, fontanelas, pulso, tensión arterial, frecuencia respiratoria, piel y diuresis, **(Anexo 3)**.

Para el cumplimiento del segundo objetivo se tomó en cuenta la ficha del **(Anexo 1)** donde se recogió la información del motivo de consulta y el diagnóstico final del paciente.

Para el cumplimiento del tercer objetivo se utilizó el **(Anexo 2)** se relacionó la sintomatología y el diagnóstico con el manejo realizado en base a la bibliografía y se analizó los resultados finales.

Plan de tabulación y análisis.

Finalmente, los resultados de los instrumentos de recolección de datos se describieron cuantitativamente, mediante las técnicas de la estadística descriptiva.

Se ingresó la información al programa EPI INFO (3.5.1 2008) para tabular los datos, los cuales se extrajeron al programa Microsoft Excel XP donde se realizó el análisis estadístico,

cuyos resultados se representó en tablas y gráficos, en frecuencias y porcentajes, se utilizó medidas de tendencia central y dispersión como la media, mediana, desviación estándar, para lo cual se utilizaron diagramas de barra, los cuales permiten una visión más amplia de los resultados obtenidos.

RESULTADOS GENERALES

Tabla 1: Distribución por edad, de pacientes pediátricos atendidos en el servicio de emergencia

Edad	Frecuencia	Porcentaje
0 meses a 1 año	18	23,68%
1 a 3 años	49	64,47%
3 a 5 años	9	11,84%
Total	76	100%

Fuente: Ficha de recolección de Datos

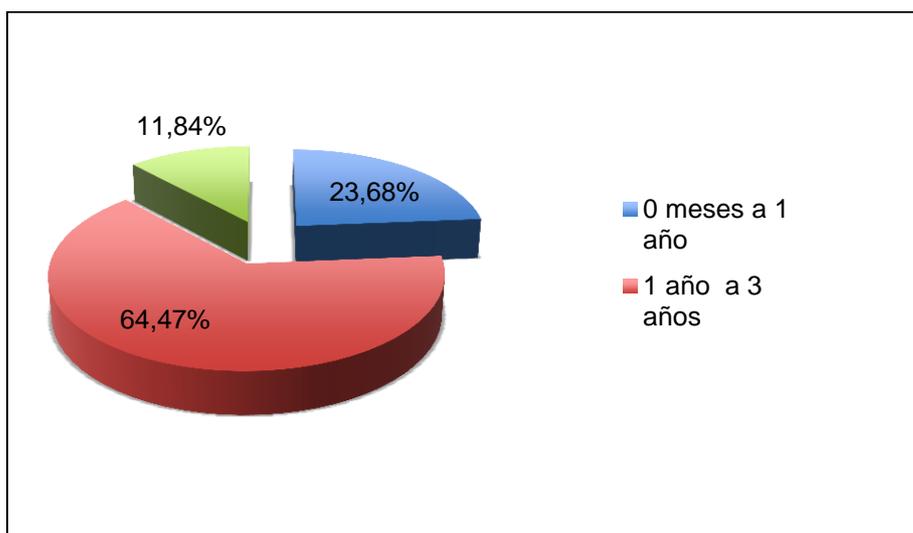


Imagen Nº 1 Distribución por edad, de pacientes pediátricos atendidos en el servicio de emergencia

Fuente: Ficha de recolección de datos

Del total de pacientes menores de 5 años que acudieron con signos y síntomas de deshidratación atendidos en el servicio de emergencias del Hospital del IESS Loja, el 64.47% corresponde al grupo de 1 a 3 años.

Tabla 2: Distribución por sexo de pacientes atendidos en el servicio de emergencia

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	32	42,14%
Masculino	44	57,86%
Total	76	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

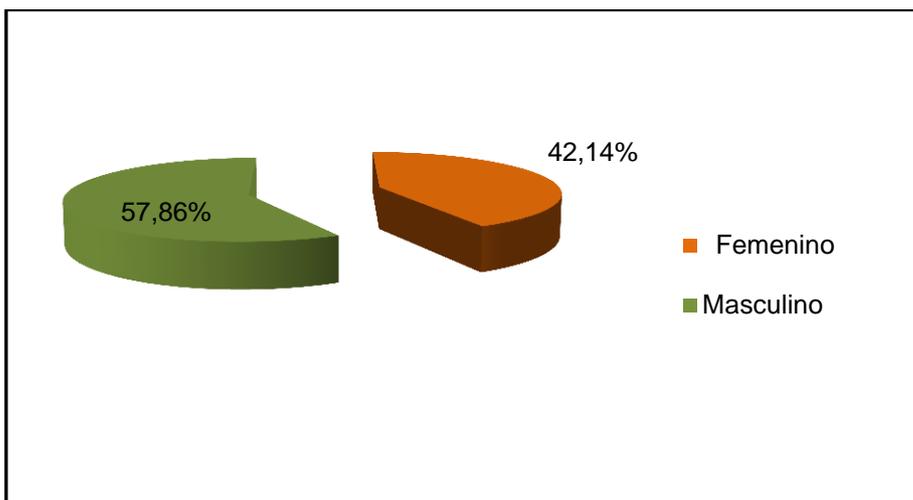


Imagen Nº 2. Distribución por sexo de pacientes atendidos en el servicio de emergencia

Fuente: Ficha de recolección de datos

Del total de pacientes el 57,86% corresponde al sexo masculino.

Tabla 3: Distribución de pacientes menores de 5 años con diagnósticos que causaron deshidratación

Diagnósticos	Frecuencia	Porcentaje
GEBA (Gastroenteritis bacteriana aguda)	52	68,42%
EDA (Enfermedad diarreica aguda)	17	22,37%
Rotavirus	3	3,95%
Neumonía	2	2,63%
ITU (infección del tracto urinario)	1	1,32%
Transgresión alimentaria	1	1,32%
Total	76	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

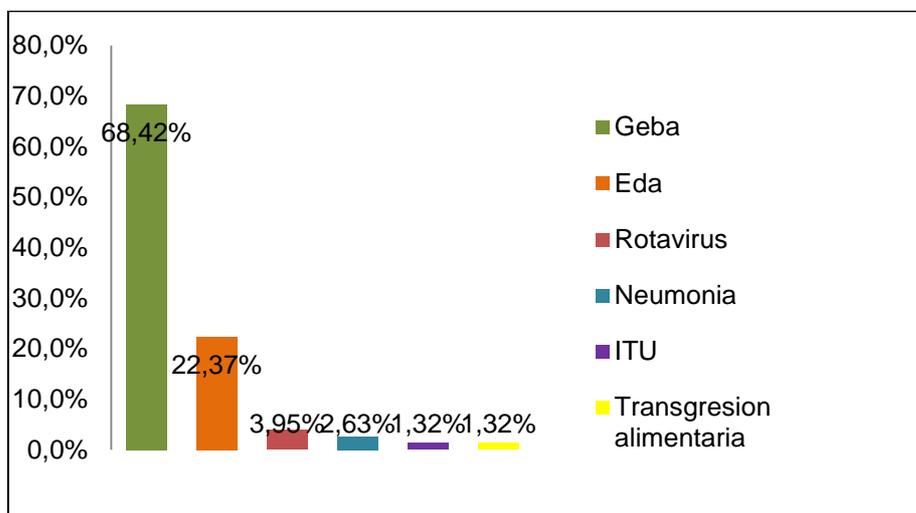


Imagen Nº 3. Distribución de pacientes menores de 5 años con diagnósticos que causaron deshidratación
Fuente: Ficha de recolección de datos

De los que tuvieron algún grado de deshidratación, el 68,42% fueron por GEBA (Gastroenteritis bacteriana aguda) y el 22,37% por EDA (Enfermedad diarreica aguda).

RESULTADO 1

Características clínicas para el diagnóstico de deshidratación en pacientes menores de 5 años que acudieron a emergencia.

Tabla 4: Distribución de pacientes menores a 5 años con alteración de la conciencia

Conciencia	Frecuencia	Porcentaje
Normal, alerta	72	94,74%
Irritable, intranquilo	3	3,95%
Obnubilado	1	1,32%
Total	76	100%

Fuente: Ficha de recolección de Datos

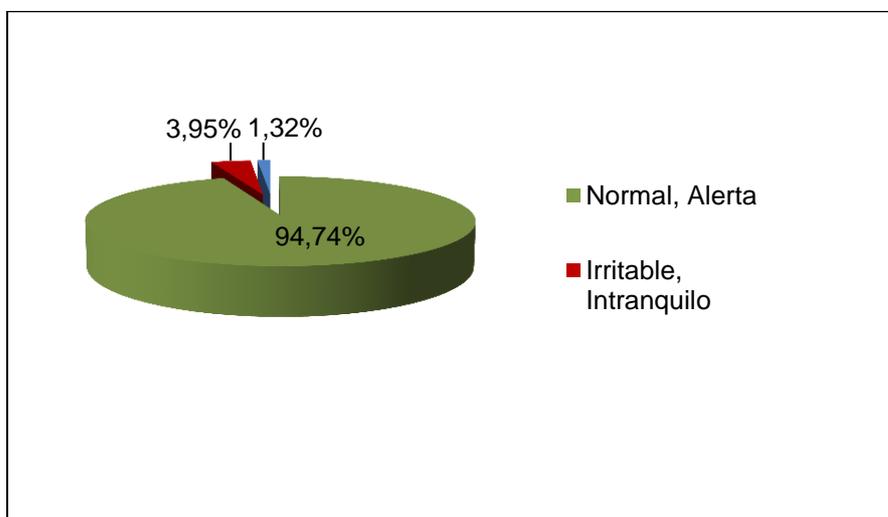


Imagen Nº 4. Distribución de pacientes menores a 5 años con alteración de la conciencia

Fuente: Ficha de recolección de datos

En mayor porcentaje (94,74%) se observó que el estado de conciencia de los pacientes no presentó ninguna alteración.

Tabla 5: Distribución de pacientes con signos de deshidratación en los ojos

Ojos	Frecuencia	Porcentaje
Normales	75	98,68%
Hundidos	1	1,33%
Muy hundidos y secos	0	0,00%
Total	76	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

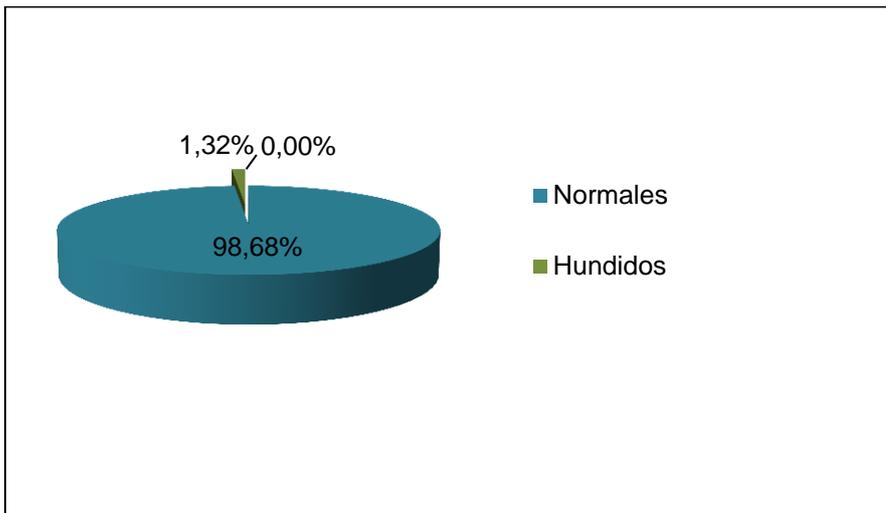


Imagen Nº 5. Distribución de pacientes con signo de deshidratación en los ojos

Fuente: Ficha de recolección de datos

Al examinar los ojos de los pacientes el 98,68% se encontraron en estado normal.

Tabla 6: Ausencia de lágrimas como característica clínica de la deshidratación en menores de 5 años

Lágrimas	Frecuencia	Porcentaje
Presentes	75	98,68%
Ausentes	1	1,32%
Total	76	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

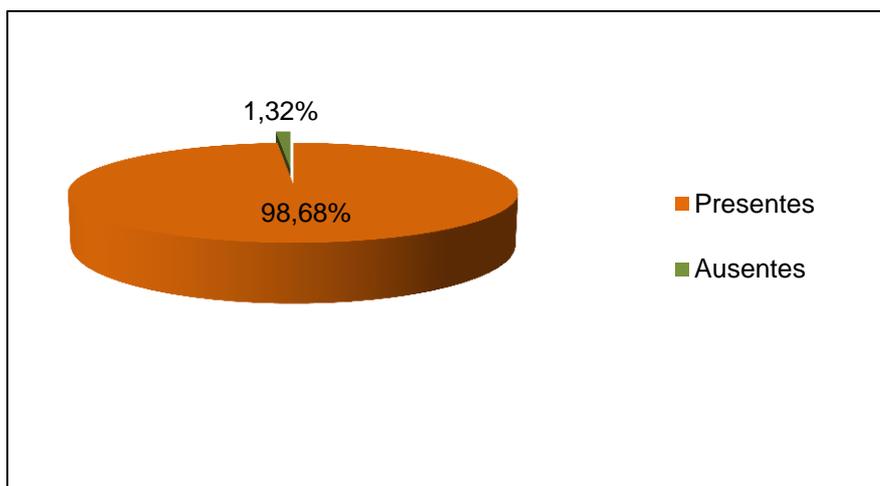


Imagen Nº 6. Ausencia de lágrimas como característica clínica de la deshidratación en menores de 5 años

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la mayor parte de pacientes que corresponde al 98,68% se observó la presencia de lágrimas, mostrando su estado normal.

Tabla 7: Distribución de pacientes menores de 5 años con sed

Sed	Frecuencia	Porcentaje
No sediento	29	38,16%
Sediento	47	61,84%
Incapaz de beber	0	0,00%
Total	76	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

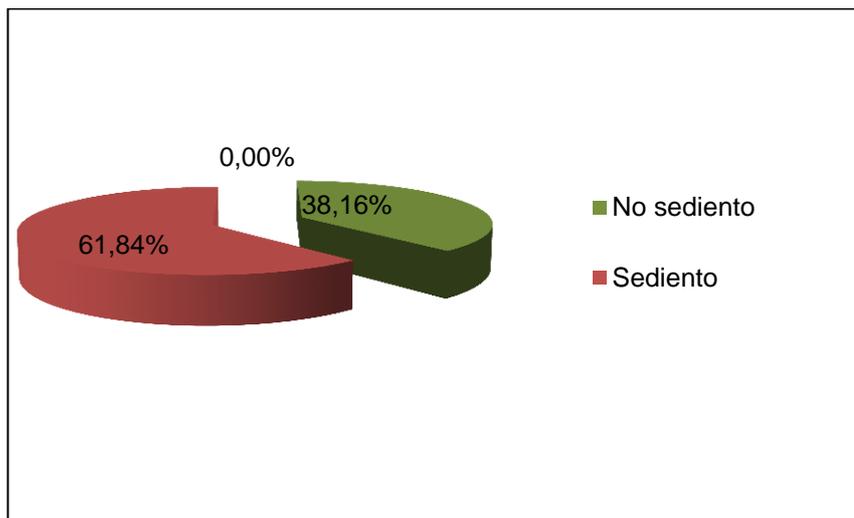


Imagen Nº 7. Distribución de pacientes menores de 5 años con sed

Fuente: Ficha de recolección de datos

El 61,84% se mostraron sedientos y bebían ávidamente, evidenciando algún grado de deshidratación mientras que el 38,16% no presentó sed, además en ningún paciente pediátrico se observó incapacidad para beber.

Tabla 8: Distribución de pacientes con alteración en la humedad de mucosas orales

Boca y lengua	Frecuencia	Porcentaje
Húmeda	22	28,95%
Seca	52	68,42%
Muy seca	2	2,63%
Total	76	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

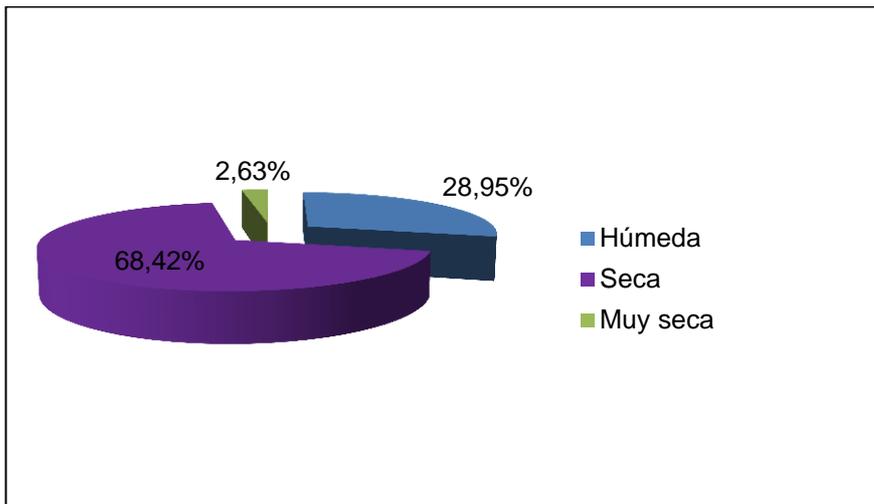


Imagen Nº 8. Distribución de pacientes con alteración en la humedad de mucosas orales

Fuente: Ficha de recolección de datos

En el 2,63% de pacientes se presentó mucosas orales muy secas; en el 68,42% mucosas orales seca y, el 28.95% presentaron mucosas orales húmedas.

Tabla 9: Distribución de pacientes con alteración de la elasticidad de la piel

Piel	Frecuencia	Porcentaje
Pliegue negativo	69	90,79%
Pliegue positivo	7	9,21%
Pliegue muy positivo	0	0,00%
Total	76	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

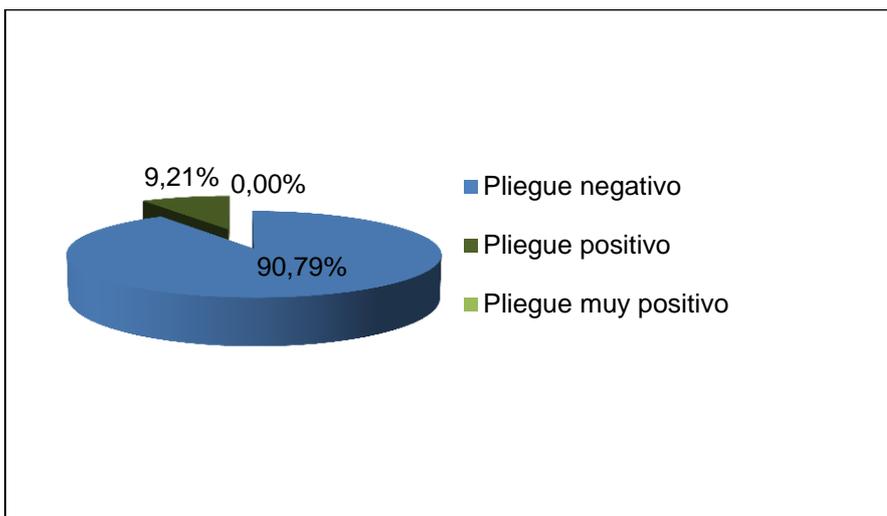


Imagen Nº 9. Distribución de pacientes con alteración de la elasticidad de la piel

Fuente: Ficha de recolección de datos

En el 90,79% de los pacientes se presentó el signo del pliegue negativo o piel normal; el 9,21% restantes se observó pliegue positivo.

Tabla 10: Distribución de pacientes con alteración a nivel de fontanela

Fontanela	Frecuencia	Porcentaje
Normal	75	98,68%
Deprimida	1	1,32%
Muy Deprimida	0	0,00%
Total	76	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

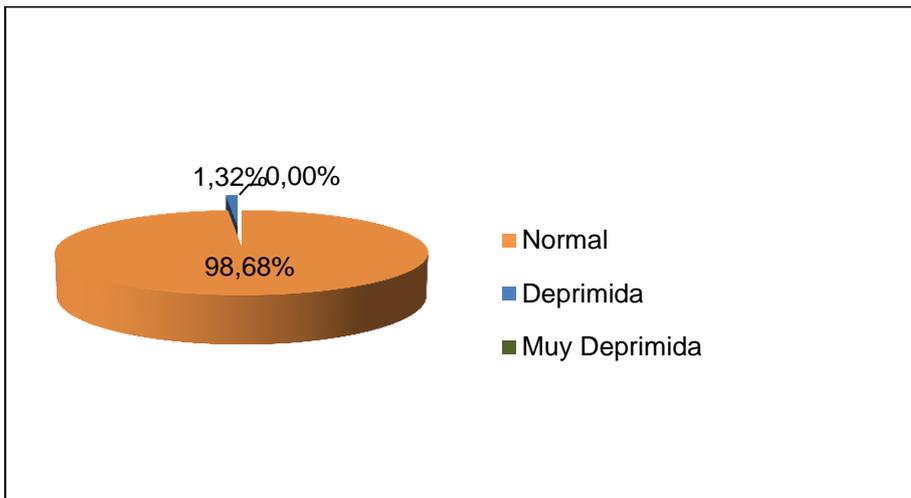


Imagen Nº 10. Distribución de pacientes con alteración a nivel de fontanela

Fuente: Ficha de recolección de datos

De total de niños menores de 5 años, el 98,68% presentaron fontanela normal y el 1,32% fontanela deprimida.

Tabla 11: Distribución de pacientes con alteración en la frecuencia respiratoria

Taquipnea	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia	70	92,11%
Leve	6	7,89%
Moderada	0	0,00%
Total	76	100%

Fuente: Ficha de recolección de dato

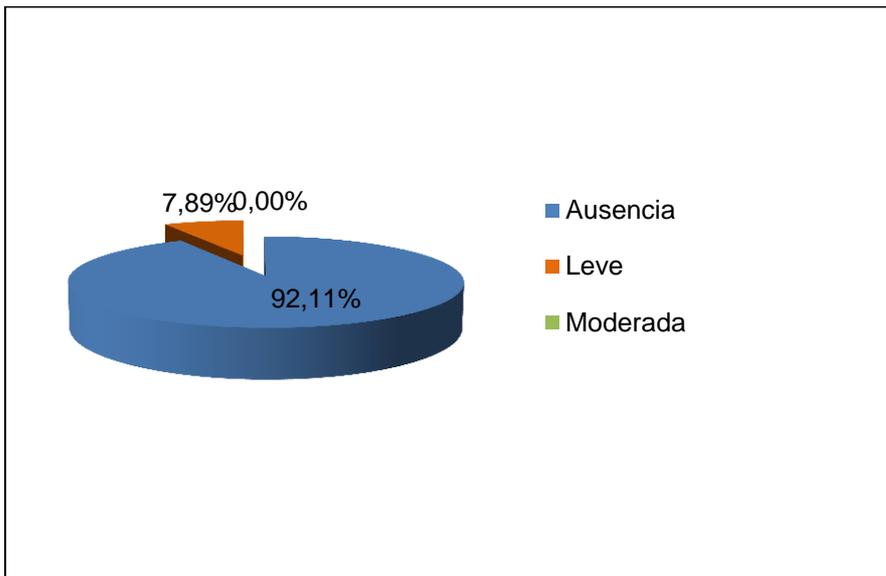


Imagen Nº 11. Distribución de pacientes con alteración en la frecuencia respiratoria

Fuente: Ficha de recolección de datos

El 92,11% de pacientes presentaron respiración normal y en el 7,89% presentó taquipnea leve.

Tabla 12: Distribución de pacientes con alteración en la frecuencia del pulso

Aumento de pulso	Frecuencia	Porcentaje
No	20	26,32%
Leve	52	68,42%
Rápido	4	5,26%
Total	76	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

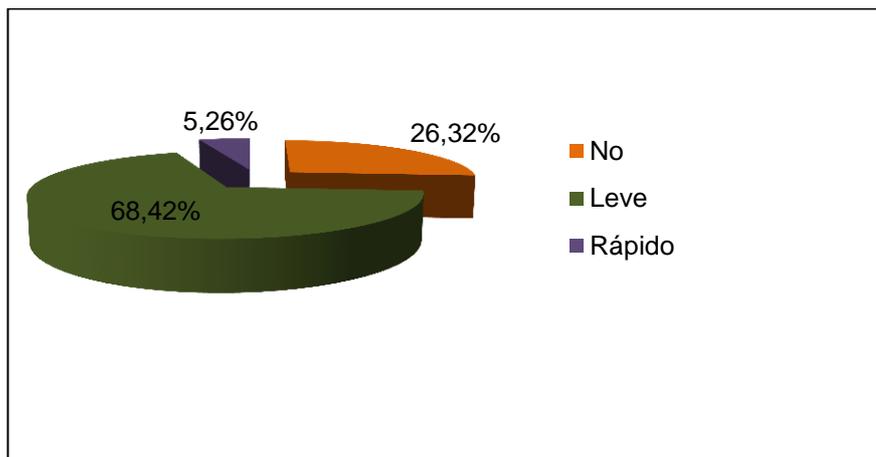


Imagen Nº 12. Distribución de pacientes con alteración en la frecuencia del pulso

Fuente: Ficha de recolección de datos

El 68.42% de los pacientes presentaron alteración leve del pulso, mientras que un 5,26% mostraron un pulso rápido y en el 26,32% presentaron el pulso normal.

Tabla 13: Distribución de pacientes con alteración en la perfusión de la piel

Perfusión de la Piel	Frecuencia	Porcentaje
Normal	74	97,37%
Fría	2	2,63%
Acrocianosis	0	0,00%
Total	76	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

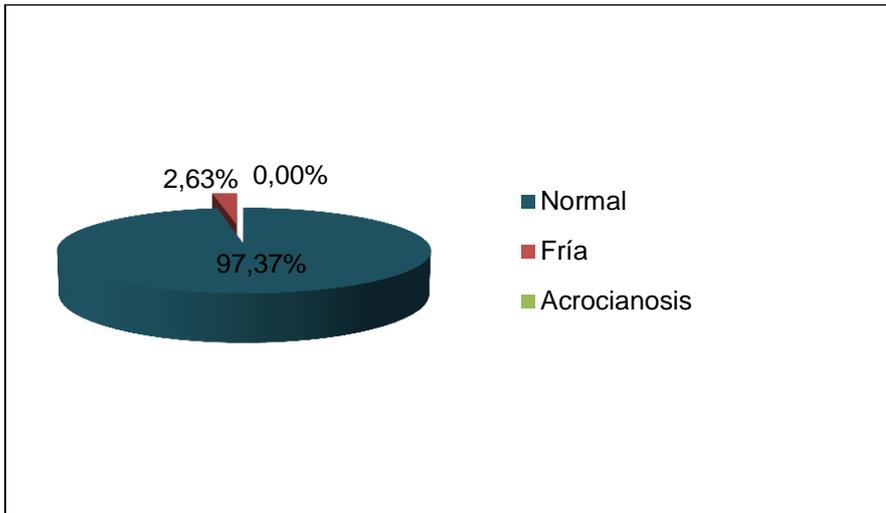


Imagen Nº 13. Distribución de pacientes con alteración en la perfusión de la piel
Fuente: Ficha de recolección de datos

Al examen se encontró piel normal, en el 97,37%; y el 2,63% piel fría.

Tabla 14: Distribución de pacientes con alteración en el volumen de orina

Flujo de Orina	Frecuencia	Porcentaje
Normal	75	98,68%
Oliguria	1	1,32%
Anuria	0	0,00%
Total	76	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

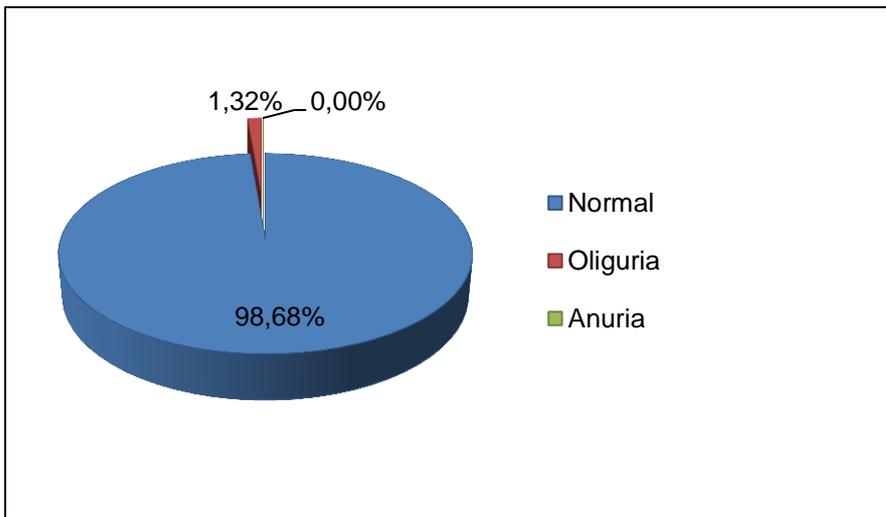


Imagen Nº 14. Distribución de pacientes con alteración en el volumen de orina

Fuente: Ficha de recolección de datos

Según la historia clínica el 98,68% de pacientes con signos y síntomas de deshidratación presentaron volumen de orina normal; se observó oliguria en el 1.32%.

Tabla 15: Distribución del grado de deshidratación en los menores de 5 años

Grado de deshidratación	Frecuencia	Porcentaje
Leve	52	68,42%
Moderada	23	30,26%
Grave	1	1,32%
Total	76	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

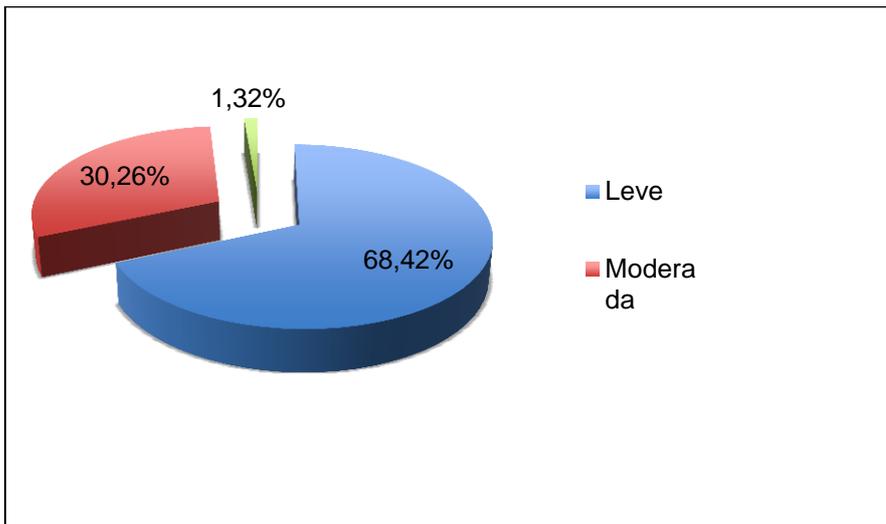


Imagen Nº 15. Distribución del grado de deshidratación en los menores de 5 años

Fuente: Ficha de recolección de datos

Según las características clínicas encontradas en las historias clínicas se evidenció que el 68,42% de pacientes presentó deshidratación leve; el 30,26% moderada y 1,32% grave.

RESULTADO 2

Causas de deshidratación en pacientes menores de 5 años atendidos en emergencia del hospital IESS Loja.

Tabla 16: Distribución de menores de 5 años atendidos en el servicio de emergencia, según motivo de consulta

Motivo de consulta	Frecuencia	Porcentaje
Diarrea	9	11,84%
Diarrea y vómito	15	19,74%
Diarrea y fiebre	48	63,16%
Vómito	1	1,32%
Fiebre	3	3,95%
Total	76	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

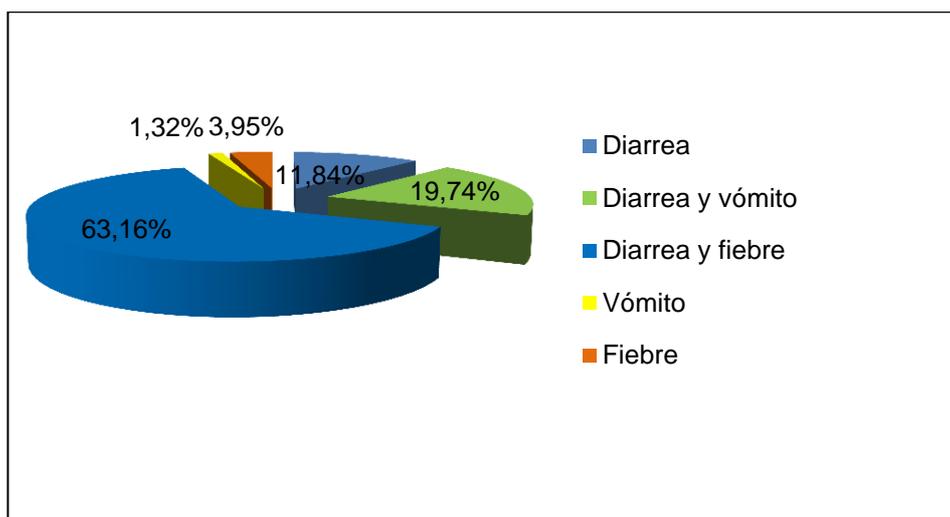


Imagen Nº 16. Distribución de menores de 5 años atendidos en el servicio de emergencia, según motivo de consulta

Fuente: Ficha de recolección de dato

Para identificar la causa de deshidratación se tomó en cuenta el motivo de consulta y el más frecuente corresponde a la asociación de diarrea y fiebre con el 63,16% seguido por diarrea y vómito en el 19,74% y exclusivamente por fiebre el 11.84% de los casos.

RESULTADO 3

Manejo terapéutico realizado en pacientes menores de 5 años que acudieron a emergencia con deshidratación.

Tabla 17: Distribución de pacientes con rehidratación según vía de administración

Vías de rehidratación	Frecuencia	Porcentaje
Oral	63	82,89%
Parenteral	13	17,11%
Total	76	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

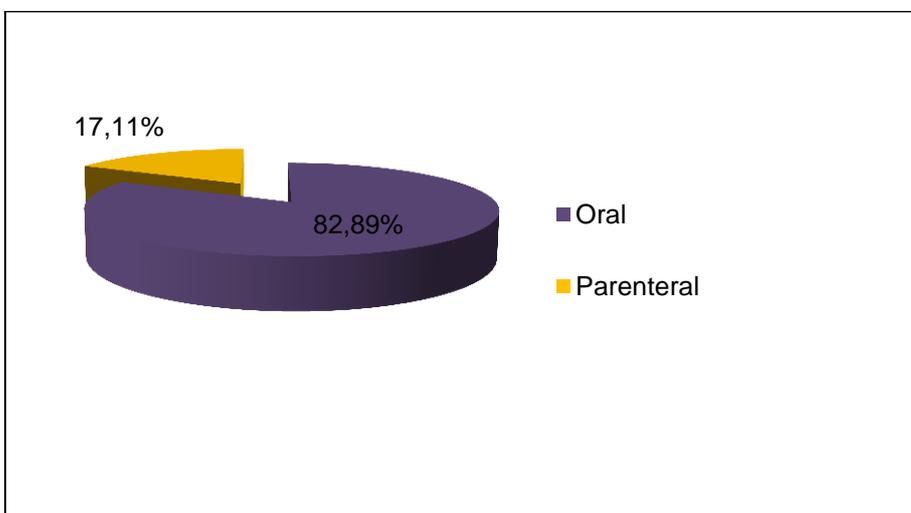


Imagen Nº 17. Distribución de pacientes con rehidratación según vía de administración

Fuente: Ficha de recolección de datos

Se encontró en las historias clínicas que el 82,89% de pacientes pediátricos con signos y síntomas de deshidratación, se rehidrató mediante vía oral y al 17,11% por vía parenteral.

Tabla 18: Distribución de soluciones utilizadas en la rehidratación parenteral requerida menores de 5 años

Hidratación parenteral	Frecuencia	Porcentaje
Cloruro de sodio 0.9 %	3	23,08%
Solución Hartmann	10	76,92%
Glucosa en agua 0,5% más soletroles	0	0,0%
Dextrosa en cloruro de sodio	0	0,0%
Otros coloides	0	0,0%
Total	13	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos
Elaboración: La autora

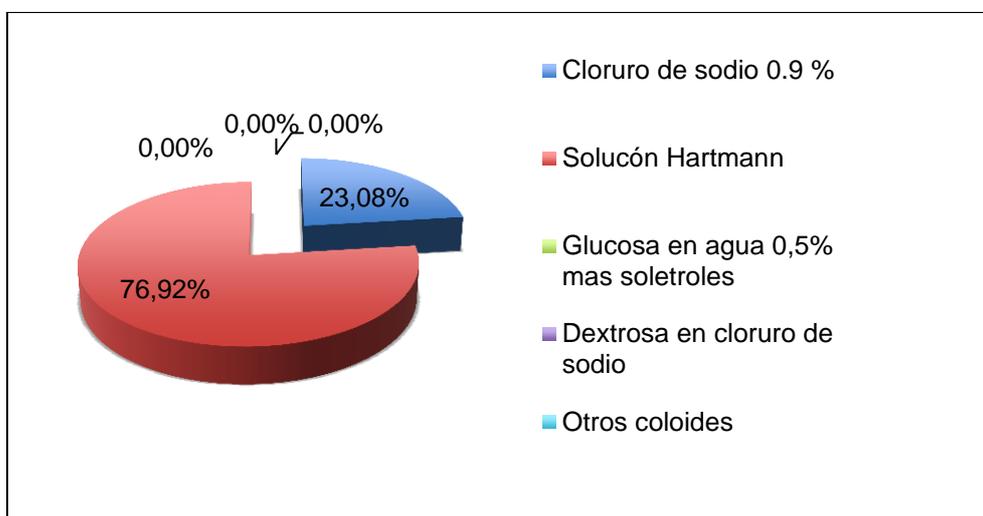


Imagen Nº 18. Distribución de soluciones utilizadas en la rehidratación parenteral requerida en menores de 5 años

Fuente: Ficha de recolección de datos

Según las historias clínicas al 76,92% de los pacientes se les administró para rehidratación parenteral solución Hartmann y en el 23,08% se utilizó solución salina al 0.9 %.

Tabla 19: Distribución de pacientes menores a 5 años según método de manejo de rehidratación parenteral

Manejo de hidratación parenteral	Frecuencia	Porcentaje
Hidratación rápida- mantenimiento - reposiciones	1	7,69%
Déficit - mantenimiento - reposiciones	10	76,92%
Mantenimiento - reposiciones	2	15,38%
Mantenimiento	0	0,0%
Total	13	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

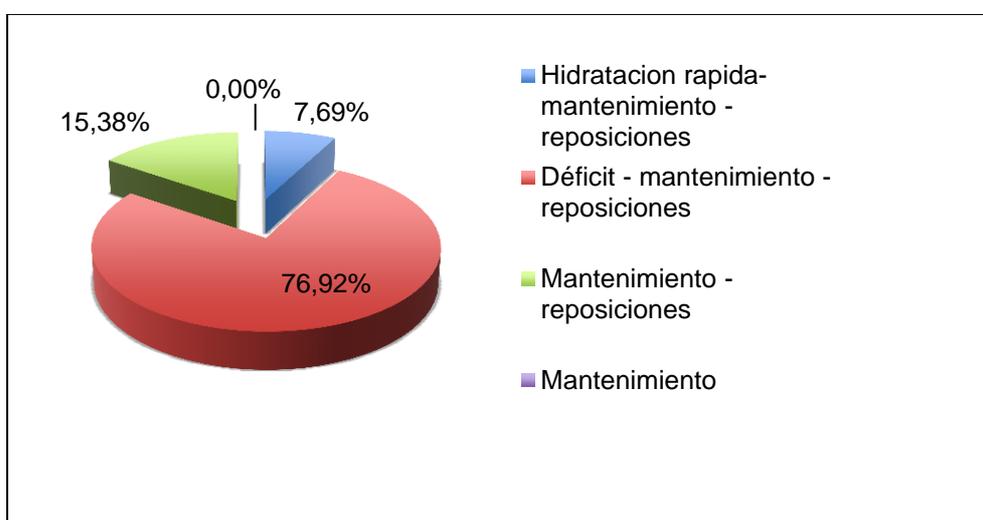


Imagen Nº 19. Distribución de pacientes menores a 5 años según método de manejo de rehidratación parenteral
Fuente: Ficha de recolección de datos

De los 13 pacientes menores de 5 años que requirieron hospitalización el 7,69% se manejó con hidratación rápida, mantenimiento y reposiciones de pérdidas por vómito o diarrea; al 76,92% se los manejó con déficit, mantenimiento y reposiciones y al 15,38% se trató solo con mantenimiento y reposiciones por pérdidas.

Tabla 20: Distribución de pacientes menores a 5 años, según solución de rehidratación oral utilizada

Hidratación oral	Frecuencia	Porcentaje
SRO (Sales de rehidratación oral)	46	73,02%
Fórmula OMS	0	0,0%
Otros	17	26,98%
Total	63	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

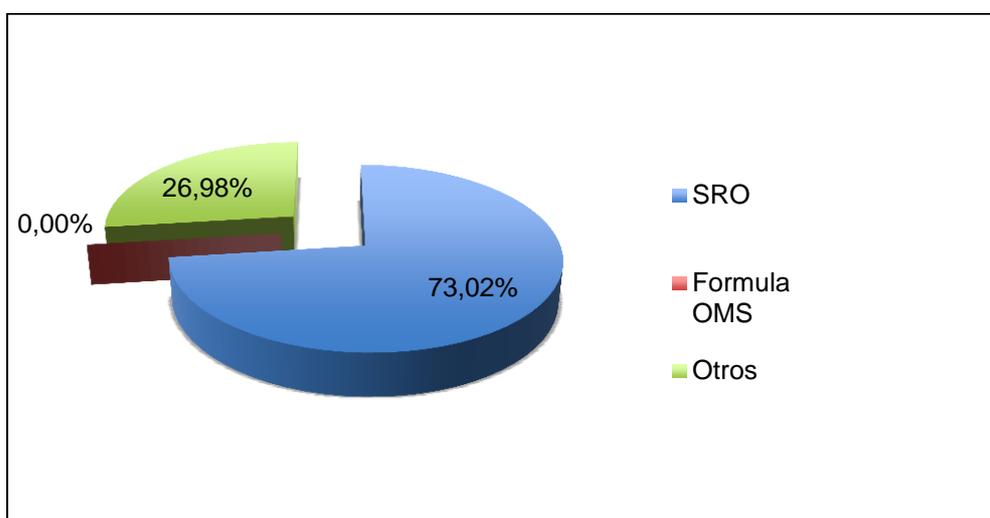


Imagen Nº 20. Distribución de pacientes menores a 5 años, según solución de rehidratación oral utilizada
Fuente: Ficha de recolección de datos

Del total de pacientes menores de 5 años rehidratados por vía oral, el 73,02% se manejaron con sales de rehidratación oral y el 26,98% con otros tipos de soluciones comerciales.

Tabla 21: Distribución de pacientes menores de 5 años, según tolerancia a la hidratación oral

Tolerancia, hidratación oral	Frecuencia	Porcentaje
Si	63	100,00%
No	0	0,00%
Total	63	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

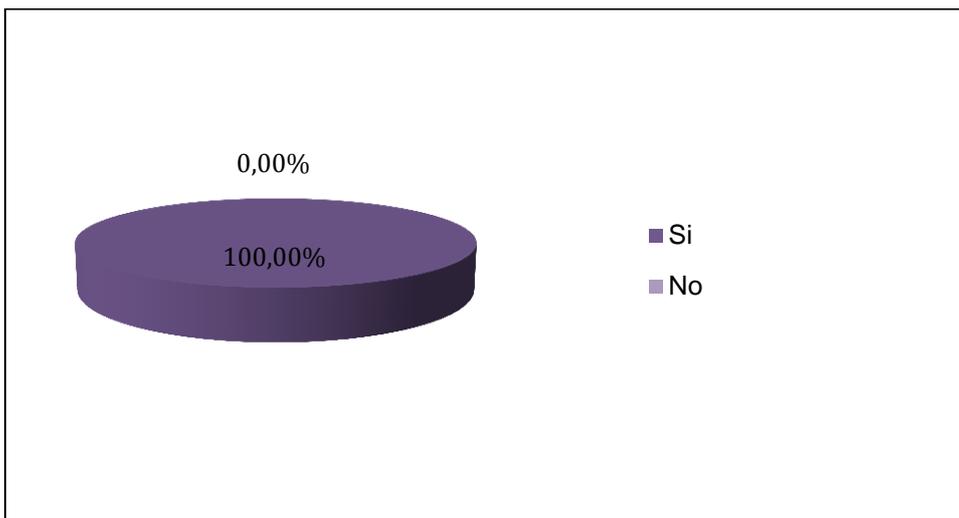


Imagen Nº 21. Distribución de pacientes menores de 5 años, según tolerancia a la hidratación oral

Fuente: Ficha de recolección de datos

El 100% de niños menores de 5 años tratados con rehidratación oral toleró este manejo.

Tabla 22: Distribución de pacientes menores a 5 años según método de manejo de rehidratación oral

Plan de hidratación oral	Frecuencia	Porcentaje
Plan A mas reposiciones	52	82,54%
Plan B mas reposiciones	11	17,46%
Total	63	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

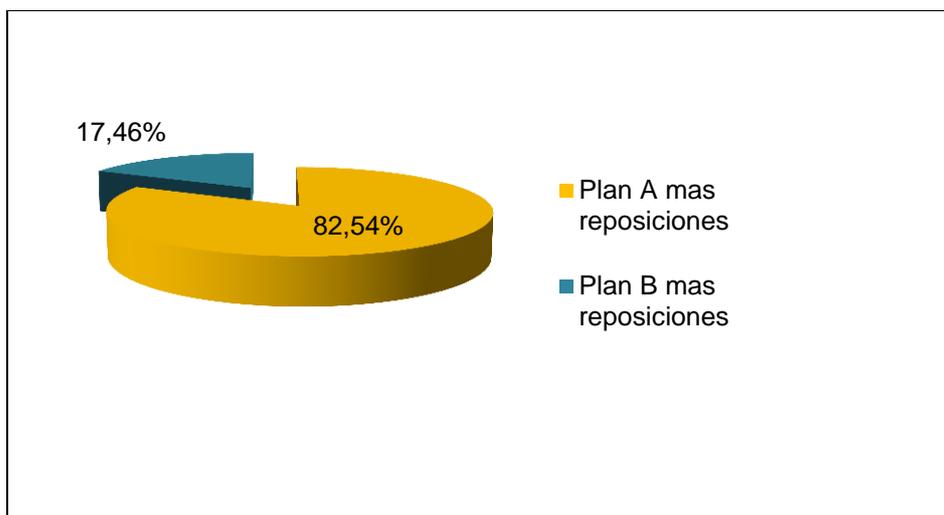


Imagen Nº 22. Distribución de pacientes menores a 5 años según método de manejo de rehidratación oral
Fuente: Ficha de recolección de datos

Del total de 63 niños rehidratados por vía oral, en un 82,54% se prescribió el plan A más reposiciones por pérdidas de diarrea o vómito y en el 17.46% se aplicó plan B con respensiones por pérdidas.

Tabla 23: Distribución de pacientes menores de 5 años en quienes sus representantes recibieron educación nutricional en la hidratación oral

Manejo nutricional	Frecuencia	Porcentaje
Si	12	19,05%
No	51	80,95%
Total	63	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

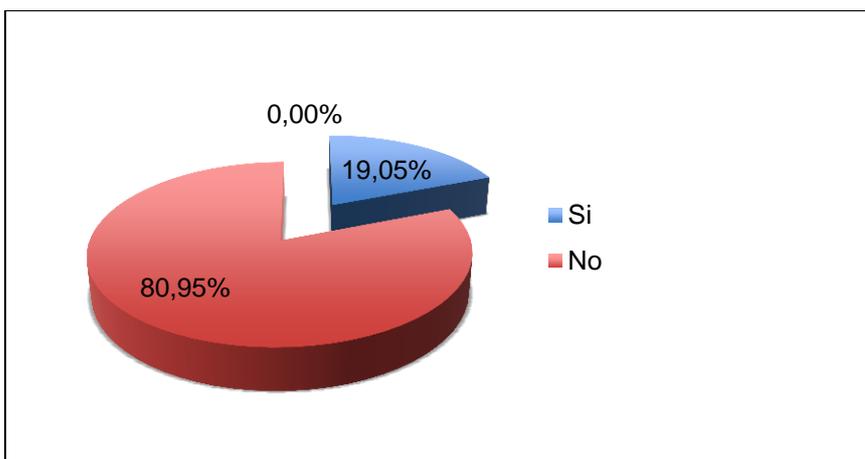


Imagen Nº 23. Distribución de pacientes menores de 5 años en quienes sus representantes recibieron educación nutricional en la hidratación oral

Fuente: Ficha de recolección de datos

Según la historia clínica de los niños menores de 5 años rehidratados por vía oral, al 19,05% de sus representantes se les enseñó el manejo nutricional del niño durante el tratamiento de la deshidratación.

DISCUSIÓN

La presente investigación se realizó a través del estudio de historias clínicas de 76 niños menores a 5 años que acudieron al Servicio de emergencia del Hospital del IESS Manuel Ygnacio Monteros de la ciudad de Loja, con diagnóstico de deshidratación, fueron seleccionados mediante la revisión de 313 historias clínicas de pacientes menores a 5 años atendidos durante el periodo julio a septiembre de 2011. De los 76 pacientes que constituyen el 100%; 42,14% corresponde al sexo femenino y 57,86% al sexo masculino. Este resultado es comparable con un estudio realizado en el Servicio de Pediatría del Hospital San Rafael de Madrid, cuyos resultados expresan un pequeño predominio de deshidratación en pacientes varones, (Alvarez, Taboada, & Rivas, 2006).

Referente a la edad, la mayoría se encontró en un rango de 1 a 3 años representando el 64,47%, este dato obtenido es similar al encontrado en estudios publicados en varios artículos científicos, entre estos, "Gastroenteritis aguda en niños hospitalizados (2005-2010). Análisis Epidemiológico, Microbiológico y Clínico" llevado a cabo en el Hospital Universitario de Albacete, la edad media de los pacientes fue de 14 meses; en Honduras se reporta una mayor incidencia en menores de 2 años (Castillo Serrano, Plaza Almeida, & García González, 2011) (Bazabe, Blanco, & Wildt, 2009)

Según las historias clínicas el 94,73% de menores presentaron diarrea, el 20.83% de los casos se asoció al vómito y 66,66% con fiebre, constituyéndose esta sintomatología en el motivo de consulta más común de los pacientes pediátricos; 3,94% presentó sólo fiebre y 1,31% presentó únicamente vómito. Estos valores confirman la hipótesis de la investigación, expresada en los siguientes términos. "La mayor parte de pacientes menores de cinco años que acuden al servicio de emergencia con cuadros de deshidratación presentan deposiciones diarreicas", además con similitud comparativa a estudios publicados en varios artículos científicos, especialmente en publicaciones médicas originales resultantes de proyectos de colaboración internacional en Centroamérica y Latinoamérica "Desafíos en la publicación de artículos de Colaboración Internacional". En el estudio, "Perfil de la diarrea aguda en niños hospitalizados de Santa Bárbara" de Honduras, en los cinco primeros meses del 2008, afirmando que entre los principales signos y síntomas de consulta para el diagnóstico de deshidratación, es la diarrea, este síntoma seguido por el vómito y luego fiebre. También la similitud es evidente en el ya mencionado estudio en Albacete; se demostró que la gastroenteritis aguda es una causa importante de ingreso en menores de cinco años, con un porcentaje en torno al 10% respecto al total de ingresos. Esta incidencia de niños ingresados por diarrea es similar a la registrada en otros estudios. (Bazabe, Blanco, & Wildt, 2009)

A través de la revisión de las historias clínicas, fue posible discernir como se realizó el diagnóstico de deshidratación de la población en estudio, para el efecto se estableció las características clínicas evidenciadas por los principales signos y síntomas tomados en cuenta y como resultado de la investigación, los tres signos más frecuentes fueron: mucosas orales secas, aumento leve del pulso y se mostraron sedientos, que representa el 68,42%, 68,42% y 61,48% respectivamente.

En el presente estudio el grado de deshidratación fue definido clínicamente como leve, moderado y grave, con porcentajes de: 68,42%, 30, 26% y 1,32% respectivamente. Comparando con el Boletín Epidemiológico del año 2011 publicado por el Ministerio de Salud del Perú, que reporta el 86% de cuadros de deshidratación leve, un 13% fueron moderadas y el 1% fue grave, existiendo similitud. (Alvarez & Loyola, 2011)

El estudio demostró también que la diarrea junto con la fiebre son la principal causa de deshidratación, existe similitud comparando estos resultados con el estudio denominado “El efecto de la solución de rehidratación oral y los líquidos caseros recomendados en la mortalidad por diarrea” publicado en el año 2010 por la International Journal of Epidemiology, que determina a la diarrea como motivo importante de atención médica y principal causa de deshidratación en este grupo etario. (Muñoz, Fischer, & Negro, 2010)

Se encontró que la mayoría de los casos (82,89%) se manejó con rehidratación oral y el 17,11% con rehidratación parenteral. Del total de pacientes con manejo oral, al 73,02% se administró SRO, al 26,98% se administró otros líquidos, se observó que todos los pacientes toleraron muy bien la técnica de hidratación oral. Estos resultados de la investigación tienen similitud con el estudio de la North American Journal of Medical Sciences donde se encuestó a varios pediatras sobre el manejo de la gastroenteritis aguda en niños sanos en el Líbano, reportando que un 92,4% de los profesionales prescribieron SRO para la rehidratación y recomendaron evitar el manejo parenteral en los casos de deshidratación leve a moderada. (Alameddine, Mourad, & Rifai, 2010)

En el estudio de la North American Journal of Medical Sciences mencionado anteriormente, donde un 81.5% de los profesionales pediatras aconsejan la lactancia materna y la alimentación cotidiana durante la terapia oral siempre y cuando tolere la vía oral, lo que no concuerda con nuestro estudio respecto al consejo nutricional, las historias clínicas revelaron que el 19,05% de los representantes de los menores de 5 años recibieron terapia educacional adecuada para atender al menor durante el tratamiento de la deshidratación. Al contrastar con información del hospital universitario San Vicente de Paúl de Medellín,

Colombia, que realizó un estudio comparativo de la rehidratación oral con la venosa, un 91,7% de los pacientes fueron tratados adecuadamente con SRO y el 75% de estos dio buenos resultados en las 9 primeras horas, con una tolerancia casi total, solo en 3 casos se observó intolerancia. Mientras que el 8% que se rehidrató por vía intravenosa requirió de un tiempo promedio de 20 horas para su adecuado tratamiento, estos datos difieren un poco de los encontrados en este estudio, mientras en el mencionado se requieren 9 horas promedio para el tratamiento oral, el presente estudio señala 6 horas como promedio para el alta definitiva, demostrando la eficacia de la terapia de rehidratación oral haciendo que disminuya el tiempo de estadía hospitalaria, es decir que los 76 niños investigados que acudieron al servicio de emergencia, no presentaron severidad ni complicaciones en el diagnóstico de deshidratación. (Hernández & Jaramillo, 2009)

En relación al manejo, del total de pacientes con hidratación parenteral; al 76,9% se aplicó el método déficit – mantenimiento – reposiciones; al 15,38% se aplicó mantenimiento – reposiciones; y al 7,69% por la severidad del caso se administró hidratación rápida – mantenimiento – reposiciones, a quienes se hidrató con mayor frecuencia utilizando en un 76,92% solución Hartmann; y en el 23,08% se administró solución salina al 0,9%, lo que concuerda al contrastar con la bibliografía en el tratado de pediatría Nelson y también con la de la Academia Americana de Pediatría que recomienda el uso de cristaloides isotónicos tales como solución salina al 0,9% y el lactato de ringer, y no recomiendan ningún otro tipo de fluido para la reposición de líquidos. Nuestro estudio si cumple con las mismas. (Kliegman, Behrman, Jenson, & Stanton, 2009) (Canavan & Arant, 2009)

CONCLUSIONES

Según la investigación realizada y luego de analizar cada uno de sus resultados se llegaron a las siguientes conclusiones:

- Del total de pacientes (313) que acudieron a emergencia en el periodo de estudio el 24,28% lo hizo con deshidratación, de ellos el 57,88% son de sexo masculino y el 67,47% corresponde al rango de edad de 1 a 3 años.
- Las principales características clínicas que contribuyeron al diagnóstico de deshidratación en pacientes menores de 5 años son; mucosa oral seca, aumento leve del pulso y la sed que determinaron ser predictores óptimos en nuestro medio para la deshidratación.
- Según la revisión de historias clínicas se identificaron cómo causas de deshidratación en pacientes menores de 5 años que acudieron a emergencia las siguientes: 94,73% presentaron diarrea, el 20.83% de los casos se asoció al vómito y 66,66% con fiebre, 3,94% presentó sólo fiebre y 1,31% presentó únicamente vómito.
- Luego de la revisión de las historias clínicas se demostró que el manejo terapéutico se realizó por vía oral al 82,89% con un 100% de tolerancia aplicándose en el 82,54% el plan A, en el 17.46% el plan B utilizando sales de rehidratación oral; y por vía parenteral al 17.11%, con solución Hartmann y solución salina al 0.9 %.

RECOMENDACIONES

- Debido a que la deshidratación se puede encontrar en el 24,28% de pacientes menores de 5 años que acuden a emergencia se recomienda valorar minuciosamente mucosas orales, pulso y sed, por ser consideradas en este estudio como predictores óptimos de la deshidratación causada por diarrea en nuestro medio.
- Al revisar las historias clínicas se encontró que no se registra el peso, ni la tensión arterial en los pacientes que acudieron con deshidratación por lo que se recomienda al personal médico tomarlos en cuenta ya que es información esencial para el diagnóstico y manejo de la deshidratación en menores.
- En relación a la educación nutricional se recomienda a médicos, personal de enfermería y quienes presten servicios de salud al menor de 5 años, involucrar a la madre o responsable del menor, para que colabore en la terapia, además se le proporcione un plan de educación que incluya como llevar el tratamiento de hidratación y alimentación en el hogar y así también para la prevención de la deshidratación en los menores, con la finalidad de evitar complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alameddine, A., Mourad, S., & Rifai, N. (2010). Management of acute gastroenteritis in healthy children in Lebanon - A national survey. *North America Journal Sciences* , 2 (11), 512-117.
2. Alvarez , G., & Loyola, L. (2011). Boletín epidemiológico. Hospital nacional de Hipólito Unanue, OESA, Perú.
3. Alvarez, G., Taboada, L., & Rivas, A. (2006). Deshidratación: etiología, diagnóstico y tratamiento. *Urgencias* , 292-301.
4. Aouni Alameddine, M. S. (2010). Management of acute gastroenteritis in healthy children in Lebanon - A national survey. *North American Journal of Medical Sciences* , 2 (11), págs. 512-517.
5. Bazabe, M., Blanco, G., & Wildt, D. (2009). Perfil de la diarrea aguda en niños hospitalizados de Santa Bárbara. *Revista Médica Hondureña* , 77 (3), 107-109.
6. Canavan, A., & Arant, B. (2009). Diagnosis and management of dehydration in children. *American Family Physician* , 80 (7), 692-696.
7. Castillo Serrano, A., Plaza Almeida, J., & García González, V. (2011). Gastroenteritis aguda en niños hospitalizados (2005-2010). Análisis epidemiológico, microbiológico y clínico. *Revista clínica de medicina familiar* , 4 (2), 112-19.
8. Centro Médico Asunción. (2009). Parenteral hydration in pediatrics. *Pediatría*, 36 (2).
9. Hernández, A., & Jaramillo, C. (2009). Treatment of acute diarrhea in children: comparative study of 3 oral rehydration solutions and I.V therapy in Colombia. 102 (6), 606-616.
10. INEC. (2011). Anuario de estadísticas vitales: nacimientos y defunciones.
11. Kliegman, R., Behrman, R., Jenson, H. B., & Stanton, B. (2009). Fisiología de los líquidos corporales y tratamiento hidroelectrolítico. *Tratado de pediatría* (18 ed., págs. 309-318). Barcelona, España: Elsevier.
12. Míguez Burgos, A., Muñoz Simarro, D., & Tello Pérez, S. (2011). Una alternativa poco habitual: la vía intraosea. *Enfermería global* (24), 171-179.
13. Muñoz, M., Fischer, C., & Negro, R. (2010). The effect of oral rehydration solution and recommended home fluids on diarrhea mortality. *International Journal of Epidemiology* , 39 (1), págs. 187-175.
14. Muñoz, T. M. (2013). *Servicios Hospitalarios*. (L. autora, Entrevistador)..
15. Pieścik, L., R. , S., & Shami. (2013). The Management of Acute Gastroenteritis in Children. *Medscape* , 37 (3), 289-303.

16. PNUD, (2007). Informe nacional de los objetivos de desarrollo del milenio-Ecuador . (M. E. Dávila, Ed.) 15-7.
17. Rouhani, S., Meloney, L., & Ahn, R. (2011). Alternative rehydration methods: A systematic review and lessons for resource-limited care. *Pediatrics* , 127 (3), 748-759.
18. SAMJ. (2012). Management guidelines for acute infective diarrhoea/ gastroenteritis in infants. *South Africa Medical Journal* , 102 (2), 104-107.
19. Somers, M., & Matto, T. (2013). Clinical assessment and diagnosis of hypovolemia (dehydration) in children. Uptodate.
20. Stanton, B., Evans, J., & Batra, B. (29 de noveber de 2012). Oral rehydration therapy. Uptodate .
21. Steiner, M., Dewalt, D., & Byerley, J. (2010). Is this child dehydrated? *JAMA* , 291 (22), 2746-2754.
22. Wittenberg, D. F. (2012). Management guidelines for acute infective diarrhoea/gastroenteritis in infants. *South Africa Medical Journal* , 102 (2), 104-107.

ANEXOS 1

TABLA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LOS HALLAZGOS CLÍNICOS Y GRADOS DE DESHIDRATACIÓN EN PACIENTES DE 0 A 5 AÑOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS VALDIVIESO JULIO – DICIEMBRE 2011

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS				
Fecha de consulta:				
Nº De historia clínica:				
Edad:				
Sexo:	M ()	F ()		
Signos vitales	T°	TA	FC	FR
Peso:		Talla:		
Motivo de consulta:				
Diagnóstico:				
Conciencia:	Normal, alerta			
	Irritable, intranquilo			
	Obnubila			
Ojos:	Normales			
	Hundidos			
	Muy hundidos y secos			
Lagrimas:	Presentes			
	ausentes			
Boca/lengua:	Pastosa			
	Seca			
	Muy seca			
Sed:	No sediento			
	Sediento			
	Incapaz de beber			
Piel:	Pliegue negativo			
	Pliegue positivo			
	Pliegue muy positivo			
Fontanela:	Normal			
	Deprimida			
	Muy deprimida			
Taquipnea:	No			
	Leve			
	Moderada			
Aumento de pulso:	No			
	Leve			
	Rápido y débil			
Perfusión de la piel:	Normal			
	Fría			
	Acrocianosis			
Flujo de orina:	Normal			
	Oliguria			
	Anuria			
Grado de deshidratación:	Aguda	Grave	Severa	

ANEXOS 2

MANEJO DE LA DESHIDRATACIÓN EN PACIENTES DE 0 A 5 AÑOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS VALDIVIESO JULIO – DICIEMBRE 2011

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS													
Fecha de consulta:													
Nº de historia clínica :													
Edad:													
Sexo: m () f ()													
Peso:				Talla:									
Grado de deshidratación: Leve: () Moderada: () Grave: ()													
Hidratación	Hidratación parenteral						Hidratación oral						
	Tipo de liquido			Método utilizado			Tipo de liquido			Tolerancia		plan mas reposiciones	
	Cloruro de sodio 0,9%	Lactato de Ringer	Dextrosa mas soletroles	Hidratación rápida mas mantenimiento y reposiciones	Déficit mas mantenimiento y reposiciones	Mantenimiento mas reposiciones	Formula recomendada por OMS	SRO	Otros	Si	No	Plan A	Plan B
Manejo nutricional	Si												
	No												

ANEXOS 3

CLASIFICACIÓN DE LA DESHIDRATACIÓN POR SIGNOS Y SÍNTOMAS EN NIÑOS

Signo / síntoma	Deshidratación leve	Deshidratación moderada	Deshidratación severa
Estado de conciencia	Normal, alerta	Normal, fatigado o irritable	Apático, irritable o inconsciente
Sed	Bebe normalmente, puede rechazar líquidos	Sediento, ansioso por beber	Bebe pobremente o es incapaz de beber
Frecuencia cardíaca	Normal	Normal a aumentada	Taquicardia, bradicardia en casos extremos
Calidad del pulso	Normal	Normal o disminuida	Disminuida o no perceptible
Respiración	Normal	Normal o rápida	Profunda
Ojos	Normal	Ligeramente hundidas	Muy hundidos
Lagrimas	Presentes	Disminuidas	Ausentes
Boca y lengua	Húmeda	Secas	Secas
Pliegue cutáneo	Negativo	Positivo	Muy positivo
Llenado capilar	Normal	Prolongado	Prolongado o mínimo
Extremidades	Calientes	Frías	Frías, moteadas o cianóticas
Gasto urinario	Normal o reducido	Reducido	Mínimo

Fuente: (Ucrós Rodríguez & Mejía Gaviria, 2009)

ANEXOS 4

OFICIO DE PETICIÓN PARA REALIZAR LA TESIS EN LA INSTITUCIÓN

29 09 2012.
③ Estudio y certificación
autorización



Loja, 26 de Octubre del 2012

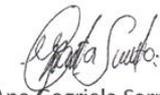
Doctor
Nelson Samaniego.
DIRECTOR DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS IESS LOJA.
Ciudad

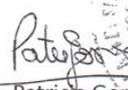
De nuestras consideraciones:

Yo, Ana Gabriela Sarmiento Castillo, con CI: 1103849905 me dirijo a usted para solicitarle se de autorización a quien corresponda para proceder a la recolección de datos necesarios para la realización de mi tesis de grado de Médico en la Universidad Técnica Particular de Loja, la misma que tiene como tema: **EVALUACIÓN DEL MANEJO DE LA DESHIDRATACIÓN EN PACIENTES MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS- IESS LOJA EN EL PERIODO JULIO –SEPTIEMBRE DEL 2011**”; el mismo que ha sido aprobado por la anterior dirección de la Escuela de Medicina y hoy Coordinación de Titulación. Así mismo, cuento con el apoyo de la Dra. Patricia Gonzalez como mi directora de tesis; los datos a recolectar corresponden a la revisión de historias o fichas clínicas de los pacientes menores de 5 años que acuden al servicio de emergencias con diagnóstico de deshidratación durante el periodo julio – septiembre del año 2011. Los datos que se tomaran serán: Número de Historia Clínica, edad, sexo, fecha de consulta, motivo de consulta, signos y síntomas y manejo de la deshidratación.

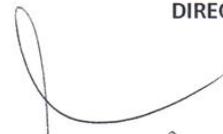
Le ruego se me autorice la toma de estos datos ya que la realización de la tesis es parte indispensable de la culminación de mis estudios.

Agradeciéndole de antemano la atención prestada a la presente y esperando la favorable respuesta a la misma me suscribo.


Ana Gabriela Sarmiento
TESISTA


Dra. Patricia Gonzalez
DIRECTORA DE TESIS




Dirección Reciben
26/10/2012
4:02