



# **Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión**

Facultad de Medicina Humana  
Escuela Profesional de Medicina Humana

## **Características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022**

Tesis

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Autor

Rosales Pijo Antolino Genaro

Asesor

MP. Carlos Emilio Vega Manrique

Huacho – Perú

2023

# CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y TERAPÉUTICAS DE LA DIARREA AGUDA INFECCIOSA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL REGIONAL HUACHO 2022

## INFORME DE ORIGINALIDAD

13%

INDICE DE SIMILITUD

16%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

2%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="http://www.insnsb.gob.pe">www.insnsb.gob.pe</a> Fuente de Internet	6%
2	<a href="http://repositorio.unjfsc.edu.pe">repositorio.unjfsc.edu.pe</a> Fuente de Internet	5%
3	<a href="http://tesis.ucsm.edu.pe">tesis.ucsm.edu.pe</a> Fuente de Internet	2%

Excluir citas      Activo

Excluir bibliografía      Activo

Excluir coincidencias      < 2%

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y TERAPÉUTICAS DE LA  
DIARREA AGUDA INFECCIOSA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL  
REGIONAL HUACHO 2022**

ROSALES PIJO, ANTOLINO GENARO

**TESIS DE PREGRADO**

**ASESOR**

MP. CARLOS EMILIO VEGA MANRIQUE

**JURADOS:**

M.C. SUQUILANDA FLORES, CARLOS OVERTI

M.C. VALLADARES VERGARA, EDGAR IVAN

M.C. CUEVAS HUARI, EDGARDO WASHINGTON

**UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**HUACHO- PERÚ**

**2023**

## **DEDICATORIA**

Queridos amigos, familiares y seres queridos,

Hoy, con gran emoción y gratitud en mi corazón, me dirijo a ustedes para expresar mi más sincera dedicación a cada uno de ustedes. Han sido un apoyo invaluable en mi camino hacia la culminación de mi tesis, y sin su apoyo y amor incondicional, este logro no habría sido posible.

A mis padres, gracias por ser mi inspiración y por brindarme su amor y apoyo incondicional en cada paso que he dado. Su sacrificio y dedicación me han impulsado a perseguir mis sueños y alcanzar mis metas. Estoy eternamente agradecido por su amor y guía.

A mis hermanos y hermanas, ustedes han sido mi fuerza y mi fuente constante de motivación. Sus palabras de aliento y ánimo han sido el impulso que necesitaba para superar los desafíos y obstáculos en el camino. Gracias por estar siempre a mi lado y celebrar cada triunfo conmigo.

A mi fiel compañera Nancy Montes que ha sido fundamental en este viaje académico. Gracias por escuchar mis preocupaciones, por levantarme cuando caía y por recordarme que no estaba solo en este camino. Cada risa compartida y cada conversación inspiradora ha sido un bálsamo para el alma y ha hecho que esta experiencia sea más valiosa.

A mis profesores y asesores, su dedicación y conocimientos han sido invaluable. Gracias por su orientación, sus sabios consejos y su paciencia al guiarme a lo largo de esta tesis. Sus comentarios y sugerencias han sido fundamentales para mi crecimiento académico y profesional.

Por último, quiero dedicar este logro a Sofia Tapia que no está físicamente presente, pero que siempre estará en mi corazón.

Esta tesis es el resultado de años de arduo trabajo, perseverancia y determinación, pero también es el reflejo del amor y apoyo incondicional que he recibido a lo largo de mi vida. Cada página escrita lleva consigo el recuerdo de aquellos que han sido parte de mi viaje, y hoy dedico este logro a todos ustedes.

¡Gracias de todo corazón!

Rosales Pijo Antolino Genaro

## AGRADECIMIENTO

Quisiera aprovechar este espacio para expresar mi sincero agradecimiento a todas las personas que han contribuido de alguna manera en la realización de mi tesis. Su apoyo y colaboración han sido fundamentales para alcanzar este importante logro.

En primer lugar, deseo expresar mi gratitud a mi asesor de tesis, MP. Carlos Emilio Vega Manrique. Su sabiduría, orientación y paciencia han sido invaluable a lo largo de todo el proceso. Gracias por su dedicación y por brindarme su tiempo y conocimientos, guiándome en cada etapa y ayudándome a dar lo mejor de mí.

También quiero agradecer a mis profesores y profesoras, quienes han compartido conmigo su vasto conocimiento y me han motivado a ir más allá de mis límites. Sus enseñanzas y su pasión por la materia han sido una inspiración para mí y han contribuido significativamente a mi formación académica.

Agradezco a mis compañeros y compañeras de clase, con quienes he compartido no solo conocimientos, sino también momentos de estudio, reflexión y compañerismo. Han sido un gran apoyo y juntos hemos superado desafíos y hemos aprendido unos de otros. Gracias por el intercambio de ideas, el trabajo en equipo y el constante estímulo mutuo.

No puedo dejar de mencionar a mis amigos y familiares, quienes me han brindado su amor, comprensión y aliento durante todo este proceso. Su confianza en mí y su apoyo incondicional han sido un motor que me ha impulsado a seguir adelante, incluso en los momentos más difíciles. Gracias por creer en mí y por estar a mi lado en cada paso del camino.

Por último, pero no menos importante, quiero agradecer a todas las fuentes de información y bibliotecas que han facilitado el acceso a los recursos necesarios para llevar a cabo mi investigación. Sus colecciones y servicios han sido fundamentales para enriquecer mi trabajo y respaldar mis argumentos.

A todos y cada uno de ustedes, mi más sincero agradecimiento. Su contribución ha dejado una huella imborrable en mi vida académica y personal. Sin su apoyo, este logro no habría sido posible. Espero que se sientan orgullosos de haber sido parte de este proceso y celebremos juntos este importante hito.

¡Gracias de todo corazón!

Rosales Pijo Antolino Genaro

## Índice

### Contenido

DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTOS	IV
INDICE GENERAL	V
INDICE DE TABLAS	VI
RESUMEN	VII
ABSTRACT	VIII
INTRODUCCION	11
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>13</b>
1.1. Descripción de la realidad problemática	13
1.2. Formulación del Problema	16
1.2.1 Problema General.	16
1.2.2. Problemas específicos.	16
1.3. Objetivos de la investigación	18
1.3.1 Objetivo general.	18
1.3.2 Objetivos específicos.	18
1.4. Justificación de la investigación	19
1.5. Delimitación del estudio	21
1.6. Viabilidad del estudio	22
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>24</b>
2.1 Antecedentes de la investigación	24
2.1.1. Antecedentes internacionales.	24
2.1.2. Antecedentes nacionales.	28
2.2. Bases teóricas	31

2.3. Bases filosóficas	48
2.3. Definiciones conceptuales	51
2.4. Formulación de la Hipótesis	53
2.4.1. Hipótesis General.	53
2.4.2. Hipótesis Específicos.	53
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA</b>	<b>55</b>
3.1. Diseño Metodológico	55
3.1.1. Tipo de investigación.	55
3.1.2. Nivel de investigación.	55
3.1.3. Diseño.	55
3.1.4. Enfoque.	56
3.2. Población y muestra	56
3.3. Operacionalización de variables e indicadores	58
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	61
3.4.1 Técnicas a emplear.	61
3.4.2. Descripción de los instrumentos.	61
3.5. Técnicas para el procesamiento de la información	61
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	<b>63</b>
<b>CAPÍTULO V: DISCUSIÓN</b>	<b>777</b>
<b>CAPÍTULO VI : CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>84</b>
<b>CAPÍTULO VII: FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	<b>87</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>97</b>
Anexo 01: Documento de autorización	97
Anexo 02: Constancia de la unidad de estadísticas e informática	98
Anexo 03: Base de datos en Microsoft Excel	99

Anexo 04: Base y análisis de frecuencia y gráficos en SPSS	103
Anexo 05: Matriz de Consistencia	107
Anexo 06: Ficha de recolección de datos	111
Anexo 07: Validación por juicio de expertos	115



## LISTA DE TABLAS

- **Tabla 1.** Prevalencia de diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos Hospitalizados.
- **Tabla 2.** Edad del paciente pediátrico Hospitalizado con diagnóstico de diarrea aguda infecciosa.
- **Tabla 3.** Género del paciente pediátrico Hospitalizado con diagnóstico de diarrea aguda infecciosa.
- **Tabla 4.** Lugar de procedencia del paciente pediátrico Hospitalizado con diagnóstico de diarrea aguda infecciosa.
- **Tabla 5.** Etiología del paciente pediátrico Hospitalizado con diagnóstico de diarrea aguda infecciosa.
- **Tabla 6.** Estado vacunal contra rotavirus del paciente pediátrico Hospitalizado con diagnóstico de diarrea aguda infecciosa.
- **Tabla 7.** Estación del año donde fue diagnosticado con diarrea aguda infecciosa el paciente pediátrico Hospitalizado.
- **Tabla 8.** Tiempo de enfermedad del paciente pediátrico Hospitalizado con diagnóstico de diarrea aguda infecciosa.
- **Tabla 9.** Tiempo de estancia hospitalaria del paciente pediátrico Hospitalizado con diagnóstico de diarrea aguda infecciosa.
- **Tabla 10.** Forma clínica de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos Hospitalizados.
- **Tabla 11.** Signos y síntomas de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos Hospitalizados.
- **Tabla 13.** Grado de deshidratación del paciente pediátrico Hospitalizado con diagnóstico de diarrea aguda infecciosa.
- **Tabla 14.** terapéutica del paciente pediátrico Hospitalizado con diagnóstico de diarrea aguda infecciosa.
- **Tabla 15.** terapéutica del paciente pediátrico Hospitalizado con diagnóstico de diarrea aguda infecciosa.

## **Resumen**

**Objetivo:** Determinar las características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. En la población incluyó un total de 927 pacientes pediátricos y una muestra no probabilística de 180 pacientes con diarrea aguda infecciosa hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Regional de Huacho durante el año 2022. La recolección de información se realizó mediante las historias clínicas colocando la base de datos en el Microsoft Excel y fue procesado en versión 25 Statistical Package for Social Sciences (SPSS).

**Resultados:** la frecuencia de diarrea aguda infecciosa fue 19.42%, El grupo etáreo más afectado estuvo situado entre las edades 1 a 2 años con 36,1% (65/180). El sexo masculino fue más frecuente con 53,9% (97/180). En relación al lugar de procedencia, el más frecuente fue la zona rural con 56,1% (101/180). La etiología con mayor frecuencia fue viral con 77,2% (139/180). Según el estado vacunal contra rotavirus, la mayoría presentaron vacunas completas 92,8% (167/180). Según la estación del año, se evidenció que la mayor frecuencia correspondió a la estación verano con 50% (90/180). El tiempo de enfermedad con mayor frecuencia correspondió a 0 – 7 días con 77,8% (140/180). El tiempo de estancia hospitalaria más frecuente fue 2 días 38,3% (69/180), siendo el promedio de 2,88 días. La forma clínica de mayor frecuencia correspondió a la diarrea acuosa en 90,0% (162/180). Los signos y síntomas de mayor frecuencia correspondieron a las deposiciones líquidas ya sea con / sin moco o con / sin sangre fue 100% (180/180), náuseas y vómitos en 79.4% (143/180). El grado de deshidratación de mayor frecuencia correspondió a la deshidratación moderada 97.8% (176/180). El plan aplicado

para la deshidratación con mayor frecuencia correspondió al plan C 180 100% (180/180). En relación al uso de Antimicrobianos, no se usó en 132 (73,3%). El Antimicrobiano con mayor frecuencia que se uso fue la ceftriaxona 10,0% (18/180).

**Conclusiones:** la frecuencia de diarrea aguda infecciosa fue 17.26 %, la diarrea aguda infecciosa es más probable que ocurra en las edades de 12 meses – 23 meses, sexo masculino, zona rural, etiología viral, que no cuente con vacunas completas, estación verano, tiempo de enfermedad 0 – 7 días, tiempo de estancia hospitalaria de 2 días, forma clínica de diarrea acuosa, todas cursaron con deposiciones líquidas ya sea con / sin moco o con / sin sangre, seguidas de náuseas y vómitos, cursaron con deshidratación moderada, se usó el plan C para la hidratarlo al paciente; en cuanto al tratamiento antimicrobiano en general no se usó; pero en la forma clínica disintérica el antibiótico más usado fue la ceftriaxona y la azitromicina y el antiparasitario más usado fue el metronidazol.

**Palabras claves:** DIARREA AGUDA INFECCIOSA, PEDIÁTRICOS,  
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y  
CARACTERÍSTICAS TERAPÉUTICAS.

## **Abstract**

**Objective:** To determine the epidemiological, clinical and therapeutic characteristics of acute infectious diarrhea in pediatric patients at the Hospital Regional Huacho 2022.

**Materials and methods:** A descriptive, retrospective and cross-sectional study was carried out. The population included a total of 927 pediatric patients and a non-probabilistic sample of 180 patients with acute infectious diarrhea hospitalized in the pediatric service of the Regional Hospital of Huacho during the year 2022. Information was collected through medical records placing the database in Microsoft Excel and was processed in version 25 Statistical Package for Social Sciences (SPSS).

**Results:** the frequency of acute infectious diarrhea was 19.42%. The most affected age group was between the ages of 1 to 2 years with 36.1% (65/180). The male sex was more frequent with 53.9% (97/180). In relation to the place of origin, the most frequent was the rural area with 56.1% (101/180). The most frequent etiology was viral with 77.2% (139/180). According to the rotavirus vaccination status, the majority presented complete vaccinations 92.8% (167/180). According to the season of the year, it was evidenced that the highest frequency corresponded to the summer season with 50% (90/180). The time of illness most frequently corresponded to 0 - 7 days with 77.8% (140/180). The most frequent length of hospital stay was 2 days 38.3% (69/180), with an average of 2.88 days. The most frequent clinical form corresponded to watery diarrhea in 90.0% (162/180). The most frequent signs and symptoms corresponded to liquid stools, either with/without mucus or with/without blood, it was 100% (180/180), nausea and vomiting in 79.4% (143/180). The most frequent degree of dehydration corresponded to moderate dehydration 97.8% (176/180). The most frequently

applied plan for dehydration corresponded to plan C 180 100% (180/180). Regarding the use of antimicrobials, it was not used in 132 (73.3%). The most frequently used antimicrobial was ceftriaxone 10.0% (18/180).

**Conclusions:** the frequency of acute infectious diarrhea was 17.26%, acute infectious diarrhea is more likely to occur in the ages of 12 months - 23 months, male sex, rural area, viral etiology, who do not have complete vaccinations, summer season, illness time 0 – 7 days, length of hospital stay 2 days, clinical form of watery diarrhea, all presented with liquid stools either with/without mucus or with/without blood, followed by nausea and vomiting, with moderate dehydration, Plan C was used to hydrate the patient; Regarding antimicrobial treatment, in general it was not used; but in the dysenteric clinical form the most used antibiotic was ceftriaxone and azithromycin and the most used antiparasitic was metronidazole.

**Keywords:** ACUTE INFECTIOUS DIARRHEA, PEDIATRICS, EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS, CLINICAL CHARACTERISTICS AND THERAPEUTIC CHARACTERISTICS.

## INTRODUCCION

La diarrea es causante de un elevado número de mortalidad infantil, puesto que en 2019 en promedio el 9% de las muertes de niños menores de 5 años en todo el mundo fue a causa de esta enfermedad. Como resultado, cada día mueren más de 1300 niños debido a esta causa, lo que da lugar a alrededor de 484 000 defunciones al año. A pesar de que hay una solución fácil y asequible para tratar esta enfermedad, la mortalidad infantil sigue siendo un problema grave. (UNICEF, 2022)

Además, la enfermedad diarreica representa una carga importante sobre los servicios de atención médica y sigue siendo un problema crítico de salud pública, debido a que se encuentra entre las principales causas de mortalidad.

La diarrea aguda se caracteriza por un aumento en la frecuencia de las deposiciones (3 o más en 24 horas) y/o una disminución en la consistencia de las heces, lo que resulta en heces blandas o líquidas. En lactantes, se cree que una precedente en la frecuencia de las deposiciones es un signo más fiable que la cantidad de excrementos producidos. Por lo general, la diarrea aguda tiene una duración inferior a una semana y nunca excede las dos semanas. (Guarino, 2014)

La diarrea es un indicador de una infección en el tracto gastrointestinal, que puede ser ocasionada por distintos tipos de microorganismos como virus, bacterias y parásitos. La transmisión de la infección puede ocurrir a través de la ingesta de alimentos o agua contaminada, o debido a una falta de higiene al entrar en contacto con otra persona.

Las medidas encaminadas a evitar las enfermedades diarreicas, especialmente el acceso al agua potable, una buena infraestructura sanitaria y el lavado de manos con jabón, pueden

disminuir el riesgo de contraer la enfermedad. Para tratar la diarrea, se utiliza una solución de rehidratación oral (SRO), que es una mezcla de agua limpia, sal y azúcar. Además, es posible reducir la duración de la diarrea y mejorar los resultados mediante la administración de suplementos de zinc y probióticos. (OMS, 2017)

La deshidratación es el mayor riesgo que conllevan las enfermedades diarreicas. Durante un episodio de diarrea, se produce una pérdida de agua y electrolitos (tales como sodio, cloruro, potasio y bicarbonato) a través de las heces líquidas, el sudor, los vómitos, la orina y la respiración. Si estas pérdidas no son respuestas, pueden causar deshidratación y, en casos graves, provocar resultados extremadamente mortales.

El presente estudio se realizó en el Hospital Regional Huacho, porque realicé mi internado en ese establecimiento y, por lo tanto, tenía mayor facilidad de acceso a las historias clínicas. Además, se decidió realizar el estudio en ese hospital debido a la escasez de investigaciones previas sobre el tema en cuestión en dicho establecimiento.

Por todo lo descrito es que se investigué las principales características epidemiológicas, clínicas y de conocer los tratamientos actuales de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos, y es importante porque se realiza una Atención Primaria de la Salud (APS) que es la piedra angular de un sistema de salud sostenible, para obtener el mayor nivel de salud y bienestar centrándose en la promoción y prevención de la salud.

## CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 Descripción de la realidad problemática

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define un caso de diarrea como el paso de tres o más heces blandas o acuosas por día. Sin embargo, los límites absolutos de la normalidad son difíciles de definir; cualquier desviación del patrón habitual del niño debe ser motivo de preocupación (en particular con el mal aspecto, el paso de sangre o moco o deshidratación) independientemente del número real de deposiciones o su contenido de agua. (Fleisher, 2019)

Respecto a la etiología; los virus son las principales responsables de la diarrea en los niños y representando aproximadamente el 70-90% de los casos. Las bacterias como Shigella, Salmonella, Campylobacter y E. coli enterotoxigénica (ETEC), son la causa en el 10-20% de los casos. Además, ciertas bacterias anaeróbicas pueden producir diarrea a través de la liberación de toxinas. (Zulema, D. E. 2022)

La diarrea asociada a antibióticos (DAA) es producida por las toxinas de Clostridium difficile y es una de las principales causas de enfermedad en niños y adultos hospitalizados. En menos del 5% de los casos, los parásitos como Cryptosporidium, Giardia y E. histolytica, son responsables de la diarrea. (Zulema, D. E. 2022)

La diarrea infecciosa es una de las enfermedades infecciosas más comunes en todo el mundo y actúa como un indicador importante para la higiene regional, la seguridad alimentaria y la salud pública (Parker M, Unaka N. 2018)

A pesar de notables mejoras para el diagnóstico, tratamiento y medidas preventivas de las enfermedades diarreicas continúan siendo una causa principal de mortalidad y morbilidad en la



niñez en el mundo, y por lo general son consecuencia de la exposición a alimentos o agua contaminados. En todo el mundo, 780 millones de personas carecen de acceso al agua potable, y 2500 millones a sistemas de saneamiento apropiados. La diarrea causada por infecciones es frecuente en países en desarrollo. (OMS, 2017)

La enfermedad diarreica es la segunda causa de muerte en niños menores de cinco años. Es a la vez prevenible y tratable. Cada año, la diarrea mata a unos 525 000 niños menores de cinco años. Una proporción significativa de las enfermedades diarreicas se puede prevenir mediante el agua potable y un saneamiento e higiene adecuados. A nivel mundial, hay casi 1.700 millones de casos de enfermedades diarreicas infantiles cada año. La diarrea es una de las principales causas de desnutrición en niños menores de cinco años. (OMS, 2017)

Las enfermedades diarreicas provocan anualmente casi dos millones de muertes de menores de cinco años, lo que las convierte en la segunda causa principal de mortalidad infantil en todo el mundo. (UNICEF, 2019).

En países que poseen mejores condiciones sanitarias tiende a prevalecer la etiología viral, mientras que, en las zonas menos desarrolladas, las bacterias y parásitos son más comunes. La diarrea aguda representa un importante problema de salud pública. Se cree que el 70% de las diarreas se originan por la ingestión de alimentos contaminados con microbios y sus toxinas, por esta razón se reconocen como enfermedades transmitidas por alimentos, lo que generalmente se debe a la influencia de determinados factores de riesgo, entre los que se destacan la desnutrición, factores ambientales, inmunodeficiencia celular, destete temprano y otros. (Ponce y García 2019)

En América Latina y el Caribe 5,1% de las muertes en menores de 5 años son debidas a diarrea y deshidratación. Sin embargo, en 11 países de la Región la proporción de los niños y niñas a esta edad que mueren por diarrea sigue siendo superior al promedio regional.

En la Región de las Américas, de las aproximadamente 400,000 muertes en niños menores de 5 años que ocurrieron en el 2016, una de cada cuatro se produjo a causa de alguna de las enfermedades incluidas dentro de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). Muchas de estas muertes pudieron ser evitadas mediante acciones simples de prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, tanto en los servicios de salud como en la comunidad y a un costo razonable. (OPS, 2018)

En nuestro país, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2021), la ocurrencia de diarrea en niñas y niños menores de 5 años de edad, en las dos semanas anteriores a la Encuesta, fue de 9,4%. Sin grandes diferencias entre área urbana y rural (9,0% y 10,6%, respectivamente). Según el sexo fue, niños (9,9%) y niñas (8,9%). Los niños tuvieron una mayor incidencia de diarrea (9,9%) en comparación con las niñas (8,9%). Los grupos de 6 a 23 meses de edad fueron los más afectados por la diarrea, mientras que la prevalencia disminuyó en niños mayores de 24 meses. (INEI, 2021)

Con respecto a la terapia farmacológica, se encontró que el 83% utilizó antibióticos y el 17% Sales de rehidratación oral; los antibióticos más utilizados fueron sulfametoxazol + trimetoprim (76%), ciprofloxacino (10%), Furazolidona y amikacina (2%). (Martínez,& Terencia, 2018)

Según el Boletín Epidemiológico de la Red de Salud Huaura Oyòn (2019): a nivel regional, el acumulado anual del año 2019 a la semana 52 data de 14 748 episodios de enfermedad diarreica

aguda en niños menores de 5 años, encontrándose a los distritos con mayor riesgo a Huacho, Paccho, Pachangara, Ihuari-Acotama, Caujul, Leoncio Prado, Cochamarca y Santa Leonor.

En nuestra localidad la diarrea aguda infecciosa es más frecuente entre las edades de 1- 2 años; representando cerca del 40%. Además, el sexo femenino, la procedencia urbana de Huacho y la estación verano son características epidemiológicas con mayor frecuencia. Por otro lado, la inmunización contra rotavirus, fue de 88,2%. (Meza. 2020)

Dada la importancia de esta patología, es fundamental realizar un estudio que nos muestre cuáles son las características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos y establecer un diagnóstico clínico oportuno, con la finalidad de ampliar conocimientos en este grupo de pacientes y ser de utilidad para el desarrollo de estrategias a futuro.

## **1.2 Formulación del problema**

### **1.2.1 Problema General**

¿Cuáles son las características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022?

### **1.2.2 Problema específicos**

1. ¿Cuál es la prevalencia de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022?
2. ¿Cuál es el rango de edad más afectado en la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022?

3. ¿Cuál es el género más afectado en la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022?
4. ¿Cuál es lugar de procedencia más frecuente de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022?
5. ¿Cuál es la etiología más frecuente de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022?
6. ¿Cuál es el estado vacunal contra rotavirus de los pacientes pediátricos con diarrea aguda infecciosa del Hospital Regional Huacho 2022?
7. ¿Cuál es la estación del año más frecuente de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022?
8. ¿Cuál es el tiempo de enfermedad más frecuente de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022?
9. ¿Cuál es el tiempo de estancia hospitalaria más frecuente de los pacientes pediátricos con diarrea aguda infecciosa del Hospital Regional Huacho 2022?
10. ¿Cuál es la forma clínica más frecuente de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022?
11. ¿Cuáles son los signos y síntomas más frecuentes de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022?
12. ¿Cuál es el grado de deshidratación más frecuente en la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022?

13. ¿Cuál es el plan aplicado más frecuente para la deshidratación en la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022?

14. ¿Cuál es antimicrobiano usado más frecuente en la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022?

### **1.3 Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar las características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022.

#### **1.3.2 Objetivo específico**

1. Determinar la prevalencia de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022.
2. Determinar el rango de edad más afectado en la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022.
3. Determinar el género más afectado en la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022.
4. Determinar el lugar de procedencia más frecuente en la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022.
5. Identificar la etiología más frecuente de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022.

6. Determinar el estado vacunal de los pacientes pediátricos con diarrea aguda infecciosa del Hospital Regional Huacho 2022.
7. Determinar la estación del años más frecuente de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022.
8. Determinar el tiempo de enfermedad más frecuente de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022.
9. Determinar el tiempo de estancia hospitalaria más frecuente de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022.
10. Describir la forma clínica más frecuente de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022.
11. Determinar los signos y síntomas más frecuentes de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022.
12. Determinar el grado de deshidratación más frecuente en la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022
13. Determinar el plan aplicado más frecuente para la deshidratación en la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022.
14. Determinar el antimicrobiano usado más frecuente en la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022.

## **1.4 Justificación de la investigación**

### **1.4.1. Conveniencia**

El presente trabajo busco identificar las características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho en el año 2022 para contribuir a los estudios que ya se han venido desarrollando a lo largo del tiempo; además un diagnóstico etiológico se considera un desafío porque la EDA cuenta con más de cuarenta patógenos causantes, de esta manera también se desarrollaría la reducción homogénea del impacto de esta infección. Sin embargo, en nuestra localidad tenemos déficit de información, por ello se realizó esta investigación.

#### **1.4.2. Relevancia social**

Al ser un problema de salud pública y motivo de constante preocupación de los gobiernos, tal motivo es fundamental reconocer las características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas, para implementar estrategias sanitarias, actualizar los protocolos para un diagnóstico precoz; disminuyendo así la morbimortalidad por diarrea en nuestra localidad y región. Será beneficioso para la sociedad ya que nos mostrara aquellas debilidades que se deben fortalecer para disminuir los casos de la diarrea en pacientes pediátricos, siendo un problema importante a nivel mundial.

#### **1.4.3. Implicancias practicas**

Aportará a la solución del problema de salud pública como la diarrea aguda, beneficiará tanto al manejo del problema en nuestra localidad, como a nivel nacional. Cabe destacar que no se tuvo información ni datos analizados sobre la realidad que afronta el Hospital de Huacho con respecto a este tema, por lo que con los resultados que se obtuvo, se podrían sentar una base de datos y de esta manera, generar un precedente para futuras investigaciones en la localidad y región. Además, al conocer nuestra realidad, los médicos de nuestra localidad podrán mejorar sus decisiones de manejo al momento de enfrentarse ante un caso de EDA.

#### **1.4.4. Valor teórico**

El motivo principal de realizar la investigación fue contribuir con una base de información estadística y base teórica que ayude al conocimiento tanto del personal de salud como de la población en general sobre las características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de la diarrea en pacientes pediátricos, e incorporar dicho conocimiento a la práctica clínica.

#### **1.4.5. Utilidad metodológica**

El presente trabajo de carácter analítico, utilizo una ficha de recolección de datos en base a las historias clínicas de los pacientes, que fue validada y adaptada a las necesidades del estudio. Los datos recolectados y los resultados obtenidos luego del análisis de la investigación, servirán como base para un mejor conocimiento de nuestra realidad local y constituirá un antecedente que sirva como referencia en investigaciones futuras de diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos.

### **1.5 Delimitación del estudio**

#### **1.5.1. Delimitación temática:**

- Área general: Ciencias médicas
- Sub área: Ciencias clínicas
- Disciplina: Pediatría

Se realizó una búsqueda exhaustiva en las siguientes plataformas de Google: PubMed, Medline, Hinari, Scielo, Scielo Perú, Elsevier, Google académico, repositorio digital de la UNMSM (CYBERTESIS), repositorio digital de Registro Nacional de Trabajos de Investigación (RENATI) y libros actualizados de pediatría, se emplearán las palabras claves



asociadas al título en búsqueda de información reciente que servirán como base para el proyecto de investigación.

#### **1.5.2. Delimitación espacial:**

La investigación se realizó en el Hospital Regional Huacho, Hospital nivel II-2, de referencia regional; se encuentra ubicada en la Av. José Arnaldo Arámbulo La Rosa N° 251, departamento de Lima, provincia de Huaura, distrito de Huacho.

#### **1.5.3. Delimitación poblacional**

El estudio se realizó en el total de pacientes pediátricos, que incluyen al lactante menor, lactante mayor, preescolar, escolar y adolescentes hospitalizados con diagnóstico de diarrea aguda infecciosa del Hospital Regional Huacho.

#### **1.5.4. Delimitación temporal:**

Los datos de la investigación se obtuvieron en el periodo comprendido entre el 01 de enero del 2022 al 31 de diciembre del 2022.

### **1.6 Viabilidad del estudio**

#### **1.6.1. Viabilidad temática**

El presente estudio fue técnicamente viable debido a que los datos necesarios para su realización se encontraron contenidos en la base de datos de la Unidad de Estadística basadas en las historias clínicas de los pacientes en estudio y mediante el instrumento de recolección de datos se obtuvo la información; además se apoyó con información suficiente en artículos, libros

y revistas, ya que se han realizado estudios a nivel mundial y nacional que nos permitirán realizar una revisión actualizada de los aspectos más importantes a indagar.

### **1.6.2. Viabilidad económica**

Esta investigación fue factible, ya que los costos derivados de la misma se encontraron dentro de las posibilidades presupuestales del investigador, por lo cual no se requiere financiamiento de alguna entidad.

### **1.6.3. Viabilidad administrativa**

Esta investigación fue viable, ya que es un Hospital docente donde brindan las facilidades para su ejecución del proyecto; previo, se solicitará autorización a la Dirección Ejecutiva, la oficina de “Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación” del Hospital Regional Huacho, de esta manera se logró el permiso correspondiente para la revisión y obtención de datos de las historias clínicas mediante un instrumento de recolección.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes de la investigación

#### 2.1.1. Internacionales

Getu y Yeshaw (2021), en su investigación “Diarrea y factores asociados entre niños menores de cinco años en África subsahariana: evidencia de encuestas demográficas y de salud de 34 países subsaharianos” el objetivo fue determinar la prevalencia y los factores asociados de la diarrea menores de 5 años. En cuanto la metodología, se utilizaron información de encuestas demográficas y de salud , cuya muestra que usaron fue de 330.866 niños menores de 5 años. además, realizaron una regresión logística y se calculó la Odds Ratio (OR) con un Intervalo de Confianza (IC) del 95% para aquellos factores potenciales incluidos en el modelo final. Resultado La prevalencia general de diarrea en este estudio fue del 15,3 % (IC del 95 %: 15,1-15,4). Conclusión: *Este estudio encontró que la prevalencia de la morbilidad por diarrea infantil en el África subsahariana era alta.*

Lewnard, JA, Rogawski et al. (2020), en la investigación “Incidence and etiology of clinically-attended, antibiotic-treated diarrhea among children under five years of age in low- and middle-income countries: Evidence from the Global Enteric Multicenter Study”. Estados Unidos de América. Tuvo como objetivo determinar la carga y la etiología de la diarrea entre los niños menores de cinco años. usaron datos del Global Enteric Multicenter Study (GEMS). Cuyo resultados fueron: se administraron o prescribieron antibióticos a 9.606 de 12.109 casos moderados a graves y a 1.844 de 3.174 casos con menor gravedad. En todos los sitios, las tasas de incidencia de diarrea tratada con antibióticos y atendida clínicamente fueron 12,2% (intervalo de confianza del 95 %: 9,0–17,8), 10,2 (7,4–13,9) y 1,9 (1,3–3,0) episodios por 100 niños-año en

riesgo en edades de 6 semanas a 11 meses, 12 a 23 meses y 24 a 59 meses, respectivamente. Basándonos en la recomendación de reservar el tratamiento antibiótico para los casos de disentería, estimaron una proporción de 12,6 (8,6-20,8) casos de diarrea tratados de forma inadecuada por cada caso tratado adecuadamente. Rotavirus, adenovirus serotipos 40 / 41, Shigella, sapovirus, Escherichia coli productora de toxina Shiga y Cryptosporidium fueron las principales etiologías de diarrea tratada con antibióticos.

Getachew y col (2018), en la investigación “Diarrhea Prevalence and Sociodemographic Factors among Under-Five Children in Rural Areas of North Gondar Zone, Northwest Ethiopia”. Tuvieron como objetivo evaluar la prevalencia de la diarrea y los factores sociodemográficos entre los niños menores de cinco años. Realizaron un estudio transversal de base comunitaria de abril a junio de 2016 entre 736 hogares, se utilizó un cuestionario estructurado para recolectar, los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS versión 20. Obtuvieron como resultados: la prevalencia general de la diarrea en los niños menores de cinco años fue del 22,1% (163/743). El 55,7% (410/736), eran hombres. Los niños con un grupo de edad de menos de un año, el 7,7% (57/736), estaban comúnmente infectados con enfermedades diarreicas, niños menores o iguales a un año [AOR = 1.82, IC del 95% = (1.39, 4.63)] y el estado de vacunación contra el rotavirus: Sí 109 (66.8 %). Concluyeron que: “*la aparición de diarrea se asoció estadísticamente con la edad del niño menor o igual a un año, el nivel educativo de la madre, tutores y la lactancia.*”.

Hernández y col (2018), en la investigación “Conducta terapéutica de los médicos ante el resultado de las pruebas de detección de patógenos en niños con diarrea aguda”. México. Tuvieron como objetivo determinar el impacto de herramientas moleculares para detección de patógenos virales y bacterianos en las decisiones terapéuticas antibióticas en diarrea aguda.

Realizaron un estudio retrospectivo en 385 pacientes con diarrea, en quienes se realizó: antígenos de rotavirus y adenovirus (PRV), molecular por PCR viral-bacteriana (MPCR) o coprocultivo (CC). Obtuvieron como resultados: 361 (93.7%) pacientes con diarreas acuosas con/sin fiebre y 24 con disentéricas. Y concluyeron que: *“los resultados de las herramientas moleculares para determinación de agentes etiológicos influyeron poco en las decisiones terapéuticas antibióticas”*.

Granera Salgado (2018), en la tesis *“Caracterización clínico-epidemiológica de diarrea aguda con sospecha por rotavirus en menores de 5 años en Hospital Alemán Nicaragüense en 2015 y 2016.”*. Nicaragua. Tuvo como objetivo: determinar las características clínico-epidemiológicas. Realizo un estudio descriptivo de corte transversal a los cuales se les realizó prueba de ELISA para la detección de Antígenos de Rotavirus en muestra fecal. Obtuvo los siguientes resultados: la edad que predominó fueron los rangos de 4 a 11 meses con 31% (63 pacientes), 56% de los niños y 44% de las niñas, 92% habitan en la zona urbana y el 8% área rural, el principal signo clínico en 90 niños fue la fiebre 44% y vómitos 42%, la duración de la diarrea fue 1 a 3 días en un 69% para los niños, la mayoría de las diarreas se clasificó con deshidratación leve y moderada (67%) y deshidratación severa (11%), la terapia más utilizada en base a los signos de deshidratación fue el plan B en un 69% y necesitaron plan C un 10% . Y concluyo que: *“La incidencia de rotavirus varía cada año estudiado con un pico de casos diarreas en marzo y abril”*.

Sun Z, Xu J, Niu et al. (2017), en la investigación *“Características etiológicas de la diarrea infecciosa en la ciudad de Yantai, provincia de Shandong, China en 2017”* Este estudio tuvo como objetivo analizar el espectro patogénico y las características epidemiológicas de la

diarrea infecciosa y proporcionar una referencia para su prevención y control. Se analizó un total de 713 muestras de heces recolectadas en 3 días posteriores al inicio de la diarrea de enero a diciembre de 2017, para detectar los patógenos causantes, utilizando la reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (RT-PCR). Los dos principales rotavirus y norovirus. La tasa positiva total fue del 46,56% (332/713) y 268 de 713 muestras contenían al menos un patógeno. La edad de inicio de la diarrea infecciosa se concentró principalmente en los menores de 1 año y se detectaron 151 muestras positivas en los menores de 1 año, lo que representa el 45,48% (151/332) del total de la población con diarrea. La diarrea bacteriana predominó en verano y la viral se distribuyó durante todo el año, sin un patrón estacional significativo. La etiología de la diarrea infecciosa en Yantai es principalmente viral. Y concluyeron que: *La vigilancia continua de las enfermedades diarreicas infecciosas puede ayudarnos a comprender sus características epidemiológicas y patogénicas.*

Jerez y col (2017), en la investigación “Aspectos clínicos y epidemiológicos de las enfermedades diarreicas agudas secretoras. Hospital General Docente “Juan B. Viñas González”. 2014”. Tuvieron como objetivo determinar los aspectos clínicos y epidemiológicos. Realizaron un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, con una población de estudio compuesta por 634 pacientes pediátricos. la recolección de los datos fue a partir de las historias clínicas. Obtuvieron como resultados: un predominio del rango de edades de 1 a 4 años, para un 30.4%; la mayoría fueron de zonas rurales (64.5%), los síntomas predominantes fueron fiebre y vómitos para un 47.4% y 45 % respectivamente y los signos fueron: los ojos hundidos en un 57.4% y sequedad de las mucosas (45.1%). Y concluyeron que: “*Los meses en los que inicia el verano aportaron la mayor cantidad de casos en el contexto de investigación, en el que predominaron los pacientes del sexo masculino entre 1 y 4 años y la procedencia rural*”.

Guerrero y Padilla (2017), en la tesis “Perfil epidemiológico de la enfermedad diarreica aguda y factores asociados, en niños de 1 a 5 años de edad que consulten en la UCSFI Jayaque, los meses de enero a junio del 2017, en el Municipio de Jayaque, La Libertad”. El Salvador. Tuvieron como objetivo Determinar el comportamiento epidemiológico de la enfermedad diarreica aguda y factores asociados. Realizaron un estudio descriptivo de corte transversal. Obtuvieron los siguientes resultados: la zona urbana 55.9% y rural 44%, Sexo masculino 39.8% y femenino 60.2%, 1 a 2 años 37.6%, en cuanto a los signos de deshidratación, no hay signos de deshidratación 62.4%. Signos de deshidratación leve 23.3%, signos de deshidratación severa 14.3%. Examen General; Positivo a parásitos 17.8%, positivo a bacterias 34.7%, negativo 27.3%, las medidas de manejo del paciente: recomendaciones más altas 38.6%, Hidratación oral + (URO – Plan A) 32.7%, Hidratación IV + observación (Plan B) 21.1% y referencia a Hospital (Plan C) 7.6%. Y concluyeron que: *“de acuerdo a los reportes del corredor endémico de los cuadros de diarrea se observa un aumento bastante significativo de los casos de diarrea entre los meses de enero a junio del presente año”*.

### **2.1.2. Nacionales**

INEI (2021) en su informe: “Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021 - Nacional y Departamental” El informe fue elaborado con la información recopilada en el Cuestionario del Hogar y Cuestionario Individual de la ENDES, dicha encuesta se aplicó durante los meses de enero a diciembre del 2021. El número de viviendas seleccionada fue 36 760 de las cuales 35 847 fueron entrevistadas. Resultados: la ocurrencia de diarrea en niñas y niños menores de 5 años de edad, en las dos semanas anteriores a la Encuesta, fue de 9,4%. Sin grandes diferencias entre área urbana y rural (9,0% y 10,6%, respectivamente). Según sexo, la

ocurrencia de diarreas se presentó en mayor porcentaje en niños (9,9%) que en niñas (8,9%). Según edad de las niñas y niños, los más afectados por la diarrea fueron aquellos grupos de 6 a 23 meses de edad, en tanto que, a los 24 meses o más la prevalencia va disminuyendo. Los indicadores de etnicidad mostraron mayores porcentajes de prevalencia de diarrea, en las niñas o niños de madres que se autoidentifican con los grupos negro, moreno, zambo y de origen nativo.

Meza, C., & Antonio, G. (2020) en la tesis: “Enterocolitis aguda infecciosa en pacientes hospitalizados en el servicio de pediatría del hospital regional de Huacho, año 2019”. UNJFSC. Objetivo: Describir las características clínicas y epidemiológicas. Método: observacional, retrospectivo, transversal; con un nivel de investigación descriptivo y diseño no experimental. con 102 pacientes. Resultados: mostraron de 102 pacientes, la edad más frecuente fue entre 1- 2 años con 41 pacientes (40,2%), el 51% (52/102) corresponden al sexo femenino, y el 49% (52/201) al sexo masculino, el antecedente estacional, se presenta en verano (42,2%) , estado de inmunización contra rotavirus, fue de 88,2% presento inmunización completa, donde el 36,3% (37/102) permaneció 2 días. el 75% presento diarrea sin moco, sin sangre, características de las náuseas/vómitos, obtuvo resultados que el 91% presento náuseas y vómitos, , la Fiebre, se reportó en el 71,6%, el dolor abdominal, el 15,7% si presentaron, el 40,2% presento deshidratación moderada, el 31% presento deshidratación leve, y el 29,4% no presento signos de deshidratación.

Vilca (2019), en la tesis: “Frecuencia, Clínica y Tratamiento de la Diarrea Aguda por Rotavirus en Niños Menores de 5 Años Atendidos en la Clínica San Juan de Dios 2018”. Universidad Católica de Santa María. Tuvo como objetivo establecer la frecuencia, clínica y tratamiento. Métodos: Se revisaron las historias de niños con diagnóstico de diarrea acuosa, se



compararon variables con prueba de independencia chi cuadrado. Resultados: De los 109 casos de diarrea acuosa, 47 fueron por rotavirus (43.12%). Alcanzaron un pico en el mes de septiembre formando un 60 a 70%. La edad con mayor número de casos fue entre los 12 y 17 meses (31.19%). hubo más mujeres con diarrea por rotavirus (53.19%). En pacientes con rotavirus y aquellos sin rotavirus, los vómitos fueron las manifestaciones predominantes además de la diarrea (82,98% y 79,03%). La diarrea en los casos con rotavirus fue mucosa, mientras que en el 8,08% de los casos sin rotavirus fue disintérica ( $p = 0,05$ ). La deshidratación moderada prevaleció en ambos grupos (89,36% en el grupo con rotavirus, 93,55% en el grupo sin rotavirus). En ambos grupos, el tratamiento principal fue la hidratación parenteral (91,49% en diarrea por rotavirus, 95,16% sin rotavirus). La diarrea por rotavirus duró de 1 a 3 días en 59.57% y 66.13% en las otras etiologías, y en un 40.43% la diarrea por rotavirus duró de 4 a 7 días. Conclusiones: *El rotavirus es una causa importante de diarrea acuosa y de hospitalización por deshidratación moderada en niños menores de 5 años, teniendo un perfil clínico característico.*

Guillen (2019), en la tesis: “Prevalencia y factores asociados a enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años en el Perú: subanálisis ENDES 2016”. UNFV. Tuvo como objetivo determinar la prevalencia y los factores asociados a enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años. Realizó un estudio observacional, analítico, transversal, retrospectivo de tipo análisis de datos secundarios y programa estadístico STATA v.14 para su análisis. Obtuvo como resultados que: la edad más frecuente fue de 12 a 23 meses (22%), el sexo más frecuente fue masculino (50%), el área de residencia más frecuente (26% en la zona rural), la región natural más frecuente (17% en la selva) y el servicio sanitario (38% red pública).

Concluyó que: *“la edad de 12 a 23 meses represento el principal factor de riesgo para desarrollo de enfermedad diarreica aguda en los niños menores de 5 años”*.

Silva y col (2017), en la investigación “Enteropatógenos predominantes en diarreas agudas y variables asociadas en niños atendidos en el Hospital Regional Lambayeque, Perú”. Tuvieron como objetivo determinar el tipo y frecuencia de enteropatógenos en diarreas agudas y sus características asociadas en niños. Realizaron un estudio analítico transversal entre marzo y mayo del 2015 en 70 muestras fecales, las muestras se estudiaron con coprocultivo e inmunocromatográfica. Obtuvieron como resultados: el 48,6% de muestras se detectó la etiología infecciosa de la diarrea, siendo predominante la causa parasitaria (25,8%), seguida de la bacteriana (17,1%) y viral (5,8%), y concluyeron que: *“más de la mitad de muestras (51,4%) no se demostró etiología infecciosa de la diarrea, mientras que Giardia lamblia fue la más frecuente causa de diarrea en la población estudiada”*.

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1 definición**

Es una infección del tracto gastrointestinal causada por un patógeno viral, bacteriano o parasitario que produce una inflamación que provoca 3 o más episodios de diarrea y/o vómitos acompañados de otros síntomas (p. ej., fiebre, náuseas, dolor abdominal). (Clinicakey, 2022)

### **2.2.2 Prevalencia**

La enfermedad diarreica aguda se considera una enfermedad del rezago y continúa siendo un problema de salud pública que afecta principalmente a los países subdesarrollados y a todos los grupos de edad, pero, siendo los más vulnerable los menores de 5 años. (Povea Alfonso, 2019)

Cada año en el mundo fallecen alrededor de 10,3 millones de niños menores de 5 años a causa de las diarreas agudas. Las diarreas agudas son un problema de salud grave en los países subdesarrollados de África, Asia y América Latina, donde se producen el 97,8% de todas las muertes a nivel mundial (15% de todas las causas), y de las cuales 1,54 millones están relacionados directa o indirectamente con la desnutrición (54%). (González Corona, 2017)

### **2.2.3 Rango de edad**

Los niños menores de 5 años, especialmente entre los 6 meses y los 2 años de edad, son más probables a padecer la Enfermedad Diarreica, teniendo consecuencias graves en los menores de 6 meses. Este patrón está relacionado con la disminución de anticuerpos adquiridos por la madre, la falta de inmunidad activa en el niño menor de un año, la introducción de alimentos contaminados con enteropatógenos, y el contacto directo con heces humanas o de animales cuando el niño empieza a gatear. Después de los 2 años, la incidencia de la enfermedad disminuye considerablemente ya que los niños han desarrollado inmunidad a la mayoría de los enteropatógenos. (OPS, 2017)

En cuanto a la falta de lactancia materna exclusiva, aumenta la probabilidad de diarrea 4,62 veces. La falta total de lactancia materna durante los primeros seis meses de vida incrementa la frecuencia de diarreas en hasta 10 veces, mientras que la falta de lactancia materna entre los seis y 23 meses aumenta el riesgo de sufrir diarrea en 2,18 veces en relación con los niños que son amamantados. (OPS, 2019)

#### **2.2.4 Género**

Existe un ligero predominio del sexo masculino entre los pacientes, pero esta diferencia no es significativa estadísticamente (52% y 48% respectivamente). (Zambrano, 2017)

#### **2.2.5 Lugar de procedencia**

Las enfermedades diarreicas constituyen un problema de salud pública en el mundo, especialmente en los países subdesarrollados, donde representan una importante causa de morbilidad y mortalidad en niños menores de 5 años. Esto se ve reflejado en nuestro medio, presentándose mayor número de casos en el área rural que la urbana. (MINSA, 2020)

**Población urbana:** aquel que vive en aglomeraciones cuyos hogares, en número mínimo de 100, se hallen ocupadas contiguamente. Por excepción, se considera como población urbana a aquella que habita en todas las capitales de distrito. Las aglomeraciones pueden contener uno o más centros poblados con viviendas contiguas. (CEPAL, 2018)

**Población rural:** La persona que vive en la zona del distrito que se extiende desde los límites de los centros poblados en áreas urbanas hasta el borde del distrito.

#### **2.2.6 Etiología**

En los niños la etiología de la diarrea aguda infecciosa es predominantemente viral. A pesar de la vacunación sigue siendo un agente causal frecuente. Otros virus predominantes son norovirus, enterovirus y adenovirus. Los agentes bacterianos más frecuentemente aislados son, por orden decreciente, *Escherichia coli* enteropatógena (ECEP), *Escherichia coli* enterotoxigénica (ECET), *Shigella*, *Campylobacter*, y *Yersinia*. (Arancibia A, 2019)

### **2.2.7 Tiempo de enfermedad**

Es una enfermedad principalmente infecciosa de 3 a 6 días de duración. De acuerdo a su presentación clínica y evolutiva. En las Américas los niños menores de 5 años presentan, como promedio, 3 o 4 episodios diarreicos por año, aunque en algunas áreas pasan de 9. Los menores de 2 años de edad son los que presentan elevada morbilidad y mortalidad (de 80 a 90 % de las muertes). (González Corona, 2017)

La diarrea generalmente se considera aguda si dura menos de dos semanas y crónica si dura más de dos semanas. Sin embargo, sigue existiendo una falta de consenso claro sobre el uso de definiciones de diarrea basadas en síntomas y / o duración. (Thiagarajah, 2020)

### **2.2.8 Forma clínica**

**Diarrea acuosa aguda:** en lactantes y niños menores, la diarrea acuosa aguda se debe con mayor frecuencia al rotavirus; en los niños mayores, con mayor frecuencia se debe a E. coli (ETEC). Cryptosporidium también parece ser una causa importante entre los lactantes, incluso en inmunocompetentes. Por lo general, no es necesario identificar un diagnóstico etiológico específico para brindar atención inicial, y los antibióticos son poco usados. (Thiagarajah, 2020)

**Diarrea invasiva** (con sangre) la shigelosis es la etiología más común de diarrea invasiva o con sangre entre los niños de países subdesarrollados. Es una causa importante de mortalidad y asociada con una alta incidencia de bacteriemia, convulsiones y otras complicaciones potencialmente mortales. Las cuatro especies son *Shigella dysenteriae*, *Shigella flexneri*, *Shigella boydii* y *Shigella sonnei*. *S. flexneri* es la especie predominante en los niños. (Fleisher, 2019).

### Esquema de comparación:

Síndrome	Agentes etiológicos	Características
Diarrea acuosa aguda	Rotavirus	Principal causa de gastroenteritis en niños menores de dos años.
deposiciones acuosas y mucosidad. La fiebre puede estar presente.	Escherichia coli enterotoxigénica (ETEC)	Principal causa de gastroenteritis en niños mayores y adultos.
	Vibrio cholerae O1 y O139	Asociado a endemia y epidemias. Vómitos y voluminosa en casos severos.
	Criptosporidio	Frecuente en menores de un año
	Norovirus	Inicio brusco de vómitos y diarrea con fiebre baja.
Diarrea invasiva	Shigella spp.	Principal causa de diarrea invasiva.
Sangre gruesa en las heces. frecuentemente asociado con fiebre, vómitos, dolor abdominal.	Salmonella entérica no tifoidea	Varios serotipos causan gastroenteritis.
	Campylobacter spp.	frecuentemente C. jejuni y C. coli. Puede imitar la apendicitis. Las complicaciones incluyen el síndrome de Guillain-Barré.
	Escherichia coli enteroinvasiva (EIEC)	Las EIEC están estrechamente relacionadas con Shigella y causan un síndrome esencialmente idéntico a la shigelosis.
	Escherichia coli enterohemorrágica (EHEC)	EHEC produce toxina Shiga idéntica a la producida por S. dysenteriae serotipo I, asociada al síndrome urémico hemolítico.
	Entamoeba histolytica	E. histolytica es un organismo protozoario.
	Tipos de adenovirus 40/41	También causa diarrea acuosa.

Fuente: UPTODATE, 2022

## **. 2.2.4 Presentación clínica**

### **2.2.4.1 Anamnesis**

Interrogar por: duración de la diarrea, frecuencia y características de las deposiciones, presencia de mucosidades y/o sangre, presencia e intensidad de vómitos, fiebre, irritabilidad, decaimiento, sed, capacidad o no de recibir alimentos y líquidos, tipo y volumen de los alimentos recibidos, diuresis. (Fleisher, 2019).

La diarrea por virus usualmente presenta con frecuencia vómitos más o menos intensos que preceden a la diarrea. La diarrea es generalmente líquida, sin sangre ni pus. La intensidad puede variar de leve a severa. La duración de la diarrea puede ser breve (enterovirus) o prolongada (norovirus, adenovirus). En las infecciones virales la fiebre tiende a ser menor que en las infecciones por bacterias enteropatógenas o invasoras. (Arévalo Barea, Arévalo Salazar, & Villarroel Subieta, 2019)

El cuadro clínico, unido a datos epidemiológicos puede guiar el diagnóstico etiológico. (Fleisher, 2019).

### **2.2.4. Signos y síntomas**

La presentación típica de la infección por rotavirus es: vómitos, seguido de diarrea, mucosa severa con restos de leche (más de 8 evacuaciones al día) pudiendo o no cursar con fiebre (37.8°C-39°C) siendo esta una enfermedad autolimitada con una duración promedio de 5 días. (Reyes Gómez, Reyes Hernández, Santos Calderón, & Luévanos Velázquez, 2018)

La gran mortalidad se asocia a la severa deshidratación que provoca la infección por lo que el pilar principal es rehidratar. (Reyes Gómez, et al. 2018)

### **2.2.3.2 Examen físico**

El examen físico permite examinar el estado general del niño, su estado de conciencia, el grado de deshidratación y la presencia de distensión abdominal, disminución de ruidos intestinales, edema, fiebre. El cambio agudo de peso del paciente es uno de los mejores indicadores del grado de deshidratación. (Arancibia A, 2019)

Piel: presencia de erupciones abdominales (infección con *Salmonella typhi*), mientras que la ictericia puede hacer que la hepatitis viral o tóxica sea más probable; el retorno lento del pliegue abdominal sugiere una disminución de la turgencia de la piel y deshidratación, mientras que una sensación de masa en la piel puede indicar hipernatremia.

Presencia o ausencia de lágrimas, membranas mucosas secas o húmedas, ojos hundidos, relleno capilar disminuido (> 2 segundos). (Arancibia A, 2019)

Cardiovascular: Frecuencia cardíaca y calidad de los pulsos.

Respiratorio: frecuencia y calidad de las respiraciones (la respiración profunda y acidótica sugiere deshidratación grave). (Arévalo Barea, Arévalo Salazar, & Villarroel Subieta, 2019)

Abdomen: sensibilidad abdominal, rebote, y ruidos intestinales. La sensibilidad abdominal en el examen, con o sin protección, debe incitar a considerar otras enfermedades además de la diarrea (gastroenteritis). Abdomen posterior: la sensibilidad del ángulo del flanco/costovertebral indica la posibilidad de pielonefritis.

Rectal: calidad y color de las heces, presencia de sangre gruesa o mucosa, mucosa rectal.

Extremidades: tiempo de llenado capilar, extremidades cálidas o frías. (Arévalo Barea, Arévalo Salazar, & Villarroel Subieta, 2019)



## CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE LOS AGENTES MÁS FRECUENTES

---

### CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE LOS AGENTES MÁS FRECUENTES DE GASTROENTERITIS AGUDA (GEA)

---

ETIOLOGÍA	EPIDEMIOLOGÍA	PRESENTACIÓN CLÍNICA
VIRUS: ROTAVIRUS	Causa más frecuente de GEA severa en niños < 5 años. Responsable de 20-40% de las hospitalizaciones.	Inocula 1-3 días, se presenta con fiebre, vómitos y diarrea acuosa frecuentemente dura 3-7 días
NOROVIRUS	Causa más frecuente de brotes de GEA. Se asocia a 10-30% de GEA que requieren hospitalizaciones.	Inocula 12-48 horas. Se presenta con vómitos y diarrea que habitualmente dura 2-5 días, ocasionalmente fiebre.
BACTERIAS: <i>Shigella spp</i>	Causa más frecuente de disentería en niños <5 años de países subdesarrollados.	Inocula 2-48 horas. Fiebre alta, anorexia, dolor abdominal y diarrea (acuosa y disentería). Ocasionalmente puede asociarse a encefalopatía y convulsiones
<i>Salmonella spp</i>	Zoonosis. Causa frecuente de brotes de GEA asociada a alimentos.	Inocula 6-72 horas, luego comienzo agudo. Fiebre, dolor abdominal y diarrea.
<i>Escherichia coli diarrogenica</i>	En conjunto representan 15-30% de las GEA que requieren hospitalización.	Se asocia a diarrea acuosa que puede llegar a ser severa y se asocia a vómitos.
PARÁSITOS: <i>Cryptosporidi um parvum</i>	Zoonosis transitoria por consumo de agua y alimentos contaminados. 3-20% de diarreas agudas en <5 años de países en desarrollo. Pacientes inmunocomprometidos	Inocula 3-12 días luego del inicio agudo de diarrea acuosa o puede ser profusa, fiebre, vómitos y dolor abdominal. Duración habitual de la diarrea 7-10 días, puede prolongarse hasta un mes. Diarrea crónica en inmunocomprometidos

---

Fuente: Manzano, R. A. C. 2018

### 2.2.4.2 Grado de deshidratación

Hallazgos físicos de depleción de volumen en lactantes y niños. (Freedman, 2020)

<b>Hallazgo</b>	<b>Leve (3 a 5%)</b>	<b>Moderado (6 a 9%)</b>	<b>Grave (≥10%)</b>
Legumbres	Tasa normal completa	Rápido	Rápido y débil o ausente
Presión sistólica	Normal	Normal a bajo	Bajo
Respiraciones	Normal	Profundo, la tasa puede aumentar	Taquipnea profunda o disminuida a ausente
Mucosa bucal	Pegajoso o ligeramente seco	Seco	Tostado
Fontanela anterior	Normal	Hundido	Marcadamente hundido
Ojos	Normal	Hundido	Marcadamente hundido
Turgencia de la piel	Normal	Reducido	Carpa
Piel	Normal	Frio	Acrocianosis fría, moteada
Producción de orina	Normal o levemente reducido	Notablemente reducido	Anuria
Signos sistémicos	Aumento de la sed	Apatía, irritabilidad	Gruñidos, letargo, coma

Fuente: tomado de Freedman, 2020

### **2.2.9 Terapéutica**

Los objetivos del tratamiento de la diarrea son:

- Prevención y tratamiento de la deshidratación.
- Prevenir el daño nutricional mediante la alimentación del paciente durante y después.
- Reducir la duración y gravedad de la diarrea y la aparición de episodios futuros.

#### **Prevención o Tratamiento de la deshidratación**

La introducción de las sales de rehidratación oral (SRO) en el tratamiento de la enfermedad diarreica aguda (EDA) produjo una notable disminución de la mortalidad, así como la demanda de hospitalización por esta causa.

La utilización de antimicrobianos en la enfermedad diarreica, solamente está indicado en casos de una infección por *Shigella*, *Vibrión cholerae*, y en casos excepcionales de salmonelosis, por lo que se hace necesario evaluar la resistencia antimicrobiana de estos microorganismos para poder establecer pautas de tratamiento en cada región. (Povea Alfonso & Hevia Bernal, 2019)

El plan de tratamiento estará en función de a la evaluación de la deshidratación y se clasifica en

- Plan A: para prevenir la deshidratación
- Plan B: para tratar la deshidratación
- Plan C: para tratar la deshidratación grave con o sin shock

#### **Diarrea acuosa aguda**

Fluidos y electrolitos: el manejo de fluidos consta de dos fases: reemplazo y mantenimiento. El objetivo de la terapia de reemplazo es reponer los déficits de agua y electrolitos perdidos. La

fase de reemplazo se continúa hasta que no se presenten todos los signos y síntomas de diarrea y el paciente haya orinado; idealmente esto se logra durante las primeras cuatro horas de terapia. La terapia de mantenimiento contrarresta las pérdidas continuas de agua y electrolitos; esta fase continúa hasta que se resuelven todos los síntomas. (Harris & Pietroni, 2019)

La terapia de rehidratación oral (TRO) como tratamiento inicial para la mayoría de los pacientes con hipovolemia leve a moderada por gastroenteritis. La TRO es tan efectiva como la hidratación intravenosa (IV) para tratar la hipovolemia en pacientes con gastroenteritis, pero es menos invasiva, costosa y más fácil de administrar. (Thiagarajah, 2020)

Recomiendan las SRO estándar preparada comercialmente o una disponible de la OMS, que tenga concentraciones equimolares de glucosa y sodio y una osmolalidad entre 200 y 310 mOsm / L, para la TRO en niños con signos clínicos de deshidratación. Sin embargo, para los niños con gastroenteritis leve y sin signos clínicos de deshidratación, el jugo de manzana a la mitad es una opción considerable para la TRO. (Freedman, 2020)

En la fase de Mantenimiento: durante la fase de mantenimiento, se administran calorías y líquidos para reemplazar las pérdidas en curso. La realimentación rápida tiene como objetivo de que el paciente vuelva a una dieta sin restricciones apropiada para su edad. (Fleisher, 2019)

### **Pacientes pediátricos con diarrea sin deshidratación, plan A**

El tratamiento de un paciente con diarrea y sin signos de deshidratación, se puede realizar en casa a través de las siguientes 5 reglas (nemotecnia ACREZ) que deberán ser explicadas a los familiares y/o cuidadores de la niña o el niño:

- a. Aumente la ingesta de líquidos apropiados en mayor cantidad de lo habitual.

- b. Continuar con la alimentación frecuente, (adecuada en frecuencia, cantidad y consistencia, según la edad del paciente) sobre todo con lactancia materna.
- c. Reconocer los signos de deshidratación y alarma y cuando regresar de inmediato al establecimiento de salud.
- d. Enseñar a evitar futuros episodios de diarrea.
- e. Zinc: Administrar suplementos según indicaciones (Jarabe de Sulfato de Zn: 20 mg de Zn elemental durante 10 días; 2 cucharaditas de 5ml de jarabe = 20mg)

Si el paciente presenta alto riesgo de deshidratación, el tratamiento debe suministrarse en el establecimiento de salud mediante TRO siguiendo de igual forma las cinco reglas del Plan A. en este grupo se considerará a los que presenten los siguientes criterios:

- 3 o más vómitos por hora o más de 5 vómitos en 4 horas.
- 10 deposiciones en 24 horas o > de 4 deposiciones en 4 horas.
- Paciente que estuvo en plan B o C.
- Difícil acceso geográfico.
- Sospecha de cólera en la zona.

En este grupo de paciente se debe considerar la observación por un periodo de tiempo no mayor de 2 horas, con indicación de SRO a libre demanda y cumplir con la capacitación del Plan A. (INSN SB, 2022)

### **Pacientes pediátricos con diarrea con deshidratación leve – moderada, plan B**

Los pacientes que presentan algún grado de deshidratación deben recibir terapia de rehidratación con solución de SRO siguiendo el plan B. El tratamiento dura 4 horas y debe ser

proporcionado por un personal de salud capacitado el cual debe llevar una hoja de registro de balance hídrico estricto.

### Composición (mEq/L) de soluciones comunes utilizadas para la rehidratación

Ruta	Solución	Na+	K+	cl-	HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>	Citrato	Ca <sup>++</sup>	Glucosa/ carbohidrato
EV	Solución salina normal	154	-	154	-	-	-	-
	Lactato de Ringer	130	4	111	28	-	3	-
	Lactato de Ringer + 5 por ciento de dextrosa	130	4	109	28	-	3	278
	Solución salina para el cólera ("solución de Dhaka")	133	13	98	48	-	-	140
Oral	SRO estándar	90	20	80	-	10	-	111
	OMS 1975							
	SRO hipoosmolar	75	20	65	-	10	-	75
	OMS 2002							
	ReSoMal* (SRO de osmolaridad reducida para niños desnutridos)	45	40	76	-	7	-	125

Dar solución de SRO por boca a libre demanda: Utilizar la solución de SRO de osmolaridad reducida. Como mínimo administrar 50 – 100 ml/Kg de peso en 3 a 4 horas. El paciente debe ser reevaluado constantemente como máximo las siguientes dos horas.

#### Tomar en consideración lo siguiente:

- Al niño se le debe ofrecer más solución de SRO que lo señalado, si es que lo acepta.

- Mostrar al familiar como preparar y dar la solución de SRO. Dar una cucharita cada 1 a 2 minutos a pacientes menores de 2 años, y por sorbos a los mayores de 2 años.
- No usar biberones. Para los recién nacidos se usará cuentagotas o una jeringa (sin la aguja) para poner pequeñas cantidades de solución directamente en la boca.
- Si el paciente es lactante, no suspender la leche materna entre las administraciones de solución de SRO.
- No dar alimentos mientras se logra hidratación inicial con el plan B, los pacientes que superan las 4 horas de tratamiento, deberán recibir algún tipo de alimento según su tolerancia.

**Monitorizar continuamente la respuesta al tratamiento durante la rehidratación:**

- Ayude al familiar en la administración de la solución de SRO manteniendo al paciente en posición sentado.
- Si el paciente vomita, esperar 10 minutos. Luego continuar con más lentitud, por ejemplo 1 cucharadita, cada 2 a 3 minutos.
- Si está con alimentación complementaria, reiniciaría una vez el paciente este hidratado.
- Vigilar el progreso del paciente frecuentemente y evaluar cambios en su estado cada 2 horas como máximo, hasta que hayan desaparecido todos los signos de deshidratación.
- Cuando la madre haya aprendido a administrar la solución de SRO y el paciente este bebiendo y este hidratado, dar instrucciones para continuar el tratamiento en el hogar, siguiendo el Plan A. (INSN SB, 2022)

## **Pacientes pediátricos con diarrea y deshidratación grave, plan C**

El manejo es institucional, por pediatra o médico general con apoyo de enfermera debidamente capacitados. El paciente debe ser internado u hospitalizado. Los pacientes con deshidratación grave tienen un alto riesgo de muerte en pocas horas, por ello es necesario el tratamiento inmediato. (INSN SB, 2022)

### **Soluciones para el tratamiento endovenoso:**

Para el inicio del tratamiento de la deshidratación grave con shock los bolos que se aplican deben ser de: Solución de Cloruro de Sodio (solución salina) al 0.9% o de Lactato de Ringer.

Luego de controlar la fase de shock, el manejo de la deshidratación grave se continuará con: Solución polielectrolítica estándar (SPE), o de Lactato de Ringer, en los lugares donde no haya SPE se considerará utilizar la preparación de una solución compuesta de: Solución de Cloruro de Sodio al 0.9% (500cc) + Dextrosa 5% en agua destilada (500cc) + Cloruro de Potasio (20meq/L).

#### **1. Manejo de deshidratación grave con shock**

El primer paso es conseguir el acceso endovenoso inmediato (3 intentos), si no es posible considerar el acceso intraóseo o de vía central. El tratamiento fundamental del manejo del shock es iniciar con un bolo de solución al 0.9% a una dosis de 20 ml/kg vía endovenosa en 10 a 15 minuto, evaluar constantemente al paciente, en caso de permanecer en shock repetir el bolo. Si después del bolo hay mejora en el sensorio, pulso radial fuerte y perfusión tisular (llenado capilar



< 2 segundos.), se considera que el paciente salió del shock, luego se debe continuar con el manejo de deshidratación grave sin shock. (INSN SB, 2022)

## 2. Manejo de la deshidratación grave sin shock

Si el paciente ha salido de la etapa de shock o está con deshidratación grave (sin requerir reanimación) se continúa o inicia el manejo con SPE según dosis indicada en la siguiente tabla. Si no se dispone de esta solución se puede usar solución salina (cloruro de sodio 0,9%), lactato de Ringer. Mientras se coloca la vía endovenosa (EV), si hay demora o dificultad, intentar administrar solución de SRO. Se sugiere el uso de la sonda nasogástrica para evitar la aspiración o si es necesario se le puede administrar con una jeringa o gotero. Importante evaluar la condición de cada paciente para tomar la decisión adecuada. (INSN SB, 2022)

Para el tratamiento endovenoso administrar 100 ml/ kg de la SPE o las otras soluciones ya mencionadas previamente, repartidos de la siguiente manera:

### Esquema de administración del tratamiento EV con deshidratación grave sin shock

<b>Edad</b>	<b>Primero administrar 30 ml/kg en:</b>	<b>Luego administrar 70 ml/kg en:</b>
Lactantes (menos de 12 meses)	1 hora	5 horas
Pacientes de más de 12 meses	30 minutos	2 ½ horas

Fuente: Manual Clínico – Tratamiento de la Diarrea OPS/OMS 2017.

Es necesaria la evaluación clínica y balance hidroelectrolítico de forma constante, se debe realizar por lo menos cada hora para ver si la hidratación está mejorando. Si no mejora, aumentar la velocidad de infusión (venoclisis más rápida).

Cuando el paciente pueda beber (usualmente en la segunda hora de la rehidratación (al salir del shock), se debe administrar SRO, 5 a 10 ml/kg/h, mientras continúan los líquidos intravenosos. Es importante continuar con leche materna o apenas el paciente.

Al completar la terapia endovenosa (en menores de 12 meses, aproximadamente en 6 horas y en mayores de 12 meses, aproximadamente en 3 horas), evalúe el estado del paciente según el cuadro anterior, para seleccionar plan A, B, o continuar con el plan C. (INSN SB, 2022)

Si en algún momento el paciente vuelve a presentar signos de shock se repite el plan C.

### **3. Fase de mantenimiento:**

Esta fase se inicia cuando el paciente está hidratado, durante esta fase debe empezar a recibir alimentos y suficiente SRO para reemplazar las pérdidas continuas de agua y electrolitos causados por la diarrea. En general debe tomar la cantidad que desee beber de SRO, sobre todo luego de cada deposición. La ingesta de SRO se intercala con la ingesta de los alimentos adecuados de consumo habitual. (INSN SB - 2022)

### **Antimicrobiano:**

La terapia antimicrobiana solo es necesaria en casos específicos. La mejora de la nutrición, el saneamiento y, más recientemente, la vacunación ha llevado a una reducción drástica de las muertes por diarrea en las últimas décadas. (Fitzwater, Shet y Santosham, 2018)

El manejo y la terapia de la diarrea infecciosa aguda es principalmente una terapia de apoyo de reposición de líquidos y reanudación de una dieta apropiada para la edad. No se recomienda el uso rutinario de terapias farmacológicas, como antibióticos y agentes antidiarreicos, porque la

enfermedad suele ser autolimitada y su uso puede provocar situaciones adversas no deseadas y potencialmente dañino. (Okubo, Miyairi, Michihata y Morisaki 2019)

### **Probióticos:**

Se han estudiado varios tratamientos para reducir la duración de la diarrea. Solo los simbióticos y el zinc han demostrado ser efectivos y seguros con alta certeza en la evidencia. El único antiemético eficaz y seguro para controlar los vómitos es el ondansetrón. (Florez & Beltrán-Arroyave, 2020)

Los probióticos probablemente logran poca o ninguna diferencia en el número de personas que tienen diarrea que dura 48 horas o más, y no se sabe si los probióticos reducen la duración de la diarrea. (Collinson, S., Deans, A., et al. 2020).

### **2.3. Bases filosóficas.**

El presente estudio se enmarca en la corriente filosófica del Positivismo de Augusto Comte, quien asegura que el conocimiento solo tiene validez si puede ser comprobado a través del método científico. El positivismo busca comprender, regular y anticipar la realidad al describirla como algo dado y la relación entre sujeto y objeto como independiente, neutral y sin valores. Su principal objetivo es hacer generalizaciones utilizando métodos deductivos y cuantitativos centrados en las similitudes. Por último, su explicación se enfoca en la causalidad, considerando las causas reales que preceden y ocurren simultáneamente, sin permitir que los valores influyan en los resultados. Guamán, Hernández, & Lloay (2020).

La investigación clínica es la piedra angular para el desarrollo de la Medicina, y, en el ámbito de la Pediatría, supone un reto adicional debido a las peculiaridades que diferencian a los niños

de los adultos. A pesar del enorme impacto de la salud infantil en el resto de la vida, nuestra sociedad aún no está suficientemente concienciada sobre la importancia de la investigación pediátrica, que, en general, se encuentra también muy alejada del día a día. (Calvo, et al. 2018).

La investigación en Pediatría es esencial para el bienestar de la población infantil y de su futuro como adultos. Su importancia está fuera de toda duda y debemos abogar por una investigación ética y legalmente intachable que proporcione conocimientos y evidencia científica de calidad. (Solís Sánchez, G. 2019)

Los niños son una población especialmente vulnerable y por ello el pediatra investigador debe conocer las normas que rigen la investigación en seres humanos, y las connotaciones especiales de la investigación en Pediatría.

En toda actividad investigadora que implique a los menores de edad, es imprescindible coincidir la necesidad de investigar con la de proteger el bienestar de nuestros pacientes y, respetando de forma exquisita los Derechos del Niño, garantizar su protección individual, ya que se trata de una población legalmente incapacitada para consentir, con limitaciones de comprensión y decisión, y dependiente de los adultos para su protección. (Calvo, C., Sainz, T. et al. 2018).

La diarrea aparece cuando el volumen de agua y electrolitos presente en la luz intestinal supera la capacidad de absorción del colon, con la consecuente eliminación aumentada por las heces. Esto ocurre fundamentalmente por dos motivos: por un aumento de la secreción y/o una disminución de la absorción.

Los patógenos originan daño en la mucosa intestinal bien directamente, con invasión de la mucosa (diarreas invasivas) o a través de toxinas. De cualquiera de las dos formas, se produce un daño físico y funcional en los mecanismos de absorción de agua y electrolitos de la mucosa intestinal, una estimulación de la secreción de los mismos y un daño en las hidrolasas presentes en la mucosa, con la posible malabsorción de lactosa y otros nutrientes, lo que favorece la deshidratación y la desnutrición. (De La Flor I Brú 2019)

Conforme a lo anterior, este trabajo pretende ser útil para la comunidad, identificando las características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de la diarrea aguda infecciosa, ampliando así la información ya existente de este trastorno para facilitar su comprensión y sentar base a investigaciones futuras.

## **2.3. Definiciones conceptuales**

### **2.3.1. Diarrea:**

Presencia de deposiciones líquidas en número de 3 a más veces en 24 horas desde el punto de vista operativo. (MINSA, 2020)

### **2.3.2 Diarrea aguda:**

En la Guía Clínica de la Sociedad Europea de Gastroenterología Pediátrica se define a la diarrea como la disminución en la consistencia de las deposiciones (semilíquido o líquido) y/o incremento en la frecuencia de las deposiciones ( $\geq 3$  deposiciones en 24hrs), con o sin fiebre o vómitos. Por lo general la diarrea aguda dura  $< 7$  días y no más de 14 días. (UNICEF, 2019)

### **2.3.3. Diarrea aguda infecciosa.**

**Diarrea Aguda Infecciosa (DAI)** se define como una disminución de la consistencia de las heces (blandas o líquidas) y/o un aumento en la frecuencia de las evacuaciones, con o sin fiebre o vómitos. La diarrea aguda suele durar menos de 7 días y no más de 14 días. (Gonzales S., C., - 2021)

### **2.3.4 Características epidemiológicas.**

Son elementos o características que presentan las enfermedades y que siempre se repiten para cada una de ellas, pudiendo decirse que enfermedades presentan mayor selectividad o afinidad para ciertos grupos de población. (Villa, Moreno, & García, 2021)

### **2.3.5 Prevalencia.**

Medida del número total de personas en un grupo específico que tienen (o tuvieron) cierta enfermedad, afección o factor de riesgo (como el tabaquismo o la obesidad) en un momento específico o durante un período determinado. (NIH, 2021)

### **2.3.6 Rango de edad.**

Es el intervalo de años en el que se encuentra la edad (Premiere Actors, 2018).

### **2.3.7 Género.**

Conjunto de seres que tienen uno o más caracteres comunes (Real Academia Española, 2019).

### **2.3.8 Procedencia.**

Demarcación territorial de donde se radica o nace (Real Academia Española, 2022).

### **2.3.9 Etiología**

Estudio o búsqueda del origen de una enfermedad, con el fin de encontrar un diagnóstico y tratamiento adecuado para la misma. (OMS 2020)

### **2.3.10 Características clínicas.**

Conjunto de signos y síntomas que presenta el paciente ante un evento patológico. (Jauregui Milla, 2019)

### **2.3.11 Tiempo de enfermedad**

Tiempo que transcurre desde la fecha del diagnóstico o el comienzo del tratamiento de una enfermedad hasta finalizar los signos y síntomas o establecer su cronicidad. (González Corona, 2017)

### **2.3.12 Forma clínica**

Consisten en la conformación de diferentes agrupaciones de manifestaciones clínicas con individualidad propia que expresan una enfermedad; estas formas clínicas se distinguen entre sí por la predominancia en los pacientes de alguna manifestación clínica (o grupo de manifestaciones) dentro del contexto clínico. (Corona, 2021)

### **2.3.13 Síntoma.**

Manifestación subjetiva que expresa una enfermedad. (Argente, HA 2021)

### **2.3.14 Signos**

Manifestaciones objetivas, que al examinar a un enfermo y que son investigadas básicamente mediante las maniobras de inspección, palpación, percusión y auscultación. (Argente, HA 2021)

### **2.3.15 Grado de deshidratación:**

Cuadro clínico caracterizado por un balance negativo de agua y de solutos en el organismo.

(Molina Cabañero, 2019)

### **2.3.16 Características terapéutica:**

Parte de la medicina que se ocupa de los medios empleados en el tratamiento de las enfermedades y de la forma de aplicarlos. (Harris & Pietroni, 2019)

### **2.3.17 Fluidos y electrolitos:**

El manejo de fluidos consta de dos fases: reemplazo y mantenimiento. El objetivo de la terapia de reemplazo es reponer los déficits de agua y electrolitos perdidos. (Harris & Pietroni, 2019)

## **2.4. Formulación de Hipótesis**

### **2.4.1. Hipótesis general**

Existen características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022.

### **1.3.2 Hipótesis específico**

1. La prevalencia es alta en la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022.
2. El rango de edad menor de 5 años de edad es el más afectado en la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022.
3. El género masculino es el más afectado en la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022.



4. El área rural es el lugar de procedencia más afectado en la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022.
5. La etiología viral es la más frecuente en la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022.
6. Las 2/3 parte de los pacientes pediátricos con DAI cuenta con vacunas completas en el Hospital Regional Huacho 2022.
7. La estación verano del años es la más frecuente de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022.
8. El tiempo de enfermedad es de 1 semana en la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022.
9. El Tiempo de estancia hospitalaria más frecuente es de 2 días en la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022.
10. La forma clínica acuosa es la más frecuente en la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022.
11. El dolor abdominal, vómitos, diarrea y fiebre son los signos y síntomas más frecuentes en la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022.
12. El grado leve de deshidratación es la más frecuente en la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del hospital regional huacho 2022.
13. Los tipos de terapéutica son antibióticos y sales de rehidratación oral en la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022.

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

### **3.1 Diseño Metodológico**

#### **3.1.1. Tipo.**

La investigación según su finalidad fue básica, pura o teórica porque fue orientada a crear un cuerpo de conocimientos teóricos de forma sistemática y metódica sobre las características clínicas y epidemiológicas de la convulsión febril con el único objetivo ampliar el conocimiento y resolver un problema de salud pública en un tiempo mediano (Sampieri, Collado y Lucio, 2018); fue de tipo observacional porque no se ha intervenido en la evolución natural de los eventos, limitándose solo a observar. (Blanco SE 2020); Según el tiempo de ocurrencia fue retrospectivo, porque los hechos estudiados y los datos sobre las características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de la diarrea aguda infecciosa se obtendrán de las historias clínicas del año 2022. (Sampieri, Collado y Lucio, 2018); Según el período y secuencia fue de corte transversal ya que se analizaron los datos recopilados en un grupo de sujetos en un momento y lugar de un período de tiempo. (Blanco SE 2020)

#### **3.1.2. Nivel de investigación.**

La presente investigación fue descriptiva ya que describió y registro lo observado, como el comportamiento de las variables características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de la diarrea aguda en un grupo de pacientes pediátricos y un periodo de tiempo. (Sampieri, 2021).

#### **3.1.3. Diseño.**

El diseño fue no experimental, dado que la investigación se realizó sin manipular deliberadamente las variables características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de la

diarrea aguda infecciosa y solo se observarán los fenómenos para registrarlos y analizarlos (Hernández, Fernández, & Baptista, 2018).

#### **3.1.4. Enfoque.**

Tuvo un enfoque cuantitativo debido que seguirá una secuencia, partiendo de una idea, se planteará preguntas, se revisará la literatura formando un marco teórico y se midió las variables características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de la diarrea aguda infecciosa mediante métodos estadísticos, se interpretarán los resultados para su posterior discusión (Sampieri, 2021).

### **3.2. Población y muestra**

#### **Población:**

La población objetivo, estuvo constituida por pacientes entre 1 mes y 13 años 11 meses 29 días de ambos sexos, con diagnóstico de diarrea aguda infecciosa en el área de hospitalización pediátrica del Hospital Regional de Huacho durante el periodo comprendido entre el 01 de enero del 2022 al 31 de diciembre del 2022, constituyendo un total de 180 pacientes Hospitalizados, según el departamento de Estadística.

#### **Muestra:**

Se trabajará con el 100 % de la población.

#### **3.2.1 Criterios de inclusión y exclusión**

##### **Criterios de inclusión:**

1. Pacientes pediátricos diagnosticados de diarrea aguda infecciosa Hospitalizados en el Hospital Regional de Huacho, 2022.

2. Pacientes con edad: 1 mes y menores de 14 años.
3. Pacientes derivados de los puestos y centros de salud, que fueron hospitalizados en el Hospital Regional de Huacho con diagnóstico de diarrea aguda infecciosa, 2022.
4. Pacientes con historias clínicas completas.
5. Pacientes con diagnóstico de otras comorbilidades gastrointestinales

**Criterios de exclusión:**

1. Pacientes menores de 1 mes.
2. Pacientes mayores de 14 años.
3. Pacientes con historia clínica incompleta, Cuyos datos de variable de estudio no se encuentran consignados.
4. Pacientes que se niegan a participar voluntariamente en la investigación.

### 3.3. Operacionalización de las variables e indicadores

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable.	Escala de medición	Indicadores	
Características epidemiológicas	Prevalencia de DAI	Proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado. Por tanto, podemos distinguir dos tipos de prevalencia: puntual y de periodo (Pérez & Merino, 2013)	Número de pacientes diagnosticados con DAI con respecto al total de pacientes atendidos en el servicio de pediatría durante el periodo de estudio.	Cuantitativa continua	Intervalo	Internacional: 5% Nacional: 15.5% Local: 10 - 15%
	Rango de Edad	Es el intervalo de años en el que se encuentra la edad (Premiere Actors, 2018).	Intervalo de edad en la cual se encuentra los pacientes pediátricos con DAI, el cual se obtendrán de las historias clínicas	Cuantitativa discreta	Intervalo. dicotómica	0 -5 años 5 - 12 años.
	Género	Conjunto de seres que tienen uno o más caracteres comunes (Real Academia Española, 2019).	Caracteres sexuales secundarios de los pacientes pediátricos con DAI, el cual se obtendrán de las historias clínicas	Cualitativa	Nominal Dicotómica.	Femenino. Masculino.
	Procedencia	Sitio geográfico donde queda ubicado el domicilio de la paciente. Tomando como referencia el dato plasmado en el Documento Nacional de Identidad (DNI).	Sitio geográfico procedente del paciente con DAI, el cual se obtendrán de las historias clínicas	Cualitativo	Nominal Dicotómica.	Rural. Urbano
	Etiología	Estudio o búsqueda del origen de una enfermedad, con el fin de encontrar un diagnóstico y tratamiento adecuado para la misma. (Afazani & Beltramino, 2016)	origen de la enfermedad de los pacientes con DAI, el cual se obtendrá de la historia clínica	Cualitativo	Nominal politómica.	Viral Bacteriano Parasitario
	Estado vacunal contra rotavirus		Estado de vacunación contra rotavirus de acuerdo al esquema nacional de vacunación - MINSA, el cual se obtendrá de la historia clínica	cualitativa	Nominal dicotómica	No Si
	Estación del año		Mes del año en el que se registró episodio de DAI, el cual se obtendrá de la historia clínica	Cualitativo	Nominal politómica	Otoño Invierno Primavera Verano

Características clínicas	Tiempo de enfermedad	Tiempo que transcurre desde la fecha del diagnóstico o el comienzo del tratamiento de una enfermedad hasta finalizar los signos y síntomas o establecer su cronicidad. (González Corona, 2017)	Tiempo que transcurrió con la DAI, el cual se obtendrá de la historia clínica	Cualitativo discreta	Intervalo politómica.	0 -7 días 7 -14 días >14 días
	Tiempo de estancia hospitalaria		Tiempo que transcurrió en el área de hospitalización del HRH con la DAI, el cual se obtendrá de la historia clínica	Cualitativo discreta		1 2 3
	Forma clínica	Considera la forma de comienzo, tiempo de evolución y el tipo de deposición. (Afazani & Beltramino, 2016)	forma de comienzo y evolución de la DAI, el cual se obtendrá de la historia clínica	Cualitativo	Nominal Dicotómica	Diarrea acuosa Diarrea invasiva
	Síntoma.	Manifestación subjetiva que expresa una enfermedad. (Argente, HA 2021)	Manifestación subjetiva de los pacientes pediátricos con DAI que se obtendrán de las historias clínicas	Cualitativo	Nominal politómica.	Dolor Vómitos Diarrea
	Signos	Manifestaciones objetivas, que se reconocen al examinar a un enfermo y que son investigadas básicamente mediante las maniobras de inspección, palpación, percusión y auscultación. (Argente, HA 2021)	Manifestaciones objetivas de los pacientes pediátricos con DAI que se obtendrán de las historias clínicas.	Cualitativo	Nominal.	Fiebre
	Grado de deshidratación	Cuadro clínico caracterizado por un balance negativo de agua y de solutos en el organismo. (Molina Cabañero, 2019)	Grado de deshidratación de los pacientes pediátricos con DAI que se obtendrán de las historias clínicas	Cualitativo	Ordinal politómica.	Leve Moderado Grave
	Características terapéuticas:	Parte de la medicina que se ocupa de los medios empleados en el tratamiento de las enfermedades y de la forma de aplicarlos. (Harris & Pietroni, 2019)	Tipo de tratamiento que recibió el paciente con DAI que se obtendrán de las historias clínicas	Cualitativo	Nominal Dicotómica	Plan A Plan B Plan C Antimicrobianos

### **3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

#### **3.4.1. Técnicas a emplear.**

La técnica que se realizó fue la observación documental y la recopilación de datos de las historias clínicas, que se identificaron previamente en el archivo del hospital y el instrumento fue la ficha de recolección de datos (Anexo 4).

#### **3.4.2. Descripción de los instrumentos.**

El instrumento que se utilizó en el presente estudio fue la ficha de recolección de datos (anexo 4) obteniendo de las historias clínicas, plasmando la información necesaria para el estudio como: edad, género, lugar de procedencia, etiología, tiempo de enfermedad, forma clínica, signos, síntomas y terapéutica.

### **3.5. Técnicas para el procesamiento de la información**

Con los datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados con DAI (diarrea aguda infecciosa) se elaboró una base de datos, transfiriendo dicha información a los programas Software Excel 2022 donde las diferentes variables fueron tabuladas, resumidas y representadas en cuadros de distribución de frecuencia, siendo sometidas al análisis estadístico y SPSS Versión 25 donde se realizó el análisis y construirán las tablas y gráficos de cada uno de las variables implicadas en problema de investigación, Al finalizar el análisis se obtuvo información que nos permitió presentarlo en gráficos y tablas para su interpretación y discusión.

## CAPÍTULO IV: RESULTADOS

### RESULTADOS

#### 4.1. Análisis de resultados

**TABLA 1**

***PREVALENCIA DE LA DIARREA AGUDA INFECCIOSA EN PACIENTES  
PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL REGIONAL HUACHO 2022***

<i>PACIENTES PEDIÁTRICOS</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Sin diarrea aguda infecciosa.	747	80.58
Con diarrea aguda infecciosa.	180	19.42
Total	927	100.0

*Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes pediátricos con diarrea aguda infecciosa del hospital regional-Huacho 2022.*

El total de pacientes hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Regional de Huacho durante el año 2022, fue de 927 pacientes, de los cuales 180 presentaron diarrea aguda infecciosa. De todos los pacientes pediátricos hospitalizados por cualquier patología, las diarreas representaron un 19.42%. La prevalencia de las enfermedades diarreicas agudas fue de un 19.42%



**TABLA 2**

***RANGO DE EDAD EN LA DIARREA AGUDA INFECCIOSA EN PACIENTES  
PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL REGIONAL HUACHO 2022***

<b><i>RANGO DE EDAD</i></b>	<b><i>N</i></b>	<b><i>%</i></b>
Menor de 1 año	46	25,6
De 1 a 2 años	65	36,1
De 2 a 5 años	42	23,3
Mayor de 5 años	27	15,0
Total	180	100,0

*Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes  
pediátricos con diarrea aguda infecciosa del hospital regional-Huacho 2022.*

Referente a la edad del paciente pediátrico hospitalizado con diarrea aguda infecciosa de las 180 pacientes, se evidenció que la mayor frecuencia correspondió a las edades entre 1 a 2 años con 36,1% (65/180), seguido de los menores de 1 año con 25,6% (46/180), seguido de los niños de 2 a 5 años 23,3% (42/180), y finalmente los mayores de 5 años con 15,0% (27/180). Además, podemos evidenciar que los menores de 5 años representan el 85%.

**TABLA 3**

***GÉNERO MÁS AFECTADO POR DIARREA AGUDA INFECCIOSA EN  
PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL REGIONAL HUACHO 2022***

<b><i>GÉNERO</i></b>	<b><i>N</i></b>	<b><i>%</i></b>
Masculino	97	53,9
Femenino	83	46,1
Total	180	100,0

***Fuente:*** Datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes pediátricos con diarrea aguda infecciosa del hospital regional-Huacho 2022.

Respeto al sexo de los 180 pacientes pediátricos hospitalizados con diagnóstico de diarrea aguda infecciosa, se halló que 97 (53,9%) correspondió al género masculinos y 83 casos (46,1%) fueron del género femenino. De cada 20 niños con diarrea, 11 fueron varones y 9 fueron mujeres.

**TABLA 4**

***LUGAR DE PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS CON  
DIARREA AGUDA INFECCIOSA DEL HOSPITAL REGIONAL HUACHO 2022***

<b><i>PROCEDENCIA</i></b>	<b><i>N</i></b>	<b><i>%</i></b>
Rural	101	56,1
Urbano	79	43,9
Total	180	100,0

***Fuente:*** Datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes pediátricos con diarrea aguda infecciosa del hospital regional-Huacho 2022.

En cuanto al lugar de procedencia del paciente pediátrico hospitalizado con diagnóstico de diarrea aguda infecciosa, se halló que el 56,1% (101/180) pacientes pediátricos hospitalizados Provenían de área rural y 43,95% (79/180) provenían de área urbana. de cada 10 pacientes pediátricos hospitalizados por diarrea, 06 procedían de la zona rural y mientras que 4, de la zona urbana.

**TABLA 5**

***ETIOLOGÍA MÁS FRECUENTE DE LA DIARREA AGUDA INFECCIOSA EN  
PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL REGIONAL HUACHO 2022***

<b><i>ETIOLOGIA</i></b>	<b><i>N</i></b>	<b><i>%</i></b>
Viral	139	77,2
Bacteriano	29	16,1
Parasitario	12	6,7
Total	180	100,0

***Fuente:*** Datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes pediátricos con diarrea aguda infecciosa del hospital regional-Huacho 2022.

En la tabla al analizar la etiología de la diarrea aguda infecciosas en el paciente pediátrico hospitalizado, se halló que el 77,2% eran virales (139/180), bacteriano en 16,1% (29/180) y 6,7% parasitario (12/180). De cada 10 pacientes pediátricos con enfermedad diarreica infecciosa, 8 fueron de causa virales, 1 caso bacteriano y 1 caso correspondió a parasitaria. La etiología viral fue de mayor cantidad de casos (77,2%) de diarreas infecciosas en los pacientes pediátricos, mientras que la etiología parasitaria fueron los casos mínimos (6,7%).

**TABLA 6**

***ESTADO VACUNAL CONTRA ROTAVIRUS DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS  
CON DIARREA AGUDA INFECCIOSA DEL HOSPITAL REGIONAL HUACHO 2022***

<b><i>ESTADO VACUNAL</i></b>	<b><i>N</i></b>	<b><i>%</i></b>
Vacunas incompletas	13	7,2
Vacunas completas	167	92,8
Total	180	100,0

***Fuente:*** Datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes pediátricos con diarrea aguda infecciosa del hospital regional-Huacho 2022.

Según la tabla al analizar el estado vacunal contra rotavirus del paciente pediátrico hospitalizado con diagnóstico de diarrea aguda infecciosa, se halló que el 92,8% (167/180) pacientes pediátricos tuvieron vacunas completas y 7,2% (13/180) pacientes pediátricos presentaron vacunas incompletas. Además, el 100% de los pacientes con diarrea aguda presentaron al menos 1 dosis de vacuna rotavirus.

**TABLA 7**

**NUMERO DE CASOS DE DIARREA AGUDA INFECCIOSA EN NIÑOS  
TENIENDO EN CUENTA LAS ESTACIONES DEL AÑO**

<i>ESTACIÓN DEL AÑO</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Otoño	31	17,2
Invierno	9	5,0
Primavera	50	27,8
Verano	90	50,0
Total	180	100,0

*Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes pediátricos con diarrea aguda infecciosa del hospital regional-Huacho 2022.*

Según la tabla se puede observar que la presencia de casos de diarreas en niños según las estaciones del año, fue: en el verano con el 50% de casos (90/180), seguido de primavera 27.8% (50/180), en tercer lugar, el otoño 17,2% (31/180), y finalmente la estación Invierno 5,0% (9/180). En los meses del verano se presentaron la mayor cantidad de casos (50%) de diarreas infecciosas en los pacientes pediátricos, mientras que en los meses de invierno los casos fueron mínimos (5%), mientras que entre el otoño y la primavera se mantuvo entre 17,5% a 27,8%, de casos, aunque más casos en los meses de la primavera. las estaciones más afectadas por diarrea fueron entre el verano y la primavera (77,8%), en relación a las estaciones del resto del año del año (entre el otoño e invierno con 22,2% de casos).

**TABLA 8**

***TIEMPO DE DURACION DEL EPISODIO DE LA DIARREA AGUDA  
INFECCIOSA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL REGIONAL HUACHO  
2022***

<b><i>TIEMPO DE ENFERMEDAD</i></b>	<b><i>N</i></b>	<b><i>%</i></b>
0 – 7 d	140	77,8
8 – 14 d	40	22,2
Total	180	100,0

***Fuente:*** Datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes pediátricos con diarrea aguda infecciosa del hospital regional-Huacho 2022.

En la tabla referente al tiempo de enfermedad del paciente pediátrico hospitalizado con diarrea aguda infecciosa de las 180 pacientes, se evidenció que la mayor frecuencia correspondió a 0 – 7 días con 77,8% (140/180) y 8 – 14 días con 22,2% (40/180). La mayoría de los casos se autolimitó con duración menor a 1 semana en 77,8%. De cada 10 niños con diarrea aguda infecciosa, 8 presentaron diarrea por un periodo menor a 1 semana y los otros 2 niños se prolongó por 2 semanas.

**TABLA 9**

***TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA DE PACIENTES PEDIATRICOS CON  
DIARREA AGUDA INFECCIOSA DEL HOSPITAL REGIONAL HUACHO 2022***

<b><i>TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA (DIAS)</i></b>	<b><i>N</i></b>	<b><i>%</i></b>
1	30	16,7
2	69	38,3
3	38	21,1
4	16	8,9
5	10	5,6
6	9	5,0
7	3	1,7
8	2	1,1
9	1	0,6
11	1	0,6
12	1	0,6
Total	180	100,0

***Fuente:*** Datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes  
*pediátricos con diarrea aguda infecciosa del hospital regional-Huacho 2022.*

El tiempo de estancia hospitalaria en quienes estuvieron hospitalizados por diarrea aguda fue por 2 días 38,3% (69/180), el 21,1% (38/180) permaneció 3 días, el 16,7% (30/180) permaneció 1 día, el 8,9% (16/180) permaneció 4 días, el 5,6% (10/180) permaneció 5 días, el 5% (9/180) permaneció 6 días, el 1,7% (3/180) permaneció 7 días, el 1,1% (2/180) permaneció 8 días y el 0,6% (1/180) permaneció 9, 11 y 12 días, siendo el promedio fue de 2,88 días con un mínimo de 1 día y un máximo de 12 días de hospitalización. La mediana fue de 2 días con un rango intercuartil de 1 día (Q1: 2 – Q3:3).



**TABLA 10**

***FORMA CLÍNICA DE LA DIARREA AGUDA INFECCIOSA EN PACIENTES  
PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL REGIONAL HUACHO 2022***

<b><i>FORMA CLÍNICA</i></b>	<b><i>N</i></b>	<b><i>%</i></b>
Diarrea acuosa	162	90,0
Diarrea disentérica	18	10,0
Total	180	100,0

***Fuente:*** Datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes pediátricos con diarrea aguda infecciosa del hospital regional-Huacho 2022.

En la tabla referente a la forma clínica de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos hospitalizados de los 180 pacientes, se evidenció que la mayor frecuencia correspondió a la diarrea acuosa en 90,0% (162/180) y la diarrea disentérica en 10,0% (18/180). De cada 10 niños con diarrea, 9 correspondieron a diarrea aguda acuosa y 1 a diarrea aguda disentérica

**TABLA 11**

***SIGNOS Y SÍNTOMAS ASOCIADOS A DIARREA AGUDA INFECCIOSA EN  
PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL REGIONAL HUACHO 2022***

SINTOMAS	SI		NO	
	N	%	N	%
Fiebre	104	57.8	76	42.2
Dolor abdominal	38	21.1	12	78.9
Náuseas y vómitos	143	79.4	37	20.6
Tenesmo	0	0	180	100
Alteración de la deposición	180	100	0	0
Meteorismo	1	0.6	179	99.4
Hiporexia	36	20	144	80
Tenesmo rectal	1	0.6	179	99.4

***Fuente:*** Datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes

*pediátricos con diarrea aguda infecciosa del hospital regional-Huacho 2022.*

En la tabla 11: referente signos y síntomas de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos hospitalizados de las 180 pacientes, se evidenció que la mayor frecuencia correspondió a 180 con deposiciones líquidas ya sea con / sin moco o con / sin sangre fue 100% (180/180), náuseas y vómitos en 79.4% (143/180), el 57.8% (104/180) pacientes pediátricos presento fiebre, el 21.1% (38/180) pacientes pediátricos presento dolor abdominal, 20% (36/180) presento hiporexia. 0.6% (1/180) presento meteorismo y tenesmo rectal. Los tres síntomas más constantes en los pacientes pediátricos con diarrea infecciosa fueron: alteración de las deposiciones, náuseas-vómitos y fiebre (58-100% de los casos). Los síntomas más inconstantes en los pacientes pediátricos con diarrea infecciosa fueron: tenesmo rectal y motorismo (1% de los casos)

**TABLA 12**

***GRADO DE DESHIDRATACIÓN ASOCIADOS A LA DIARREA AGUDA  
INFECCIOSA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL REGIONAL HUACHO  
2022***

<b><i>GRADO DE DESHIDRATACIÓN:</i></b>	<b><i>N</i></b>	<b><i>%</i></b>
Moderado	1	97,8
	76	
Severa	4	2,2
Total	1	100,0
	80	

***Fuente:*** Datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes pediátricos con diarrea aguda infecciosa del hospital regional-Huacho 2022.

En la tabla 12: referente al grado de deshidratación de los pacientes pediátricos hospitalizados de los 180 pacientes, se evidenció que la mayor frecuencia correspondió a la deshidratación moderada 97.8% (176/180) y deshidratación severa 2.2% (4/180). De cada 90 niños hospitalizados con deshidratación por diarrea aguda infecciosa, 1 presento deshidratación grave. Por otro lado, ningún paciente hospitalizado tenía deshidratación leve.

**TABLA 13**

***TIPO DE PLAN DE HIDRATACION USADO EN LOS CASOS DE DIARREA  
AGUDA INFECCIOSA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL REGIONAL  
HUACHO 2022***

<b><i>HIDRATACIÓN</i></b>	<b><i>N</i></b>	<b><i>%</i></b>
Plan C	180	100,0

***Fuente:*** Datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes pediátricos con diarrea aguda infecciosa del hospital regional-Huacho 2022.

En la tabla 13: referente al plan aplicado para la deshidratación de los pacientes pediátricos hospitalizados de los 180 pacientes, se evidenció que la mayor frecuencia correspondió al plan C 100% (180/180). El plan usado en todo los pacientes hospitalizados por diarrea aguda fue el “C”. No hubo registro sobre el uso del plan A y plan B en la historias clínicas de los pacientes hospitalizados con diarrea aguda infecciosa.

**TABLA 14**

***ANTIMICROBIANO USADO EN LA DIARREA AGUDA INFECCIOSA EN  
PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL REGIONAL HUACHO 2022***

<i>ANTIMICROBIANO</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Azitromicina	16	8,9
ceftriaxona	18	10,0
Amikacina	3	1,7
Ceftazidima	1	0,6
Metronidazol	9	5,0
Albendazol	1	0,6
Ninguna	132	73,3
Total	180	100,0

*Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes pediátricos con diarrea aguda infecciosa del hospital regional-Huacho 2022.*

En la tabla 14: al analizar la distribución del uso de antimicrobianos de los pacientes pediátricos hospitalizados de los 180 pacientes, se evidenció que la mayor frecuencia no uso ningún antimicrobiano 73,3% (132/180). seguido de la ceftriaxona 10,0% (18/180), Azitromicina 8,9% (16/180), Metronidazol 5,0% (9/180), Amikacina 1,7% (3/180), Ceftazidima 1/180 (0,6%) y Albendazol 0,6% (1/180). Solo en un 26,3% de los casos se usó antimicrobianos, siendo la ceftriaxona y la azitromicina como los más usados (18,9%) en los casos de disentería. En cuanto al antiparasitario de elección fue el metronidazol en el (5%).

## **CAPÍTULO V**

### **DISCUSIÓN**

#### **5.1. Discusión de resultados**

##### **Características epidemiológicas**

##### **Diarrea aguda infecciosa**

El total de pacientes pediátricos Hospitalizados el año 2022 fue de 927 pacientes, de los cuales 180 presentaron diarrea aguda infecciosa. De esto se concluye que la prevalencia de diarrea aguda infecciosa en pacientes hospitalizados fue 19.42%. Estos resultados concuerdan con Getu y Yeshaw (2021) donde menciona que la prevalencia de diarrea fue del 15,3 %, también similar a Getachew y col (2018) donde menciona que la prevalencia de diarrea fue del 22,1% (163/743).

##### **Grupo etáreo**

Se encontró que la edad del paciente pediátrico hospitalizado con diarrea aguda infecciosa, que la mayor frecuencia correspondió a las edades entre 1 a 2 años (36,1%). Estos resultados concuerdan con INEI (2021) donde informa que los más afectados por la diarrea fueron aquellos grupos de 6 a 23 meses de edad (28.4%), además coincide con Meza, C., & Antonio, G. (2020) donde informa que los más afectados fueron la edad comprendido entre 1- 2 años con 41 pacientes (40,2%), coincide con Guerrero y Padilla (2017) donde informa la mayoría están entre 1 a 2 años 37.6%, coincide con Vilca (2019) donde la edad predominante fue entre los 12 y 17 meses (31.19%), coincide con Guillen (2019) donde encontró mayor

frecuencia entre las edades de 12 a 23 meses (22%) y discrepa con Lewnard, JA, Rogawski et al. (2020) donde muestra mayor frecuencia en edades de 6 semanas a 11 meses 12,2%. Además, discrepa con Getachew y col (2018) donde muestra mayor frecuencia en menos de un año 7,7%. discrepa con Granera Salgado (2018) donde muestra mayor frecuencia en edades de 4 meses a 11 meses 31%. discrepa con Sun Z, Xu J, Niu et al. (2017) donde muestra mayor frecuencia en menores de 1 año 45,48%%

### **Sexo**

Según el sexo de paciente pediátrico hospitalizado con diarrea aguda infecciosa, presentaron la mayor frecuencia al sexo masculino con 97 (53,9%). Estos resultados concuerdan con INEI (2021) donde informa que la ocurrencia de diarreas se presentó en mayor porcentaje en niños (9,9%), además coincide con Getachew y col (2018) donde encontró mayor frecuencia al sexo masculino 55,7% (410/736), coincide con Granera Salgado (2018) donde encontró mayor frecuencia al sexo masculino 56%, coincide con Guillen (2019) donde encontró mayor frecuencia al sexo masculino 50% y discrepa con Meza, C., & Antonio, G. (2020) donde muestra mayor frecuencia al sexo femenino 51% (52/102), discrepa con Guerrero y Padilla (2017) donde informa la mayoría son de sexo femenino 60.2%, discrepa con Vilca (2019) donde muestra más mujeres con diarrea (53.19%)

### **Lugar de procedencia**

Hay mucha discrepancia en estos ítems ya que diferentes antecedentes al momento de codificar un determinado lugar de procedencia difieren dependiendo que fuente de bibliografía usó; en nuestro caso nos guiamos de acuerdo a las definiciones del INEI.

Según el lugar de procedencia del paciente pediátrico hospitalizado con diarrea aguda infecciosa, presentaron la mayor frecuencia al área rural con 56,1% (101/180). Estos resultados coinciden con Jerez y col (2017) donde informa la mayoría residentes en zonas rurales (64.5%), así mismo con Guillen (2019) donde el área de residencia más frecuente (26% en la zona rural). Discrepa con Granera Salgado (2018) donde encontró mayor frecuencia la procedencia de zona urbana 92% , además no coincide con Guerrero y Padilla (2017) donde informa la mayoría son de zonas urbana 55.9% y discrepa con INEI (2021) donde informa que no hay grandes diferencias entre área urbana y rural (9,0% y 10,6%, respectivamente).

### **Etiología**

Según la etiología de la diarrea aguda infecciosa, se presentó en mayor cantidad la etiología viral con 139 (77,2%). Estos resultados concuerdan con Zulema, D., & Gonzales De Palomino (2022) donde el virus fue la principales causas de diarrea en los niños y representan aproximadamente el 70-90% de los casos y discrepa con Silva y col (2017) siendo predominante la causa parasitaria (25,8%).

En cuanto al diagnóstico etiológico para el agente viral en el hospital regional de huacho cuentan con la prueba rápida de rotavirus / adenovirus en heces, cuyos resultados están incluidas en las historias clínicas de los pacientes, en su mayoría salieron positivos a rotavirus o adenovirus.

En cuanto al diagnóstico etiológico para el agente bacteriano en el hospital regional de huacho cuentan con el coprocultivo, cuyos resultados están incluidas en las historias clínicas de los pacientes y en su totalidad de los pacientes con clínica de disentería contaron con dicho resultado y registraron a Shiguella flexneri.



En cuanto al diagnóstico etiológico para el agente parasitario en el hospital regional de huacho cuenta con el examen del parasitológico seriado. Cabe mencionar que en su totalidad de los paciente pediátrico hospitalizado con diarrea aguda infecciosa también contaron con el examen auxiliar de reacción inflamatoria en heces y en algunas en dicho informe además de porcentaje de leucocitos por campo; informaron quistes de Entamoeba histolytica y quiste de Blastocistis hominis.

### **Estado vacunal**

Por otro lado, según el estado vacunal contra rotavirus del paciente pediátrico con diarrea aguda infecciosa, presentaron mayor frecuencia con vacunas completas (92,8%). Estos resultados concuerdan con Meza, & Antonio, (2020) ttambién encuentra como principal grupo a pacientes pediátricos con inmunización completa (88,2%), además coincide con Getachew y col (2018) donde informo mayor frecuencia con vacunación contra el rotavirus (66.8 %).

### **Estación del año**

Por otro lado, según la estación climático del año donde fue diagnosticado el paciente pediátrico hospitalizado con diarrea aguda infecciosa, se evidenció que la mayor frecuencia correspondió a la estación verano (50%). Estos resultados concuerdan con Meza, C., & Antonio, G. (2020) donde mostro la mayor frecuencia en la estación climático verano (42,2%).

### **Características clínicas**

#### **Tiempo de enfermedad**

Por otro lado, según el tiempo de enfermedad del paciente pediátrico con diarrea aguda infecciosa, se evidenció que la mayor frecuencia correspondió a 0 – 7 días 140 (77,8%). Estos resultados concuerdan con Meza, C., & Antonio, G. (2020) donde mostro que en su totalidad

duro en  $< 0 = 7$  días de enfermedad (100%), además coincide con Granera Salgado (2018) donde encontró mayor frecuencia la duración de la diarrea fue 1 a 3 días en un 69%.

### **Tiempo de estancia hospitalaria**

Por otro lado, según el tiempo de estancia hospitalaria más frecuente en pacientes pediátricos con diarrea aguda infecciosa fue de 2 días con 38,3% (69/180), se halló que el promedio fue de 2,88 días, la mediana fue de 2 días con un rango intercuartil de 1 día (Q1: 2 – Q3:3). Estos resultados concuerdan con Meza, C., & Antonio, G. (2020), donde el 36,3% (37/102) permaneció 2 días y la media de 2,64 días  $\pm$  1,2 días.

### **Forma clínica**

Por otro lado, según la forma clínica de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos hospitalizados, se evidenció que la mayor frecuencia correspondió a la diarrea acuosa (90,0%) y la diarrea disintérica (10,0%). Estos resultados concuerdan con Meza, C., & Antonio, G. (2020) donde muestra la mayor frecuencia la forma acuosa (97.1%), además coincide con Hernández y col (2018) donde muestra la mayor frecuencia la forma acuosa (93 %).

### **Signos y síntomas**

Por otro lado, según la signos y síntomas de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos hospitalizados, se evidenció que la mayor frecuencia correspondió a 180 con deposiciones líquidas ya sea con / sin moco o con / sin sangre (100%), en 143 pacientes pediátricos, náuseas y vómitos (79.4%), en 104 pacientes pediátricos, fiebre (57.8%), en 38 pacientes pediátricos, dolor abdominal (21.1%). Estos resultados concuerdan con Meza, C., & Antonio, G. (2020) donde mostro la mayor frecuencia a la diarrea; ya sea; sin moco sin sangre, con moco sin sangre y con moco y con sangre (100%) y el 89,2% (91/102) presentaron náuseas y

vómitos, coincide con Vilca (2019) donde muestra que las manifestaciones predominantes (además de la diarrea) fueron los vómitos (82.98%) y discrepa con Granera Salgado (2018) donde muestra mayor frecuencia la fiebre 44% y vómitos 42%. discrepa con Jerez y col (2017) donde muestra mayor frecuencia la fiebre y vómitos para un 47.4% y 45 % respectivamente.

### **Grado de deshidratación**

Por otro lado, según al grado de deshidratación de los pacientes pediátricos hospitalizados, se evidenció que la mayor frecuencia correspondió a la deshidratación moderada 176 (97.8%). Estos resultados concuerdan con Meza, C., & Antonio, G. (2020) donde mostro la mayor frecuencia a la deshidratación moderad 41/102 (40,2%), coincide con Vilca (2019) donde predominó la deshidratación moderada (89.36%).

### **Plan aplicado para el grado de deshidratación**

Por otro lado, según al plan aplicado para la deshidratación de los pacientes pediátricos hospitalizados, se evidenció que la mayor frecuencia correspondió al plan C 180 (100%). Estos resultados concuerdan con Vilca (2019) donde el principal tratamiento fue la hidratación parenteral; plan C; (91.49%), y discrepa con Granera Salgado (2018) donde informo que la terapia más utilizada en base a los signos de deshidratación fue el plan B en un 69%.

En cuanto a los resultados que se muestran en la tabla 12 donde indica que la deshidratación moderada 176 (97.8%) y el plan aplicado para la hidratación fue el “C” (tabla 13), no cumple con la norma técnica MINSa donde indica que el paciente con deshidratación severa es manejado con el plan C; en las historias clínicas revisadas en los pacientes del Hospital Regional de Huacho no ingresan con único diagnóstico de diarrea aguda infecciosa, sino con otros como: flujo fecal más de 10cc/kg/h, 3 o más vómitos por hora, o más de 5 en 4 horas,

balance hídrico negativo, ingesta insuficiente por fatiga o intolerancia y oliguria o anuria; que son criterios de Hospitalización y amerita un acceso endovenoso para manejo.

Además, diferentes médicos pediatras de dicho nosocomio opinan sobre este punto:

- MEDICO1: los criterios de hidratación están establecidos de acuerdo a la norma y en diferentes guías de práctica clínica, de acuerdo al grado de deshidratación, pero la decisión al paciente con deshidratación moderada se lo hidrata con vía parenteral, es porque nuestro nosocomio no cuenta con una unidad de hidratación oral y con el elevado flujo de pacientes con GECA (gastroenterocolitis) en emergencia, optamos por el plan C; para mejorar y evitar en su mayoría la permanencia en el nosocomio y si a pesar de esto no logran salir del cuadro se decide su hospitalización.
- MEDICO2: la decisión que al paciente con deshidratación moderada se lo hidrata con el plan C es porque en su mayoría llegan con algún trastorno Hidroelectrolítico.
- MEDICO 3: la decisión que al paciente con deshidratación moderada se lo hidrata con el plan C porque sabemos en su mayoría tienen diferentes comorbilidades como la malnutrición y anemia y estos fracasan con el plan B.

### **Uso de antimicrobiano**

Por otro lado, según el uso de antimicrobianos del pacientes pediátricos hospitalizados , se evidenció que la mayor frecuencia no uso ningún antimicrobiano 132 (73,3%).seguido de la ceftriaxona 18 (10,0%), Azitromicina 16 (8.9%), Metronidazol 9 (5,0%) y discrepa con Mora Martínez, Dominique, Quiroz, & Terencia (2018) antibióticos más utilizado fue sulfametoxazol + trimetoprim con un 76%.

## CAPÍTULO VI

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 6.1. Conclusiones

1. La prevalencia de diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos hospitalizados con diarrea infecciosa, en el Hospital de Huacho fue 19,42%.
2. El grupo etáreo más afectado en pacientes pediátricos hospitalizados con diarrea infecciosa, en el Hospital de Huacho estuvo situado entre las edades De 1 a 2 años con 36,1%.
3. El sexo masculino en pacientes pediátricos hospitalizados con diarrea infecciosa, en el Hospital de Huacho fue algo más afectado con 53,9%.
4. En relación al lugar de procedencia en pacientes pediátricos hospitalizados con diarrea infecciosa, en el Hospital de Huacho el más frecuente fue zona rural con 56,1%.
5. La etiología en pacientes pediátricos hospitalizados con diarrea infecciosa, en el Hospital de Huacho con mayor frecuencia fue viral con 77,2%.
6. Según el estado vacunal contra rotavirus, en pacientes pediátricos hospitalizados con diarrea infecciosa, en el Hospital de Huacho la mayoría presentaron vacunas completas 92,8%.
7. Según la estación del año, en pacientes pediátricos hospitalizados con diarrea infecciosa, en el Hospital de Huacho se evidenció que la mayor frecuencia correspondió a la estación verano con 50%.
8. El tiempo de enfermedad en pacientes pediátricos hospitalizados con diarrea infecciosa, en el Hospital de Huacho con mayor frecuencia correspondió a 0 – 7 días con 77,8%.

9. El tiempo de estancia hospitalaria de mayor presentación en pacientes pediátricos hospitalizados con diarrea infecciosa, en el Hospital de Huacho correspondió a 2 días con 38,3% y el promedio fue de 2,88 días.
10. La forma clínica de mayor frecuencia en pacientes pediátricos hospitalizados con diarrea infecciosa, en el Hospital de Huacho correspondió a la diarrea acuosa en 90,0% (162/180).
11. En relación a la sintomatología más relevante, ocasionado por las diarreas infecciosas en pacientes pediátricos hospitalizados, en el Hospital de Huacho, siguió la deposiciones líquida ya sea con / sin moco ó con / sin sangre fue 100% náuseas y vómitos en 79.4%.
12. El grado de deshidratación de mayor presentación en pacientes pediátricos hospitalizados con diarrea infecciosa, en el Hospital de Huacho correspondió a la deshidratación moderada 97.8%.
13. El plan aplicado para la deshidratación con mayor frecuencia en pacientes pediátricos hospitalizados con diarrea infecciosa, en el Hospital de Huacho correspondió al plan C 180 100%.
14. El Antimicrobiano que se usó con mayor frecuencia en pacientes pediátricos hospitalizados con diarrea infecciosa, en el Hospital de Huacho fue la ceftriaxona 10,0%.

## **6.2. Recomendaciones:**

1. Es labor del gobierno regional de Lima en trabajo conjunto con el Ministerio de Salud implementar medidas de promoción y prevención encaminadas a reducir la alarmante tasa de hospitalización por diarrea aguda infecciosa encontrada a fin de disminuir la morbimortalidad asociada a este cuadro; para ello es esencial tomar en cuenta y dirigir las medidas a implementar en función de los factores de riesgo encontrados en la presente y en otras investigaciones nacionales y regionales. Además de Persistir en la prevención y el lavado de manos, a través del reforzamiento de las campañas médicas, para abordar esta patología recurrente en nuestro entorno, especialmente en las zonas semirurales y rurales de nuestra provincia.
2. Se sugiere al Hospital Regional de Huacho en conjunto con las redes y microrredes de salud de nuestra Región, educar a todo los padres sobre acciones preventivas, especialmente en lo que se refiere al saneamiento y la mejora de las fuentes de agua, además del tratamiento y la conservación segura del agua en los hogares. Además de plantear implementar una UROP (unidad de rehidratación pediátrica) en el hospital, para mejorar la vigilancia de los pacientes con diarrea aguda infecciosa y mejorar el manejo de acuerdo a la normativa vigente.
3. Se recomienda especialmente al servicio de pediatría del hospital generar una guía de manejo institucional sobre el flujo de paciente pediátrico con diagnóstico de diarrea aguda infecciosa para estandarizar y llevar a cabo

estudios enfocados en crear, evaluar nuevas tácticas para prevenir y controlar la diarrea en este ámbito.

4. Se propone a la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión hacer uso de medios de difusión para notificar a su alumnado, así como a la población general, acerca de la alta incidencia y las características epidemiológicas más frecuentes de la diarrea aguda infecciosa.
5. Se hace la invitación a la Escuela de Medicina Humana a incentivar a su alumnado, en carreras de ciencias de la salud, a realizar más estudios sobre enfermedades con alta tasa de incidencia y morbimortalidad a nivel local y regional; dentro de la diarrea aguda infecciosa.



## CAPÍTULO V: FUENTES DE INFORMACIÓN

Acuña. (2015). DIARREA AGUDA. Elsevier, 11. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2015.09.010>

Afazani, A., & Beltramino, D. (2016). Diarrea aguda en la infancia. Actualización sobre criterios de diagnóstico y tratamiento Obtenido de

<https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consenso-de-diarreas-agudas-en-la-infancia.pdf>

Arancibia A, G. (30 de septiembre de 2019). *Sociedad Chilena de Gastroenterología*.

Recuperado el 08 de septiembre de 2020, de Sociedad Chilena de Gastroenterología:

<https://gastrolat.org/DOI/PDF/10.0716/gastrolat2019s1000.05.pdf>

Arévalo Barea, A., Arévalo Salazar, D., & Villarroel Subieta, C. (05 de junio de 2019). *SciELO*.

Recuperado el 09 de septiembre de 2020, de SciELO:

[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582019000100011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582019000100011&script=sci_arttext)

Argente, HA (2021). *Semiología médica: fisiopatología, semiotecnia y propedéutica. Enseñanza-aprendizaje basado en la persona*. Editorial Médica Panamericana.

Arista Fernández, H. (01 de junio de 2015). *Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud*.

Recuperado el 10 de septiembre de 2020, de Revista Hispanoamericana de Ciencias de la

Salud: <http://www.uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/83>

Blanco SE (Ed.), (2020). *Bioestadística básica y clínica*, 5e. Colina McGraw.

Calvo, C., Sainz, T., Codoñer-Franch, P., Santiago, B., García-García, ML, García Vera, C.,

Muñoz-Fernandez, MA, Pérez-Martínez, A., Rivero, I., Fernández Pérez, C., Mejías, A.,

Martinón-Torres, F., & Cabañas, F. (2018). *La investigación en Pediatría en España*:

retos y prioridades. Plataforma INVEST-AEP. *Anales de Pediatría*, 89 (5), 314.e1-314.e6. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.09.001>

Collinson, S., Deans, A., Padua-Zamora, A., Gregorio, GV, Li, C., Dans, LF y Allen, SJ (2020). Probióticos para el tratamiento de la diarrea infecciosa aguda. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas, 12 (12), CD003048.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003048.pub4>

Corona Martínez, L., & Fonseca Hernández, M. (2011). El método clínico y los dilemas de la clínica. *Medisur*, 9 (5), 474–483.

De La Flor I Brú Gastroenteritis aguda. (2019, diciembre 20). *Pediatría integral*.

<https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2019-10/gastroenteritis-aguda-2/>

Díaz Mora, J., Echezuria M, L., Petit de Molero, N., Cardozo V, M., Arias G, A., & Rísquez P, A. (01 de marzo de 2014). *SciELO*. Recuperado el 07 de septiembre de 2020, de SciELO:

[http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-06492014000100007](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492014000100007)

Fleisher. (14 de agosto de 2019). *UPTODATE*. Recuperado el 17 de Agosto de 2020, de

UPTODATE: [http://uptodate.searchbox.science/contents/approach-to-diarrhea-in-](http://uptodate.searchbox.science/contents/approach-to-diarrhea-in-children-in-resource-rich-countries?search=diarrea%20aguda%20infecciosa&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2)

[children-in-resource-rich-](http://uptodate.searchbox.science/contents/approach-to-diarrhea-in-children-in-resource-rich-countries?search=diarrea%20aguda%20infecciosa&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2)

[countries?search=diarrea%20aguda%20infecciosa&source=search\\_result&selectedTitle=](http://uptodate.searchbox.science/contents/approach-to-diarrhea-in-children-in-resource-rich-countries?search=diarrea%20aguda%20infecciosa&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2)

[2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2](http://uptodate.searchbox.science/contents/approach-to-diarrhea-in-children-in-resource-rich-countries?search=diarrea%20aguda%20infecciosa&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2)

Florez, ID, Niño-Serna, LF & Beltrán-Arroyave, CP Diarrea infecciosa aguda y gastroenteritis en niños. *Curr Infect Dis Rep* 22, 4 (2020). <https://doi.org/10.1007/s11908-020-0713-6>

Freedman, S. (19 de mayo de 2020). *UpToDate*. Recuperado el 08 de septiembre de 2020, de

UpToDate: [http://uptodate.searchbox.science/contents/oral-rehydration-therapy?search=diarrea%20aguda&topicRef=13956&source=see\\_link](http://uptodate.searchbox.science/contents/oral-rehydration-therapy?search=diarrea%20aguda&topicRef=13956&source=see_link)

[Getu](#) y Yeshaw. NIH. 2021, Recuperado el 25 de diciembre de 2022, de

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8452002/>

Gonzales S., C., Bada M., C., Rojas G., R., Bernaola A., G., & Chávez B., C. (2011). Guía de práctica clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda infecciosa en pediatría Perú - 2011. Revista de gastroenterología del Perú: órgano oficial de la Sociedad de Gastroenterología del Perú, 31(3), 258–277.

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1022-51292011000300009](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292011000300009)

González Corona, E. (9 de septiembre de 2017). *SciELO*. Recuperado el 10 de septiembre de

2020, de SciELO: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192017000900012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000900012)

Granera Salgado (2017). Caracterización clínico-epidemiológica de diarrea aguda con sospecha por rotavirus en menores de 5 años en Hospital Alemán Nicaragüense en 2015 y 2016.

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua.

<https://repositorio.unan.edu.ni/4469/>

Guarino A, Ashkenazi S, Gendrel D, Lo Vecchio A, Shamir R, Szajewska H; Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica; Sociedad Europea de Enfermedades Infecciosas Pediátricas. Directrices basadas en la evidencia de la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica/Sociedad Europea de Enfermedades Infecciosas Pediátricas para el tratamiento de la gastroenteritis aguda en

niños en Europa: actualización de 2014. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2014 julio;59(1):132-52. doi: 10.1097/MPG.0000000000000375.

Harris, J., & Pietroni, M. (03 de octubre de 2019). *UpToDate*. Recuperado el 07 de septiembre de 2020, de UpToDate: [http://uptodate.searchbox.science/contents/approach-to-the-child-with-acute-diarrhea-in-resource-limited-countries?search=diarrea%20aguda&source=search\\_result&selectedTitle=3~150&usage\\_type=default&display\\_rank=3](http://uptodate.searchbox.science/contents/approach-to-the-child-with-acute-diarrhea-in-resource-limited-countries?search=diarrea%20aguda&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3)

Hernández-Avendaño Y, Díaz-Madero S, Rendón-Macías ME, et al. Conducta terapéutica de los médicos ante el resultado de las pruebas de detección de patógenos en niños con diarrea aguda. *Rev Mex Pediatr.* 2018;85(1):5-10. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=78825>

INEI. (2016).

[https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2021/INFORME\\_PRINCIPAL/INFORME\\_PRINCIPAL\\_ENDES\\_2021.pdf](https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2021/INFORME_PRINCIPAL/INFORME_PRINCIPAL_ENDES_2021.pdf)

Jauregui Milla, F. (2019). *Repositorio UNJFSC*. Obtenido de Repositorio UNJFSC:

<http://repositorio.unjfsc.edu.pe/handle/UNJFSC/2454>

Lewnard, JA, Rogawski McQuade, ET, Platts-Mills, JA, Kotloff, KL y Laxminarayan, R. (2020).

Incidencia y etiología de la diarrea tratada con antibióticos y clínicamente atendida entre niños menores de cinco años en países de ingresos bajos y medios: Evidencia del Estudio Multicéntrico Global Enteric. *PLoS enfermedades tropicales desatendidas*, 14 (8), e0008520. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0008520>

Manzano, R. A. C. (s/f). *sintesis.med.uchile.cl - sintesis.med.uchile.cl*. Uchile.cl. Recuperado el 26 de diciembre de 2022, de

<http://sintesis.med.uchile.cl/index.php/component/content/article/101-manual-de-urgencias/1892-gastroenteritis-aguda?Itemid=101>

Martinez, M., Dominique, P., Quiroz Alva, & Terencia, B. (18 de octubre de 2016). *Repositorio Institucional UNITRU*. Recuperado el 17 de agosto de 2020, de Repositorio Institucional UNITRU:

<http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/3724/Martinez%20Marcelo%2c%20Pedro%20Dominique.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Meza, C., & Antonio, G. (2020). *Enterocolitis aguda infecciosa en pacientes hospitalizados en el servicio de pediatría del hospital regional de Huacho, año 2019*. Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión.

<https://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14067/4211/CALDAS%20MEZA%2c%20GIOMAR%20ANTONIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

MINSA. (3 de AGOSTO de 2020). *Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades*. Recuperado el 198 de agosto de 2020, de Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.:

[https://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14](https://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=14)

Molina Cabañero, J. (16 de octubre de 2019). *Sociedad Española de PEDIATRÍA Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP)*. Recuperado el 21 de octubre de 2020, de Sociedad Española de PEDIATRÍA Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP):

[https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2019/xxiii02/05/n2-098-105\\_JuanMolina.pdf](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2019/xxiii02/05/n2-098-105_JuanMolina.pdf)

Okubo, Miyairi, Michihata y Morisaki. Patrones de prescripción reciente para niños con diarrea infecciosa aguda. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 68(1): p 13-16, enero de 2019. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30074577/>

OMS. (02 de MAYO de 2017). OMS. Obtenido de OMS: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>

OPS. (15 de agosto de 2016). OPS.

OPS. (2017). PAHO. Recuperado el 10 de septiembre de 2020, de PAHO: <https://www.paho.org/immunization-toolkit/spanish/wp-content/uploads/2017/05/Vigilancia-epidemiologica-de-diarreas-causadas-por-rotavirus.pdf>

Parker M, Unaka N. Diagnóstico y manejo de la diarrea infecciosa. *Pediatría JAMA*. (2018) 172 :775–6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29889925/>

Perales García, A., Estévez Martínez, I., & Urrialde, R. (2016). *SciELO*. Recuperado el 18 de septiembre de 2020, de SciELO: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112016001000004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112016001000004)

Povea Alfonso, E., & Hevia Bernal, D. (01 de diciembre de 2019). *SciELO*. Recuperado el 09 de septiembre de 2020, de SciELO: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312019000400001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312019000400001)

Real Academia Española. Recuperado el 25 de diciembre de 2022, de

<https://dle.rae.es/procedencia>

Reyes Gómez, U., Reyes Hernández, K., Santos Calderón, L., & Luévanos Velázquez, A. (19 de diciembre de 2018). *REVISTA SALUD QUINTANA RO*. Recuperado el 10 de septiembre de 2020, de REVISTA SALUD QUINTANA RO:

<https://salud.qroo.gob.mx/revista/images/revista40/5.%20ENFERMEDAD%20DIARREICA%20AGUDA.pdf>

Roman, Barrio, & Rodriguez. (10 de agosto de 2015). Recuperado el 17 de septiembre de 2020

Santos Santolaria, Ramón Guirao, & Blanca Belloc. (2015). Obtenido de

[https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/39\\_Diarrea\\_aguda\\_de\\_naturaleza\\_infecciosa.pdf](https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/39_Diarrea_aguda_de_naturaleza_infecciosa.pdf)

Sean Fitzwater, Anita Shet, Mathuram Santosham, margaret kosek Recuperado el 23 de diciembre de 2022, de Wiley & Sons:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/9781119415961.ch7>

Solís Sánchez, G. (2019). Ética en investigación en pediatría: principios y problemas. *Bol. pediatra*, 270–

276. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/midias/ibc-195028>

Sun Z, et al. Características etiológicas de la diarrea infecciosa en la ciudad de Yantai, provincia de Shandong, China en 2017. *Virus*. 2022 23 de enero; 14 (2): 216.

<https://doi.org/10.3390/v14020216>

Thiagarajah, J. R. (19 de mayo de 2020). *UpToDate*. Recuperado el 11 de septiembre de 2020, de [http://uptodate.searchbox.science/contents/oral-rehydration-](http://uptodate.searchbox.science/contents/oral-rehydration-therapy?search=diarrea%20aguda&topicRef=13956&source=see_link#H405707237)

[therapy?search=diarrea%20aguda&topicRef=13956&source=see\\_link#H405707237](http://uptodate.searchbox.science/contents/oral-rehydration-therapy?search=diarrea%20aguda&topicRef=13956&source=see_link#H405707237)

UNICEF. (15 de JUNIO de 2019). *UNICEF*. Datos de. <https://data.unicef.org/topic/child-health/diarrhoeal-disease/>

Valverde Gavedia, H. (12 de marzo de 2020). *Repositorio UNJFSC*. Recuperado el 18 de septiembre de 2020, de Repositorio UNJFSC:

<http://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/UNJFSC/3966/convulsion%20febril.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Vilca, P., & Iskra, B. (2019). *Frecuencia, Clínica y Tratamiento de la Diarrea Aguda por*

*Rotavirus en Niños Menores de 5 Años Atendidos en la Clínica San Juan de Dios 2018.*

Universidad Católica de Santa María. <https://1library.co/document/zx521gnq-frecuencia-clinica-tratamiento-diarrea-rotavirus-menores-atendidos-clinica.html>

Yalda. (2014). Etiología y manejo de la gastroenteritis aguda infecciosa en niños y adultos.

*REVISTA MEDICA CLINICA CONDES*, 10. Recuperado el 16 de AGOSTO de 2020, de

[https://www.clinicalascondes.cl/Dev\\_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/3%20abril/10-Dra.Lucero.pdf](https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/3%20abril/10-Dra.Lucero.pdf)

Zulema, D. E., & Gonzales De Palomino, T. (s/f). GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DIARREA AGUDA INFECCIOSA EN PACIENTE PEDIÁTRICO UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL ESPECIALIZADA - EMERGENCIA. Gob.pe. Recuperado el 26 de diciembre de 2022, de


<https://www.insnsb.gob.pe/docs->



<trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2022/RD%20N%C2%B0%20000101-2022-DG-INSNSB%20DIAGN%C3%93STICO%20Y%20TRATAMIENTO%20DE%20DIARREA%20AGUDA%20INFECCIOSA.pdf>

# Anexo 01: Documento de autorización para la ejecución de la investigación

29

  
**GOBIERNO REGIONAL DE LIMA**  
"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

UNIDAD DE ESTADISTICA E INFORMATICA	
DOC.	4366935
EXP.	2709015

Huacho, 19 de Abril del 2023.

**OFICIO N°0178-2023-GRL-DIRESA-HHHO-SBS/UDEI**

**DRA. BURGA UGARTE INDIRA GIOVANNA**  
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION  
**Presente.-**

**ASUNTO :** AUTORIZACIÓN DE REVISIÓN DE HISTORIA CLÍNICAS  
**REF. :** DOC N° 4350336 - EXP. 2709015

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL HUACHO - RED HUALA OYAN  
UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION

19 ABR. 2023  
**SECRETARIA**

Responsable por: *[Signature]*  
Hora: .....

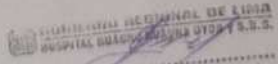
De nuestra consideración:


Tengo el agrado de dirigirme a Usted, para saludarla cordialmente y a su vez remitirle la opinión favorable en la revisión de las Historias Clínicas del Proyecto de Investigación del estudiante **ROSALES PIJO ANTONINO GENARO**, identificada con DNI N° **60184045** para la realización de Tesis.

Las coordinaciones se harán directamente con el interesado sobre los días viables para la revisión de Historias Clínicas.

Sin otro particular, es todo cuanto informo a Usted para su conocimiento y fines que estime pertinentes.

Atentamente,

  
Ing. Hubert Ronny Machuca Fernández  
C.I.D. N° 121322  
UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION

  
GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE LIMA  
HOSPITAL HUACHO HUALA OYAN S.S.

*[Signature]*  
**M.G.O. INDIRA G. BURGA UGARTE**  
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION

**Unidad de Estadística e Informática**

informaticahosh@gmail.com

HRMF/  
cc: Archivo

## Anexo 02: constancia de la unidad de estadísticas e informática



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"

" AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

### CONSTANCIA

#### REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

El jefe de la Unidad de Estadística e Informática del Hospital Huacho Huaura Oyón y SBS, hace constar:

Mediante el presente hago constatar que los datos registrados en el Proyecto de Investigación Titulado "CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y TERAPÉUTICAS DE LA DIARREA AGUDA INFECCIOSA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL REGIONAL HUACHO 2022", elaborado por el Bachiller ROSALES PUJO, ANTOLINO GENARO aspirante al Título profesional de Médico Cirujano fueron obtenidos de los archivos de las Historias Clínicas del Hospital Regional de Huacho, los cuales son válidos y confiables para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.

Huacho 12 de abril del 2023

Atentamente

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
HOSPITAL REGIONAL HUACHO HUaura OYÓN y S.B.S.

Ing. Hebert Ronny Machuca Fernández  
C.I.P. N° 127322  
JEFE DE LA UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

### Anexo 03-A: BASE DE DATOS EN MICROSOFT EXCEL

WPS Office MUESTRA PARA... - MODIFICADA

Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista Herramientas Caja

Haga clic para buscar comandos

P31 fx SI

	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB
	Edad	Sexo	Profesión	Etnología	Estado civil	Tipo de familia	Tipo de empleo	Tipo de vivienda	PO-HOSPITAL	Forma de ingreso	Medio	Sobredosis	Alcohol y uso	Tenencia	Diagnóstico	Alimentación	Higiene	Peso	Talla de estatura	Indicadores	DE ANEMIA	ANTIBIÓTICO			
1	198	FEMENINO	URBANA	VITAL	COMPLETAS	PRIMAVERA	2	1	1	ACICLOSA	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO			
2	1	FEMENINO	RURAL	VITAL	INCOMPLETAS	PRIMAVERA	7	1	2	ACICLOSA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	NO	AMRACINA			
3	24	FEMENINO	RURAL	PARASITARIO	COMPLETAS	PRIMAVERA	1	1	2	ACICLOSA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	SI	METRONIDAZOL			
4	26	MASCULINO	RURAL	VITAL	COMPLETAS	PRIMAVERA	2	1	1	ACICLOSA	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO			
5	12	MASCULINO	RURAL	BACTERIANO	COMPLETAS	PRIMAVERA	5	1	4	ACICLOSA	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	SI	CEFTRIAJONA			
6	48	FEMENINO	URBANA	PARASITARIO	COMPLETAS	PRIMAVERA	7	1	6	ACICLOSA	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	LEVE	PLAN C	NO	NO			
7	36	FEMENINO	URBANA	BACTERIANO	COMPLETAS	PRIMAVERA	2	2	2	ACICLOSA	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	SI	ADTRONICINA			
8	36	FEMENINO	RURAL	VITAL	COMPLETAS	PRIMAVERA	5	2	2	ACICLOSA	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO			
9	23	MASCULINO	URBANA	VITAL	INCOMPLETAS	OTOÑO	4	2	2	ACICLOSA	NO	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO			
10	11	FEMENINO	URBANA	VITAL	COMPLETAS	OTOÑO	13	7	6	ACICLOSA	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO			
11	11	FEMENINO	URBANA	VITAL	COMPLETAS	OTOÑO	3	1	2	ACICLOSA	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO			
12	11	MASCULINO	RURAL	BACTERIANO	COMPLETAS	OTOÑO	16	8	2	ACICLOSA	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	SI	CEFTRIAJONA			
13	24	MASCULINO	URBANA	VITAL	COMPLETAS	OTOÑO	7	6	1	ACICLOSA	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO			
14	12	MASCULINO	URBANA	VITAL	COMPLETAS	OTOÑO	2	1	1	ACICLOSA	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO			
15	1	FEMENINO	URBANA	VITAL	COMPLETAS	OTOÑO	7	6	1	ACICLOSA	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO			
16	17	FEMENINO	RURAL	VITAL	COMPLETAS	INVIERNO	5	2	6	ACICLOSA	NO	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO			
17	18	FEMENINO	RURAL	VITAL	COMPLETAS	INVIERNO	2	1	1	ACICLOSA	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO			
18	36	MASCULINO	RURAL	VITAL	COMPLETAS	INVIERNO	6	2	3	ACICLOSA	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO			
19	24	FEMENINO	RURAL	VITAL	INCOMPLETAS	INVIERNO	4	3	1	ACICLOSA	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO			
20	24	MASCULINO	URBANA	VITAL	INCOMPLETAS	INVIERNO	7	2	5	ACICLOSA	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO			
21	23	FEMENINO	URBANA	VITAL	COMPLETAS	INVIERNO	3	1	1	ACICLOSA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO			
22	26	FEMENINO	URBANA	VITAL	COMPLETAS	INVIERNO	6	2	4	ACICLOSA	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO			
23	26	FEMENINO	URBANA	VITAL	COMPLETAS	INVIERNO	5	2	1	INVASIVA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	SI	CEFTRIAJONA			
24	36	MASCULINO	URBANA	BACTERIANO	COMPLETAS	INVIERNO	6	1	1	INVASIVA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	SI	ADTRONICINA			
25	60	FEMENINO	URBANA	VITAL	COMPLETAS	PRIMAVERA	7	3	4	INVASIVA	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	SI	AMRACINA			
26	12	FEMENINO	RURAL	BACTERIANO	COMPLETAS	PRIMAVERA	5	2	5	ACICLOSA	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	SI	CEFTRIAJONA			
27	7	FEMENINO	URBANA	VITAL	COMPLETAS	PRIMAVERA	4	2	2	ACICLOSA	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO			
28	11	FEMENINO	URBANA	BACTERIANO	COMPLETAS	PRIMAVERA	5	2	5	INVASIVA	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	MDERADO	PLAN C	SI	ADTRONICINA			
29	36	MASCULINO	URBANA	VITAL	INCOMPLETAS	PRIMAVERA	5	2	5	ACICLOSA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO			
30	47	FEMENINO	URBANA	VITAL	INCOMPLETAS	PRIMAVERA	5	1	4	ACICLOSA	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO			
31	16	MASCULINO	RURAL	VITAL	COMPLETAS	PRIMAVERA	3	2	1	ACICLOSA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO			
32	41	FEMENINO	RURAL	VITAL	COMPLETAS	PRIMAVERA	5	3	2	INVASIVA	NO	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO			
33	12	FEMENINO	URBANA	BACTERIANO	COMPLETAS	PRIMAVERA	6	3	5	ACICLOSA	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	SI	ADTRONICINA			
34	11	MASCULINO	RURAL	BACTERIANO	COMPLETAS	PRIMAVERA	10	7	3	ACICLOSA	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	SI	ADTRONICINA			
35	23	FEMENINO	URBANA	VITAL	INCOMPLETAS	PRIMAVERA	10	8	2	ACICLOSA	NO	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO			
36	7	MASCULINO	URBANA	BACTERIANO	COMPLETAS	PRIMAVERA	3	1	2	ACICLOSA	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	SI	ADTRONICINA			
37	48	MASCULINO	URBANA	VITAL	COMPLETAS	PRIMAVERA	4	3	1	INVASIVA	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO			
38	12	FEMENINO	URBANA	VITAL	INCOMPLETAS	PRIMAVERA	4	1	3	ACICLOSA	NO	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO			
39	24	MASCULINO	URBANA	PARASITARIO	INCOMPLETAS	PRIMAVERA	6	3	5	INVASIVA	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	SI	METRONIDAZOL			
40	12	FEMENINO	URBANA	VITAL	COMPLETAS	PRIMAVERA	4	2	2	ACICLOSA	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO			
41	11	MASCULINO	URBANA	VITAL	COMPLETAS	PRIMAVERA	12	9	5	ACICLOSA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO			
42	36	FEMENINO	URBANA	VITAL	INCOMPLETAS	PRIMAVERA	6	2	2	ACICLOSA	NO	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO			
43	41	MASCULINO	URBANA	VITAL	COMPLETAS	PRIMAVERA	4	1	3	ACICLOSA	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO			
44	12	FEMENINO	URBANA	VITAL	COMPLETAS	PRIMAVERA	4	2	2	ACICLOSA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO			
45	21	FEMENINO	URBANA	VITAL	COMPLETAS	PRIMAVERA	4	2	2	ACICLOSA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO			
46	16	MASCULINO	RURAL	VITAL	COMPLETAS	PRIMAVERA	6	4	2	ACICLOSA	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO			
47	8	MASCULINO	URBANA	BACTERIANO	COMPLETAS	PRIMAVERA	7	3	2	ACICLOSA	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	MDERADO	PLAN C	SI	CEFTRIAJONA		
48	3	MASCULINO	RURAL	VITAL	COMPLETAS	PRIMAVERA	2	1	2	ACICLOSA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO			
49	24	FEMENINO	URBANA	VITAL	INCOMPLETAS	PRIMAVERA	3	2	1	ACICLOSA	NO	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO			

K < > X Datos Imprimir Sheet1

60%

27°C 14:57 13/04/2023



### Anexo 03-B3: BASE DE DATOS EN MICROSOFT EXCEL

WPS Office MUESTRA PARA...- MODIFICADA Prueba gratuita

Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista Herramientas Caja Q Haga clic para buscar comandos

119 INVERNO

	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	Z	AA	AB
132	156	masculino	RURAL	BACTERIANO	COMPLETAS	VERANO	17	5	12	AGUOSA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	SI	CEFTRIAXONA	
133	84	Masculino	RURAL	VIRAL	COMPLETAS	VERANO	10	6	4	AGUOSA	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO	
134	28	Femenino	URBANA	VIRAL	COMPLETAS	VERANO	7	5	2	AGUOSA	NO	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO	
135	11	Femenino	RURAL	VIRAL	COMPLETAS	VERANO	2	1	1	AGUOSA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO	
136	54	Femenino	RURAL	BACTERIANO	COMPLETAS	VERANO	7	4	3	AGUOSA	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	SI	CEFTRIAXONA	
137	4	Femenino	RURAL	VIRAL	COMPLETAS	VERANO	6	3	3	AGUOSA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO	
138	45	masculino	RURAL	VIRAL	COMPLETAS	VERANO	5	3	2	AGUOSA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO	
139	18	Femenino	RURAL	VIRAL	COMPLETAS	VERANO	4	3	1	AGUOSA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	SI	ASTROMICINA	
140	36	Femenino	RURAL	VIRAL	COMPLETAS	VERANO	3	1	2	AGUOSA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO	
141	12	Femenino	RURAL	VIRAL	COMPLETAS	VERANO	6	4	2	AGUOSA	SI	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO	
142	12	Femenino	RURAL	VIRAL	COMPLETAS	VERANO	9	7	2	AGUOSA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO	
143	11	Femenino	URBANA	VIRAL	COMPLETAS	VERANO	10	4	6	AGUOSA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO	
144	48	Masculino	URBANA	VIRAL	COMPLETAS	VERANO	5	3	2	AGUOSA	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO	
145	14	Masculino	RURAL	VIRAL	COMPLETAS	VERANO	10	6	4	AGUOSA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO	
146	12	Masculino	RURAL	VIRAL	COMPLETAS	VERANO	7	2	5	AGUOSA	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO	
147	12	Masculino	RURAL	VIRAL	COMPLETAS	VERANO	10	5	5	AGUOSA	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO	
148	144	Femenino	RURAL	VIRAL	COMPLETAS	VERANO	13	4	9	AGUOSA	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO	
149	6	Masculino	URBANA	VIRAL	COMPLETAS	VERANO	3	2	1	AGUOSA	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO	
150	13	Masculino	RURAL	VIRAL	COMPLETAS	VERANO	8	3	5	AGUOSA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO	
151	99	Femenino	RURAL	VIRAL	COMPLETAS	VERANO	4	1	3	AGUOSA	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO	
152	12	Femenino	RURAL	VIRAL	COMPLETAS	VERANO	4	2	2	AGUOSA	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO	
153	16	Masculino	RURAL	VIRAL	COMPLETAS	VERANO	8	5	3	AGUOSA	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO	
154	7	Masculino	RURAL	VIRAL	COMPLETAS	VERANO	6	4	2	AGUOSA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO	
155	48	Femenino	RURAL	VIRAL	COMPLETAS	VERANO	3	1	2	AGUOSA	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO	
156	7	Masculino	RURAL	BACTERIANO	COMPLETAS	VERANO	5	1	4	AGUOSA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	SI	CEFTRIAXONA	
157	12	Masculino	RURAL	VIRAL	COMPLETAS	VERANO	4	2	2	AGUOSA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO	
158	12	Femenino	RURAL	VIRAL	COMPLETAS	VERANO	4	2	2	AGUOSA	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO	
159	12	Masculino	RURAL	VIRAL	COMPLETAS	VERANO	4	3	1	AGUOSA	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO	
160	72	Femenino	RURAL	VIRAL	COMPLETAS	VERANO	9	7	2	AGUOSA	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO	
161	12	FEMENINO	RURAL	VIRAL	COMPLETAS	VERANO	8	5	3	AGUOSA	NO	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO	
162	9	Masculino	RURAL	VIRAL	COMPLETAS	VERANO	12	7	5	AGUOSA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO	
163	5	Masculino	URBANA	BACTERIANO	COMPLETAS	VERANO	13	7	6	AGUOSA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	MDERADO	PLAN C	SI	CEFTRIAXONA	
164	12	Masculino	RURAL	VIRAL	COMPLETAS	VERANO	8	1	7	AGUOSA	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO	
165	10	Masculino	RURAL	VIRAL	COMPLETAS	VERANO	7	4	3	AGUOSA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO	
166	8	Masculino	RURAL	VIRAL	COMPLETAS	VERANO	6	4	2	AGUOSA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO	
167	17	Masculino	RURAL	VIRAL	COMPLETAS	VERANO	7	3	4	AGUOSA	NO	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO	
168	9	Masculino	RURAL	VIRAL	COMPLETAS	VERANO	6	4	2	AGUOSA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO	
169	76	Masculino	URBANA	VIRAL	COMPLETAS	VERANO	8	1	7	AGUOSA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO	
170	12	Femenino	URBANA	PARASITARIO	COMPLETAS	VERANO	18	19	8	AGUOSA	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	SI	CEFTAZIDIMA	
171	16	Femenino	RURAL	VIRAL	COMPLETAS	VERANO	4	2	2	AGUOSA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO	
172	12	Masculino	RURAL	VIRAL	COMPLETAS	VERANO	4	2	2	AGUOSA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO	
173	36	Femenino	URBANA	VIRAL	COMPLETAS	VERANO	9	7	2	AGUOSA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO	
174	36	Masculino	URBANA	BACTERIANO	COMPLETAS	VERANO	2	1	1	AGUOSA	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO	
175	8	Femenino	URBANA	VIRAL	COMPLETAS	VERANO	7	5	2	AGUOSA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO	
176	156	masculino	RURAL	BACTERIANO	COMPLETAS	VERANO	8	1	7	AGUOSA	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	SI	ASTROMICINA	
177	9	masculino	URBANA	VIRAL	COMPLETAS	VERANO	8	4	4	AGUOSA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO	
178	9	Masculino	RURAL	BACTERIANO	COMPLETAS	VERANO	3	2	1	INVASIVA	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	SI	ASTROMICINA	
179	48	Masculino	RURAL	VIRAL	COMPLETAS	VERANO	4	2	2	AGUOSA	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	SI	ASTROMICINA	
180	20	masculino	RURAL	VIRAL	COMPLETAS	VERANO	4	2	2	AGUOSA	SI	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO	
181	12	masculino	RURAL	VIRAL	COMPLETAS	VERANO	12	6	6	AGUOSA	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	MDERADO	PLAN C	NO	NO	

Datos Imprimir Sheet1 60%

Buscar 27°C 14:58 13/04/2023

## Anexo 03-B4: BASE DE DATOS EN MICROSOFT EXCEL

WPS Office | MUESTRA PARA...A CODIFICADO | Inicio | Insertar | Diseño de página | Fórmulas | Datos | Revisar | Vista | Herramientas | Caja de herramientas inteli | Haga clic para busc...

D31 | fx 1

	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X
	Presedent	ETIOLOGIA	vacunas con	año que se	tiempo de enfer	Forma clínica	fièvre	Color abdomen	auscult y voi	Tenesmo	Diarrea	Metorismo	hiperest	Pujo	Edo de desidrat	hidratación	COCIDO EN HECEI POR	GERMIEN AJI BLAD	DE ANTIMC	ANTIBIOTICO		
1	2	1	2	3	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	2	3	MEMOR A 10	NINGUNA	1	7		
2	2	1	1	3	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	2	3	MEMOR A 20	NINGUNA	1	7		
3	2	3	2	3	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	2	3	MEMOR A 20	NINGUNA	1	7		
4	2	1	2	3	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	3	MEMOR A 20	NINGUNA	1	7		
5	2	2	2	3	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	3	MEMOR A 20	NINGUNA	1	7		
6	2	2	2	3	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	3	MEMOR A 20	NINGUNA	1	7		
7	2	3	2	3	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	3	MEMOR A 20	NINGUNA	1	7		
8	2	2	2	3	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	3	MEMOR A 10	NINGUNA	2	1		
9	1	1	2	3	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	3	MEMOR A 10	NINGUNA	1	7		
10	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	2	3	MEMOR A 10	NINGUNA	1	7		
11	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	3	MEMOR A 20	NINGUNA	1	7		
12	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	3	MEMOR A 10	NINGUNA	1	7		
13	2	2	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	3	MEMOR A 10	NINGUNA	2	2		
14	2	1	1	3	1	1	2	2	2	1	SI	1	1	1	2	3	MEMOR A 10	NINGUNA	1	7		
15	2	1	2	3	1	1	2	1	2	1	SI	1	1	1	2	3	MEMOR A 10	NINGUNA	1	7		
16	2	1	2	3	1	2	1	1	2	1	SI	1	2	1	2	3	MEMOR A 10	NINGUNA	1	7		
17	2	2	2	3	1	1	1	1	1	1	SI	1	1	1	2	3	MEMOR A 20	NINGUNA	2	1		
18	2	2	2	3	2	1	1	1	2	1	SI	1	1	1	2	3	MEMOR A 10	NINGUNA	1	7		
19	2	2	2	3	1	1	1	1	2	1	SI	1	1	1	2	3	MEMOR A 10	NINGUNA	1	7		
20	2	1	1	3	1	1	1	1	2	1	SI	1	2	1	2	3	MEMOR A 10	NINGUNA	1	7		
21	2	3	1	3	1	2	1	1	2	1	SI	1	1	1	2	3	MEMOR A 10	DE ENTAMORBA HIST	2	5		
22	2	1	2	3	1	1	1	1	2	1	SI	1	1	1	2	3	MEMOR A 20	NINGUNA	1	7		
23	2	1	2	3	2	1	2	1	2	1	SI	1	2	1	2	3	MEMOR A 10	NINGUNA	1	7		
24	2	1	1	3	1	1	1	1	2	1	SI	1	2	1	2	3	MEMOR A 10	NINGUNA	1	7		
25	2	1	2	3	1	1	2	1	2	1	SI	1	1	1	2	3	MEMOR A 10	ROTVIRUS	1	7		
26	2	1	2	3	1	1	2	1	2	1	SI	1	1	1	2	3	MEMOR A 20	NINGUNA	1	7		
27	2	1	1	3	2	1	1	2	2	1	SI	1	1	1	2	3	MEMOR A 10	NINGUNA	1	7		
28	2	2	2	3	1	1	1	1	2	1	SI	1	1	1	2	3	MEMOR A 10	NINGUNA	1	7		
29	2	1	1	3	1	1	1	1	2	1	SI	1	2	1	2	3	MEMOR A 10	NINGUNA	1	7		
30	2	1	1	3	1	1	1	1	2	1	SI	1	1	1	2	3	MEMOR A 10	NINGUNA	1	7		
31	2	3	1	3	1	2	1	1	2	1	SI	1	1	1	2	3	MEMOR A 10	DE ENTAMORBA HIST	2	5		
32	2	1	2	3	1	1	1	1	2	1	SI	1	1	1	2	3	MEMOR A 20	NINGUNA	1	7		
33	2	1	2	3	1	1	1	1	2	1	SI	1	2	1	2	3	MEMOR A 10	NINGUNA	1	7		
34	2	1	1	3	1	1	1	1	2	1	SI	1	1	1	2	3	MEMOR A 10	NINGUNA	1	7		
35	2	1	2	3	1	1	2	1	2	1	SI	1	1	1	2	3	MEMOR A 20	NINGUNA	1	7		
36	2	1	2	3	1	1	2	1	2	1	SI	1	1	1	2	3	MEMOR A 20	NINGUNA	2	2		
37	2	1	1	3	1	1	2	1	2	1	SI	1	1	1	2	3	MEMOR A 10	NINGUNA	1	7		
38	2	2	2	3	1	1	1	1	2	1	SI	1	1	1	2	3	MEMOR A 10	NINGUNA	1	7		
39	2	1	1	3	1	1	1	1	2	1	SI	1	2	1	2	3	MEMOR A 10	NINGUNA	1	7		
40	2	3	1	3	1	2	1	1	2	1	SI	1	1	1	2	3	MEMOR A 10	DE ENTAMORBA HIST	2	5		
41	2	1	2	3	1	1	1	1	2	1	SI	1	1	1	2	3	MEMOR A 20	NINGUNA	1	7		
42	2	1	2	3	1	1	2	1	2	1	SI	1	2	1	2	3	MEMOR A 10	NINGUNA	1	7		
43	2	1	1	3	1	1	1	1	2	1	SI	1	2	1	2	3	MEMOR A 10	NINGUNA	1	7		
44	2	1	2	3	1	1	2	1	2	1	SI	1	1	1	2	3	MEMOR A 10	ROTVIRUS	1	7		
45	2	1	2	3	1	1	1	1	2	1	SI	1	1	1	2	3	MEMOR A 20	NINGUNA	1	7		
46	2	1	2	3	1	1	2	1	2	1	SI	1	1	1	2	3	MEMOR A 10	NINGUNA	1	7		
47	2	1	2	3	1	1	1	1	2	1	SI	1	1	1	2	3	MEMOR A 10	NINGUNA	1	7		
48	2	2	2	3	1	1	1	1	2	1	SI	1	1	1	2	3	MEMOR A 20	NINGUNA	1	7		
49	2	1	2	3	1	1	2	1	2	1	SI	1	1	1	2	3	MEMOR A 10	NINGUNA	1	7		
50	2	1	1	3	1	1	1	2	2	1	SI	1	1	1	2	3	MEMOR A 10	NINGUNA	1	7		
51	2	2	2	3	2	1	2	1	2	1	SI	1	2	1	2	3	MEMOR A 10	NINGUNA	1	7		
52	2	1	2	3	1	1	2	2	2	1	SI	1	1	1	2	3	MEMOR A 10	NINGUNA	2	2		
53	2	1	2	3	2	1	1	2	2	1	SI	1	2	1	2	3	MEMOR A 10	NINGUNA	1	7		
54	2	3	2	3	1	2	1	2	2	1	SI	1	1	1	2	3	MEMOR A 20	DE ENTAMORBA HIST	2	5		
55	2	1	2	3	1	1	1	1	2	1	SI	1	1	1	2	3	MEMOR A 10	NINGUNA	1	7		
56	2	3	2	3	1	2	2	2	2	1	SI	1	1	1	2	3	MEMOR A 10	DE ENTAMORBA HIST	2	5		
57	2	1	2	4	1	1	2	1	2	1	SI	1	1	1	2	3	MEMOR A 10	NINGUNA	1	7		
58	2	2	2	4	1	1	2	1	2	1	SI	1	1	1	2	3	MEMOR A 10	ENTRE 10-20	2	2		
59	2	1	2	4	1	1	1	1	2	1	SI	1	1	1	2	3	MEMOR A 10	NINGUNA	1	7		
60	2	1	2	4	1	1	1	1	2	1	SI	1	1	1	2	3	MEMOR A 10	NINGUNA	1	7		
61	2	1	2	4	1	1	1	1	2	1	SI	1	1	1	2	3	MEMOR A 10	NINGUNA	1	7		
62	2	1	2	4	1	1	2	1	2	1	SI	1	1	1	2	3	MEMOR A 20	NINGUNA	1	7		
63	2	1	2	4	1	1	2	1	1	1	SI	1	1	1	2	3	MEMOR A 10	NINGUNA	1	7		
64	2	1	2	4	1	1	2	1	1	1	SI	1	1	1	2	3	MEMOR A 10	NINGUNA	1	7		
65	2	2	2	4	1	1	1	2	2	1	SI	1	1	1	2	3	MEMOR A 20	NINGUNA	2	2		
66	2	2	2	4	1	2	2	2	2	1	SI	1	1	1	2	3	MEMOR A 20	NINGUNA	2	2		
67	2	2	2	4	1	2	2	1	2	1	SI	1	1	1	2	3	MEMOR A 20	NINGUNA	2	1		
68	2	2	2	4	1	2	2	2	2	1	SI	1	1	1	2	3	MEMOR A 10	NINGUNA	2	1		

Datos | 60% | 10:23 4/04/2023

## Anexo 03-B4: BASE DE DATOS EN MICROSOFT EXCEL

WPS Office MUESTRA PARA...A CODIFICADO +

Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista Herramientas Caja de herramientas inteli

Haga clic para busc...

S36 fx MENOR A 10

	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X
	Precedent	ETIOLOGIA	v sources com	El año que se	mpo de enfer	Forma clínica	fièvre	Dolor abdomen	jaeces y vor	Tenesmo	Diarrea	Meteosión	hiporexia	Pujo	ño de dehidrat	hidratación	COCIDOS EN HEDES POR	GERMEN AYLAD	DE ANTIMOC	ANTIBIOTICO		
1																						
2	2	1	2	3	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	2	3	MEJOR A 10	NINGUNA	1	7		
3	2	1	1	3	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	2	3	MEJOR A 20	NINGUNA	1	3		
4	2	3	2	3	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	2	3	MEJOR A 20	GUARDA LAMELIA	2	5		
5	2	1	2	3	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	3	NO SE REALIZO	NINGUNA	1	7		
6	2	2	2	3	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	3	NO SE REALIZO	NINGUNA	2	2		
7	2	3	2	3	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	3	NEGATIVO	GUARDA LAMELIA	1	7		
8	2	2	2	3	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	3	MEJOR A 10	NINGUNA	2	1		
9	1	1	2	3	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	3	NO SE REALIZO	NINGUNA	1	7		
10	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	3	MEJOR A 10	ADENOVIRUS	1	7		
11	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	3	MEJOR A 20	NINGUNA	1	7		
12	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	3	NO SE REALIZO	NINGUNA	1	7		
13	2	2	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	3	NO SE REALIZO	NINGUNA	2	2		
146	2	1	2	4	1	1	1	1	2	1	SI	1	1	1	2	3	NO SE REALIZO	NINGUNA	1	7		
147	2	1	2	4	2	1	1	1	2	1	SI	1	1	1	2	3	NO SE REALIZO	NINGUNA	1	7		
148	2	1	2	4	2	1	1	1	1	1	SI	1	2	1	2	3	NO SE REALIZO	NINGUNA	1	7		
149	2	1	2	4	1	1	1	1	1	1	SI	1	1	1	2	3	NO SE REALIZO	NINGUNA	1	7		
150	2	1	2	4	2	1	2	1	2	1	SI	1	1	1	2	3	NO SE REALIZO	NINGUNA	1	7		
151	2	1	2	4	1	1	2	2	2	1	SI	1	1	1	2	3	MEJOR A 20	NINGUNA	1	7		
152	2	1	2	4	1	1	1	1	2	1	SI	1	1	1	2	3	NO SE REALIZO	NINGUNA	1	7		
153	2	1	2	4	2	1	1	2	2	1	SI	1	2	1	2	3	NO SE REALIZO	NINGUNA	1	7		
154	2	1	2	4	1	1	2	1	2	1	SI	1	1	1	2	3	MEJOR A 10	NINGUNA	1	7		
155	2	1	2	4	1	1	2	2	2	1	SI	1	1	1	2	3	MEJOR A 20	NINGUNA	1	7		
156	2	2	2	4	1	1	2	1	2	1	SI	1	1	1	2	3	NO SE REALIZO	ROTAVIRUS	2	2		
157	2	1	2	4	1	1	2	1	2	1	SI	1	2	1	2	3	MEJOR A 10	NINGUNA	1	7		
158	2	1	2	4	1	1	1	1	1	1	SI	1	1	1	2	3	MEJOR A 20	NINGUNA	1	7		
159	2	1	2	4	1	1	1	1	1	1	SI	1	1	1	2	3	MEJOR A 10	NINGUNA	1	7		
160	2	1	2	4	2	1	2	1	1	1	SI	1	1	1	2	3	NO SE REALIZO	NINGUNA	1	7		
161	2	1	2	4	2	1	1	1	2	1	SI	1	2	1	2	3	ENTRE 10-20	NINGUNA	1	7		
162	2	1	2	4	2	1	2	1	2	1	SI	1	2	1	2	3	NO SE REALIZO	NINGUNA	1	7		
163	2	2	2	4	2	1	2	1	2	1	SI	1	2	1	2	3	NO SE REALIZO	NINGUNA	2	3		
164	2	1	2	4	2	1	1	1	2	1	SI	1	1	1	2	3	NO SE REALIZO	NINGUNA	1	7		
165	2	1	2	4	1	1	2	1	2	1	SI	1	2	1	2	3	MEJOR A 20	NINGUNA	1	7		
166	2	1	2	4	1	1	2	1	2	1	SI	1	2	1	2	3	NO SE REALIZO	NINGUNA	1	7		
167	2	1	2	4	1	1	1	1	2	1	SI	1	1	1	2	3	NO SE REALIZO	NINGUNA	1	7		
168	2	1	2	4	1	1	2	1	2	1	SI	1	2	1	2	3	MEJOR A 10	NINGUNA	1	7		
169	2	1	2	4	2	1	2	1	2	1	SI	1	1	1	2	3	NO SE REALIZO	NINGUNA	1	7		
170	2	3	2	4	2	1	2	1	1	1	SI	1	1	1	2	3	MEJOR A 20	Staphylococcus	2	4		
171	2	1	2	4	1	1	2	1	2	1	SI	1	2	1	2	3	MEJOR A 10	NINGUNA	1	7		
172	2	1	2	4	1	1	2	1	2	1	SI	1	2	1	2	3	MEJOR A 10	NINGUNA	1	7		
173	2	1	2	4	2	1	2	1	2	1	SI	1	2	1	2	3	NO SE REALIZO	NINGUNA	1	7		
174	2	2	2	4	1	1	1	1	1	1	SI	1	1	1	2	3	MEJOR A 20	NINGUNA	1	7		
175	2	1	2	4	1	1	2	1	2	1	SI	1	1	1	2	3	NO SE REALIZO	NINGUNA	1	7		
176	2	2	2	4	2	1	2	1	1	1	SI	1	1	1	2	3	NO SE REALIZO	NINGUNA	2	1		
177	2	1	2	4	2	1	2	1	2	1	SI	1	1	1	2	3	NO SE REALIZO	NINGUNA	1	7		
178	2	2	2	4	1	2	2	2	1	1	SI	1	1	1	2	3	NO SE REALIZO	NINGUNA	2	1		
179	2	1	2	4	1	1	2	1	1	1	SI	1	1	1	2	3	MEJOR A 10	NINGUNA	SI	1		
180	2	1	2	4	1	1	2	1	1	1	SI	1	2	1	2	3	MEJOR A 10	NINGUNA	1	7		
181	2	1	2	4	2	1	2	2	2	1	SI	1	1	1	2	3	ENTRE 10-20	NINGUNA	1	7		
182																						

Datos +

60% 10:23 4/04/2023

## Anexo 04-A: BASE Y ANÁLISIS DE FRECUENCIA Y GRÁFICOS EN SPSS

\*Sin título2.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	Edad	Numérico	1	0		Ninguno	Ninguno	4	Derecha	Nominal	Entrada
2	Sexo	Numérico	1	0		Ninguno	Ninguno	5	Derecha	Nominal	Entrada
3	Procedencia	Numérico	1	0		Ninguno	Ninguno	4	Derecha	Nominal	Entrada
4	ETIOLOGIA	Numérico	1	0		Ninguno	Ninguno	3	Derecha	Nominal	Entrada
5	Antecedent...	Numérico	1	0	Antecedente de...	Ninguno	Ninguno	3	Derecha	Nominal	Entrada
6	Estación del...	Numérico	1	0	Estación del añ...	Ninguno	Ninguno	3	Derecha	Nominal	Entrada
7	Tiempodeen...	Numérico	1	0	Tiempo de enfe...	Ninguno	Ninguno	3	Derecha	Nominal	Entrada
8	Formaclínica	Numérico	1	0	Forma clínica	Ninguno	Ninguno	4	Derecha	Nominal	Entrada
9	Fiebre	Numérico	1	0		Ninguno	Ninguno	3	Derecha	Nominal	Entrada
10	Dolorabdom...	Numérico	1	0	Dolor abdominal	Ninguno	Ninguno	3	Derecha	Nominal	Entrada
11	Nauseasyvo...	Numérico	1	0	Nauseas y vom...	Ninguno	Ninguno	5	Derecha	Nominal	Entrada
12	Tenesmo	Numérico	1	0		Ninguno	Ninguno	6	Derecha	Nominal	Entrada
13	Diarrea	Cadena	2	0		Ninguno	Ninguno	1	Izquierda	Nominal	Entrada
14	Meteorismo	Numérico	1	0		Ninguno	Ninguno	2	Derecha	Nominal	Entrada
15	Hipoxia	Numérico	1	0		Ninguno	Ninguno	2	Derecha	Nominal	Entrada
16	Pujo	Numérico	1	0		Ninguno	Ninguno	5	Derecha	Nominal	Entrada
17	Gradodedes...	Numérico	1	0	Grado de deshi...	Ninguno	Ninguno	6	Derecha	Nominal	Entrada
18	Rehidrataci...	Numérico	1	0	Rehidratación o...	Ninguno	Ninguno	7	Derecha	Nominal	Entrada
19	LEUCOCIT...	Cadena	13	0	LEUCOCITOS ...	Ninguno	Ninguno	15	Izquierda	Nominal	Entrada
20	GERMENAI...	Cadena	32	0	GERMEN AISL...	Ninguno	Ninguno	14	Izquierda	Nominal	Entrada
21	USODEANT...	Numérico	2	0	USO DE ANTI...	Ninguno	Ninguno	7	Derecha	Nominal	Entrada
22	ANTIBIOTICO	Numérico	1	0		Ninguno	Ninguno	4	Derecha	Nominal	Entrada
23											
24											

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode: ON

Buscar 27°C 10:15 4/04/2023



## Anexo 04-B: BASE Y ANÁLISIS DE FRECUENCIA Y GRÁFICOS EN SPSS

\*Sin título2.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

1: Meteosismo 1 Visible: 22 de 22 variables

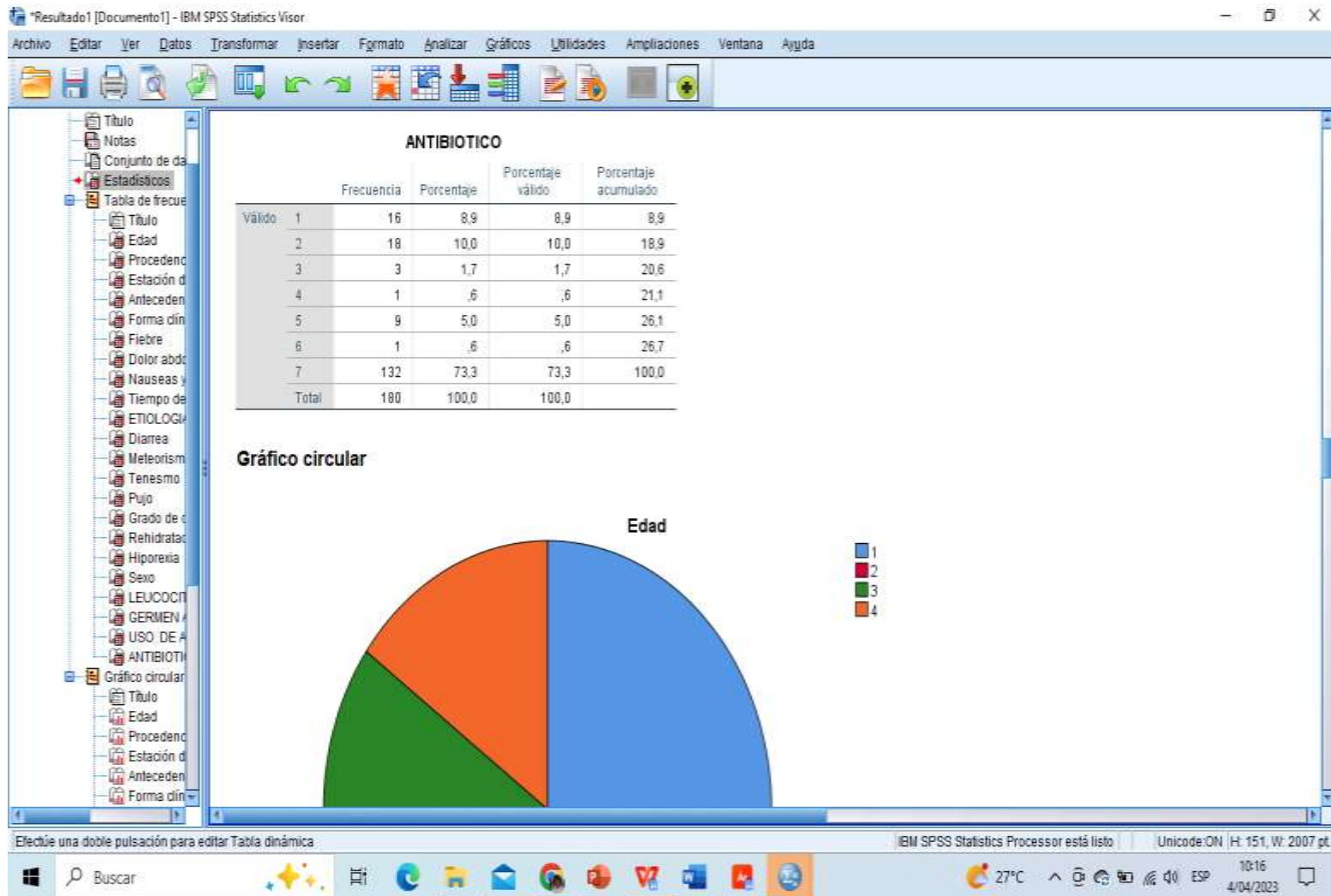
	Edad	Sexo	Precienc	ET	Ante	Est	T	Fo	F	I	Nau	Tenes	Di	Met	Hip	Pujo	Grad	Rehidrat	LEUCOCITOSE	GERMENAISLAD	USODE	AN	var
																			CESPORCAMPO	O	ANTIM	TIE	
																					CROBIA	OTI	
1	4	2	2	1	2	3	1	1	2	2	2	12	1	1	1	2	3	MENOR A 10	NINGUNA	1	7		
2	1	2	2	1	1	3	1	1	2	1	2	12	1	1	1	2	3	MAYOR A 20	NINGUNA	1	3		
3	3	2	2	3	2	3	1	1	2	1	2	12	1	1	1	2	3	MAYOR A 20	GIARDIA LAMBLIA	2	5		
4	3	1	2	1	2	3	1	1	2	1	1	12	1	1	1	2	3	NO SE REALIZO	NINGUNA	1	7		
5	2	1	2	2	2	3	1	1	1	1	2	12	1	1	1	2	3	NO SE REALIZO	NINGUNA	2	2		
6	3	2	2	3	2	3	1	1	1	1	2	12	1	1	1	1	3	NEGATIVO	GIARDIA LAMBLIA	1	7		
7	2	2	2	2	2	3	1	1	1	1	2	12	1	1	1	2	3	MENOR A 10	NINGUNA	2	1		
8	2	2	1	1	2	3	1	1	2	1	1	12	1	1	1	2	3	NO SE REALIZO	NINGUNA	1	7		
9	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	12	1	2	1	2	3	MENOR A 10	ADENOVIRUS	1	7		
10	1	2	2	1	2	1	2	1	1	1	2	12	1	1	1	2	3	MAYOR A 20	NINGUNA	1	7		
11	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	2	12	1	1	1	2	3	NO SE REALIZO	NINGUNA	1	7		
12	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	2	12	1	1	1	2	3	NO SE REALIZO	NINGUNA	2	2		
13	3	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	12	1	1	1	2	3	NO SE REALIZO	NINGUNA	1	7		
14	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	12	1	1	1	2	3	NO SE REALIZO	NINGUNA	1	7		
15	1	2	2	1	2	1	1	1	2	1	1	12	1	1	1	2	3	MAYOR A 20	NINGUNA	1	7		
16	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2	12	1	2	1	2	3	NO SE REALIZO	NINGUNA	1	7		
17	2	2	2	1	2	2	1	1	1	2	2	12	1	2	1	2	3	MENOR A 10	NINGUNA	1	7		
18	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	12	1	1	1	2	3	NO SE REALIZO	NINGUNA	1	7		
19	3	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	12	1	1	1	2	3	NO SE REALIZO	NINGUNA	1	7		
20	3	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	12	1	1	1	2	3	ENTRE 10 - 20	NINGUNA	1	7		
21	2	2	2	1	2	2	1	1	2	1	2	12	1	1	1	2	3	NO SE REALIZO	NINGUNA	1	7		
22	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2	12	1	1	1	2	3	NO SE REALIZO	NINGUNA	1	7		

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode ON

Buscar 27°C 10:15 4/04/2023

## Anexo 04-C: BASE Y ANÁLISIS DE FRECUENCIA Y GRÁFICOS EN SPSS



## Anexo 04-D: BASE Y ANÁLISIS DE FRECUENCIA Y GRÁFICOS EN SPSS

\*Resultado1 [Documento1] - IBM SPSS Statistics Visor

Archivo Editar Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

[ConjuntoDatos1] C:\Users\ANTOLINO\Downloads\Sin título2.sav

### Estadísticos

	Edad	Procedencia	Estación del año que se presentó la DAI	Antecedente de vacunas completas para la edad	Forma clínica	Fiebre	Dolor abdominal	Nauseas y vomitos	Tiempo de enfermedad	ETIOLOGIA	Diarrea	Meteoris
N	Válido 180	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180
	Perdidos 0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

### Tabla de frecuencia

#### Edad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	46	25,6	25,6	25,6
2	65	36,1	36,1	61,7
3	42	23,3	23,3	85,0
4	27	15,0	15,0	100,0
Total	180	100,0	100,0	

#### Procedencia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	5	2,8	2,8	2,8
2	175	97,2	97,2	100,0

IBM SPSS Statistics Processor está listo Área de recuento de casos

27°C 10:15 4/04/2023

ANEXOS

Anexo 05: Matriz de Consistencia

Tabla 1 matriz de consistencia

**Título: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y TERAPÉUTICAS DE LA DIARREA AGUDA INFECCIOSA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL REGIONAL HUACHO 2022**

Formulación del Problema	Objetivos	Hipótesis	Instrumento
<b>Problema general</b>	<b>Objetivo general</b>	<b>Hipótesis general</b>	
¿Cuáles son las características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022?	Determinar las características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022.	Existen características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022.	Ficha de recolección de dato
<b>Problemas específicos</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>Hipótesis específico</b>	
1. ¿Cuál es la prevalencia de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022?	1. Determinar la prevalencia de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022.	1. La prevalencia es alta en la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022.	Ficha de recolección de dato

2. ¿Cuál es el rango de edad más afectado en la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022?

3. ¿Cuál es el género más afectado en la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022?

4. ¿Cuál es el lugar procedencia en la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022?

5. ¿Cuál es la etiología de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022?

6. ¿Cuál es el estado vacunal contra rotavirus de los pacientes pediátricos con diarrea aguda

2. Determinar el rango de edad más afectado en la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022.

3. Determinar el género más afectado en la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022.

4. Determinar el lugar de procedencia en la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022.

5. Identificar la etiología de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022.

6. Determinar el estado vacunal contra rotavirus de los pacientes pediátricos

2. El rango de edad menor de 5 años de edad es el más afectado en la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022.

3. El género masculino es el más afectado en la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022.

4. El área rural es el lugar de procedencia más afectado en la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022.

5. La etiología viral es la más frecuente en la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022.

6. Las 2/3 parte de los pacientes pediátricos con DAI cuenta con

infecciosa del Hospital Regional Huacho 2022?

7. ¿Cuál es la estación del año más frecuente de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022?

8. ¿Cuál es el tiempo de enfermedad de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022?

9. ¿Cuál es el tiempo de estancia hospitalaria más frecuente de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022?

10. ¿Cuál es la forma clínica de la diarrea aguda infecciosa en pacientes

con diarrea aguda infecciosa del Hospital Regional Huacho 2022.

7. Determinar la estación del año más frecuente de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022

8. Determinar el tiempo de enfermedad de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022.

9. Determinar el tiempo de estancia hospitalaria más frecuente de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022.

10. Determinar la forma clínica de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022.

vacunas completas de rotavirus en el Hospital Regional Huacho 2022.

7. La estación verano del año es la más frecuente de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022.

8. El tiempo de enfermedad es de 1 semana en la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022.

9. El tiempo de estancia hospitalaria más frecuente es de 2 días en la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022.

10. La forma clínica acuosa es la más frecuente en la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022.

pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022?

11. ¿Cuáles son los signos y síntomas de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022?

12. ¿Cuál es el grado de deshidratación en la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022?

13. ¿Cuál es la terapéutica de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022?

11. Determinar los signos y síntomas de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022.

12. Determinar el grado de deshidratación en la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022

13. Determinar la terapéutica de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022.

11. El dolor abdominal, vómitos, diarrea y fiebre son los signos y síntomas más frecuentes en la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022.

12. El grado leve de deshidratación es la más frecuente en la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del hospital regional huacho 2022.

13. Los tipos de terapéutica son antibióticos y rehidratación oral en la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022.

---

## **Anexo 06: Ficha de recolección de datos**

**UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA - E.A.P. DE MEDICINA HUMANA**

La presente guía de observación nos permitirá registrar la conducta o actividad observada de los casos de las “**Características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional de Huacho 2022**”

Número de ficha: \_\_\_\_\_. Número de historia clínica: \_\_\_\_\_.

### **I. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS**

#### **1. Grupo etáreo**

- (1) 1 meses – 11 meses
- (2) 12 meses – 23 meses
- (3) 24 meses – 59 meses
- (4) 5 años – menor de 14 años

#### **2. Sexo:**

- (1) Masculino
- (2) Femenino

#### **3. Lugar de procedencia**

- (1) Rural
- (2) Urbano

#### **4. Etiología**

- (1) Viral
- (2) Bacteriano
- (2) Parasitario



## **5. Antecedente de vacunas completas para la edad**

(1) No

(2) Sí

## **6. Estación del año que se presentó la DAI**

(1) Otoño: 20 de marzo 04:01 a. m. - 20 de junio

(2) Invierno: 20 de junio 09:42 p. m. - 22 de septiembre

(3) Primavera: 22 de septiembre 01:19 p. m. - 21 de diciembre

(4) Verano: 21 de diciembre 10:03 a. m. - 20 de marzo

## **II. Características clínicas**

### **1. Tiempo de enfermedad:**

(1) 0 – 7 d

(2) 8 – 14 d

### **2. Tiempo de estancia hospitalaria**

(1) 1 d

(2) 2 d

(3) 3 d

(4) 4 d

(5) 5 d

(7) .....

### **2. Forma clínica:**

(1) Diarrea acuosa

(2) Diarrea disintérica

### **3. Signos y síntomas:**

- Dolor abdominal
- Fiebre
- Vómitos
- Meteorismo
- Diarrea

- Tenesmo

### **3. Grado de deshidratación:**

- (1) Leve
- (2) Moderado
- (3) Severa

### **4. Rehidratación oral:**

- (1) Plan A
- (2) Plan B
- (3) Plan C

## **II. Características terapéuticas**

### **5. Antimicrobianos:**

- (1) No
- (2) Si

### **6. Antimicrobiano indicado:**

- (1) Azitromicina
- (2) ceftriaxona
- (3) Amikacina
- (4) Ceftazidima
- (5) Metronidazol
- (6) Albendazol
- (7) Ninguna

Ficha elaborada y diseñado por el autor

Revisada y aprobado por el asesor

**ANEXO 07. VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE INSTRUMENTO POR JUICIO DE  
EXPERTOS**

**CARTA DE PRESENTACIÓN**

**Presente**

**Asunto:** Validación de contenido de instrumento por Juicio de Expertos

Me es grato comunicarme con usted para manifestarle mi saludo cordial y así mismo, hacerle de conocimiento que, siendo estudiante de la escuela de Medicina Humana de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión y estando en búsqueda del título de Médico Cirujano, me dirijo a usted para exponerle lo siguiente: Que teniendo que realizar un juicio de expertos al proyecto que vengo realizando, titulado “CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y TERAPÉUTICAS DE LA DIARREA AGUDA INFECCIOSA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL REGIONAL HUACHO 2022” y requiriendo para tal fin la validación de mi instrumento por expertos en el tema y reconociendo su experiencia en este campo, me complace invitarlo a que forme parte del juicio crítico del instrumento presentado.

Adjuntó:

1. Carta de presentación
2. Matriz de consistencia
3. Instrumento
4. Matriz de validación de contenido por juicio de expertos

Me despido de usted, no sin antes reiterarle mi respeto y admiración, además del agradecimiento por anticipado por su participación en este trabajo de investigación. Atentamente

---

Rosales Pijo, Antolino Genaro



**UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN**  
**CUESTIONARIO DE VALIDACIÓN PARA JUECES SOBRE EL**  
**INSTRUMENTO**

**Proyecto de investigación:**

**“Características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de la diarrea aguda infecciosa en  
pacientes pediátricos del Hospital Regional de Huacho 2022”**

**Estimado: DR (a)** \_\_\_\_\_

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se solicita su revisión y opinión sobre el INSTRUMENTO del proyecto que se adjunta

CRITERIOS	TA	A	I	D	TD
1. ¿El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación?					
2. problema de investigation?					
3. ¿El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio?					
4. ¿La estructura del instrumento es adecuado?					
5. ¿El instrumento propuesto es adecuado?					
6. ¿La secuencia presentada de medición representa verdaderamente las variables de investigación?					
7. ¿El instrumento de medición representa verdaderamente las variables de investigación?					
8. ¿Los ítems son claros y entendibles?					
9. ¿El número de ítems es adecuado para su aplicación?					
10. ¿Las modalidades de respuesta son adecuadas para los ítems?					
11. ¿Los ítems presentan codificación de respuesta?					

A: Totalmente de acuerdo A: Acuerdo I: Indiferente D: Desacuerdo TD: Totalmente desacuerdo

Observaciones y sugerencias: \_\_\_\_\_



UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN  
CUESTIONARIO DE VALIDACIÓN PARA JUECES SOBRE EL  
INSTRUMENTO

Proyecto de investigación:

“Características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional de Huacho 2022”

Estimado: DR (a) César Humberto Rodríguez Gardin

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se solicita su revisión y opinión sobre el INSTRUMENTO del proyecto que se adjunta

CRITERIOS	TA	A	I	D	TD
1. ¿El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación?		X			
3. ¿El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio?		X			
4. ¿La estructura del instrumento es adecuado?		X			
5. ¿El instrumento propuesto es adecuado?		X			
6. ¿La secuencia presentada de medición representa verdaderamente las variables de investigación?		X			
7. ¿El instrumento de medición representa verdaderamente las variables de investigación?		X			
8. ¿Los ítems son claros y entendibles?		X			
9. ¿El número de ítems es adecuado para su aplicación?		X			
10. ¿Las modalidades de respuesta son adecuadas para los ítems?		X			
11. ¿Los ítems presentan codificación de respuesta?		X			

A: Totalmente de acuerdo A: Acuerdo I: Indiferente D: Desacuerdo TD: Totalmente desacuerdo

Observaciones y sugerencias: tener en cuenta (en consideración) las observaciones dadas por escrito en la ficha de recolección de datos.

*C. Rodríguez*

Dr. César Rodríguez Gardin  
MEDICO PEDIATRA  
C.M.P. 31864 P.N.E.23434



UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN  
CUESTIONARIO DE VALIDACIÓN PARA JUECES SOBRE EL  
INSTRUMENTO

Proyecto de investigación:

“Características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de la diarrea aguda infecciosa en  
pacientes pediátricos del Hospital Regional de Huacho 2022”

Estimado: DR (a) OMAR ORÉ NEYRA

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se solicita su revisión y opinión  
sobre el INSTRUMENTO del proyecto que se adjunta

CRITERIOS	TA	A	I	D	TD
1. ¿El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación?	X				
3. ¿El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio?	X				
4. ¿La estructura del instrumento es adecuado?	X				
5. ¿El instrumento propuesto es adecuado?	X				
6. ¿La secuencia presentada de medición representa verdaderamente las variables de investigación?	X				
7. ¿El instrumento de medición representa verdaderamente las variables de investigación?	X				
8. ¿Los ítems son claros y entendibles?	X				
9. ¿El número de ítems es adecuado para su aplicación?	X				
10. ¿Las modalidades de respuesta son adecuadas para los ítems?	X				
11. ¿Los ítems presentan codificación de respuesta?	X				

A: Totalmente de acuerdo A: Acuerdo I: Indiferente D: Desacuerdo TD: Totalmente desacuerdo

Observaciones y sugerencias: - Comi del grupo FORTALECER 1400

*Omar Oré Neyra*  
MÉDICO NEURÓLOGO  
M.P. 50000 R.M. 54009



UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN  
 CUESTIONARIO DE VALIDACIÓN PARA JUECES SOBRE EL  
 INSTRUMENTO

Proyecto de investigación:

“Características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de la diarrea aguda infecciosa en  
 pacientes pediátricos del Hospital Regional de Huacho 2022”

Estimado: DR (a) WILFREDO REMIGIO SIUVENTES MENDOZA

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se solicita su revisión y opinión  
 sobre el INSTRUMENTO del proyecto que se adjunta

CRITERIOS	TA	A	I	D	TD
1. ¿El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación?		X			
3. ¿El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio?		X			
4. ¿La estructura del instrumento es adecuado?		X			
5. ¿El instrumento propuesto es adecuado?	X				
6. ¿La secuencia presentada de medición representa verdaderamente las variables de investigación?		X			
7. ¿El instrumento de medición representa verdaderamente las variables de investigación?	X				
8. ¿Los ítems son claros y entendibles?		X			
9. ¿El número de ítems es adecuado para su aplicación?		X			
10. ¿Las modalidades de respuesta son adecuadas para los ítems?		X			
11. ¿Los ítems presentan codificación de respuesta?		X			

A: Totalmente de acuerdo A: Acuerdo I: Indiferente D: Desacuerdo TD: Totalmente desacuerdo

Observaciones y sugerencias: \_\_\_\_\_

*WILFREDO REMIGIO SIUVENTES MENDOZA*  
 MEDICO PEDIATRA  
 C.M.P. 38091 R.N.E. 28830

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	BAJA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
		1	2	3	4	5
1	CLARIDAD	¿El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación?			X	
2	OBJETIVIDAD	¿El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio?			X	
3	ACTUALIDAD	¿La estructura del instrumento es adecuado?			X	
4	ORGANIZACIÓN	¿El instrumento propuesto es adecuado?			X	
5	SUFICIENCIA	¿La secuencia presentada de medición representa verdaderamente las variables de investigación?			X	
6	PERTINENCIA	¿El instrumento de medición representa verdaderamente las variables de investigación?			X	
7	CONSISTENCIA	¿Los ítems son claros y entendibles?			X	
8	COHERENCIA	¿El número de ítems es adecuado para su aplicación?			X	
9	METODOLOGÍA	¿Las modalidades de respuesta son adecuadas para los ítems?			X	
10	APLICACIÓN	¿Los ítems presentan codificación de respuesta?			X	
CONTEO TOTAL DE MARCAS		0	0	0	10	0
(Realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)		A	B	C	D	E

Total ítems del cuestionario	11	COEFICIENTE DE VALIDEZ = $\frac{(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E)}{\text{Total indicadores} \times \text{Nro. Escala}}$	= $\frac{40}{50}$	= 0.8
------------------------------	----	--	-------------------	-------

IV CALIFICACIÓN GLOBAL

INTERVALO	CATEGORÍA	
[0.00 - 0.60]	Desaprobado	
[0.61 - 0.70]	Observado	
[0.71 - 1.00]	Aprobado	X

V OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

CUESTIONARIO APLICABLE

.....

.....

.....

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	BAJA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
		1	2	3	4	5
1	CLARIDAD	¿El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación?				X
2	OBJETIVIDAD	¿El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio?				X
3	ACTUALIDAD	¿La estructura del instrumento es adecuado?				X
4	ORGANIZACIÓN	¿El instrumento propuesto es adecuado?				X
5	SUFICIENCIA	¿La secuencia presentada de medición representa verdaderamente las variables de investigación?				X
6	PERTINENCIA	¿El instrumento de medición representa verdaderamente las variables de investigación?				X
7	CONSISTENCIA	¿Los ítems son claros y entendibles?				X
8	COHERENCIA	¿El número de ítems es adecuado para su aplicación?				X
9	METODOLOGÍA	¿Las modalidades de respuesta son adecuadas para los ítems?				X
10	APLICACIÓN	¿Los ítems presentan codificación de respuesta?				X
CONTEO TOTAL DE MARCAS		0	0	0	0	10
(Realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)		A	B	C	D	E

Total ítems del cuestionario	11	COEFICIENTE DE VALIDEZ = $\frac{(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E)}{\text{Total indicadores} \times \text{Nro. Escala}}$	= $\frac{50}{50}$	= 1.0
------------------------------	----	--	-------------------	-------

IV CALIFICACIÓN GLOBAL

INTERVALO	CATEGORÍA	
[0.00 - 0.60]	Desaprobado	
[0.61 - 0.70]	Observado	
[0.71 - 1.00]	Aprobado	X

V OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

CUESTIONARIO APLICABLE

.....

.....

.....



INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIEN	BAJA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
		TE				
		1	2	3	4	5
1	CLARIDAD				X	
2	OBJETIVIDAD				X	
3	ACTUALIDAD				X	
4	ORGANIZACIÓN					X
5	SUFICIENCIA				X	
6	PERTINENCIA					X
7	CONSISTENCIA				X	
8	COHERENCIA				X	
9	METODOLOGÍA				X	
10	APLICACIÓN				X	
<b>CONTEO TOTAL DE MARCAS</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>2</b>
(Realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>

Total ítems del cuestionario	<b>11</b>	COEFICIENTE DE VALIDEZ = $\frac{(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E)}{\text{Total indicadores} \times \text{Nro. Escala}}$	= $\frac{42}{50}$	= <b>0.8</b>
------------------------------	-----------	--	-------------------	--------------

#### IV CALIFICACIÓN GLOBAL

INTERVALO	CATEGORÍA	
[0.00 - 0.60]	Desaprobado	
[0.61 - 0.70]	Observado	
[0.71 - 1.00]	Aprobado	X

#### V OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

CUESTIONARIO APLICABLE  
 .....  
 .....  
 .....

#### EVALUACIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	GRADO/ESPECIALIDAD	COEFICIENTE DE VALIDEZ
1	CESAR RODRIGUEZ GARDIN	MEDICO PEDIATRA	0.8
2	OMAR ORE NEYRA	MEDICO PEDIATRA	1
3	WILFREDO SIFUENTES MENDOZA	MEDICO PEDIATRA	0.8
<b>Promedio</b>			<b>0.8</b>

Se ha realizado la validez conceptual del instrumento por juicio de expertos, para tal fin se solicitó la validación de 03 profesionales concedores de la realidad del nosocomio, la mayoría de ellos desempeña labores por más de 10 años como Médicos Pediatras y tienen reconocida trayectoria profesional y un alto índice de producción en investigación. Efectuado la consolidación de los resultados de la evaluación del instrumento de recolección de datos por parte de los expertos se ha determinado como promedio de coeficiente de validez 0,8% que establecen un nivel alto de aprobación.

**ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO:**



CARLOS E. VEGA MANRIQUE  
MEDICO PEDIATRA  
CMP: 36433 RNE: 22239

MP. CARLOS EMILIO VEGA MANRIQUE  
ASESOR DE TESIS



CARLOS SUQUILANDA FLORES  
MEDICO PEDIATRA  
C.M.P. N°25972 R.N.E. N° 18258

M.C. SUQUILANDA FLORES, CARLOS OVERTI  
PRESIDENTE



MC. EDGAR IVAN VALLADARES VERGARA  
CMP. 45012 REG. 36986

M.C. VALLADARES VERGARA, EDGAR IVAN  
SECRETARIO



Edgardo W. Cuevas Huari  
MEDICO CIRUJANO  
C.M.P. 26005

M.C. CUEVAS HUARI, EDGARDO WASHINGTON  
VOCAL