UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

ADHERENCIA A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA EN DIARREA AGUDA EN PEDIATRÍA EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO, 2023-2024.

Tesis para optar el título profesional de

MÉDICO CIRUJANO

LUIS FELIPE, VELA MORI

Pucallpa - Perú

2025

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

En Pucallpa, a los ...4..... días del mes de Diciembre del dos mil veinticinco, siendo las ...17.. horas, y de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, se reunieron en los ambientes del auditorio de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali, los miembros del Jurado Calificador de Tesis, para proceder con la evaluación de la tesis denominada **"ADHERENCIA A LA GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA EN DIARREA AGUDA EN PEDIATRÍA EN EL HOSPITAL AMAZONICO, 2023-2024"**, elaborado por el Bachiller en Medicina Humana **LUIS FELIPE VELA MORI.**

El Jurado Calificador de Tesis está conformado por los siguientes docentes:

M.C. EUGENIO ALFREDO FAUSTOR VILLAJUAN	(Presidente)
DRA. ARLENE ROSARIO FALCON GUERRA	(Miembro)
M.C. MG. BEATRIZ MERCEDES LUJAN DIVIZZIA	(Miembro)

Finalizado el acto de sustentación, luego de deliberar el Jurado y verificar los calificativos, se obtuvo el siguiente resultado de APROBADO..... por UNANIMIDAD con el calificativo de .17.(DIECISIETE) Quedando el sustentante graduado como Médico Cirujano, para que se le expida el TITULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO.

Pucallpa, ..04..... de Diciembre del 2025.

M.C. Eugenio Alfredo Faustor Villajuan
Presidente del Jurado Evaluador

Dra. Arlene Rosario Falcón Guerra
Miembro del Jurado Evaluador

M.C. Mg. Beatriz Mercedes Lujan Divizzia
Miembro del Jurado Evaluador

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESTA TESIS FUE APROBADA POR LOS MIEMBROS DEL JURADO CALIFICADOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI.

M.C. EUGENIO ALFREDO FAUSTOR VILLAJUAN
Presidente del Jurado Evaluador

DRA. ARLENE ROSARIO FALCON GUERRA
Miembro del Jurado Evaluador

M.C. MG. BEATRIZ MERCEDES LUJAN DIVIZZIA
Miembro del Jurado Evaluador

M.C. MG. LUIS ENRIQUE RUIZ SOLSOL
ASESOR DE TESIS

BACH. LUIS FELIPE VELA MORI
TESISTA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

DIRECCIÓN DE PRODUCCIÓN INTELECTUAL

CONSTANCIA

ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Nº V/687-2025.

La Dirección de Producción Intelectual de la Universidad Nacional de Ucayali, hace constar por la presente, que el trabajo académico de investigación, titulado:

"**ADHERENCIA A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA EN DIARREA AGUDA EN PEDIATRÍA EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO, 2023-2024**"

Autor(es)	:	**VELA MORI, LUIS FELIPE**
Facultad	:	**MEDICINA HUMANA**
Escuela	:	**MEDICINA HUMANA**
Asesor(a)	:	**Mg. RUIZ SOLSOL, LUIS ENRIQUE**

Presenta un **porcentaje de similitud de 1%,** verificado en el Sistema Antiplagio COMPILATIO,

De acuerdo a los criterios de porcentaje establecidos en el artículo 9 de la DIRECTIVA DE USO DEL SISTEMA ANTIPLAGIO, el cual indica que todo trabajo de investigación no debe superar el 10%. **En tal sentido, se declara, que el presente trabajo de investigación presenta un porcentaje aceptable de similitud,** procediéndose a emitir la presente Constancia de Originalidad de Trabajo de Investigación (COTI) a solicitud del asesor.

En señal de conformidad se firma y sella el presente documento.

Fecha: 18/11/2025

Dr. JOSÉ MANUEL CÁRDENAS BERNAOLA
Director de Producción Intelectual

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

DIRECCIÓN DE PRODUCCIÓN INTELECTUAL

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN

Repositorio de la Universidad Nacional de Ucayali

Yo, Luis FELIPE VELA MORI

Autor de la tesis titulada: "ADHERENCIA A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA EN DIARREA AGUDA EN PEDIATRÍA EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO, 2023 - 2024"

Sustentada el año: 2025

Asesor(a): M.C. Mg. LUIS ENRIQUE RUIZ SOLSOL

Facultad: MEDICINA HUMANA

Escuela Profesional: MEDICINA HUMANA

Autorizo la publicación:

PARCIAL [ ] TOTAL [X]

De mi trabajo de investigación en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali (www.repositorio.unu.edu.pe), bajo los siguientes términos:

Primero: Otorgo a la Universidad Nacional de Ucayali licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido el resumen) a través del Repositorio Institucional de la UNU, en formato digital sin modificar su contenido, en el Perú y en el extranjero; por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones.

Segundo: Declaro que la tesis es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, por tanto me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas, caso contrario, me hago único(a) responsable de investigaciones y observaciones futuras, de acuerdo a lo establecido en el estatuto de la Universidad Nacional de Ucayali, la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria y el Ministerio de Educación.

En señal de conformidad firmo la presente autorización.

Fecha: 4/12/2025

Email: luisfelipevelamori@gmail.com Firma:

Teléfono: 948272746 DNI: 72859220

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mis padres por su amor incondicional, su esfuerzo constante y por enseñarme que los sueños se alcanzan con disciplina y perseverancia. Esta meta es tanto suya como mía. A mi madre, que me enseñó a siempre salir adelante, a pesar de las adversidades. A mi padre, por creer siempre en mí, incluso cuando yo dudaba, esta tesis es el reflejo de sus enseñanzas. A mis docentes, por compartir sus conocimientos con vocación y paciencia. A mis compañeros y colegas, con quienes compartí largas horas de estudio, desvelos y aprendizajes. A mi asesor, por su guía, paciencia y orientación constante durante el desarrollo de este trabajo.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por brindarme la fortaleza y la perseverancia que necesite para poder culminar esta etapa universitaria.

A mis padres por su apoyo y amor incondicional, además de todos los sacrificios que realizaron para poder terminar este proceso.

A mis queridos docentes, por su noble labor de compartir sus conocimientos, guiarme y además observarme para poder enriquecer este trabajo.

A mis amigos, por su compañía, por motivarme y colaborar conmigo en momentos difíciles.

Para finalizar a todas las personas que de una u otra manera, contribuyeron para poder desarrollar y culminar esta tesis, mi más sincero agradecimiento

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA vi
AGRADECIMIENTOS vii
ÍNDICE GENERAL viii
ÍNDICE DE TABLAS x
ÍNDICE DE FIGURAS xi
ÍNDICE DE ANEXOS xii
RESUMEN xiii
ABSTRACT xiv
INTRODUCCION xv
CAPÍTULO I 16
PROBLEMA 16
1.1. Descripción del problema 16
1.2. Formulación del problema 17
1.2.1. Problema general 17
1.2.2. Problemas específicos 17
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 18
CAPÍTULO II 23
MARCO TEÓRICO 23
2.1. Antecedentes de la investigación 23
2.1.1. Antecedentes internacionales 23
2.1.2. Antecedentes nacionales 26
2.1.3. Antecedentes locales 26
2.2. Bases teóricas 27
2.3. Definición de términos básicos 45
2.4. Hipótesis y/o sistema de hipótesis 46
2.4.1. Hipótesis general 46

2.4.2. Hipótesis específicas 46
2.5. Variables 47
CAPÍTULO III 49
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN 49
3.1. Método de investigación 49
3.2. Población y muestra 50
3.3. Instrumentos de recolección de datos: 51
3.4. Procedimientos de recolección de datos: 51
3.5. Tratamiento de datos (pruebas estadísticas) 52
3.6. Aspectos éticos 52
CAPÍTULO IV 53
RESULTADOS 53
4.1. Resultados 53
4.2. Discusión de resultados 67
CONCLUSIONES 70
RECOMENDACIONES 71
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 72
ANEXOS 76

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Antecedentes de investigaciones sobre adherencia a guías clínicas en el manejo de diarrea aguda……..27

Tabla 2. Operacionalización de variables……48

Tabla 3. Evaluación clínica inicial……..53

Tabla 4. Clasificación del estado de hidratación……56

Tabla 5. Tratamiento instaurado……57

Tabla 6. Prescripción farmacológica……59

Tabla 7. Orientación al cuidador……61

Tabla 8. Nivel de adherencia a la Guía de Práctica Clínica (GPC) para el manejo de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos……..62

Tabla 9. Prueba de chi cuadrado entre el nivel de adherencia y la dimensión 1……63

Tabla 10. V de Cramer entre el nivel de adherencia y la dimensión 1……64

Tabla 11. Prueba de chi cuadrado entre el nivel de adherencia y la dimensión 2……64

Tabla 12. V de Cramer entre el nivel de adherencia y la dimensión 2……64

Tabla 13. Prueba de chi cuadrado entre el nivel de adherencia y la dimensión 3……..65

Tabla 14. V de Cramer entre el nivel de adherencia y la dimensión 3……65

Tabla 15. Prueba de chi cuadrado entre el nivel de adherencia y la dimensión 4……..65

Tabla 16. V de Cramer entre el nivel de adherencia y la dimensión 4……..66

Tabla 17. Prueba de chi cuadrado entre el nivel de adherencia y la dimensión 5……66

Tabla 18. V de Cramer entre el nivel de adherencia y la dimensión 5……66

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Grafico de barras del peso actual del niño……..53

Figura 2. Gráfico de barras del número y características de las deposiciones…….54

Figura 3. Gráfico de barras sobre la evaluación y registro del estado general……...54

Figura 4. Gráfico de barras sobre el registro de signos de deshidratación……..55

Figura 5. Gráfico de barras sobre el registro de signos de alarma……..55

Figura 6. Gráfico de barras sobre el registro de la clasificación del estado de hidratación…56

Figura 7. Gráfico de barras sobre la indicación del plan de rehidratación correspondiente (A, B o C)……57

Figura 8. Gráfica de barras sobre la utilización de sales de rehidratación oral o hidratación intravenosa……58

Figura 9. Gráfico de barras sobre la recomendación de continuar la lactancia materna o alimentación habitual……...58

Figura 10. Gráfico de barras sobre la indicación de zinc……..59

Figura 11. Gráfico de barras sobre la no prescripción de antidiarreicos contraindicados…60

Figura 12. Gráfico de barras sobre la prescripción de antibióticos según indicación clínica.60

Figura 13. Gráfica de barras sobre el registro de educación al cuidador sobre signos de alarma……61

Figura 14. Gráfico de barras sobre el cumplimiento sobre la orientación sobre la alimentación, hidratación y cuando regresar a consulta……62

Figura 15. Gráfica de barras sobre el nivel de adherencia a la Guía de Práctica Clínica (GPC) para el manejo de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos…….63

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Matriz De Consistencia 77
Anexo 2. Ficha De Recolección De Datos 79
Anexo 3. Juicio De Expertos 81
Anexo 4. Coeficiente de validez del contenido total (CVCt) 84
Anexo 5. Carta de aceptación 85
Anexo 6. Base de datos 86
Anexo 7. Guía de práctica clinica para el diagnostico y tratamiento de la diarrea o gastroenteritis aguda infecciosa en niños menores de 5 años. 87

RESUMEN

Introducción: La diarrea aguda es una causa importante de morbilidad infantil en Perú. Las Guías de Práctica Clínica (GPC) estandarizan su manejo, pero su aplicación efectiva requiere evaluación. **Objetivo:** Determinar el nivel de adherencia a la GPC para el manejo de diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos de 0 a 5 años en el Hospital Amazónico de Yarinacocha (2023-2024). **Metodología:** Estudio observacional, transversal y retrospectivo. Se revisaron 125 historias clínicas de pacientes hospitalizados mediante una ficha basada en la GPC nacional. El análisis incluyó estadística descriptiva y pruebas de asociación (Chi-cuadrado, V de Cramer). **Resultados:** La adherencia global fue baja (56,0%), regular (43,2%) y solo un caso fue alto (0,8%). Se observó alto cumplimiento en el registro del peso (99,2%) y en evitar antidiarreicos (92,8%). Las principales deficiencias fueron: clasificación del estado de hidratación (42,4% de cumplimiento), indicación de zinc (22,4%), recomendación de continuar la alimentación (47,2%) y educación sobre signos de alarma al cuidador (37,6%). El análisis estadístico confirmó asociaciones significativas ($p<0,05$) entre la adherencia global y cada dimensión evaluada. **Conclusión:** Existe una adherencia inadecuada a la GPC, con brechas críticas en componentes fundamentales del manejo clínico. Estos hallazgos destacan la necesidad de implementar estrategias de mejora, como capacitación focalizada, herramientas de apoyo a la decisión clínica y supervisión sistemática, para optimizar la calidad de la atención pediátrica en el establecimiento.

Palabras clave: Adherencia, Guía de práctica clínica, Diarrea aguda, Pediatría, Calidad de atención, Hospital Amazónico.

ABSTRACT

Introduction: Acute diarrhea is a significant cause of childhood morbidity in Peru. Clinical Practice Guidelines (CPGs) standardize its management, but their effective implementation requires evaluation. **Objective:** To determine the level of adherence to the CPG for the management of acute infectious diarrhea in pediatric patients aged 0 to 5 years at the Amazonian Hospital of Yarinacocha (2023-2024). **Methodology:** Observational, cross-sectional, retrospective study. Medical records of 125 hospitalized patients were reviewed using a data collection form based on the national CPG. Analysis included descriptive statistics and association tests (Chi-square, Cramer's V). **Results:** Overall adherence was low (56.0%), regular (43.2%), and only one case was high (0.8%). High compliance was observed in recording current weight (99.2%) and avoiding contraindicated antidiarrheals (92.8%). Major deficiencies were found in: classification of hydration status (42.4% compliance), zinc supplementation (22.4%), recommendation to continue feeding (47.2%), and caregiver education on warning signs (37.6%). Statistical analysis confirmed significant associations ($p<0.05$) between overall adherence and each evaluated dimension. **Conclusion:** There is inadequate adherence to the CPG, with critical gaps in fundamental components of clinical management. These findings highlight the need to implement improvement strategies, such as targeted training, clinical decision support tools, and systematic supervision, to optimize the quality of pediatric care at the institution.

Keywords: Adherence, Clinical practice guideline, Acute diarrhea, Pediatrics, Quality of care, Amazonian Hospital.

INTRODUCCION

La diarrea aguda es hasta estos tiempos una de las causas principales de morbilidad y mortalidad infantil en todo el mundo, con especial énfasis en los países en vías de desarrollo. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), millones de niños presentan cuadros de diarrea aguda al año, los cuales pueden llevar a la deshidratación y, en casos severos, a la muerte si no son tratados adecuadamente. En el Perú, a pesar de los avances en el acceso a servicios de salud y saneamiento básico, la diarrea aguda sigue siendo un importante problema de salud pública, particularmente en regiones con limitaciones socioeconómicas y sanitarias.

Para mejorar la atención y reducir las complicaciones derivadas de esta enfermedad, el Ministerio de Salud (MINSA) ha elaborado la Guía de Práctica Clínica (GPC) para el manejo de la diarrea aguda en niños, la cual establece lineamientos basados en la evidencia científica para un tratamiento oportuno, racional y seguro. Sin embargo, diversos estudios han mostrado que la adherencia de los profesionales de la salud a estas guías no siempre es óptima, lo que puede afectar la calidad del manejo clínico, aumentar el uso inadecuado de antibióticos y prolongar el tiempo de recuperación de los pacientes.

El Hospital Amazónico, ubicado en la región Ucayali, constituye un establecimiento de referencia para la atención pediátrica de la zona, recibiendo un elevado número de casos de diarrea aguda infantil. No obstante, hasta la fecha no se dispone de estudios locales que evalúen el grado de cumplimiento o adherencia del personal médico a las recomendaciones, lo cual resulta fundamental para identificar brechas en la atención y promover mejoras en la práctica clínica.

Por ello, el presente estudio titulado “Adherencia a la Guía de Práctica Clínica en diarrea aguda en pediatría en el Hospital Amazónico, 2023-2024” tiene como propósito determinar el nivel de adherencia del personal médico a las recomendaciones establecidas en dicha guía, así como describir los factores asociados a su cumplimiento.

Los resultados de esta investigación permitirán contribuir al fortalecimiento de la calidad de atención pediátrica, promover el uso racional de los recursos terapéuticos y apoyar las políticas institucionales orientadas a la mejora continua de los servicios de salud en el ámbito regional.

CAPÍTULO I
PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

La diarrea aguda infecciosa continúa siendo una de las principales causas de morbilidad en la población pediátrica de países en desarrollo. A nivel mundial, provoca alrededor de 525 000 muertes anuales en menores de cinco años, lo que refleja su persistente impacto sobre la salud infantil y la necesidad de intervenciones estandarizadas basadas en evidencia. (1)

En el Perú, las enfermedades diarreicas agudas representan uno de los motivos de consulta más frecuentes en los servicios de pediatría, con más de 600 000 casos registrados en 2022. (2)

Este comportamiento epidemiológico es especialmente crítico en regiones amazónicas como Ucayali, donde las limitaciones en infraestructura sanitaria y acceso a agua segura favorecen una mayor incidencia, reportándose cerca de 18 000 casos anuales en menores de cinco años. (3)

Ante este escenario, el Ministerio de Salud ha implementado Guías de Práctica Clínica (GPC) orientadas a uniformizar el proceso diagnóstico, el manejo terapéutico, incluyendo rehidratación, micronutrientes y uso racional de antibióticos, además del registro clínico adecuado. Estas guías constituyen una herramienta fundamental para reducir complicaciones, optimizar recursos y mejorar los resultados en salud. Sin embargo, diversos estudios han demostrado que la adherencia del personal de salud a las GPC es variable, observándose inconsistencias en la evaluación clínica, la clasificación de la severidad, la elección del plan terapéutico y la documentación de hallazgos relevantes. Tales brechas pueden generar variabilidad en la calidad de atención e impactar negativamente en la evolución del paciente pediátrico.(4,5)

En el Hospital Amazónico de Yarinacocha, centro de referencia regional en Ucayali, la diarrea aguda constituye un motivo recurrente de consulta en niños menores de cinco años. A pesar de ello, no se dispone de información actualizada que permita conocer en qué medida los profesionales del Servicio de Pediatría aplican las recomendaciones de la GPC vigente. Se desconoce, además, si existen deficiencias específicas en el proceso diagnóstico, en la selección del plan de rehidratación, en el uso de zinc o antibióticos, o en el registro clínico durante la atención.

Esta ausencia de evidencia local limita la capacidad institucional para identificar brechas, orientar capacitaciones, estandarizar prácticas y fortalecer la calidad del servicio. En este contexto, evaluar la adherencia a la GPC mediante un diseño transversal retrospectivo se vuelve pertinente, ya que permite analizar de manera sistemática los registros clínicos disponibles y determinar patrones reales de cumplimiento en condiciones rutinarias de atención.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

- ¿Cuál es el nivel de adherencia del personal de salud a la Guía de Práctica Clínica para el manejo de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos de 0 a 5 años en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Existe relación significativa entre el nivel de adherencia global a la Guía de Práctica Clínica y el cumplimiento de la dimensión de evaluación clínica inicial?
- ¿Existe relación significativa entre el nivel de adherencia global a la Guía de Práctica Clínica y el cumplimiento de la dimensión de clasificación del estado de hidratación?
- ¿Existe relación significativa entre el nivel de adherencia global a la Guía de Práctica Clínica y el cumplimiento de la dimensión de tratamiento instaurado?

- ¿Existe relación significativa entre el nivel de adherencia global a la Guía de Práctica Clínica y el cumplimiento de la dimensión de prescripción farmacológica?
- ¿Existe relación significativa entre el nivel de adherencia global a la Guía de Práctica Clínica y el cumplimiento de la dimensión de orientación al cuidador?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

- Determinar el nivel de adherencia del personal de salud a la Guía de Práctica Clínica para el manejo de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos de 0 a 5 años en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar la relación entre el nivel de adherencia global y el cumplimiento de la dimensión de evaluación clínica inicial.
- Determinar la relación entre el nivel de adherencia global y el cumplimiento de la dimensión de clasificación del estado de hidratación.
- Determinar la relación entre el nivel de adherencia global y el cumplimiento de la dimensión de tratamiento instaurado.
- Determinar la relación entre el nivel de adherencia global y el cumplimiento de la dimensión de prescripción farmacológica.
- Determinar la relación entre el nivel de adherencia global y el cumplimiento de la dimensión de orientación al cuidador.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Justificación Teórica

La presente investigación se fundamenta teóricamente en el papel de las Guías de Práctica Clínica (GPC) como herramientas de estandarización basadas en evidencia científica, particularmente relevantes en el contexto de la región Ucayali. Según el diagnóstico socioeconómico laboral de esta región, el aumento en los índices de pobreza monetaria agudiza la vulnerabilidad de la población pediátrica frente a enfermedades

como la diarrea aguda infecciosa, principal causa de morbilidad y mortalidad infantil. (6)

El Ministerio de Salud del Perú (MINSA) ha establecido GPC específicas para el manejo de la diarrea aguda, constituyendo un marco teórico-normativo que integra los pilares del manejo adecuado: evaluación clínica completa, uso racional de medicamentos, hidratación oral oportuna e identificación de signos de alarma. Estas guías representan la materialización de la medicina basada en evidencias en el contexto peruano, especialmente crucial en regiones como Ucayali con limitaciones estructurales en sus servicios de salud. (7)

Teóricamente, este estudio se enmarca en los modelos de implementación de guías clínicas, que explican la brecha entre la normativa establecida y su aplicación real en escenarios con alta demanda y limitaciones logísticas, como las documentadas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha. La evaluación de la adherencia a las GPC del MINSA permitirá comprender mejor los factores que influyen en la aplicación de protocolos estandarizados en contextos de recursos limitados.

La investigación contribuirá al cuerpo teórico sobre implementación de GPC en realidades amazónicas, generando evidencia sobre la viabilidad de aplicación de protocolos nacionales en contextos regionales específicos, y proporcionando insumos para el fortalecimiento teórico-práctico de los sistemas de salud en zonas de alta vulnerabilidad socioeconómica.

1.4.2. Justificación Practica

La presente investigación posee una clara utilidad práctica para el Hospital Amazónico de Yarinacocha y el sistema de salud regional. Los hallazgos del estudio proporcionarán evidencia concreta sobre los puntos críticos donde la adherencia a la Guía de Práctica Clínica para el manejo de diarrea aguda pediátrica requiere mejora, permitiendo dirigir intervenciones específicas hacia las dimensiones más afectadas.

Los resultados permitirán diseñar programas de capacitación dirigidos al personal de salud, focalizados en aquellos aspectos donde se

identifiquen mayores brechas de cumplimiento, como la clasificación del estado de hidratación, la suplementación con zinc o la educación al cuidador. Esta formación tendrá un impacto directo en la calidad de la atención, contribuyendo a reducir variabilidad en la práctica clínica y promoviendo un manejo estandarizado basado en evidencia. Además, el estudio ofrece insumos valiosos para la gestión hospitalaria, al identificar oportunidades de mejora en procesos asistenciales que pueden traducirse en una utilización más racional de medicamentos, especialmente antibióticos, y en la reducción de complicaciones por deshidratación no reconocida oportunamente.

1.4.3. Justificación Metodológica

El diseño metodológico seleccionado para esta investigación, analítico, observacional, transversal y retrospectivo, se fundamenta en su idoneidad para evaluar la adherencia a guías de práctica clínica en condiciones reales de práctica asistencial. La naturaleza retrospectiva del estudio permite capturar el comportamiento habitual del personal de salud sin la influencia del efecto Hawthorne que podría alterar los resultados en diseños prospectivos. Este enfoque resulta particularmente pertinente para evaluar la aplicación de normativas en contextos institucionales donde se busca identificar brechas entre lo establecido en los protocolos y lo ejecutado en la práctica clínica diaria.

La estrategia de revisión documental de historias clínicas mediante un instrumento estandarizado, basado en el formato validado por el INSNSB, garantiza la objetividad en la recolección de datos y permite la comparación sistemática de múltiples dimensiones del proceso asistencial. El carácter transversal del estudio facilita la evaluación simultánea de los diferentes componentes del manejo clínico, proporcionando una visión integral de la adherencia que sería más difícil de obtener mediante otros diseños metodológicos.

El análisis estadístico mediante pruebas de asociación como Chi-cuadrado y V de Cramer se justifica por la naturaleza categórica de las variables de estudio y por la necesidad de establecer no solo frecuencias de

cumplimiento, sino también relaciones entre la adherencia global y cada dimensión evaluada. Este enfoque analítico enriquece la interpretación de los hallazgos al permitir identificar qué aspectos del proceso asistencial presentan mayor asociación con la adherencia general, información crucial para priorizar intervenciones de mejora.

1.4.4. Justificación Social

Este estudio aborda un problema de salud pública que afecta especialmente a la población infantil de Ucayali, una región con importantes desafíos socioeconómicos. La investigación busca mejorar la calidad de la atención en diarrea aguda pediátrica, condición que impacta desproporcionadamente a los niños más vulnerables.

Al evaluar y mejorar la adherencia a las guías clínicas, el estudio contribuye directamente a reducir la morbimortalidad por diarrea en la región. Una atención estandarizada y basada en evidencia garantiza equidad en salud, beneficiando por igual a todos los niños atendidos en el Hospital Amazónico, independientemente de su condición social. La investigación fortalece la confianza de la comunidad en los servicios de salud locales y empodera a las familias mediante educación sobre prevención y manejo adecuado de la diarrea. Estos aspectos son cruciales en una región donde el acceso a servicios especializados es limitado.

Finalmente, el estudio se alinea con las políticas nacionales de reducir desigualdades en salud y mejorar el bienestar infantil, representando un aporte concreto al desarrollo social de Ucayali mediante la mejora de la salud de sus niños.

1.4.5. Justificación Económica

Este estudio busca optimizar los recursos del sistema de salud en Ucayali mediante la mejora en el manejo de la diarrea aguda infantil. La adherencia a las guías clínicas del MINSA reduce costos al promover tratamientos costo-efectivos como las sales de rehidratación oral y el zinc, evitando el uso innecesario de antibióticos y previniendo complicaciones que requieren hospitalización prolongada.

En una región con altos índices de pobreza como Ucayali, el manejo eficiente de la diarrea infantil disminuye los gastos de bolsillo de las familias y reduce el ausentismo laboral de los cuidadores. La investigación identifica áreas de mejora que permitirán una asignación más eficaz del presupuesto en salud, priorizando intervenciones de alto impacto y bajo costo.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes internacionales

Bravo, E. et. Al (2019) en México, en su tesis: "Adherencia a las guías clínicas para manejo de niños hospitalizados por diarrea aguda en el servicio de urgencias pediátricas del centenario hospital Miguel Hidalgo." (8) el trabajo tenía como Objetivo principal medir el grado de adherencia las guías de práctica clínica de diarrea aguda en pediatría, además de encontrar las debilidades que pueden ser mejoradas. Metodología: Se analizó las historias clínicas de 105 pacientes pediátricos con diagnósticos de diarrea aguda, Se usó un instrumento de ponderación el cual dio como resultado el grado de adherencia en cada situación, asimismo, se realizó el respectivo análisis estadístico. Resultados: Se encontró que, de los 105 casos, el 35% tenía una adherencia total, en el 28% de los casos se encontró una adherencia parcial, y en el 37% restante se encontró que existía una falta total de apego. Conclusiones: Se pudo concluir que el apego a las guías de práctica clínica es parecido a la descrita en las literaturas, no obstante, las dimensiones medidas no concuerdan con los estudios anteriores, esto debido a que existen factores externos que influyen, así como la preparación del personal de salud.

Nhon. T. et. Al (2020) en Vietnam, en su trabajo titulado: "Evaluación del uso de antibióticos en el tratamiento de la diarrea en pacientes hospitalizados en el Departamento de Pediatría del Hospital General Provincial de Kien Giang en 2019-2020". (9) El mismo que tiene como Objetivo principal: El de describir la situación sobre el uso de los medicamentos en el manejo de la diarrea y el de identificar los factores que influyen en la prescripción de antibióticos. Metodología: Estudio de tipo

descriptivo transversal en el cual se utilizaron las historias clínicas de 215 pacientes pediátricos hospitalizados con el diagnóstico de diarrea tratados con al menos un fármaco. Resultados: Se encontró que en casi el 72% se recetó al menos 1 antibiótico y en el 17% se recetó 2 antibióticos. Asimismo, se encontró que existió un aumento de glóbulos blancos en el 59% de los casos, en el 1,6% se encontraron heces con glóbulos rojos y/o blancos, en el 28% se encontró que tuvieron fiebre alta y en el 100% de los casos presentaron heces blandas con moco y sangre. También se evidenció que el antibiótico más usado fue la ceftriaxona en el 53,4% y el ciprofloxacino en el 12,4%, el promedio de días con antibióticos fue de 5 días. Conclusiones: El estudio concluyo que un poco más del 88% de los casos tenía coherencia con las recomendaciones dadas por la Organización Mundial de la Salud, asimismo, se encontró que la indicación concordante de antibiograma se dio en casi el 78% de los casos y también el estudio concluye en que en el 86% de los pacientes se dio la dosis adecuada de antibióticos.

Behera, P. et. Al (2021) en India, en su investigación denominada: "Adherencia de los médicos a las pautas estándar para el manejo de la diarrea durante el tratamiento de episodios de diarrea en menores de cinco años: un estudio en el este de la India". (10) Tiene como Objetivo principal: Medir la adherencia que tiene el personal médico hacia las recomendaciones estándar sobre el manejo de la diarrea en menores de 5 años. Metodología: Estudio de tipo transversal, fue llevado a cabo en 10 bloques del distrito de Kandhamal en Odisha, India. Se estudió en un periodo de tiempo comprendido entre Julio a agosto de 2018. Se seleccionó de manera aleatoria pacientes menores de 5 años con el diagnóstico de diarrea. Resultados: Se estudió 150 prescripciones de diarrea aguda en menores de 5 años, y se encontró que en el 80% de los casos se prescribió antibióticos, en más del 70% se indicó sales de rehidratación oral y zinc, no obstante, menos del 50% no se indicó la dosis ni la duración adecuada. En casi 90% de los casos no se registró el estado de hidratación del paciente además de que ningún caso tenía registrado el estado nutricional antes del tratamiento

de fluidoterapia. En poco más del 37% se indicó prebióticos, probióticos y antiespasmódicos juntos. Conclusión: El estudio concluye que la adherencia de los médicos a las recomendaciones sobre el manejo de la diarrea aguda en menores de 5 años fue deficiente. Por lo que, el estudio recomienda más investigaciones y capacitaciones para poder mejorar el manejo de la diarrea en pacientes pediátricos.

Castillo, K., Moreno, M. (2024) en México, en su investigación: Apego a la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda en Menores de 5 años" (11), tiene como Objetivo principal: Analizar la adherencia a las guías de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años. Metodología: Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, con una muestra de 113 historias clínicas con el diagnóstico de enfermedad diarreica aguda; muestreo probabilístico por conveniencia, se usó estadística descriptiva basado en medidas de tendencia central para las variables cuantitativas. Resultados: Se encontró que los del turno matutino presentan un mejor apego a las guías de práctica clínica. Conclusiones: Se evidenció que existe un paupérrimo apego hacia las guías de práctica clínica.

Arroyo-Picazo et. Al (2024) en México, en su estudio: "Apego a la guía de práctica clínica de diarrea aguda en niños" (12) el mismo que lleva por Objetivo principal: el de identificar la adherencia a la guía de práctica clínica sobre la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la diarrea aguda en pacientes pediátricos de 2 meses a 5 años. Métodos: Es un estudio de tipo transversal, analítico, se revisaron 96 historias clínicas de pacientes pediátricos con enfermedad diarreica aguda, tratados por médicos de familia. Se realizó un análisis bivariado con chi cuadrado. Resultados: Se encontró que, 25% de las historias clínicas presentaba un buen apego a las guías de práctica clínica. Se encontró también que un 56% de los casos presentaba un uso indiscriminado de los antibióticos. Conclusión: El estudio concluye diciendo que solo una cuarta parte de las historias clínicas tenía una buena adherencia a las guías de práctica clínica.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Salazar,J. (2024) en Lima, en su tesis: “Adherencia a Guías de Práctica Clínica en Diarrea Aguda en Pediatría de un hospital nacional de Lima-Perú, 2023-2024”. (13) el cual presenta el siguiente Objetivo principal: Evaluar la adherencia a las guías de práctica clínica de diarrea aguda infecciosa a través de las historias clínicas de pacientes pediátricos de 0 a 5 años. Metodología: Estudio de tipo descriptivo, transversal. Evaluó el apego a las recomendaciones de las GPC del ministerio de salud del Perú y además del Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. Resultados: Se encontró que el apego a las GPC fue del 92%, asimismo se evidencio que, en cuanto a los exámenes de laboratorio, fue el criterio que menos cumplimiento tuvo en relación con los demás criterios. Conclusiones: el trabajo concluye encontrando un adecuado apego a las GPC.

No existen más investigaciones nacionales relacionadas al presente tema de investigación.

2.1.3. Antecedentes locales

No existen investigaciones locales relacionadas al presente tema de investigación.

Tabla 1

Antecedentes de investigaciones sobre adherencia a guías clínicas en el manejo de diarrea aguda.

Autor / Año	País	Diseño y Muestra	Principales Hallazgos
Bravo, E. et. Al (2019)	México	Observacional, 105 historias clínicas	El apego a las guías de práctica clínica es parecido a la descrita en las literaturas.
Nhon. T. et. Al (2020)	Vietnam	Descriptivo, 215 pacientes pediátricos	Existió un gran porcentaje de adherencia.
Behera, P. et. Al (2021)	India	Transversal, 150 prescripciones de diarrea aguda	La adherencia de los médicos a las recomendaciones sobre el manejo de la diarrea aguda en menores de 5 años fue deficiente.
Autor / Año	**País**	**Diseño y Muestra**	**Principales Hallazgos**
Castillo, K. (2024)	México	Observacional, descriptivo, 113 historias clínicas	Se encontró un apego deficiente
Arroyo-Picazo et. Al (2024)	México	Transversal, 96 historias clínicas	Solo una cuarta parte de las historias clínicas tenía una buena adherencia a las guías de práctica clínica
Salazar,J. (2024)	Perú	Descriptivo, 94 historias clínicas	Existe adecuada adherencia a las Guías de Práctica Clínica

Nota: elaboración propia

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Guías de práctica clínica

Según la definición del Ministerio de Salud del Perú, una guía de práctica clínica se define como un documento elaborado para promover la adecuada toma de decisiones en salud del profesional de la salud y del propio paciente y basada en recomendaciones desarrolladas sistemáticamente. (14,15) Por otro lado, las guías de práctica clínica de la OMS se definen como "propuestas diseñadas para ayudar a los usuarios a tomar decisiones

informadas sobre la utilidad de intervenciones específicas, ensayos clínicos o medidas de salud pública, así como a determinar el momento y lugar apropiados para su implementación. Además, estas recomendaciones facilitan la selección y priorización entre diferentes opciones de intervención." (16,17) Las guías clínicas son una herramienta esencial en sistemas de salud complejos, así como para los profesionales de la salud que utilizan la medicina basada en evidencia. Su uso contribuye a la atención del paciente y tiene un impacto positivo en el funcionamiento de los sistemas de salud. (18,19)

Las recomendaciones utilizadas para la elaboración de guías de práctica clínica se basan principalmente en la evidencia científica, así como en el conocimiento adquirido en la práctica diaria para gestionar mejores patologías específicas.(13) Se ha evidenciado que herramientas de apoyo como lo son las guías de práctica clínica que influyen en la toma de decisiones clínicas disminuye el tiempo de tomas de decisiones y la carga que hay sobre este. (20)

Existen diversos tipos de guías, no obstante, las que se utilizan como ayuda en la toma de las decisiones clínica se les conoce como guías basadas en evidencia, estás guías son desarrolladas a través de una rigurosa metodología la misma que se basa en revisiones de tipo sistemáticas de las diversas literaturas. (16)

2.2.2. Nivel de cumplimiento de las guías de práctica clínica

El nivel de cumplimiento o nivel de adherencia va a garantizar que el personal médico y de salud en general puedan guiarse a través de recomendaciones con evidencia científica para un mejor manejo de las patologías. (17) No obstante, la adherencia como tal a las guías de práctica clínica va a ser definida como el nivel de apego o grado de cumplimiento por parte del profesional médico y el personal de salud en general de las recomendaciones que se brindan en las guías de práctica clínica, esto con la finalidad de una mejor toma de decisiones además de mejorar la práctica clínica en beneficio del paciente. (13)

La importancia del apego hacia las guías de práctica clínica surge debido a que existen limitaciones en cuanto a su cumplimiento, esto debido a diversos factores, como por ejemplo la inseguridad que siente el personal de salud sobre como adherirse a las guías de práctica cuando estás son extensas y ambiguas; además podrían sentirse presionados por las constantes actualizaciones que suelen tener las guías de práctica clínica. Esta situación de la deficiente adherencia no solo se da a nivel nacional, estudios refieren que esta falta de adherencia se da a nivel mundial. (21–23)

En el Perú, el ministerio de salud elaboró un documento denominado: "Metodología para la elaboración de guías de práctica clínica", esto con el fin de buscar mejorar la atención. (15) Asimismo, en cada institución existe una unidad de gestión de calidad encargada de brindar apoyo para la elaboración de las guías de práctica clínica. Estas unidades también miden la adherencia de las GPC para luego realizar un informe con los resultados, para posteriormente realizar recomendaciones. (23)

En el seguro social del Perú se observa un proceso de elaboración y de evaluación totalmente diferente, pues este lo realiza a través de su Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud (IETSI), este organismo se encarga de elaborar indicadores destinadas a cada recomendación además de evaluar la adherencia a través de una ficha especializada. (16)

2.2.3. Modelo de Adherencia de Haynes

El modelo de adherencia de Haynes plantea que el cumplimiento terapéutico es un proceso multifactorial influido por tres grandes dimensiones: factores relacionados con el paciente, con la enfermedad y con el tratamiento. Desde esta perspectiva, la adherencia no depende únicamente de la voluntad individual, sino de la interacción entre la comprensión del paciente sobre su condición, la complejidad del régimen terapéutico, la presencia de efectos adversos y el soporte que recibe del sistema de salud. Este modelo resulta especialmente relevante en el estudio de la adherencia a guías de práctica clínica, ya que permite identificar de manera estructurada las barreras y facilitadores que pueden afectar el

cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas por parte de los profesionales o cuidadores, contribuyendo así a mejorar la calidad de la atención y los resultados en salud. (24)

2.2.4. Modelo de Donabedian para la Calidad de Atención

El modelo de calidad de atención de Donabedian establece que la evaluación de los servicios de salud debe organizarse en tres componentes interrelacionados: estructura, proceso y resultados. La estructura hace referencia a los recursos físicos, humanos y organizacionales disponibles; el proceso comprende las acciones que realizan los profesionales de salud durante la atención, incluyendo la aplicación de guías clínicas; y los resultados corresponden a los efectos obtenidos en la salud de los pacientes. Este modelo permite analizar de manera integral cómo las condiciones institucionales y la ejecución del acto médico influyen directamente en la calidad final del cuidado. En investigaciones sobre adherencia a guías de práctica clínica, el enfoque de Donabedian ofrece un marco sólido para identificar brechas en la organización, variaciones en la práctica asistencial y oportunidades de mejora orientadas a optimizar los resultados en salud. (25)

2.2.5. Teoría del Cumplimiento Terapéutico (WHO, 2003)

La Organización Mundial de la Salud WHO (2003) plantea que la adherencia terapéutica es un fenómeno complejo determinado por la interacción de cinco dimensiones: factores socioeconómicos, factores relacionados con el sistema y el equipo de salud, características de la enfermedad, factores vinculados al tratamiento y aspectos propios del paciente. Esta teoría enfatiza que la falta de adherencia no puede atribuirse únicamente al comportamiento individual, sino que responde a múltiples barreras estructurales, cognitivas y contextuales que influyen en el cumplimiento de las recomendaciones clínicas. En el ámbito de la adherencia a guías de práctica clínica, este marco conceptual permite analizar cómo elementos como la disponibilidad de recursos, la capacitación del personal, la accesibilidad del servicio y la percepción de los cuidadores pueden

condicionar la correcta implementación de las recomendaciones, siendo clave para mejorar la calidad de atención y los resultados en salud. (26)

2.2.6. Diarrea Aguda Infecciosa

Se puede definir a la diarrea Aguda infecciosa a la disfunción del peristaltismo intestinal, lo que provoca la disminución de la consistencia de las evacuaciones además del aumento de la frecuencia. (11) La organización mundial de la salud (OMS) define a la diarrea como 3 o más deposiciones de consistencia blanda o líquidas cada 24 horas durante 3 a 14 días. (27)

Por otra parte, el Ministerio de salud del Perú en su Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda, define a esta patología como la disminución de la consistencia de las deposiciones y el aumento de las frecuencias de las evacuaciones, acompañado de síntomas como vómitos además de fiebre. También indica que en lactantes que tengan menos de 6 meses de edad con lactancia materna exclusiva es común que presenten deposiciones líquidas, no obstante, se debe tener cuidad cuando estas aumentan en frecuencia. (28)

La diarrea aguda infecciosa es una de las enfermedades más comunes en pediatría, con una cantidad significativa de pacientes a nivel mundial. (29) Esta enfermedad sigue siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil en todo el mundo.(30)

En el Perú, según el Centro Nacional de Epidemiología Prevención y Control de Enfermedades (CDC), en el año 2022 se identificó más de 1,4 millones de pacientes con diarrea aguda infecciosa, de los cuales más de la mitad fueron pacientes pediátricos. A nivel regional, Ucayali se encuentra entre las regiones con tasas elevadas de diarrea aguda infecciosa, en especial el distrito de Yarinacocha, pues las paupérrimas condiciones sanitarias, además del limitado acceso a agua potable agravan la situación.

- **Clasificación de Diarrea Aguda Infecciosa**

Se puede clasificar a la diarrea aguda infecciosa de diversos modos, ya sea por la duración, por su mecanismo fisiopatológico o por su etiología. A diferencia de la diarrea crónica, la diarrea aguda tiene una duración de

máximo 14 días. Según la etiología, la diarrea aguda infecciosa se puede clasificar como de origen viral, de origen bacteriano y de origen parasitario. En cuanto a mecanismos, la diarrea aguda infecciosa puede ser osmótico, secretora, exudativo o por trastornos del movimiento intestinal. En el ámbito de la pediatría, la forma más común de diarrea aguda infecciosa es el de origen viral. (4,13)

Una correcta clasificación permitirá orientar de manera más precisa y eficiente el enfoque diagnóstico y terapéutico.

- **Etiología de la Diarrea Aguda infecciosa**

La etiología viral es la principal causa de diarrea en los pacientes pediátricos, representando del 70-90% del total de casos, donde predomina el rotavirus, el mismo que fue el principal motivo de hospitalizaciones además de complicaciones graves, no obstante, tanto las hospitalizaciones como las complicaciones disminuyeron gracias al plan de vacunación contra el rotavirus. Por otra parte, dentro de la etiología bacteriana tenemos a la *Shigella*, *Salmonella*, *Camylobacter* y a la Escherichia Coli enterotoxigénica y en menor medida la E. Coli enteroinvasiva. Asimismo, tenemos al *clostridium difficile,* bacteria anaeróbica, asociada a diarrea por antibióticos. (4,13,28,30)

En cuanto a la etiología de origen parasitaria tenemos que se encuentra en menos del 5% de los pacientes, entre los cuales tenemos al *Cryptosporidium, Giardia* y *E. histolytica*, los mismos que son más comunes en países en vías de desarrollo en donde se evidencia una gran deficiencia sanitaria. (4,30)

- **Fisiopatología de la Diarrea Aguda Infecciosa**

En el tubo digestivo a diario fluye una gran proporción de líquido siendo absorbida una gran parte de este por el intestino, por lo que se elimina solo una pequeña proporción por las heces. Entendiéndose de que en condiciones normales absorbe más líquidos de lo que se secreta. La diarrea se produce cuando existe una alteración de este mecanismo, pues la

absorción de los líquidos disminuirá y aumentará la secreción de estos al lumen. (12,13)

En la diarrea de origen infeccioso los patógenos colonizan el intestino y se apegan a las células. De acuerdo con el patógeno implicado se dará una producción de toxinas o la invasión de la mucosa intestinal. Por lo general, las enterotoxinas producen una alteración funcional en las proteínas encargadas de la transportación, lo que genera pérdidas de electrolitos por medio de las heces. Por otra parte, cuando invade la mucosa intestinal se dará origen a un proceso inflamatorio, provocando daño en las células epiteliales del intestino y en la submucosa, provocando la producción de moco, proteínas y hematíes que salen a la luz intestinal, esto conllevará a la disminución de la consistencia y al incremento del número de deposiciones. (4,29)

La consecuencia más común en la diarrea aguda infecciosa es la deshidratación, especialmente en población pediátrica, los niños se deshidratan con más rapidez que un adulto con DAI, esto porque existe una mayor pérdida insensible de agua justificado porque existe una mayor superficie corporal con relación al peso, también por la presencia de fiebre. En lactantes la filtración de sodio en los riñones es menor a diferencia del adulto. (28)

- **Manifestaciones clínicas de la Diarrea Aguda Infecciosa**

De manera general se sabe que la diarrea aguda es una patología autolimitada. Se pueden observar signos y síntomas a nivel del aparato digestivo como lo son: diarrea, nauseas y/o vómitos, dolor abdominal, meteorismo, pujo y tenesmo. Asimismo, la literatura describe que la diarrea aguda presentará síntomas generales e inespecíficos como: fiebre, malestar general, inapetencia, e incluso convulsiones. Cuando la diarrea es intensa y no se trata de manera adecuada puede provocar un cuadro de deshidratación, el cual puede manifestarse con el sensorio alterado, sed aumentada, signo del pliegue positivo, fontanelas deprimidas, mucosa oral y lengua seca, llanto sin lágrimas, ojos hundidos, taquicardia, llenado capilar

mayor a 2 segundos, pérdida de peso corporal, disminución del volumen de la orina, hipotensión, taquipnea y un patrón respiratorio acidótico.(13,28,31)

- **Criterios de evaluación clínica inicial**

La evaluación clínica inicial es el proceso mediante el cual el profesional de salud recolecta información relevante para determinar el estado de salud del niño con diarrea aguda. Esta etapa constituye un pilar fundamental en la atención, pues permite identificar factores de riesgo, clasificar la severidad de la deshidratación y orientar el plan terapéutico más adecuado.

Según Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Diarrea Aguda Infecciosa en Paciente Pediátrico (4), la evaluación clínica debe comprender de manera sistemática los siguientes criterios esenciales:

- ✓ **Anamnesis:** Se debe determinar la frecuencia y características de las deposiciones, diferenciando diarrea acuosa, mucosanguinolenta o persistente, ya que este dato orienta la sospecha etiológica y el uso racional de antibióticos en casos indicados (por ejemplo, disentería) (32).
- ✓ **Exploración física:** Se debe registrar el peso actual del paciente, indispensable para calcular los requerimientos de líquidos y el plan de rehidratación correspondiente. El peso corporal es también un indicador indirecto del estado nutricional, que puede influir en la evolución clínica, además es necesaria la evaluación del estado general, considerando el nivel de conciencia (alerta, irritable o letárgico), que constituye un criterio clave para detectar deshidratación grave y necesidad de manejo hospitalario inmediato.
- ✓ **Signos clínicos de deshidratación:** La presencia de ojos hundidos, la sed intensa o la elasticidad disminuida de la piel (pliegue cutáneo). La presencia de dos o más de estos signos define el grado de deshidratación según los criterios de la guía.
- ✓ **Signos de alarma:** como vómitos persistentes, rechazo de líquidos, sangre en las heces, fiebre elevada y convulsiones. Estos signos son

predictores de complicaciones y determinan la necesidad de referencia o vigilancia estrecha.

La Organización Mundial de la Salud, resalta que una evaluación clínica incompleta es uno de los principales factores que contribuyen a la inadecuada clasificación del estado de hidratación y, por tanto, al tratamiento erróneo. Diversos estudios han demostrado que la omisión de datos esenciales, como el peso o la evaluación del estado general, puede incrementar el riesgo de deshidratación grave, prolongar la estancia hospitalaria e incrementar la mortalidad en menores de 5 años (31).

En el contexto peruano, investigaciones realizadas en establecimientos de salud de primer y segundo nivel evidencian que el cumplimiento de los criterios de evaluación clínica inicial es variable. Estos hallazgos reflejan la importancia de evaluar de manera sistemática este proceso como indicador de calidad de atención.

2.2.7. Diagnóstico de la Diarrea Aguda Infecciosa

El diagnóstico de la diarrea aguda se dará por medio de una exhaustiva anamnesis, en el cual se busque y se evalué factores de riesgo, las posibles causa, además de profundizar en los síntomas y las características de las mismas, como por ejemplo, el tiempo de la enfermedad, la duración del cuadro así como la consistencia de las heces, frecuencia de las deposiciones, características de las deposiciones como el color y el olor, presencia de moco y/o sangre, presencia de fiebre, vómitos y otros síntomas mencionados anteriormente. Es importante conocer también, sobre los antecedentes del paciente, si tuvo episodios anteriores de diarrea, enfermedades respiratorias, y otras enfermedades de origen infeccioso como la malaria, sarampión de reciente aparición. Los hábitos alimenticios antes de la aparición del cuadro como los alimentos que se consumieron durante el cuadro, el tipo, la cantidad de líquidos, medicamentos y otros son datos importantes para la valoración del paciente.(4)

Por otra parte, es importante para el diagnóstico un examen físico completo y minucioso, se debe determinar de manera inmediata el estado de hidratación del paciente y sus funciones vitales.

- **Clasificación del estado de hidratación**

La clasificación del estado de hidratación es un proceso clínico fundamental en la atención del niño con diarrea aguda, ya que constituye la base para determinar la conducta terapéutica adecuada y prevenir complicaciones potencialmente graves. (33) La Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Diarrea Aguda Infecciosa en Paciente Pediátrico (4), lo clasifica relación a los signos y síntomas que presenta el paciente, el mismo que dependerá de la cantidad de líquido que el paciente ha perdido, y que se puede clasificar en tres grados importantes:

- ✓ Leve: El paciente no presenta signos clínicos de deshidratación y conserva un estado general adecuado.
- ✓ Moderado: Se identifica la presencia de dos o más signos clínicos, tales como sed intensa, ojos hundidos, pliegue cutáneo que se devuelve lentamente, e irritabilidad.
- ✓ Grave: El niño presenta signos de gravedad como letargia o inconsciencia, incapacidad para beber o succión muy débil, pulso filiforme y pliegue cutáneo que se devuelve muy lentamente.

La clasificación se fundamenta en la evaluación de parámetros clínicos simples pero confiables, que incluyen:

- ✓ Estado de conciencia (alerta, irritable, letárgico).
- ✓ Ojos hundidos.
- ✓ Sed y capacidad de beber.
- ✓ Elasticidad de la piel (pliegue cutáneo).

Según la Organización Mundial de la Salud, esta clasificación debe realizarse de forma sistemática en todos los casos de diarrea aguda.

La correcta identificación del grado de deshidratación permite definir el plan terapéutico correspondiente (Plan A, B o C) y disminuye significativamente el riesgo de progresión a choque hipovolémico o muerte.

La evidencia internacional respalda la alta sensibilidad y especificidad de la evaluación clínica estandarizada cuando es realizada adecuadamente por personal capacitado.

En el contexto peruano, investigaciones realizadas en establecimientos de salud han evidenciado que, a pesar de la existencia de normas claras, la clasificación del estado de hidratación no siempre se consigna de manera correcta ni se relaciona adecuadamente con el tratamiento instaurado. (32)

Por ello, la clasificación del estado de hidratación es considerada un indicador clave de la calidad del manejo clínico de la diarrea aguda y constituye un punto crítico a evaluar en los procesos de adherencia a la Guía de Práctica Clínica. Su aplicación rigurosa no solo contribuye a la reducción de la morbimortalidad infantil, sino que también fortalece la confianza de la familia y del cuidador en el sistema de salud.

- **Exámenes de apoyo al diagnóstico de la Diarrea Aguda Infecciosa**

De manera general no es recomendable realizar exámenes auxiliares, estas se pueden dar en situaciones específicas como por cuadros que duren más de 7 días, sospecha de una infección sistémica grave como bacteriemia o sepsis, presencia de moco o sangre en las heces, y en pacientes que presenten inmunosupresión, desnutrición moderada o severa y en lactantes menores de 3 meses. Para estos casos las Guía de práctica clínica recomiendan el examen de reacción inflamatoria en heces, coprocultivo, coprofuncional, examen parasitológico seriado, entre otros. (4,31)

En el caso de imágenes de diagnóstico se dará en casos de pacientes lactantes en los que se sospeche intususcepción o complicaciones como el íleo paralítico, para estos casos se pedirá radiografía de abdomen, ecografía de abdomen y tomografía axial computarizada de abdomen. Para pacientes con cuadro severos o tóxicos, que necesitan hospitalización, se puede solicitar, exámenes de gases arteriales, electrolitos séricos, o exámenes hematológicos. (4,13)

- **Manejo de la Diarrea Aguda Infecciosa**

Los objetivos del manejo de la diarrea consisten en la prevención y el tratamiento de la deshidratación, además de prevenir la injuria nutricional mediante la alimentación de paciente. Asimismo, de reducir la duración y la gravedad de la diarrea y la repetición del cuadro en episodios posteriores. (4)

El manejo terapéutico de la diarrea debe centrar en el manejo del cuadro y la rehidratación. Otro pilar importante en el tratamiento de diarrea aguda es el manejo de la deshidratación, para esto es importante poder identificar la presentación clínica, el peso perdido desde que comenzaron los episodios de diarrea y el grado de deshidratación que posee el paciente. La piedra angular del tratamiento de la deshidratación es la rehidratación oral con sales de rehidratación oral, recomendad por la Organización Mundial de la Salud para los grados leve y moderado de deshidratación, en los casos de deshidratación graves, se requerirá manejo endovenoso. Se debe continuar con la alimentación cotidiana, de ser el caso, se debe continuar con la lactancia materna, ya que esto ayuda con la recuperación intestinal y disminuye las probabilidades de malnutrición. Los antibióticos se mantienen para pacientes con sospecha o confirmación de diarrea de origen bacteriano invasivo, diarrea con sangre, fiebre alta persistente o pacientes inmunosuprimidos; el zinc también es recomendado debido a que ha demostrado eficacia para acortar la duración y la severidad del cuadro además de reducir su recurrencia, especialmente en niños menores de 5 años. (34,35)

En los últimos años se ha considerado que la microflora intestinal influye en el cuadro diarreico, es por esto que existen nuevos estudios que demuestran que los probióticos son beneficiosos pues modulan la respuesta inmune, esto a través de la producción de agentes microbianos y la competencia con patógenos intestinales por sus nutrientes y los sitios en los que se adhieren, sin embargo estos probióticos no se mencionan en la guía de práctica clínica elaborado por el Ministerio de Salud del Perú. (36)

En cuanto al manejo de la deshidratación las guías lo han divido según el grado de severidad en plan A, plan B y plan C.

2.2.8. Tratamiento de la Diarrea aguda infecciosa

El tratamiento de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos tiene como finalidad principal prevenir la deshidratación, corregir los trastornos hidroelectrolíticos y evitar complicaciones que comprometan la vida del niño. La Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Diarrea Aguda Infecciosa en Paciente Pediátrico, aprobada mediante Resolución Directoral N.º 000101-2022-DG-INSNSB, establece un enfoque terapéutico basado en el grado de deshidratación, la etiología probable y el estado nutricional del paciente. (4)

La guía propone tres esquemas terapéuticos fundamentales, conocidos como Plan A, B y C, los cuales deben ser seleccionados en función del estado de hidratación del niño:

- ✓ **Plan A:** dirigido a niños con deposiciones líquidas, pero sin signos de deshidratación. Incluye la administración domiciliaria de líquidos caseros y sales de rehidratación oral (SRO) después de cada deposición. Se enfatiza en la continuación de la lactancia materna, la alimentación habitual, orientación para evitar episodios futuros y la administración de Zinc.
- ✓ **Plan B:** diseñado para niños con deshidratación leve a moderada. Consiste en administrar SRO en establecimiento de salud, con vigilancia continua durante 4 horas, en una dosis estimada de 50 a 100 mL/kg de peso corporal.
- ✓ **Plan C:** reservado para casos de deshidratación grave o choque. Incluye la rehidratación intravenosa inmediata con soluciones como Ringer lactato o solución salina isotónica. La guía recomienda iniciar con un bolo de 20 mL/kg, seguido de evaluaciones clínicas periódicas. (4)

Cada uno de estos planes debe ir acompañado de la vigilancia clínica, la reposición de líquidos continuada y el seguimiento de signos de

alarma. El tratamiento debe individualizarse de acuerdo a la respuesta del paciente y a la presencia de comorbilidades.

Una recomendación central de la GPC es no suspender la alimentación durante el episodio diarreico. La lactancia materna debe mantenerse en todos los casos, incluso en estados de deshidratación, ya que proporciona líquidos, nutrientes y factores inmunológicos. Asimismo, se debe alentar el consumo de alimentos blandos, ricos en energía y fáciles de digerir una vez mejorado el estado general.

La guía enfatiza que la restricción alimentaria o el ayuno prolongado pueden agravar el estado nutricional del paciente y prolongar la duración de la diarrea.

Junto con la hidratación y la alimentación, se recomienda el uso obligatorio de zinc durante 10–14 días, por su efecto en la reducción de la duración y severidad del episodio. No se recomienda el uso de antidiarreicos como loperamida, ni de agentes antisecretores, por su falta de eficacia y potenciales efectos adversos.

Además, la GPC establece criterios claros para el uso racional de antibióticos, restringiéndolos solo a casos con sospecha de disentería, cólera, fiebre tifoidea u otras infecciones sistémicas evidentes. En la mayoría de los casos, la diarrea aguda infecciosa es de etiología viral y autolimitada, por lo que no requiere terapia antibiótica.

El tratamiento de la diarrea aguda en pacientes pediátricos debe ajustarse rigurosamente a los planes establecidos por la Guía de Práctica Clínica del MINSA (2022). La correcta selección del plan de hidratación, el mantenimiento de la alimentación, el uso de zinc y la prescripción racional de antibióticos son pilares clave que deben ser registrados en la historia clínica y evaluados como indicadores de calidad de atención y adherencia a la normativa nacional.

- **Prescripción farmacológica en la diarrea aguda infecciosa**

La prescripción farmacológica en la diarrea aguda infecciosa debe ser cuidadosamente seleccionada de acuerdo con la etiología probable y la

evaluación clínica, con el propósito de reducir la duración del episodio, prevenir complicaciones y evitar el uso innecesario de medicamentos. La Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Diarrea Aguda Infecciosa en Paciente Pediátrico del MINSA, actualiza las recomendaciones de manejo farmacológico, priorizando el uso racional de medicamentos y alineándose con los lineamientos de la OMS y UNICEF.

- ✓ **SRO:** Se recomienda el uso de SRO de osmolaridad reducida, en el caso del plan B la GPC te indica que se debe dar por boca a libre demanda, como mínimo en una dosis de 50 – 100 ml/kg de peso en 3-4 horas.
- ✓ **Zinc** como tratamiento coadyuvante esencial: Uno de los componentes fundamentales del tratamiento farmacológico es la administración de zinc, cuya eficacia ha sido ampliamente demostrada en la reducción de la duración y la gravedad de la diarrea, además disminuye futuros casos de diarrea en los próximos 2-3 meses. La GPC indica que todos los niños con diarrea aguda, independientemente del grado de deshidratación, deben recibir zinc en la siguiente dosis:

- 10 mg/día en menores de 6 meses.
- 20 mg/día en niños de 6 meses a 5 años.

La duración recomendada es de 10 días continuos.

La evidencia señala que el zinc disminuye la duración del episodio en aproximadamente un 25% y reduce la probabilidad de nuevos cuadros diarreicos en los siguientes dos a tres meses (37).

- ✓ **Antibióticos:** La diarrea aguda infecciosa es predominantemente de origen viral (rotavirus, norovirus), por lo que la prescripción rutinaria de antibióticos no está indicada. La GPC del MINSA establece criterios precisos para su uso, limitándolo a situaciones específicas:

- Disentería bacteriana (presencia de sangre visible en las heces).
- Sospecha o confirmación de cólera (diarrea acuosa profusa en contexto epidemiológico).
- Casos graves de fiebre tifoidea o infecciones sistémicas asociadas.

En estos escenarios, la selección del antibiótico se debe basar en el agente etiológico más probable y la susceptibilidad antimicrobiana local. Por ejemplo, en disentería se recomienda azitromicina o ciprofloxacino según la edad y el peso del paciente.

Estudios en Perú han evidenciado una tendencia a la prescripción excesiva de antibióticos sin justificación clínica, con tasas de uso inadecuado, lo que contribuye a la resistencia antimicrobiana y a eventos adversos. (32)

- ✓ **Restricción de antidiarreicos y otros fármacos**: La guía prohíbe expresamente el uso de loperamida y otros antidiarreicos en niños, debido a la falta de evidencia de beneficio clínico y al riesgo de complicaciones como íleo paralítico y toxicidad sistémica. Tampoco se recomiendan los antieméticos de manera rutinaria, salvo en casos seleccionados de vómito persistente que comprometan la rehidratación oral.

La Organización Mundial de la Salud y UNICEF coinciden en que la combinación de rehidratación oral y zinc es la intervención más costo-efectiva en países en desarrollo para reducir la morbilidad y mortalidad por diarrea. La restricción del uso de antibióticos y antidiarreicos contribuye a disminuir la resistencia bacteriana y las complicaciones iatrogénicas.(31)

Un metaanálisis Cochrane confirma que el zinc reduce la duración de la diarrea en un promedio de 12 horas y disminuye el riesgo de episodios posteriores. (37)

La prescripción farmacológica racional constituye un indicador clave de la calidad de atención en el manejo de la diarrea aguda. Su registro completo en la historia clínica permite evaluar la adherencia a la Guía de Práctica Clínica y detectar oportunidades de mejora en la práctica profesional.

- **Formas de prevención de la Diarrea Aguda Infecciosa**

Para prevenir la diarrea aguda, la guía dice que existen diversas medidas preventivas, como promover la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y la lactancia materna complementaria hasta los 2 años, lavarse las manos con agua y jabón antes de comer, después de ir al baño y después

de cambiar pañales, hervir o agregar cloro al agua antes de consumirla y almacenarla, fomentar el desecho de basura, manipulación adecuada de los alimentos, lavado de frutas y verduras con agua limpia, mantenimiento de la vajilla limpia y seguimiento de las vacunas, que deben incluir vacunas contra el rotavirus y el sarampión. (4,13,31)

- **Orientación al cuidador**

La orientación al cuidador es un componente esencial e ineludible en la atención integral de la diarrea aguda infecciosa en niños menores de 5 años. La Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Diarrea Aguda Infecciosa en Paciente Pediátrico, establece que toda consulta por diarrea debe incluir la educación a padres o cuidadores sobre el manejo domiciliario, los signos de alarma y la prevención de nuevos episodios.

Diversos estudios han demostrado que la información clara y comprensible proporcionada al cuidador reduce significativamente la morbilidad y mortalidad asociadas a la diarrea aguda. Según la Organización Mundial de la Salud (38), la falta de conocimiento sobre los signos de deshidratación y la preparación adecuada de sales de rehidratación oral (SRO) son causas frecuentes de retraso en la atención o complicaciones.

La orientación al cuidador también fortalece la capacidad de autocuidado, promueve prácticas de alimentación adecuadas y reduce la ansiedad familiar ante episodios repetidos.

La GPC establece que la orientación debe incluir al menos los siguientes aspectos:

1) **Reconocimiento de signos de alarma**, que ameritan acudir de inmediato a un establecimiento de salud:

- ✓ Rechazo persistente de líquidos.
- ✓ Vómitos continuos.
- ✓ Presencia de sangre en las heces.
- ✓ Somnolencia excesiva o pérdida de conciencia.
- ✓ Fiebre alta persistente.

2) **Preparación y administración correcta de SRO**: se debe explicar la forma de reconstituir el sobre en un litro de agua hervida, la cantidad a administrar después de cada deposición y la conservación del preparado.
3) **Recomendaciones de alimentación:** la guía enfatiza no suspender la lactancia materna ni la alimentación habitual. Se debe alentar el consumo de alimentos ricos en nutrientes y líquidos abundantes.
4) **Medidas de prevención:** lavado de manos, adecuada disposición de excretas, uso de agua segura y prácticas higiénicas en la preparación de alimentos.
5) **Seguimiento y control**: se debe informar cuándo retornar a consulta, incluso si el cuadro mejora parcialmente.

La orientación debe realizarse con lenguaje sencillo, adaptado al nivel cultural y educativo del cuidador, asegurando la comprensión mediante la técnica de repetición o "retroalimentación activa".

La normativa peruana resalta que la orientación debe quedar registrada en la historia clínica como evidencia de cumplimiento de la atención integral. La falta de registro se considera incumplimiento de los estándares de calidad en salud. La orientación al cuidador es un proceso educativo imprescindible en el manejo de la diarrea aguda infecciosa pediátrica. Su adecuada implementación, según la GPC del MINSA 2022, permite:

- ✓ Mejorar la capacidad de respuesta familiar ante signos de alarma.
- ✓ Aumentar el uso correcto de la SRO.
- ✓ Mantener prácticas adecuadas de alimentación.
- ✓ Prevenir complicaciones y reducir la mortalidad.

La evaluación del registro de este proceso en las historias clínicas constituye un indicador directo de la adherencia profesional a la guía clínica y de la calidad de la atención prestada.

2.3. Definición de términos básicos

- **Historia clínica**

Un documento médico legal que contiene información de identificación del paciente. El registro también contiene datos sobre diversos procesos relacionados con la atención al paciente. Estos datos están organizados, integrados, secuenciales, debiendo tenerse en cuenta que su registro se realiza de forma inmediata a la atención brindada por un médico u otro especialista de la salud a un paciente o usuario de atención médica. Este documento está firmado juntamente con su puño y letra o firma digital. (39)

- **Guía de práctica clínica**

Documento que contiene recomendaciones elaboradas de manera sistemática, que ofrece una ayuda a los profesionales médicos, de salud y pacientes en general para la toma de decisiones clínicas, con la finalidad de elegir el manejo más apropiado frente a los diferentes contextos clínicos. (17)

- **Adherencia a la guía de práctica clínica**

Describen el nivel de cumplimiento que tiene el personal médico y sanitario en general en relación a las recomendaciones que brindan las guías de práctica clínica, las mismas que están enfocadas en mejorar la toma de decisiones clínicas basado en evidencia científica confiable y actualizada. (16)

- **Diarrea aguda**

Se puede definir a la diarrea aguda como un trastorno intestinal que se va a caracterizar por el aumento de la frecuencia de las evacuaciones y la disminución de la consistencia, ocurridas en un periodo corto de máximo 14 días. (31)

- **Diarrea aguda infecciosa**

La diarrea aguda de origen infeccioso es el cuadro intestinal que tiene una duración breve, se da de manera brusca y que es provocado por un agente infeccioso, como virus, bacterias o parásitos, las cuales se manifiestan con deposiciones líquidas frecuentes y en algunas oportunidades con síntomas asociados como fiebre o dolor abdominal).

2.4. Hipótesis y/o sistema de hipótesis

2.4.1. Hipótesis general

- **H_1:** El nivel de adherencia del personal de salud a la Guía de Práctica Clínica para el manejo de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos de 0 a 5 años en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024 es predominantemente bajo (≤50%).
- **H_0:** El nivel de adherencia del personal de salud a la Guía de Práctica Clínica para el manejo de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos de 0 a 5 años en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024 no es predominantemente bajo (>50%).

2.4.2. Hipótesis específicas

- **Hi1:** Existe una relación significativa entre el nivel de adherencia global y el cumplimiento de la dimensión de evaluación clínica inicial.
- **$H_0$1:** No existe relación significativa entre el nivel de adherencia global y el cumplimiento de la dimensión de evaluación clínica inicial.
- **Hi2:** Existe una relación significativa entre el nivel de adherencia global y el cumplimiento de la dimensión de clasificación del estado de hidratación.
- **$H_0$2:** No existe relación significativa entre el nivel de adherencia global y el cumplimiento de la dimensión de clasificación del estado de hidratación.
- **Hi3:** Existe una relación significativa entre el nivel de adherencia global y el cumplimiento de la dimensión de tratamiento instaurado.
- **$H_0$3:** No existe relación significativa entre el nivel de adherencia global y el cumplimiento de la dimensión de tratamiento instaurado.
- **Hi4:** Existe una relación significativa entre el nivel de adherencia global y el cumplimiento de la dimensión de prescripción farmacológica.
- **$H_0$4:** No existe relación significativa entre el nivel de adherencia global y el cumplimiento de la dimensión de prescripción farmacológica.
- **Hi5:** Existe una relación significativa entre el nivel de adherencia global y el cumplimiento de la dimensión de orientación al cuidador.

- **H_o5:** No existe relación significativa entre el nivel de adherencia global y el cumplimiento de la dimensión de orientación al cuidador.

2.5. Variables

- **Variable independiente**
  - ✓ Evaluación clínica inicial
  - ✓ Clasificación del estado de hidratación
  - ✓ Tratamiento instaurado
  - ✓ Prescripción farmacológica
  - ✓ Orientación al cuidador
- **Variable dependiente**

  Nivel de adherencia

Tabla 2

Operacionalización de variables

Variable de caracterización	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	Escala	Valor final
Variable dependiente: Nivel de adherencia	Evaluación mediante lista de verificación de 14 ítems aplicada a historias clínicas.	Nivel de adherencia	0 = Baja (<10 ítems) 1 = Regular (10-12 ítems) 2 = Alta (13-14 ítems)	Ordinal - politómica	0 = Baja 1 = Regular 2 = Alta
Variable independiente: Evaluación clínica inicial	Registro de datos clínicos básicos según GPC (5 ítems)	Cumplimiento evaluación	0 = No cumple (<3 ítems) 1 = Cumple (≥3 ítems)	Ordinal - dicotómica	0 = No cumple 1 = Cumple
Clasificación del estado de hidratación	Registro explícito de clasificación de hidratación según GPC.	Cumplimiento clasificación	0 = No cumple 1 = Cumple	Nominal - dicotómica	0 = No cumple 1 = Cumple
Tratamiento instaurado	Aplicación de plan terapéutico según clasificación (3 ítems).	Cumplimiento tratamiento	0 = No cumple (<2 ítems) 1 = Cumple (≥2 ítems)	Ordinal - dicotómica	0 = No cumple 1 = Cumple
Prescripción farmacológica	Uso adecuado de medicamentos según GPC (3 ítems)	Cumplimiento prescripción	0 = No cumple (<2 ítems) 1 = Cumple (≥2 ítems)	Ordinal - dicotómica	0 = No cumple 1 = Cumple
Orientación al cuidador	Educación brindada al cuidador (2 ítems)	Cumplimiento orientación	0 = No cumple (<2 ítems) 1 = Cumple (2 ítems)	Ordinal - dicotómica	0 = No cumple 1 = Cumple

Nota: Elaboración propia

CAPÍTULO III
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Método de investigación

- **Enfoque cuantitativo**

Se empleó un enfoque cuantitativo para medir numéricamente la adherencia a las guías de práctica clínica mediante datos estructurados, lo que permitió un análisis estadístico objetivo y replicable.

- **Diseño no experimental**

El diseño fue no experimental, ya que no se manipuló ninguna variable, sino que se analizaron los datos de las historias clínicas tal como se registraron en la práctica clínica real. (40)

- **Corte transversal**

El estudio tuvo un corte transversal, pues los datos se recolectaron en un período específico (2023-2024), lo que permitió obtener una visión puntual de la adherencia en ese lapso. (40)

- **Carácter retrospectivo**

Fue retrospectivo porque se basó en historias clínicas de atenciones ya realizadas, lo que facilitó el acceso a la información sin interferir en la atención médica y optimizó el uso de recursos. (40)

- **Alcance descriptivo**

Tuvo un alcance descriptivo, orientado a caracterizar el nivel de adherencia sin buscar relaciones causales, identificando fortalezas y debilidades en la aplicación de las guías. (40)

- **Perspectiva observacional**

La perspectiva fue observacional, ya que el investigador no intervino en la práctica clínica, limitándose a revisar y registrar la información documentada en las historias. (40)

3.2. Población y muestra

Población: Se utilizaron las historias clínicas de los pacientes pediátricos en un rango de edad de 0 a 5 años, los mismos que tenían a la diarrea aguda infecciosa como diagnóstico de ingreso al servicio de hospitalización del Hospital Amazónico de Yarinacocha durante enero del 2023 hasta diciembre del 2024, con una población total de 181 historias clínicas.

Muestra: se utilizaron 125 historias clínicas luego de aplicar los criterios de inclusión y exclusión respectivamente.

Muestreo: Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que la investigación se centró en la revisión de historias clínicas de pacientes pediátricos con diagnóstico de diarrea aguda que cumplían criterios específicos de inclusión durante el periodo 2023-2024. Este tipo de muestreo resultó adecuado debido a la accesibilidad de los registros y a la factibilidad de recolectar datos de manera completa dentro de un contexto y tiempo determinados, lo que permitió alcanzar los objetivos planteados sin requerir una selección aleatoria.

Entre las principales limitaciones del muestreo no probabilístico se encuentra el riesgo de sesgo de selección, ya que la muestra pudo no ser representativa de toda la población de interés, lo que afecta la generalización de los resultados. Además, la ausencia de aleatorización impidió garantizar la equidad en la selección de los casos, lo que podría influir en la validez externa del estudio. Sin embargo, estas limitaciones fueron mitigadas mediante la aplicación de criterios de inclusión y exclusión claros, y mediante la transparencia en la descripción de la metodología utilizada.

Criterio de inclusión

1) Pacientes pediátricos con edad entre 0 y 5 años al momento del ingreso.
2) Diagnóstico principal de diarrea aguda infecciosa registrado en la historia clínica.

3) Ingreso al servicio de hospitalización del Hospital Amazónico de Yarinacocha entre enero de 2023 y diciembre de 2024.
4) Historia clínica completa, con registro de datos de manejo (plan de rehidratación, prescripción de fármacos, seguimiento).

Criterios de exclusión

1) Historias clínicas con datos clave faltantes.
2) Pacientes con comorbilidades graves o crónicas que alteren el manejo estándar de diarrea.
3) Traslado a otro centro antes de completarse el manejo o alta hospitalaria definitiva en el periodo estudiado.

3.3. Instrumentos de recolección de datos:

Para el presente trabajo se ha visto conveniente utilizar una ficha de recolección de datos la misma que se basó en el "Formato de Evaluación de Adherencia a Guía de Práctica Clínica", Anexo 2.5 del Plan de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud del INSNSB 2023, la misma que cuenta con Resolución Directoral N° 000052 – 2023 – INSNSB para medir la adherencia de las recomendaciones que brindan las guías de práctica clínica elaboradas por el ministerio de salud en el 2017 denominada "Guía de práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda en la Niña y el Niño" aprobado con Resolución Ministerial N° 755-2017-MINSA de y la que elaboró la Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition en el 2018. (41). Intrumento validado por juicio de expertos con un CVCT 0.91 (Ver Anexo 4).

3.4. Procedimientos de recolección de datos:

El presente trabajo de investigación se basó en los datos que fueron recolectados de las historias clínicas de los pacientes pediátricos en rango de edad de 0 a 5 años los hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Amazónico de Yarinacocha con el diagnostico de diarrea aguda infecciosa, entre el periodo comprendido entre enero del 2023 hasta noviembre del 2024. Para ello se gestionó los permisos respectivos en las oficinas correspondientes, para poder ejecutar la presente investigación.

3.5. Tratamiento de datos (pruebas estadísticas)

Una vez recolectados los datos mediante la ficha de recolección, estos fueron organizados y depurados en una base de datos creada en Microsoft Excel 2019. Posteriormente, se realizó un análisis estadístico descriptivo e inferencial utilizando el software SPSS versión 29. El análisis descriptivo incluyó el cálculo de frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central. Para el análisis inferencial, se aplicó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson para evaluar la asociación entre el nivel de adherencia global (variable dependiente) y cada una de las dimensiones evaluadas (variables independientes). Adicionalmente, se calculó el V de Cramer para determinar la fuerza de dichas asociaciones, considerando valores entre 0.1 y 0.3 como asociación débil, entre 0.3 y 0.5 como moderada, y superiores a 0.5 como fuerte. Los resultados fueron presentados en tablas de contingencia y gráficos para facilitar su interpretación y discusión, respondiendo a los objetivos planteados en la investigación.

3.6. Aspectos éticos

El estudio se rigió por los principios éticos de confidencialidad, respeto y no maleficencia. El acceso a las historias clínicas fue autorizado previamente por la dirección del Hospital Amazónico, garantizando que la información utilizada fuera manejada de forma anónima y exclusivamente con fines académicos. Se asignaron códigos a cada historia clínica para preservar la identidad de los pacientes y se aseguró la protección de datos sensibles en todo momento. Además, la investigación contó con la aprobación del comité de ética institucional, asegurando el cumplimiento de las normativas nacionales e internacionales vigentes para estudios retrospectivos con fuentes secundarias, en concordancia con los lineamientos establecidos en la Declaración de Helsinki para investigación médica.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS

4.1. Resultados

Tabla 3

Evaluación clínica inicial

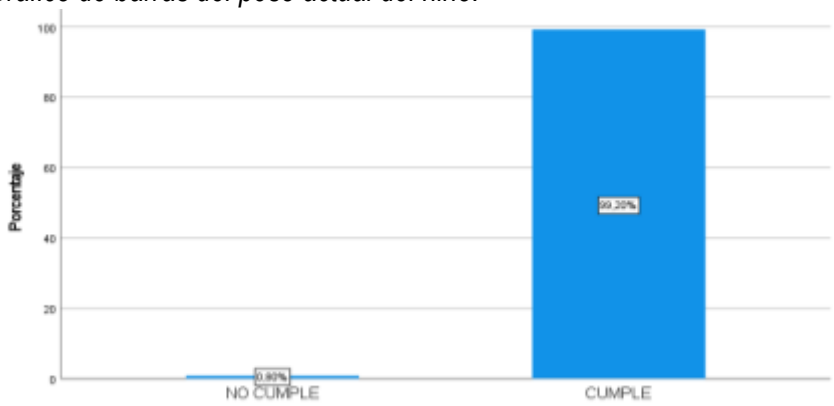
Dimensión 1	Cumple	No Cumple
Se registró el peso actual del niño/a	124 (99.2%)	1 (0.8%)
Se consignó el número y características de las deposiciones	89 (71.2%)	36 (28.8%)
Se evaluó y registró el estado general	104 (83.2%)	21 (16.8%)
Se registraron signos de deshidratación	66 (52.8%)	59 (47.2%)
Se registraron signos de alarma	79 (63.2%)	46 (36.8%)

Nota: Datos obtenidos de las historias clínicas del Hospital Amazónico De Yarinacocha.

El registro del peso actual del niño/a presenta un cumplimiento casi total (124 casos, 99.2%). Le sigue la evaluación y registro del estado general, que se realizó en 104 casos (83.2%). El registro de signos de alarma se cumplió en 79 oportunidades (63.2%), mientras que la consignación del número y características de las deposiciones se realizó en 89 pacientes (71.2%). El indicador con menor cumplimiento en esta dimensión fue el registro de signos de deshidratación, que solo se completó en 66 casos (52.8%).

Figura 1

Grafico de barras del peso actual del niño.

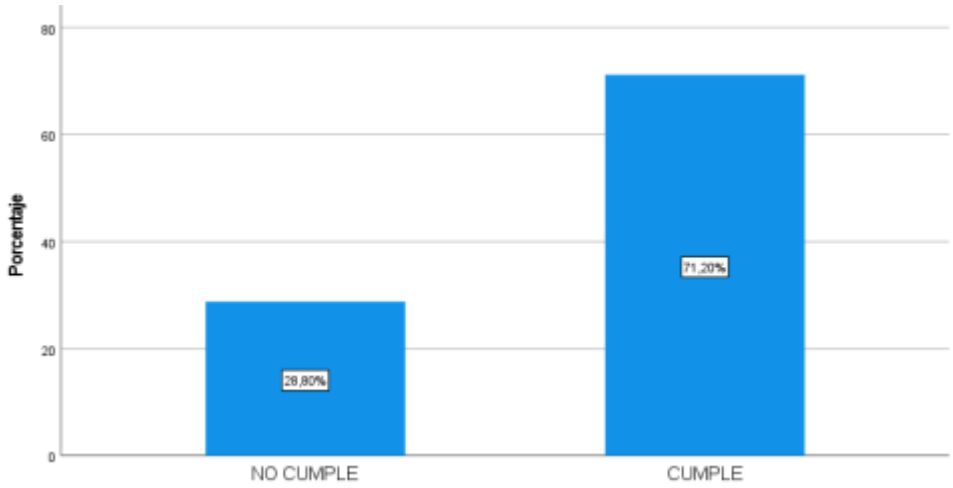


Nota: Datos obtenidos de las historias clínicas del Hospital Amazónico De Yarinacocha.

El registro del peso actual muestra un cumplimiento (99.2%), lo que indica que este parámetro está completamente integrado en la práctica clínica. Un 0.8% de los casos no registró el peso.

Figura 2

Gráfico de barras del número y características de las deposiciones

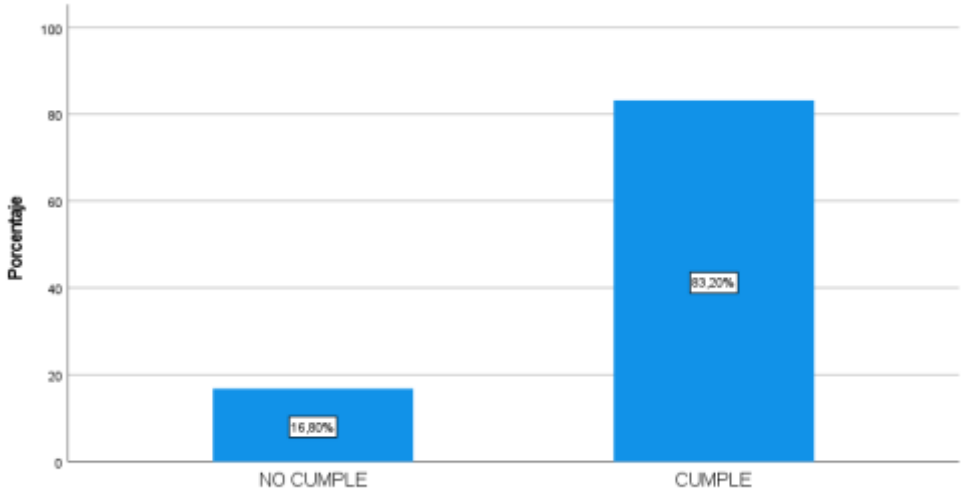


Nota: Datos obtenidos de las historias clínicas del Hospital Amazónico De Yarinacocha.

El registro del número y características de las deposiciones presenta un cumplimiento del 71.2%, evidenciando que en el 28.8% de los casos no se documentan adecuadamente.

Figura 3

Gráfico de barras sobre la evaluación y registro del estado general

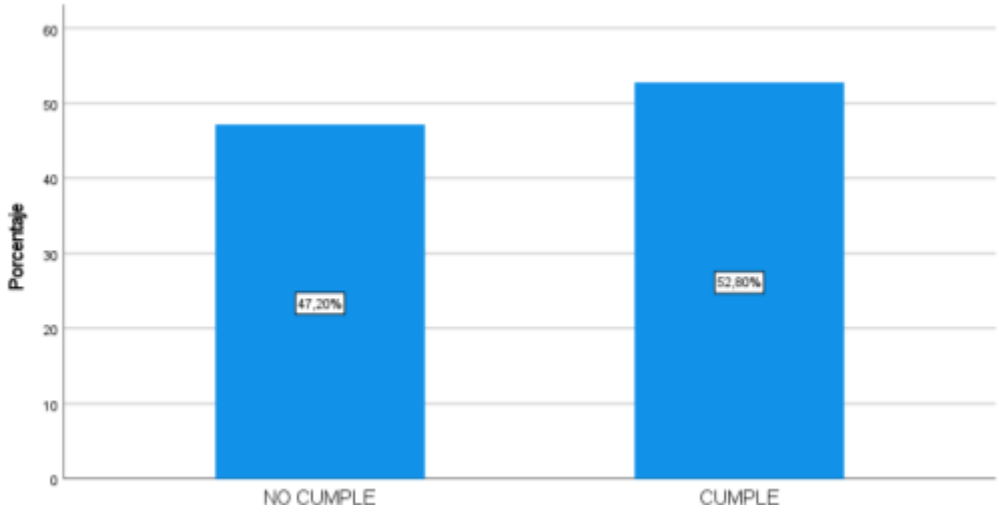


La evaluación y registro del estado general del paciente muestra un cumplimiento del 83.2%, indicando que en la mayoría de los casos se documenta una

impresión clínica integral del niño. Sin embargo, el 16.8% restante no cumplió con el registro del estado general.

Figura 4

Gráfico de barras sobre el registro de signos de deshidratación.

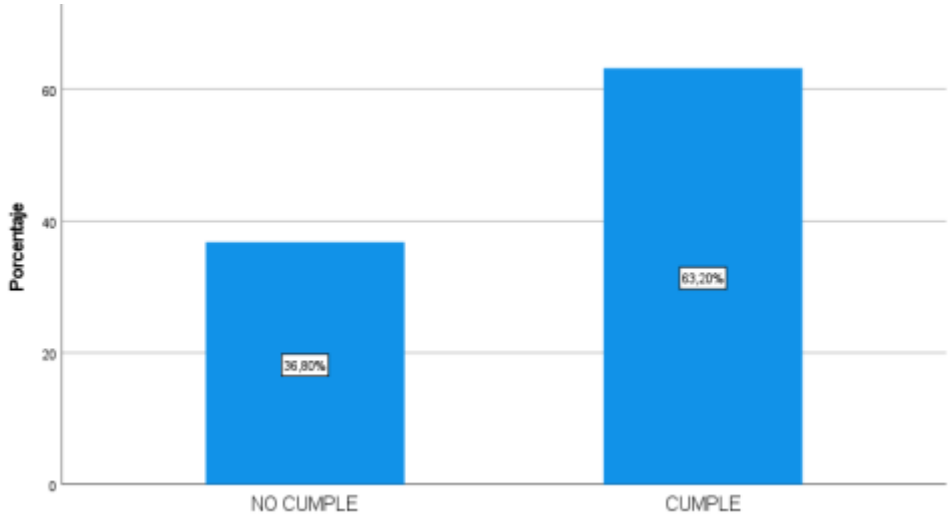


Nota: Datos obtenidos de las historias clínicas del Hospital Amazónico De Yarinacocha.

El registro de signos de deshidratación presenta el cumplimiento más bajo de esta dimensión (52.8%), revelando que en casi la mitad de los casos (52.8%) no se documenta la búsqueda activa de estos indicadores críticos.

Figura 5

Gráfico de barras sobre el registro de signos de alarma



Nota: Datos obtenidos de las historias clínicas del Hospital Amazónico De Yarinacocha.

El registro de signos de alarma muestra un cumplimiento del 63.2%, mientras que un 36.8% no cumple con la evaluación de los signos de alarma en el niño con diarrea aguda

Tabla 4

Clasificación del estado de hidratación

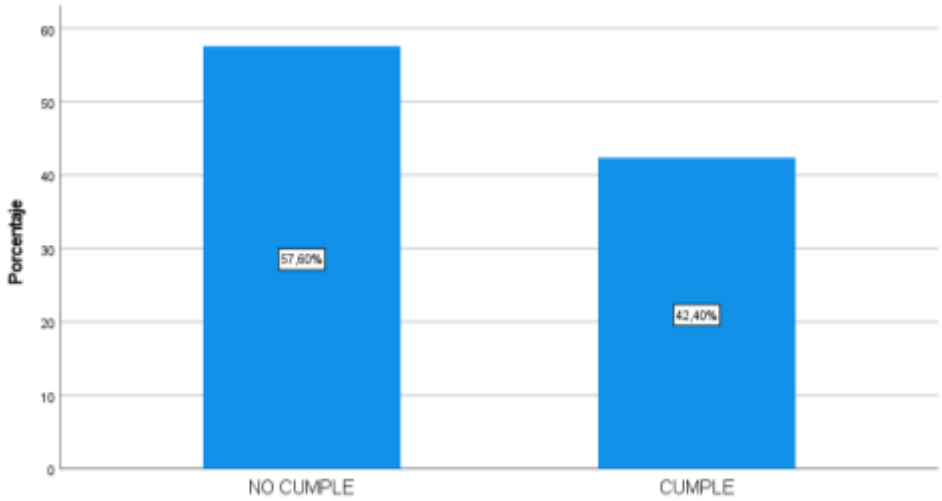
Dimensión 2	Cumple	No Cumple
Se realizó la clasificación del estado de hidratación	53 (42.4%)	72 (57.6%)

Nota: Datos obtenidos de las historias clínicas del Hospital Amazónico De Yarinacocha.

En cuanto a la clasificación del estado de hidratación, se identificó un bajo nivel de cumplimiento. Solo en 53 casos (42.4%) se realizó adecuadamente esta clasificación, mientras que en 72 oportunidades (57.6%) no se cumplió con este procedimiento fundamental para determinar el plan de tratamiento adecuado en pacientes con diarrea.

Figura 6

Gráfico de barras sobre el registro de la clasificación del estado de hidratación.



Nota: Datos obtenidos de las historias clínicas del Hospital Amazónico De Yarinacocha.

La clasificación del estado de hidratación evidencia la brecha más significativa del estudio, con solo 42.4% de cumplimiento. Por otro lado, el 57.6% no cumple con la evaluación de los signos de hidratación en el paciente pediátrico.

Tabla 5

Tratamiento instaurado

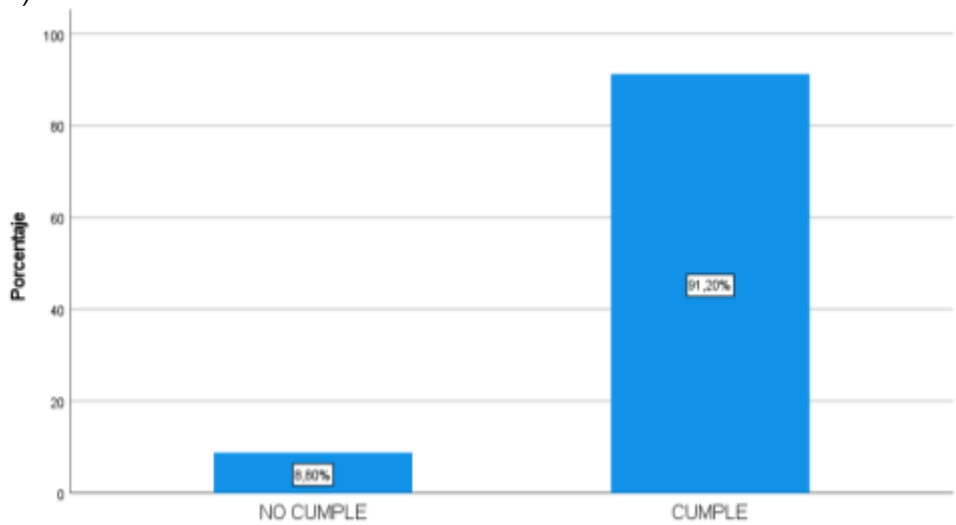
Dimensión 3	Cumple	No Cumple
Se indicó el plan de rehidratación correspondiente (A, B o C) según clasificación	114 (91.2%)	11 (8.8%)
Se utilizaron sales de rehidratación oral (SRO) o hidratación intravenosa según lo indicado	71 (56.8%)	54 (43.2%)
Se recomendó continuar con la lactancia materna o alimentación habitual	59 (47.2%)	66 (52.8%)

Nota: Datos obtenidos de las historias clínicas del Hospital Amazónico De Yarinacocha.

La indicación del plan de rehidratación correspondiente según clasificación mostró un alto cumplimiento (114 casos, 91.2%). Sin embargo, la utilización de sales de rehidratación oral o hidratación intravenosa según lo indicado presentó un cumplimiento moderado (71 casos, 56.8%). Resulta preocupante que la recomendación de continuar con la lactancia materna o alimentación habitual solo se realizó en 59 casos (47.2%), incumpliéndose en 66 oportunidades (52.8%).

Figura 7

Gráfico de barras sobre la indicación del plan de rehidratación correspondiente (A, B o C).

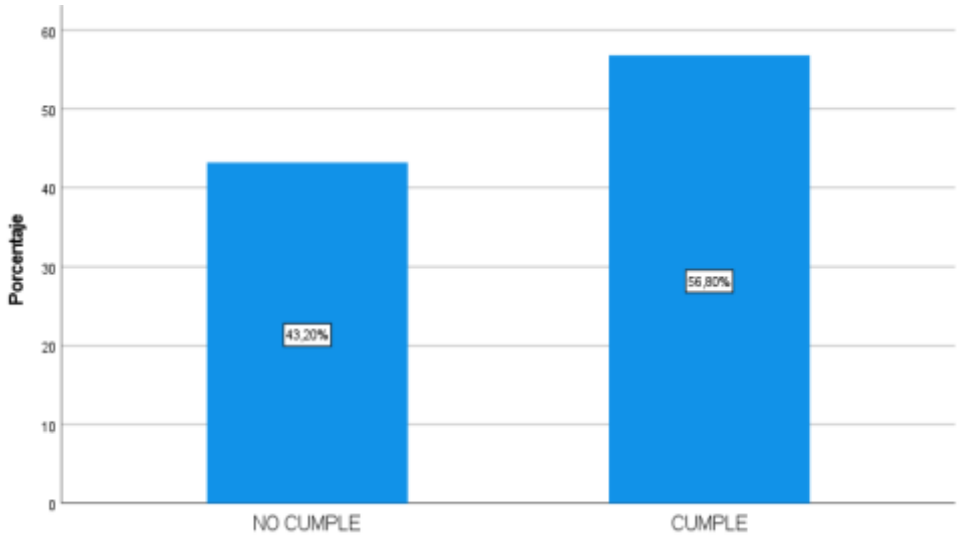


Nota: Datos obtenidos de las historias clínicas del Hospital Amazónico De Yarinacocha.

La indicación del plan de rehidratación correspondiente muestra un alto cumplimiento en un 91.2%, sin embargo, un 8.8% no cumple las indicaciones brindadas por las guías de práctica clínica sobre el plan de rehidratación en el paciente pediátrico.

Figura 8

Gráfica de barras sobre la utilización de sales de rehidratación oral o hidratación intravenosa.

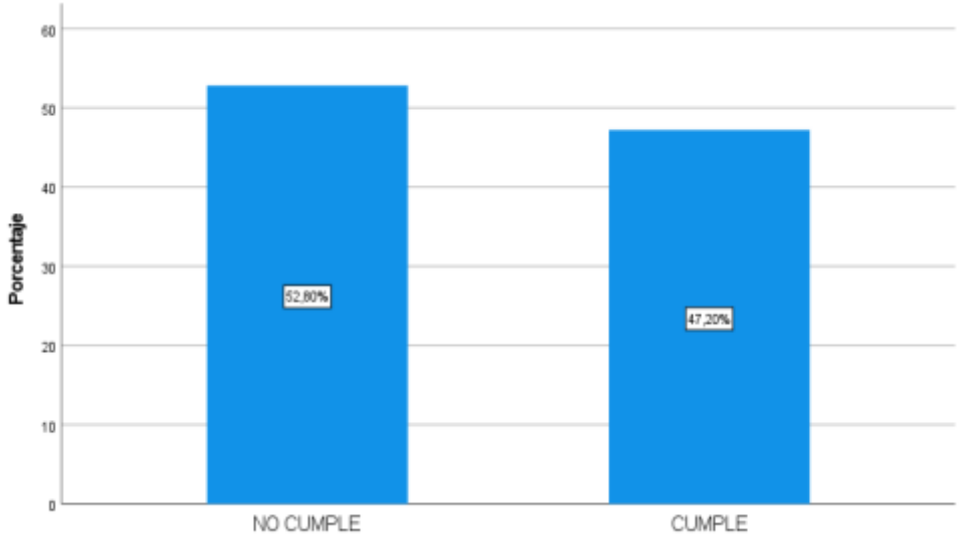


Nota: Datos obtenidos de las historias clínicas del Hospital Amazónico De Yarinacocha.

El uso de sales de rehidratación oral o hidratación intravenosa según lo indicado presenta un cumplimiento moderado (56.8%), un 43.20% no cumple respectivamente.

Figura 9

Gráfico de barras sobre la recomendación de continuar la lactancia materna o alimentación habitual



Nota: Datos obtenidos de las historias clínicas del Hospital Amazónico De Yarinacocha.

La recomendación de continuar con la lactancia materna o alimentación habitual muestra un preocupante incumplimiento del 52.8%, mientras que un 47.20 cumple respectivamente.

Tabla 6

Prescripción farmacológica.

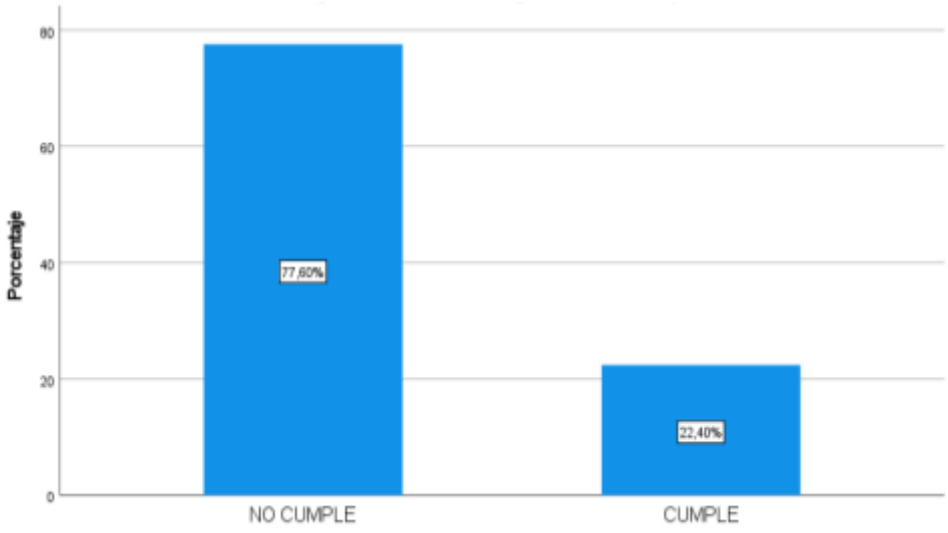
Dimensión 4	Cumple	No Cumple
Se indicó zinc: 10 mg/día si <6 meses, 20 mg/día si ≥6 meses, por 10-14 días	28 (22.4%)	97 (77.6%)
No se prescribieron antidiarreicos contraindicados	116 (92.8%)	9 (7.2%)
Se prescribieron antibióticos solo si hubo indicación clínica	72 (57.6%)	53 (42.4%)

Nota: Datos obtenidos de las historias clínicas del Hospital Amazónico De Yarinacocha.

Indicación de zinc según protocolo, presentó el menor cumplimiento de toda la evaluación, con solo 28 casos (22.4%) que siguieron esta recomendación, mientras que 97 casos (77.6%) no la cumplieron. Por el contrario, la no prescripción de antidiarreicos contraindicados mostró un alto cumplimiento (116 casos, 92.8%). La prescripción de antibióticos solo cuando hubo indicación clínica se cumplió en 72 casos (57.6%), lo que sugiere que en 53 oportunidades (42.4%) posiblemente se utilizaron antibióticos sin una indicación clínica adecuada.

Figura 10

Gráfico de barras sobre la indicación de zinc

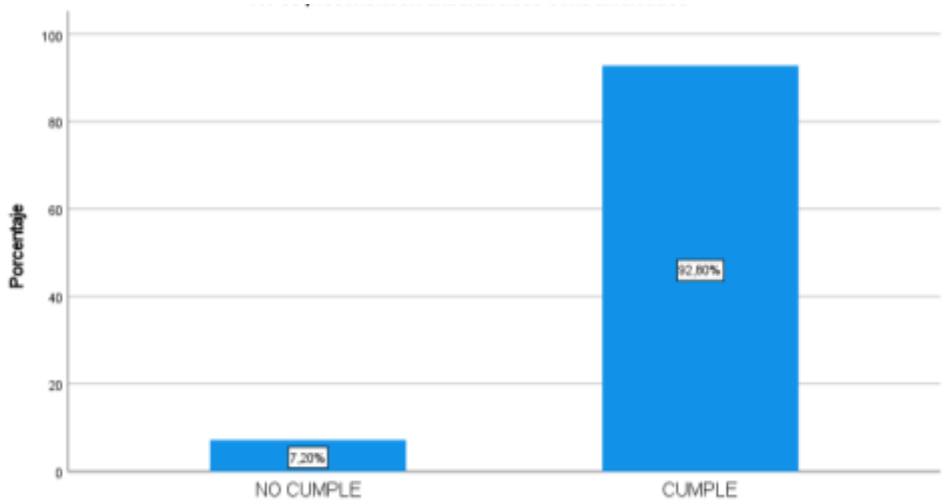


Nota: Datos obtenidos de las historias clínicas del Hospital Amazónico De Yarinacocha.

La indicación de zinc según protocolo presenta el menor cumplimiento de todo el estudio (22.4%), mientras que 77.6% no cumple con la indicación de Zinc según protocolo.

Figura 11

Gráfico de barras sobre la no prescripción de antidiarreicos contraindicados

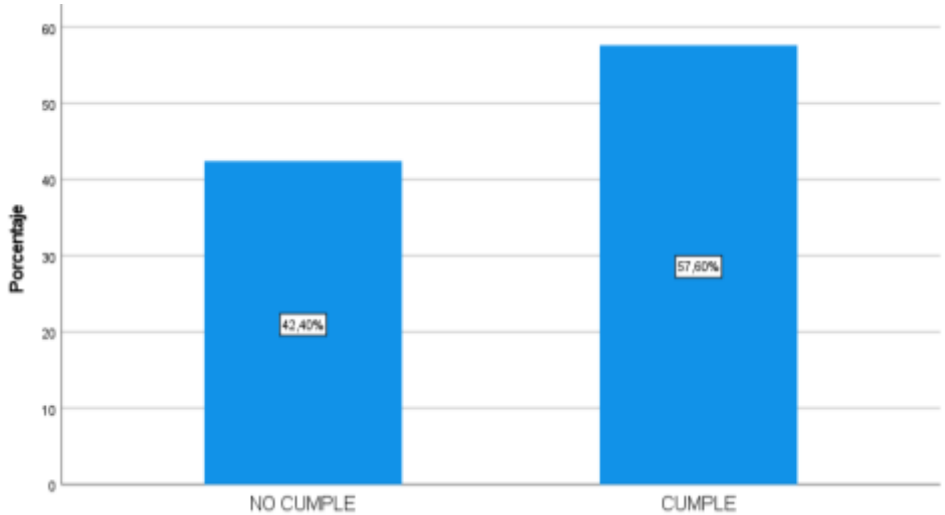


Nota: Datos obtenidos de las historias clínicas del Hospital Amazónico De Yarinacocha.

La no prescripción de antidiarreicos contraindicados muestra un excelente cumplimiento (92.8%), reflejando un conocimiento adecuado y consistente sobre los medicamentos que deben evitarse en el manejo de la diarrea aguda pediátrica.

Figura 12

Gráfico de barras sobre la prescripción de antibióticos según indicación clínica



Nota: Datos obtenidos de las historias clínicas del Hospital Amazónico De Yarinacocha.

La prescripción de antibióticos solo con indicación clínica presenta un cumplimiento del 57.6%, sugiriendo un uso potencialmente inapropiado en el 42.4% restante.

Tabla 7

Orientación al cuidador

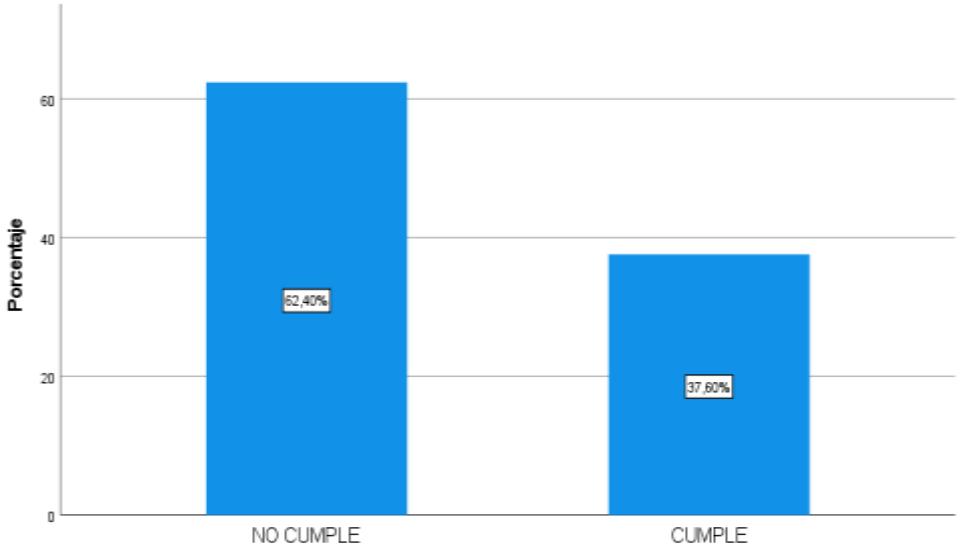
Dimensión 5	Cumple	No Cumple
Se registró educación al cuidador sobre signos de alarma	47 (37.6%)	78 (62.4%)
Se brindó orientación sobre alimentación, hidratación y cuándo regresar a consulta	91 (72.8%)	34 (27.2%)

Nota: Datos obtenidos de las historias clínicas del Hospital Amazónico De Yarinacocha.

Mientras que la orientación sobre alimentación, hidratación y cuándo regresar a consulta se brindó en 91 casos (72.8%), la educación específica sobre signos de alarma solo se registró en 47 oportunidades (37.6%). Esta última cifra resulta crítica, ya que en 78 casos (62.4%) no se proporcionó esta información esencial que permite a los cuidadores identificar cuándo deben buscar atención médica inmediata para el niño.

Figura 13

Gráfica de barras sobre el registro de educación al cuidador sobre signos de alarma



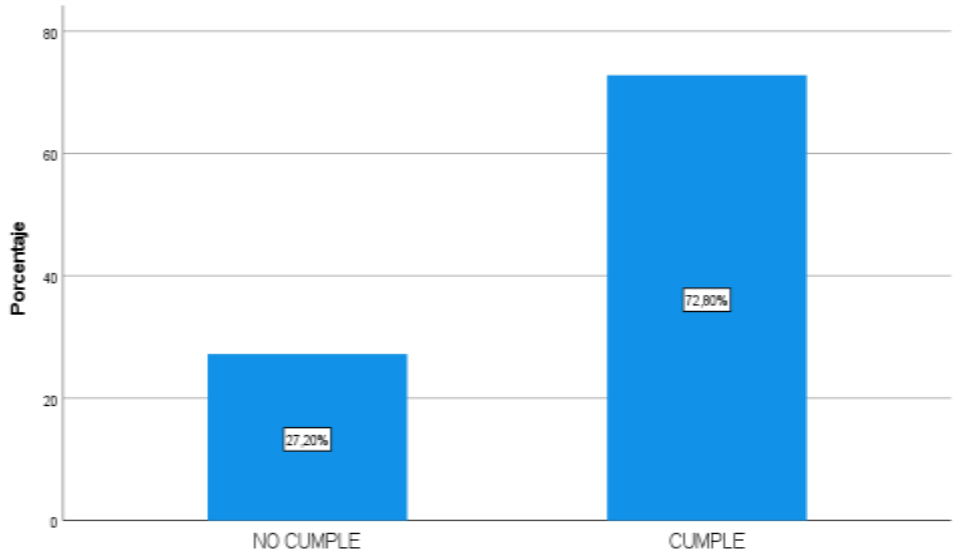
Nota: Datos obtenidos de las historias clínicas del Hospital Amazónico De Yarinacocha.

La educación al cuidador sobre signos de alarma muestra un cumplimiento críticamente bajo (37.6%), indicando que en la mayoría de los casos no se documenta

la entrega de esta información esencial. Esta omisión debilita la capacidad de los cuidadores para identificar complicaciones y buscar atención oportuna.

Figura 14

Gráfico de barras sobre el cumplimiento sobre la orientación sobre la alimentación, hidratación y cuando regresar a consulta.



Nota: Datos obtenidos de las historias clínicas del Hospital Amazónico De Yarinacocha.

La orientación sobre alimentación, hidratación y cuándo regresar a consulta presenta un cumplimiento aceptable (72.8%). Sin embargo, persiste una brecha importante en la educación que prioriza la alimentación sobre las complicaciones.

Tabla 8

Nivel de adherencia a la Guía de Práctica Clínica (GPC) para el manejo de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos.

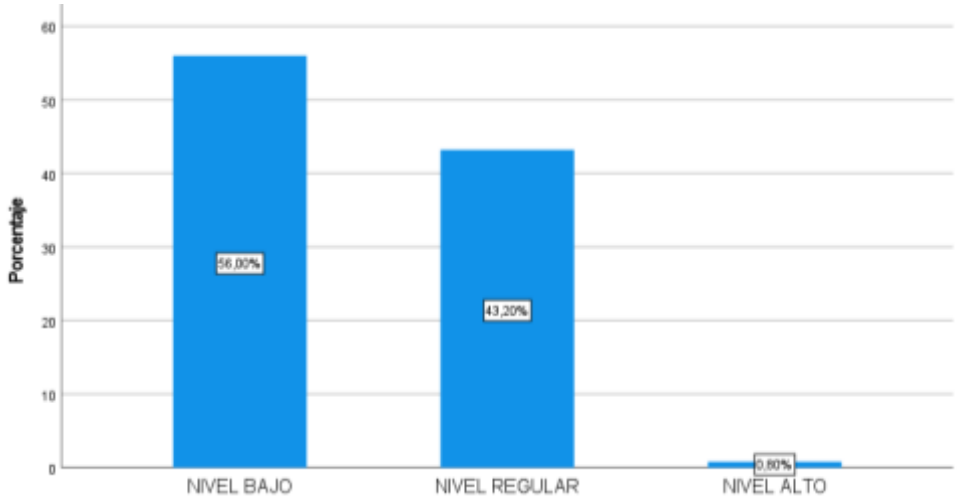
	Frecuencia	Porcentaje
Nivel bajo	70	56,0
Nivel regular	54	43,2
Nivel alto	1	,8
Total	125	100,0

Nota: Datos obtenidos de las historias clínicas del Hospital Amazónico De Yarinacocha.

Del total de 125 historias clínicas evaluadas, el 56.0% (n=70) presentó una adherencia baja, el 43.2% (n=54) una adherencia regular, y solo el 0.8% (n=1) una adherencia alta. Estos resultados confirman la hipótesis general de investigación (H_1).

Figura 15

Gráfica de barras sobre el nivel de adherencia a la Guía de Práctica Clínica (GPC) para el manejo de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos



Nota: Datos obtenidos de las historias clínicas del Hospital Amazónico De Yarinacocha.

La mayoría de las historias clínicas evaluadas (56.0%, n=70) se clasificaron en un nivel de adherencia bajo, indicando que en más de la mitad de los casos el manejo del paciente se alejó significativamente de las recomendaciones estandarizadas. Un 43.2% (n=54) alcanzó un nivel regular de adherencia, mientras que solo un caso (0.8%) logró un nivel alto.

Tabla 9

Prueba de chi cuadrado entre el nivel de adherencia y la dimensión 1

	Valor	gl	Significación
Chi-cuadrado de Pearson	39,131[a]	2	,000
Razón de verosimilitud	43,689	2	,000
Asociación lineal por lineal	38,023	1	,000
N de casos válidos	125		

Nota: Datos obtenidos de las historias clínicas del Hospital Amazónico De Yarinacocha.

Los resultados de la Tabla 9 (Prueba de Chi-cuadrado) muestran una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de adherencia global y el cumplimiento de la dimensión de evaluación clínica inicial ($\chi^2 = 39.131$, $p = .000$). Este valor de p inferior a 0.05 permite rechazar la hipótesis nula ($H_0 1$) y aceptar la hipótesis específica (Hi1).

Tabla 10

V de Cramer entre el nivel de adherencia y la dimensión 1

		Valor	Significación
Nominal por Nominal	Phi	,560	,000
	V de Cramer	,560	,000
N de casos válidos		125	

Nota: Datos obtenidos de las historias clínicas del Hospital Amazónico De Yarinacocha.

La Tabla 10 profundiza este hallazgo al presentar el coeficiente V de Cramer, cuyo valor es de 0.560. De acuerdo con los criterios de interpretación, este valor se clasifica dentro del rango de una asociación fuerte.

Tabla 11

Prueba de chi cuadrado entre el nivel de adherencia y la dimensión 2

	Valor	gl	Significación
Chi-cuadrado de Pearson	25,326[a]	2	,000
Razón de verosimilitud	26,388	2	,000
Asociación lineal por lineal	25,082	1	,000
N de casos válidos	125		

Nota: Datos obtenidos de las historias clínicas del Hospital Amazónico De Yarinacocha.

La Tabla 11 presenta los resultados de la prueba de Chi-cuadrado para la asociación entre la adherencia global y la clasificación del estado de hidratación, arrojando un valor de $p = .000$ ($\chi^2 = 25.326$). Este resultado es estadísticamente significativo ($p < .05$).

Tabla 12

V de Cramer entre el nivel de adherencia y la dimensión 2

		Valor	Significación
Nominal por Nominal	Phi	,450	,000
	V de Cramer	,450	,000
N de casos válidos		125	

Nota: Datos obtenidos de las historias clínicas del Hospital Amazónico De Yarinacocha.

En la Tabla 12, el valor del V de Cramer es de 0.450. Esta magnitud se interpreta como una asociación de intensidad moderada a fuerte. El hallazgo subraya la importancia crítica del paso de clasificar correctamente la hidratación del paciente.

Tabla 13

Prueba de chi cuadrado entre el nivel de adherencia y la dimensión 3

	Valor	gl	Significación
Chi-cuadrado de Pearson	30,545[a]	2	,000
Razón de verosimilitud	37,815	2	,000
Asociación lineal por lineal	29,473	1	,000
N de casos válidos	125		

Nota: Datos obtenidos de las historias clínicas del Hospital Amazónico De Yarinacocha.

Los datos de la Tabla 13 (Chi-cuadrado: $\chi^2 = 30.545$, $p = .000$) confirman la existencia de una asociación estadísticamente significativa ($p < .05$) entre el nivel de adherencia global y la dimensión de tratamiento instaurado. En consecuencia, se rechaza la hipótesis nula ($H_0 3$) y se acepta la hipótesis específica (Hi3).

Tabla 14

V de Cramer entre el nivel de adherencia y la dimensión 3

		Valor	Significación
Nominal por Nominal	Phi	,494	,000
	V de Cramer	,494	,000
N de casos válidos		125	

Nota: Datos obtenidos de las historias clínicas del Hospital Amazónico De Yarinacocha.

El coeficiente V de Cramer, mostrado en la Tabla 14, tiene un valor de 0.494, lo que se clasifica como una asociación de intensidad moderada a fuerte. Este resultado evidencia que la correcta ejecución del tratamiento (indicación del plan de rehidratación A/B/C, uso de SRO/hidratación IV según corresponda, y recomendación de continuar la alimentación).

Tabla 15

Prueba de chi cuadrado entre el nivel de adherencia y la dimensión 4

	Valor	gl	Significación
Chi-cuadrado de Pearson	8,784[a]	2	,012
Razón de verosimilitud	9,334	2	,009
Asociación lineal por lineal	8,711	1	,003
N de casos válidos	125		

Nota: Datos obtenidos de las historias clínicas del Hospital Amazónico De Yarinacocha.

La Tabla 15 indica que la asociación entre la adherencia global y la prescripción farmacológica es estadísticamente significativa, con un valor de $p = .012$ ($\chi^2 = 8.784$). Dado que $p < .05$, se rechaza la hipótesis nula ($H_0 4$) y se acepta la hipótesis específica (Hi4), confirmando la existencia de dicha relación.

Tabla 16

V de Cramer entre el nivel de adherencia y la dimensión 4

		Valor	Significación
Nominal por Nominal	Phi	,265	,012
	V de Cramer	,265	,012
N de casos válidos		125	

Nota: Datos obtenidos de las historias clínicas del Hospital Amazónico De Yarinacocha.

La Tabla 16 aporta un matiz crucial: el V de Cramer resultante es de 0.265, lo que se interpreta como una asociación de intensidad débil. Esto sugiere que, si bien el manejo farmacológico adecuado (indicación de zinc, no uso de antidiarreicos contraindicados y uso racional de antibióticos) forma parte de una atención adherente, la fuerza de su vínculo con la adherencia global es menor en comparación con otras dimensiones.

Tabla 17

Prueba de chi cuadrado entre el nivel de adherencia y la dimensión 5

	Valor	gl	Significación
Chi-cuadrado de Pearson	12,950[a]	2	,002
Razón de verosimilitud	13,312	2	,001
Asociación lineal por lineal	12,661	1	,000
N de casos válidos	125		

Nota: Datos obtenidos de las historias clínicas del Hospital Amazónico De Yarinacocha.

Finalmente, la Tabla 17 revela una asociación estadísticamente significativa entre la adherencia global y la orientación al cuidador ($\chi^2 = 12.950$, $p = .002$). Con un $p < .05$, se rechaza la hipótesis nula ($H_0 5$) y se acepta la hipótesis específica (Hi5).

Tabla 18

V de Cramer entre el nivel de adherencia y la dimensión 5

		Valor	Significación
Nominal por Nominal	Phi	,322	,002
	V de Cramer	,322	,002
N de casos válidos		125	

Nota: Datos obtenidos de las historias clínicas del Hospital Amazónico De Yarinacocha.

El valor del V de Cramer en la Tabla 18 es de 0.322, lo que denota una asociación de intensidad moderada. Esto indica que el registro de la educación brindada al cuidador (sobre signos de alarma, alimentación e hidratación) se relaciona de manera importante con el nivel general de cumplimiento del protocolo.

4.2. Discusión de resultados

El presente estudio evaluó el nivel de adherencia a las Guías de Práctica Clínica (GPC) para el manejo de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos de 0 a 5 años en el servicio de Pediatría del Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024. Los resultados revelan un patrón heterogéneo de cumplimiento, con puntos fuertes significativos, pero también con áreas críticas que reflejan brechas sustanciales en la implementación de las recomendaciones estandarizadas.

En primer lugar, la adherencia global fue predominantemente baja (56.0%), seguida de una adherencia regular (43.2%) y solo un caso con adherencia alta (0.8%). Este hallazgo corrobora la hipótesis general (H_1) y es consistente con estudios realizados en contextos similares, como los reportados por Arroyo-Picazo et al. (2024) en México, donde solo el 25% de las historias clínicas mostraron un buen apego a la GPC, y por Castillo & Moreno (2024), quienes describieron un "apego paupérrimo" a las guías. No obstante, contrasta con el estudio de Salazar (2024) en Lima, Perú, que reportó una adherencia del 92%, lo que sugiere disparidades regionales significativas en la aplicación de las GPC dentro del país, posiblemente asociadas a diferencias en recursos, capacitación y supervisión.

En la dimensión de evaluación clínica inicial, se observó un cumplimiento casi total en el registro del peso (99.2%) y alto en la evaluación del estado general (83.2%), lo que refleja una práctica consolidada en la valoración básica. Sin embargo, el registro de signos de deshidratación mostró un cumplimiento de solo 52.8%, y la clasificación del estado de hidratación fue la brecha más crítica, con solo 42.4% de adherencia. Estos resultados coinciden con lo reportado por Behera et al. (2021) en India, donde menos del 50% de los casos registraban adecuadamente el estado de hidratación. La omisión de este paso fundamental compromete la elección del plan de rehidratación adecuado (A, B o C), aumentando el riesgo de complicaciones como la deshidratación grave o la sobrecarga de líquidos.

Respecto al tratamiento instaurado, si bien la indicación del plan de rehidratación mostró un alto cumplimiento (91.2%), su ejecución mediante SRO o hidratación intravenosa según lo indicado fue moderada (56.8%). Resulta

especialmente alarmante que la recomendación de continuar con la lactancia materna o alimentación habitual solo se registrara en 47.2% de los casos, una práctica contraria a las recomendaciones internacionales que busca prevenir la desnutrición durante los episodios diarreicos. Este hallazgo es más crítico que lo reportado en estudios similares y señala un área prioritaria de intervención educativa y de registro clínico.

En la dimensión de prescripción farmacológica, la suplementación con zinc —intervención costo-efectiva avalada por la OMS— presentó el menor cumplimiento de todo el estudio (22.4%), incluso inferior al reportado por Behera et al. (2021), donde más del 70% de las prescripciones incluían zinc, aunque con deficiencias en la dosificación. Por otro lado, la prescripción adecuada de antibióticos (solo con indicación clínica) se observó en 57.6% de los casos, lo que sugiere un uso potencialmente inapropiado en el 42.4% restante, situación similar a la documentada por Nhon et al. (2020) en Vietnam (72% de uso de antibióticos) y Arroyo-Picazo et al. (2024) en México (56% de uso indiscriminado). En contraste, la no prescripción de antidiarreicos contraindicados mostró un excelente cumplimiento (92.8%), reflejando un conocimiento claro sobre los riesgos de estos fármacos en pediatría.

Finalmente, en la dimensión de orientación al cuidador, se identificó una brecha formativa importante: mientras que la orientación sobre alimentación e hidratación tuvo un cumplimiento aceptable (72.8%), la educación sobre signos de alarma solo se registró en 37.6% de las historias. Esta omisión puede retrasar la búsqueda de atención médica oportuna y aumentar el riesgo de complicaciones graves, especialmente en contextos con limitado acceso a servicios de salud como Ucayali.

En conjunto, los resultados revelan que la aplicación de las GPC en la práctica clínica real es inconsistente y fragmentada, con fortalezas en aspectos básicos (registro de peso, no uso de antidiarreicos contraindicados) pero debilidades críticas en componentes esenciales del manejo (clasificación de hidratación, zinc, continuidad de la alimentación, educación en signos de alarma). Estas brechas pueden atribuirse a factores como limitaciones en la capacitación continua,

sobrecarga asistencial, falta de herramientas de apoyo a la decisión clínica y deficiencias en los sistemas de registro y supervisión.

CONCLUSIONES

- Se determinó que la adherencia global fue predominantemente baja (56.0%), seguida de una adherencia regular (43.2%) y solo un caso con adherencia alta (0.8%). Este hallazgo corrobora la hipótesis general (H_1).
- Se determinó que existe una relación significativa y de fuerza fuerte entre el nivel de adherencia global y el cumplimiento de la dimensión de evaluación clínica inicial (V de Cramer = 0.560; $p < 0.001$). El cumplimiento fue elevado en el registro del peso (99.2%) y del estado general (83.2%), pero deficiente en el registro de signos de deshidratación (52.8%).
- Se determinó que existe una relación significativa y de fuerza moderada a fuerte entre el nivel de adherencia global y el cumplimiento de la dimensión de clasificación del estado de hidratación (V de Cramer = 0.450; $p < 0.001$). Esta fue la dimensión con el cumplimiento más bajo (42.4%), identificándose como un punto crítico en el proceso asistencial.
- Se determinó que existe una relación significativa y de fuerza moderada a fuerte entre el nivel de adherencia global y el cumplimiento de la dimensión de tratamiento instaurado (V de Cramer = 0.494; $p < 0.001$). Mientras que la indicación del plan de rehidratación tuvo alto cumplimiento (91.2%), la recomendación de continuar la alimentación fue inadecuada (47.2%).
- Se determinó que existe una relación significativa, pero de fuerza débil, entre el nivel de adherencia global y el cumplimiento de la dimensión de prescripción farmacológica (V de Cramer = 0.265; $p = 0.012$). Se evidenció un cumplimiento excelente en la no prescripción de antidiarreicos (92.8%), pero críticamente bajo en la suplementación con zinc (22.4%) y variable en el uso racional de antibióticos (57.6%).
- Se determinó que existe una relación significativa y de fuerza moderada entre el nivel de adherencia global y el cumplimiento de la dimensión de orientación al cuidador (V de Cramer = 0.322; $p = 0.002$). La orientación sobre alimentación e hidratación tuvo un cumplimiento aceptable (72.8%), mientras que la educación sobre signos de alarma fue marcadamente deficiente (37.6%).

RECOMENDACIONES

- Implementar un programa de capacitación práctica y continúa dirigido al personal médico y de enfermería del servicio de Pediatría, enfocado específicamente en la correcta evaluación y clasificación del estado de hidratación, la dosificación y administración del zinc, los criterios estrictos para la prescripción de antibióticos, y la técnica de consejería efectiva sobre signos de alarma para el cuidador.
- Diseñar e introducir en la historia clínica una plantilla estandarizada o checklist de manejo de diarrea aguda pediátrica que incluya como campos obligatorios la clasificación de hidratación, la indicación (dosis y duración) de zinc, la recomendación explícita de continuar la lactancia/alimentación, y el registro de la educación brindada sobre signos de alarma.
- Establecer un sistema de auditoría clínica interna mensual o bimestral, basado en la revisión de historias clínicas, que utilice indicadores clave derivados de este estudio, con el fin de monitorear la adherencia y proporcionar retroalimentación específica y constructiva al personal asistencial.
- Garantizar la disponibilidad permanente y accesible de los insumos esenciales para el manejo de la diarrea, en particular las Sales de Rehidratación Oral (SRO) y el sulfato de zinc en formulaciones pediátricas, en el servicio de Pediatría y en las áreas de consulta externa.
- Desarrollar y distribuir material educativo visual (folletos, afiches) para cuidadores, en español y en lenguas originarias pertinentes, que explique de manera simple la preparación de las SRO, la importancia de continuar alimentando al niño, y una lista clara de los signos de alarma que requieren regresar inmediatamente al establecimiento de salud.
- Realizar estudios complementarios de tipo cualitativo para investigar en profundidad las barreras específicas (conocimientos, actitudes, factores organizativos o logísticos) que limitan la adherencia del personal de salud a las Guías de Práctica Clínica en este contexto hospitalario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. WHO. 2023. Diarrhoeal disease. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease
2. MINSA. Análisis de la situación de salud del niño en el Perú. MINSA. Lima; 2023.
3. Ucayali DR de S de. Boletín Epidemiológico Anual 2022. DIRESA. Ucayali; 2023.
4. Castilla M, Quispe R, Rocca L, Tantalean A. Guía De Práctica Clínica Para El Diagnóstico Y Tratamiento De Diarrea Aguda Infecciosa En Paciente Pediátrico. Ministerio de Salud Perú, Instituto Nacional de Salud del Niño- San Borja. 2022;1–36.
5. R G, M P, L T. Adherencia a guías clínicas en el manejo de enfermedades prevalentes en pediatría: revisión sistemática. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2020;37(2):285–91.
6. DIRECCIÓN REGIONAL TRABAJO Y PROMOCIÓN DEL EMPLEO DE UCAYALI. DIAGNÓSTICO SOCIOECONÓMICO LABORAL 2019 REGIÓN UCAYALI. Pucallpa; 2020.
7. Contraloría General de la República. Plataforma del Estado Peruano. 2018 [citado el 6 de abril de 2025]. Contraloría alerta riesgos en hospitales de Ucayali por deficiencias en principales servicios de salud. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/contraloria/noticias/496135-534-2018-cg-contraloria-alerta-riesgos-en-hospitales-de-ucayali-por-deficiencias-en-principales-servicios-de-salud
8. Bravo Aguilar Emmanuel Salvador, Frank M. Nadine BSGerardo. Adherencia a la guías clínicas para manejo de niños hospitalizados por diarrea aguda en el servicio de urgencias pediátricas del centenario hospital Miguel Hidalgo. Universidad Autónoma de Aguascalientes; 2019.
9. Tran Van N, Do Van M, Ha Minh H. The situation of antibiotic use for diarrhea treatment on pediatric inpatient at Pediatrics - Kien Giang General Hospital in 2019-2020. Journal of Medicine and Pharmacy. diciembre de 2020;15–24.
10. Behera P, Bhatia V, Sahu DP, Sahoo DP, Kamble R, Panda P, et al. Adherence of Doctors to Standard Diarrhoeal Management Guideline During Treatment of Under-

Five Diarrhoeal Episodes: A Study From Eastern India. Cureus. el 19 de febrero de 2021;13(2).

11. Hernández KC, Contreras MVM. Apego a la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda en Menores de 5 años. JÓVENES EN LA CIENCIA. el 3 de diciembre de 2024;32:1–8.
12. Arroyo-Picazo CG, Carrillo-Medrano JG, Ávila-Zamarripa A de. Apego a la guía de práctica clínica de diarrea aguda en niños. Atención Familiar. el 30 de septiembre de 2024;31(4):250–5.
13. Salazar Bellido JA. Adherencia a Guías de Práctica Clínica en Diarrea Aguda en Pediatría de un hospital nacional de Lima-Perú, 2023-2024. 2024;
14. MINSA. Guía de Práctica Clínica [Internet]. 2024 [citado el 13 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.gob.pe/58609-instituto-nacional-de-salud-guia-de-practica-clinica
15. MINSA. Metodologia Para Elaboracion De GPC 2015. Lima; 2015. p. 1–35.
16. Carrera-Acosta L, Salvador-Salvador S, Torre-Maraví GE. Clinical Practice Guidelines Adherence Evaluation. Vol. 14, Revista del Cuerpo Medico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo; 2021. p. 430–1.
17. World Health Organization. Decision-making for guideline development at WHO. WHO handbook for guideline development – 2nd ed. 2014;(1):201–14.
18. Alva Diaz C, García-Mostajo JA, Gil-Olivares F, Timana R, Canelo-Aybar C. Guías de práctica clínica: evolución, metodología de elaboración y definiciones actuales. ACTA MEDICA PERUANA. 2018;34(4):317–22.
19. Peters S, Sukumar K, Blanchard S, Ramasamy A, Malinowski J, Ginex P, et al. Trends in guideline implementation: an updated scoping review. Implementation science : IS. el 1 de diciembre de 2022;17(1).
20. Carroll AJ, Tedla YG, Padilla R, Jain A, Segovia E, Moin A, et al. Adherence to the 2017 Clinical Practice Guidelines for Pediatric Hypertension in Safety-Net Clinics. JAMA Network Open. el 14 de abril de 2023;6(4):e237043.
21. Houghton C, Meskell P, Delaney H, Smalle M, Glenton C, Booth A, et al. Barriers and facilitators to healthcare workers' adherence with infection prevention and control

(IPC) guidelines for respiratory infectious diseases: a rapid qualitative evidence synthesis. The Cochrane database of systematic reviews. 2020;4(4):1–55.

22. Pereira VC, Silva SN, Carvalho VKS, Zanghelini F, Barreto JOM. Strategies for the implementation of clinical practice guidelines in public health: an overview of systematic reviews. Health research policy and systems. el 1 de diciembre de 2022;20(1).
23. Franco JVA, Arancibia M, Meza N, Madrid E, Kopitowski K. Clinical practice guidelines: Concepts, limitations and challenges. Medwave. el 1 de abril de 2020;20(3).
24. Ibarra Barrueta O, Morillo Verdugo R, Sola NR, Manuel J, Cerdá V, Navarro Aznárez H. Adherencia en pacientes en tratamiento crónico: resultados del "Día de la Adherencia" del 2013. Farm Hosp. 2015;39(2):109–13.
25. Herrero Jaén S, Herrero Jaén S. La Farmacología del Cuidado: Una aproximación deductiva cuidadológica desde el paradigma de la salud y el modelo de Avedis Donabedian. Ene. 2019;13(4).
26. Orueta R, Toledano P, Gómez-Calcerrada RM. Cumplimiento terapéutico. SEMERGEN - Medicina de Familia. el 1 de mayo de 2008;34(5):235–43.
27. THE TREATMENT OF DIARRHOEA A manual for physicians and other senior health workers World Health Organization.
28. MINSA. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda en la niña y el niño. 2017. p. 49.
29. Poeta M, Del Bene M, Vecchio A Lo, Guarino A. Acute Infectious Diarrhea. Advances in experimental medicine and biology. 2024;1449:143–56.
30. Chang H, Guo J, Wei Z, Huang Z, Wang C, Qiu Y, et al. Aetiology of acute diarrhoea in children in Shanghai, 2015-2018. PloS one. el 1 de abril de 2021;16(4).
31. Bartolomé Porro JM, Vecino López R, Rubio Murillo M. Diarrea aguda. Tratamiento en Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, 2021, ISBN 9788417844998, págs 142-156. 2021;142–56.
32. Rosales Pijo AG. Características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos del Hospital Regional Huacho 2022. el 14 de junio de 2023;

33. Falszewska A, Dziechciarz P, Szajewska H. Diagnostic accuracy of clinical dehydration scales in children. European Journal of Pediatrics. el 1 de agosto de 2017;176(8):1021–6.
34. Florez ID, Sierra J, Pérez-Gaxiola G. Balanced crystalloid solutions versus 0.9% saline for treating acute diarrhoea and severe dehydration in children. The Cochrane database of systematic reviews. el 17 de mayo de 2023;5(5).
35. Chao HC. Zinc Deficiency and Therapeutic Value of Zinc Supplementation in Pediatric Gastrointestinal Diseases. Nutrients. el 1 de octubre de 2023;15(19).
36. Huang R, Xing HY, Liu HJ, Chen ZF, Tang BB. Efficacy of probiotics in the treatment of acute diarrhea in children: a systematic review and meta-analysis of clinical trials. Translational pediatrics. el 1 de diciembre de 2021;10(12):3248–60.
37. Lazzerini M, Wanzira H. Oral zinc for treating diarrhoea in children. Cochrane Database of Systematic Reviews. el 20 de diciembre de 2016;2016(12).
38. PALACIO D (Ministro de la PS, NOGUEIRA AC (OPS/OMS para C, VICARI A (Consultor I de salud familiar y comunitaria), Ocampo J (AIEPI). Guía para la atención y la consejería de la niñez en la familia. 2010.
39. MINSA. Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica. Lima; 2019.
40. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Revista Universitaria Digital de Ciencias Sociales (RUDICS). el 31 de enero de 2019;10(18):92–5.
41. Instituto Nacional de Salud. 2018. [citado el 16 de enero de 2025]. Resolución Jefatural N.° 262-2018-J-OPE/INS - Normas y documentos legales - Instituto Nacional de Salud - Plataforma del Estado Peruano. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/insnsb/normas-legales/4364920-000052-2023-dg-insnsb

ANEXOS

ANEXO 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Valor final	Tipo de estudio	Población y Muestra
Problema general: ¿Cuál es el nivel de adherencia del personal de salud a la Guía de Práctica Clínica para el manejo de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos de 0 a 5 años en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024? **Problemas específicos:** • ¿Existe relación significativa entre el nivel de adherencia global a la Guía de Práctica Clínica y el cumplimiento de la dimensión de evaluación clínica inicial? • ¿Existe relación significativa entre el nivel de adherencia global a la Guía de Práctica Clínica y el cumplimiento de la dimensión de clasificación del estado de hidratación?	**Objetivo general** Determinar el nivel de adherencia del personal de salud a la Guía de Práctica Clínica para el manejo de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos de 0 a 5 años en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024. **Objetivos específicos:** • Determinar la relación entre el nivel de adherencia global y el cumplimiento de la dimensión de evaluación clínica inicial. • Determinar la relación entre el nivel de adherencia global y el cumplimiento de la dimensión de clasificación del estado de hidratación. .	**HIPÓTESIS GENERAL:** H_1: El nivel de adherencia del personal de salud a la Guía de Práctica Clínica para el manejo de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos de 0 a 5 años en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024 es predominantemente bajo (≥50%). • H_0: El nivel de adherencia del personal de salud a la Guía de Práctica Clínica para el manejo de la diarrea aguda infecciosa en pacientes pediátricos de 0 a 5 años en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024 no es predominantemente bajo (<50%). **HIPÓTESIS ESPECIFICAS:** • Hi1: Existe una relación significativa entre el nivel de adherencia global y el cumplimiento de la dimensión de evaluación clínica inicial ($p < 0.05$). • $H_0$1: No existe relación significativa entre el nivel de adherencia global y el cumplimiento de la dimensión de evaluación clínica inicial ($p \geq 0.05$).	**Independiente:** Evaluación clínica inicial Clasificación del estado de hidratación Tratamiento instaurado Prescripción farmacológica Orientación al cuidador **Dependiente:** Nivel de adherencia	 0 = No cumple (<3) 1 = Cumple (≥3) 0 = No cumple 1 = Cumple 0 = No cumple (<2) 1 = Cumple (≥2) 0 = No cumple (<2) 1 = Cumple (≥2) 0 = No cumple (<2) 1 = Cumple (2) 0 = Baja (<10) 1 = Regular (10-12) 2 = Alta (13-14 ítems)	 0 = No cumple 1 = Cumple 0 = No cumple 1 = Cumple 0 = No cumple 1 = Cumple 0 = No cumple 1 = Cumple 0 = No cumple 1 = Cumple 0 = Baja 1 = Regular 2 = Alta	Tipo: Básico Nivel: Descriptivo Método: No Experimental Diseño: Transversal analítico y Retrospectivo.	**Población:** Se utilizaron las historias clínicas de los pacientes pediátricos en un rango de edad de 0 a 5 años del servicio de hospitalización del Hospital Amazónico de Yarinacocha durante enero del 2023 hasta diciembre del 2024, con una población total de 181 historias clínicas.

• ¿Existe relación significativa entre el nivel de adherencia global a la Guía de Práctica Clínica y el cumplimiento de la dimensión de tratamiento instaurado? • ¿Existe relación significativa entre el nivel de adherencia global a la Guía de Práctica Clínica y el cumplimiento de la dimensión de prescripción farmacológica? • ¿Existe relación significativa entre el nivel de adherencia global a la Guía de Práctica Clínica y el cumplimiento de la dimensión de orientación al cuidador?	• Determinar la relación entre el nivel de adherencia global y el cumplimiento de la dimensión de tratamiento instaurado. • Determinar la relación entre el nivel de adherencia global y el cumplimiento de la dimensión de prescripción farmacológica. • Determinar la relación entre el nivel de adherencia global y el cumplimiento de la dimensión de orientación al cuidador	• Hi2: Existe una relación significativa entre el nivel de adherencia global y el cumplimiento de la dimensión de clasificación del estado de hidratación. • $H_0$2: No existe relación significativa entre el nivel de adherencia global y el cumplimiento de la dimensión de clasificación del estado de hidratación. • Hi3: Existe una relación significativa entre el nivel de adherencia global y el cumplimiento de la dimensión de tratamiento instaurado. • $H_0$3: No existe relación significativa entre el nivel de adherencia global y el cumplimiento de la dimensión de tratamiento instaurado. • Hi4: Existe una relación significativa entre el nivel de adherencia global y el cumplimiento de la dimensión de prescripción farmacológica. • $H_0$4: No existe relación significativa entre el nivel de adherencia global y el cumplimiento de la dimensión de prescripción farmacológica. • Hi5: Existe una relación significativa entre el nivel de adherencia global y el cumplimiento de la dimensión de orientación al cuidador. • $H_0$5: No existe relación significativa entre el nivel de adherencia global y el cumplimiento de la dimensión de orientación al cuidador.		Muestra: 458 historias clínicas que cumplen los criterios de inclusión/exclusión. Muestreo: probabilístico aleatorio simple

ANEXO 2. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

DIMENSIÓN	CRITERIO / ÍTEM (basado en la GPC del MINSA)	Cumple	No cumple
1. Evaluación clínica inicial	Se registró el peso actual del niño/a		
	Se consignó el número y características de las deposiciones (acuosa, mucosanguinolenta, etc.)		
	Se evaluó y registró el estado general (alerta, irritable, letárgico)		
	Se registraron signos de deshidratación: ojos hundidos, sed, pliegue cutáneo		
	Se registraron signos de alarma (rechazo de líquidos, sangre en heces, fiebre persistente, vómitos continuos, etc.)		
2. Clasificación del estado de hidratación	Se realizó la clasificación del estado de hidratación (sin deshidratación, con deshidratación, deshidratación grave)		
3. Tratamiento instaurado	Se indicó el plan de rehidratación correspondiente (A, B o C) según clasificación		
	Se utilizaron sales de rehidratación oral (SRO) o hidratación intravenosa según lo indicado		
	Se recomendó continuar con la lactancia materna o alimentación habitual		

4. Prescripción farmacológica	Se indicó **zinc**: 10 mg/día si <6 meses, 20 mg/día si ≥6 meses, por 10–14 días
	No se prescribieron antidiarreicos contraindicados (loperamida, racecadotrilo)
	Se prescribieron antibióticos **solo** si hubo indicación clínica (disentería, sospecha de cólera, fiebre tifoidea)
5. Orientación al cuidador	Se registró educación al cuidador sobre signos de alarma
	Se brindó orientación sobre alimentación, hidratación y cuándo regresar a consulta

ANEXO 3. JUICIO DE EXPERTOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Informe de opinión de experto

I. DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y Nombres del Experto: CHIRINOS ROJAS, ODAR OMAR

1.2 Institución donde labora: HOSPITAL II DE PUCALLPA - ESSALUD

1.3 Autor del Instrumento:

VELA MORI, LUIS FELIPE

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje claro y preciso					✓
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuesta					✓
ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología					✓
ORGANIZACION	Existe una organización lógica					✓
SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad				✓	
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos-científicos				✓	
COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.					✓
INTENCIONALIDAD	Adecuado para determinar las características clínicas y epidemiológicas					✓
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación					✓

III. APROBADO SÍ ( ) NO ( )

Dr. Odar Omar Chirinos Rojas
Especialista en Pediatría
CMP 52526 RNE 28172
EMERGENCIAS PEDIATRICAS
Gestión de la Calidad

Firma y sello del experto

Pucallpa 24 de Julio del 2025

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Informe de opinión de experto

I. DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Quispe Fernandez Juan Dario

1.2 Institución donde labora: Hospital Amazónico de Yarinacocha

1.3 Autor del Instrumento:

VELA MORI, LUIS FELIPE

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje claro y preciso					✓
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuesta				✓	
ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología				✓	
ORGANIZACION	Existe una organización lógica					✓
SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad					✓
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos-científicos					✓
COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones					✓
INTENCIONALIDAD	Adecuado para determinar las características clínicas y epidemiológicas					✓
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación					✓

III. APROBADO: SÍ ( ) NO ( )

JUAN DARIO QUISPE FERNANDEZ
MEDICO PEDIATRA
CMP. 07819 - RNE 05134

Firma y Sello del experto

Pucallpa 23 de Julio del 2025

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Informe de opinión de experto

I. DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Cerna Zevallos Karen Suliana

1.2 Institución donde labora: Hospital Amazónico de Yarinacocha

1.3 Autor del Instrumento:

VELA MORI, LUIS FELIPE

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje claro y preciso					✓
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuesta				✓	
ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología					✓
ORGANIZACION	Existe una organización lógica					✓
SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad					✓
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos-científicos					✓
COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones					✓
INTENCIONALIDAD	Adecuado para determinar las características clínicas y epidemiológicas				✓	
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación					✓

III. APROBADO: SÍ ( ) NO ( )

Firma y sello del experto

Pucallpa 24 de Julio del 2025

ANEXO 4. COEFICIENTE DE VALIDEZ DEL CONTENIDO TOTAL (CVCt)

ITEM	EXPERTO 1	EXPERTO 2	EXPERTO 3	Sx1	Mx	CVCi	Pei	CVCic
CLARIDAD	5	5	5	15	3	1	0.0370 3704	0.9629 6296
OBJETIVIDAD	4	4	5	13	2.6	0.8666 6667	0.0370 3704	0.8296 2963
ACTUALIDAD	4	5	5	14	2.8	0.9333 3333	0.0370 3704	0.8962 963
ORGANIZACIÓN	5	5	5	15	3	1	0.0370 3704	0.9629 6296
SUFICIENCIA	5	5	4	14	2.8	0.9333 3333	0.0370 3704	0.8962 963
CONSISTENCIA	5	5	4	14	2.8	0.9333 3333	0.0370 3704	0.8962 963
COHERENCIA	5	5	5	15	3	1	0.0370 3704	0.9629 6296
INTENCIONALIDAD	5	4	5	14	2.8	0.9333 3333	0.0370 3704	0.8962 963
METODOLOGIA	5	5	5	15	3	1	0.0370 3704	0.9629 6296
								0.9185 1852

VALOR IVC	INTERPRETACIÓN
0.90 - 1.00	Excelente validez
0.80 - 0.89	Buena validez
0.70 - 0.79	Validez aceptable
< 0.70	Validez insuficiente

ANEXO 5. CARTA DE ACEPTACIÓN

GOBIERNO REGIONAL DE UCAYALI
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL AMAZÓNICO

"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"

Yarinacocha, 06 de febrero de 2025.

CARTA N° 019-2025-GRU-DIRESA-HAYA.

Señor
LUIS FELIPE VELA MORI
Estudiante de la Facultad de Medicina Humana
Universidad Nacional de Ucayali
Presente. -

ASUNTO : **AUTORIZACION PARA REALIZAR TRABAJO DE INVESTIGACION.**

REF. : Carta N° 023-2025-UNU/FMH/D.

Es grato dirigirme a usted, para saludarle cordialmente y al mismo tiempo hacer de su conocimiento que, el documento de la referencia para realizar trabajo de investigación denominado **"ADHERENCIA A GUIAS DE PRACTICA CLINICA EN DIARREA AGUDA PEDIATRIA EN EL HOSPITAL AMAZONICO",** ha sido aceptado.

Al respecto, debo manifestarle que mediante Oficio N° 004-2025-DPTO-PED-HA, del Departamento de Pediatría, se autoriza su solicitud para la ejecución de dicho pedido, permitiendo realizar y dar las facilidades.

Sin otro particular me suscribo de usted, no sin antes reiterarle la muestra de mi estima personal.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL AMAZÓNICO
Dr. Walter Roman Lavasu Barrera
Director Ejecutivo del Hospital Amazónico
CMP N° 22319

WRLB/DE
C.c.
Archivo
Maribel

ANEXO 6. BASE DE DATOS

E1	E2	E3	E4	E5	C1	T1	T2	T3	P1	P2	P3	O1	O2	NIVEL	D1	D2
1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	,00	,00	,00	1,00	1,00	,00	,00	1,00	1,00	1,00
1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	,00	,00	,00	1,00	1,00	,00	,00	1,00	1,00	1,00
1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	,00	1,00	1,00	1,00	,00	,00	2,00	1,00	1,00
1,00	1,00	,00	1,00	1,00	,00	1,00	,00	1,00	,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00	,00
1,00	1,00	1,00	,00	,00	,00	,00	1,00	1,00	,00	1,00	,00	,00	,00	1,00	,00	,00
1,00	1,00	1,00	1,00	,00	,00	1,00	1,00	1,00	,00	1,00	1,00	,00	1,00	2,00	1,00	,00
1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	,00	1,00	,00	1,00	1,00	,00	1,00	2,00	1,00	1,00
1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	,00	,00	1,00	1,00	,00	1,00	2,00	1,00	1,00
1,00	,00	1,00	,00	,00	,00	1,00	,00	1,00	1,00	1,00	1,00	,00	1,00	1,00	,00	,00
1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	,00	1,00	1,00	,00	1,00	2,00	1,00	1,00
1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	,00	1,00	,00	,00	1,00	2,00	1,00	1,00
1,00	1,00	1,00	,00	1,00	,00	1,00	1,00	1,00	,00	1,00	,00	,00	,00	1,00	1,00	,00
1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	,00	1,00	1,00	,00	,00	1,00	,00	,00	1,00	1,00	1,00	,00
1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	,00	,00	,00	2,00	1,00	1,00
1,00	1,00	1,00	,00	,00	,00	1,00	1,00	,00	1,00	,00	1,00	1,00	1,00	1,00	,00	,00
1,00	1,00	1,00	,00	,00	,00	,00	1,00	,00	,00	1,00	1,00	,00	1,00	1,00	,00	,00
1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	,00	,00	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00
1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	,00	,00	,00	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00
1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	00	1,00	1,00	,00	,00	,00	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00	,00
1,00	1,00	1,00	1,00	,00	1,00	1,00	1,00	1,00	,00	,00	,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00
1,00	1,00	1,00	1,00	,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00
1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	,00	1,00	,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00
1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	,00	,00	,00	,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00
1,00	1,00	1,00	,00	1,00	,00	,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00	,00
1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	,00	1,00	,00	1,00	1,00	2,00	1,00	,00
1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	,00	1,00	,00	1,00	,00	,00	1,00	1,00	1,00
1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	,00	1,00	1,00	,00	1,00	,00	1,00	1,00	,00	1,00	1,00	,00
1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	,00	1,00	,00	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00
1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	,00	1,00	1,00	,00	1,00	2,00	1,00	1,00
1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	,00	1,00	1,00	,00	1,00	2,00	1,00	1,00

E1	E2	E3	E4	E5	C1	T1	T2	T3	P1	P2	P3	O1	O2	NIVEL	D1	D2
1,00	,00	,00	,00	,00	,00	1,00	1,00	,00	,00	1,00	,00	1,00	1,00	1,00	,00	,00
1,00	1,00	1,00	,00	1,00	,00	1,00	1,00	,00	,00	1,00	1,00	1,00	,00	1,00	1,00	,00
1,00	,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	,00	,00	1,00	,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00
1,00	1,00	1,00	,00	,00	,00	1,00	1,00	,00	1,00	1,00	,00	,00	1,00	1,00	,00	,00
1,00	1,00	1,00	,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	,00	1,00	1,00	,00	1,00	2,00	1,00	1,00
1,00	,00	,00	,00	,00	,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	,00	1,00	1,00	,00	,00
1,00	,00	,00	,00	,00	1,00	1,00	1,00	1,00	,00	1,00	,00	1,00	1,00	1,00	,00	1,00
1,00	,00	1,00	,00	,00	,00	1,00	1,00	1,00	,00	1,00	,00	1,00	1,00	1,00	,00	,00
1,00	1,00	1,00	,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00
1,00	1,00	1,00	,00	1,00	1,00	1,00	1,00	,00	,00	1,00	,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00
1,00	1,00	1,00	,00	,00	1,00	1,00	1,00	,00	1,00	1,00	1,00	,00	1,00	2,00	,00	1,00
,00	,00	1,00	,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	,00	1,00
1,00	1,00	1,00	,00	1,00	,00	1,00	1,00	,00	,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00	,00
1,00	1,00	,00	,00	1,00	,00	1,00	1,00	,00	,00	1,00	,00	1,00	1,00	1,00	,00	,00
1,00	1,00	1,00	,00	,00	,00	1,00	1,00	,00	1,00	1,00	,00	,00	1,00	1,00	,00	,00
1,00	1,00	1,00	,00	1,00	,00	1,00	1,00	,00	,00	1,00	1,00	1,00	,00	2,00	1,00	,00
1,00	1,00	,00	,00	1,00	,00	1,00	1,00	,00	,00	1,00	,00	1,00	1,00	1,00	,00	,00
1,00	1,00	1,00	,00	,00	,00	1,00	1,00	,00	1,00	1,00	,00	,00	1,00	1,00	,00	,00
1,00	1,00	1,00	,00	1,00	,00	1,00	1,00	,00	,00	1,00	1,00	1,00	,00	2,00	1,00	,00
1,00	1,00	1,00	,00	1,00	,00	1,00	1,00	,00	,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00	,00
1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	,00	1,00	1,00	1,00	,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00
1,00	,00	,00	,00	1,00	1,00	1,00	,00	1,00	,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	,00	1,00
1,00	1,00	1,00	,00	,00	1,00	1,00	1,00	,00	,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	,00	1,00
1,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	1,00	,00	1,00	1,00	1,00	,00	,00
1,00	,00	1,00	,00	,00	,00	1,00	1,00	,00	,00	1,00	,00	,00	,00	1,00	,00	,00
1,00	1,00	1,00	,00	1,00	1,00	1,00	1,00	,00	1,00	1,00	1,00	,00	1,00	2,00	1,00	1,00
1,00	,00	1,00	,00	,00	,00	1,00	1,00	,00	,00	1,00	1,00	,00	,00	1,00	,00	,00

ANEXO 7. GUÍA DE PRÁCTICA CLINICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIARREA O GASTROENTERITIS AGUDA INFECCIOSA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

PERÚ | Ministerio de Salud | Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Diarrea Aguda Infecciosa en Paciente Pediátrico

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DIARREA AGUDA INFECCIOSA EN PACIENTE PEDIÁTRICO

UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL ESPECIALIZADA - EMERGENCIA

FIRMA DIGITAL
Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja
Firmado digitalmente por BROGGI ANGULO Oscar Alfredo FAU 20532196725 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 03.05.2022 15:55:11 -05:00

FIRMA DIGITAL
Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja
Firmado digitalmente por TOLEDO AGUIRRE Mauro FAU 20532196725 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 26.04.2022 12:16:31 -05:00



FIRMA DIGITAL
Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja
Firmado digitalmente por PORTILLA URIBE Griselle Leanor FAU 20532196725 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 23.04.2022 14:14:59 -05:00

FIRMA DIGITAL
Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja
Firmado digitalmente por VELIZ SILVA Erenia Victoria FAU 20532196725 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 10.05.2022 19:43:06 -05:00

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
• Unidad de Atención Integral Especializada-Emergencia	• Unidad de Atención Integral Especializada • Unidad de Gestión de la Calidad	**Dra. Elizabeth Zulema Tomas Gonzales de Palomino** Directora General del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja

Fecha: Abril 2022	Código: GP-01/INSN-SB/UAIE–V.01	Página 1 de 36