

ADHERENCIA A LA ESTRATEGIA ATENCIÓN INTEGRADA DE LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA-CLÍNICO, POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HERMES ANDRADE MEJÍA EN RELACIÓN A ENFERMEDAD DIARREICA – TANGUA, 2015- 2016.



Diana Elizabeth Andrade Mejía,
Maritza Daniela Eraso Quintero,
Steban Alejandro Luna Muñoz.

Asesor científico: Dr. Héctor Morillo

Asesor metodológico: Dr. Andrés Salas Zambrano.

Resumen: La estrategia AIEPI clínico busca reducir la morbimortalidad de los niños de 0 a 5 años generada por las enfermedades prevalentes de la infancia, entre ellas la enfermedad diarreica, para ello utiliza un sistema codificado de colores con el fin de evaluar, clasificar y dar un manejo adecuado. La presente investigación tiene como objetivo determinar la adherencia a la estrategia AIEPI clínico por parte del personal de salud de la E.S.E Hermes Andrade Mejía en relación a enfermedad diarreica. El enfoque del presente estudio es cuantitativo, tipo observacional, descriptivo retrospectivo de corte transversal; para la recolección de la información contenida en las 113 historias clínicas objeto de estudio se diseñó una encuesta, encontrando que solo el 16% de los casos presentó una correcta clasificación y manejo.

Por lo anterior, se concluye que la adherencia a la estrategia AIEPI clínico por parte del personal de salud de la empresa social del estado Hermes Andrade Mejía en relación a enfermedad diarreica es deficiente.

Introducción: La estrategia atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) contribuye a la reducción de la morbimortalidad en niños menores de 5 años mediante el mejoramiento del desempeño del personal de salud, que incluya la adaptación, la capacitación y el seguimiento posterior para la prevención y control de las enfermedades prevalentes en la infancia como la enfermedad diarreica (ED). La AIEPI clínico contempla una secuencia ordenada de pasos que permitan al personal de salud evaluar, clasificar y tratar diferentes problemas de salud.

La ED se define como un cambio súbito en el patrón de evacuación intestinal normal del individuo, caracterizado por aumento en la frecuencia o disminución en la consistencia de las deposiciones. Las enfermedades diarreicas son la segunda causa de muerte de niños menores de cinco años, y ocasionan la muerte de 760 000 millones de niños cada año, en el municipio de Tangua-Nariño es la cuarta causa de morbilidad y la primera de tipo infectocontagiosa; para el 2015 se reportaron 110 casos en niños de 0- 5 años de edad.

Por esta razón es importante evidenciar el nivel de adherencia de la estrategia AIEPI Clínico en el manejo de la ED en menores de 5 años que ingresaron al centro de salud Hermes

Andrade Mejía (HAM) durante el año 2015, teniendo en cuenta que el éxito en la reducción de la morbilidad infantil requiere de la participación conjunta de las comunidades y sector salud, por ende se deben fortalecer los conocimientos, habilidades y prácticas, relacionadas con el cuidado de la salud y desarrollo del niño en los cuadros de ED.

MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación se efectuó por medio del diligenciamiento de interrogantes contenidos en el instrumento de recolección de datos, que engloba las variables sociodemográficas y clínicas de forma completa y avalada después de realizar prueba piloto por el comité de investigación de la Fundación Universitaria San Martín, sede Pasto y nuestro asesor científico, la recolección de los datos se realizó a través del análisis y revisión de historias clínicas en el archivo de la E. S. E Hermes Andrade Mejía durante el 15 de Febrero de 2015- 15 de Febrero de 2016.

Para este estudio se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Historias clínicas de niños de 0 a 5 años atendidos en el centro de salud Hermes Andrade Mejía del municipio de Tangua.
- Historias clínicas de menores de 5 años con diagnóstico de enfermedad diarreica ingresados en el periodo 15 de febrero de 2015 al 15 de febrero del 2016.
- Historias clínicas de pacientes que ingresaron al servicio de consulta externa y/o Urgencias.

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas de niños con antecedente de operación de resección o derivación intestinal amplia.
- Historias clínicas de niños que presenten enfermedades metabólicas o autoinmunes.

Para las gráficas y base de datos se usó Excel, para los análisis se usó STATGRAPHICS versión demo.

RESULTADOS

Posterior a la aplicación del instrumento de recolección de información en la E.S.E Hermes Andrade Mejía, se eligieron 113 historias clínicas como población objeto de estudio. Luego se realizó el análisis en el programa Excel obteniendo los siguientes resultados:

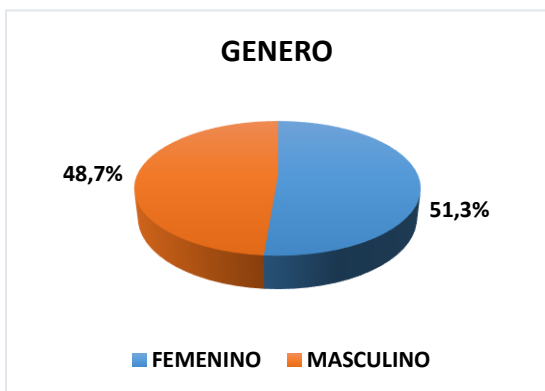
Tabla 1: Distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según Edad.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0-2 MESES	4	3,5%
2-12 MESES	77	68,1%
13-24 MESES	10	8,9%
24-36 MESES	7	6,2%
37-48 MESES	12	10,6%
49-60 MESES	3	2,7%

Fuente: presente investigación.

La distribución de la edad, muestra que el mayor número de casos de enfermedad diarreica se presentó en intervalo de edad de 2-12 meses, 77 casos (68%).

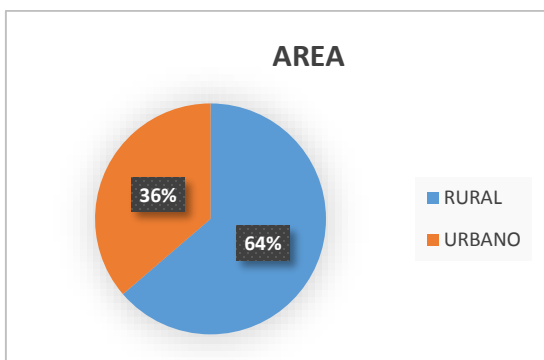
Grafica 1: Distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según Género.



Fuente: presente investigación.

En la población de Tangua la enfermedad diarreica se manifiesta en igual proporción respecto al género, correspondiendo 58 casos (51.3%) al género femenino y 55 casos (48.7%) al género masculino.

Grafica 2: Distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según área de procedencia.



Fuente: presente investigación.

Con respecto al área de procedencia, el mayor porcentaje de pacientes con diarrea atendidos en Tangua son del sector rural (64%).

Gráfica 3: Distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua según clasificación de AIEPI realizada.



Fuente: presente investigación.

Se encontró que la mayoría (91 casos) de los casos con enfermedad diarreica atendidos en Tangua fueron clasificados según protocolo AIEPI, sin embargo existen 22 de casos de niños con enfermedad diarreica que no fueron clasificados.

Tabla 2: Distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según evaluación y clasificación para el menor de 2 meses dada por el médico.

CLASIFICACION Y MANEJO	Frecuencia	Porcentaje
No clasificado	2	50%
No deshidratación	1	25%
Diarrea prolongada	1	25%
Total	4	100%

Fuente: presente investigación.

En la tabla anterior es importante resaltar que de los 4 casos de enfermedad diarreica presentes en menores de 2 meses, 2 casos (50%) no fueron clasificados; fueron las clasificaciones dadas por el médico: no deshidratación 1 caso (25%) y diarrea prolongada 1 caso (25%)

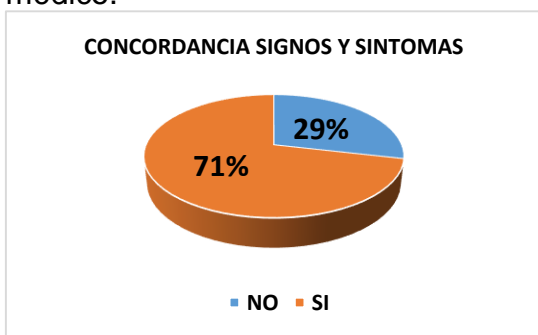
Tabla 3: Distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según evaluación y clasificación para el niño de 2 meses a 5 años dada por el médico.

CLASIFICACION Y MANEJO	Frecuencia	Porcentaje
No clasificado	20	18,3%
Diarrea con algún grado de deshidratación	3	2,8%
Diarrea con alto riesgo de deshidratación	3	2,8%
Diarrea sin deshidratación	62	56,9%
Diarrea persistente	14	12,8%
Disentería	7	6,4%
Total	109	100

Fuente: presente investigación.

Es de importancia resaltar que del total de casos con enfermedad diarreica atendidos de 2 meses a 5 años, 20 (18.3%) no fueron clasificados en el protocolo AIEPI; las clasificaciones dadas por el médico de mayor frecuencia fueron: diarrea sin deshidratación, 62 casos (57%) y diarrea persistente grave, 14 casos (12.8%).

Gráfica 4: Distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según concordancia de signos y síntomas con la clasificación dada por el médico.



Fuente presente investigación

Para los 2 pacientes clasificados de 0 a 2 meses y los 89 pacientes clasificados de 2 meses a 5 años, se encontró que hubo concordancia de las manifestaciones clínicas con la clasificación dada por el médico en un 71%; sin embargo, en un 29% no hubo concordancia.

Tabla 4: Distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según razón de la no concordancia de los signos y síntomas con la clasificación.

RAZÓN NO CUMPLIMIENTO CLASIFICACIÓN CON SIGNOS Y SÍNTOMAS	Frecuencia	Porcentaje
Insuficiente	0	0
Incorrecta	26	100%

Fuente: presente investigación.

Tabla 5: Distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según frecuencia de aplicación de vacuna Rotavirus

VACUNA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Completo	53	46,9%
Incompleto	37	32,7%
Sin vacuna	23	20,4%

Fuente: presente investigación.

Se encontró que en 46,9% de los pacientes que consultaron por enfermedad diarreica en Tangua tienen el esquema de vacunación completo para Rotavirus en relación a su edad, el 32,7% de los pacientes tenían un esquema de vacunación para Rotavirus incompleto, sin embargo se encontró que 20,4% de los pacientes no tenían ninguna dosis para Rotavirus, pacientes de los

cuales por su edad tendrían que tener como mínimo la primera dosis.

Gráfica 5: Distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según concordancia manejo con la clasificación dada por el médico.



Fuente: presente investigación.

De los 91 pacientes clasificados en estrategia AIEPI por enfermedad diarreica se encontró que no hubo concordancia entre el manejo y la clasificación dada por el médico en un 80.2%, posiblemente a un manejo incompleto, incorrecto o al uso de manejos complementarios no aprobados por el protocolo AIEPI para el manejo de la enfermedad diarreica.

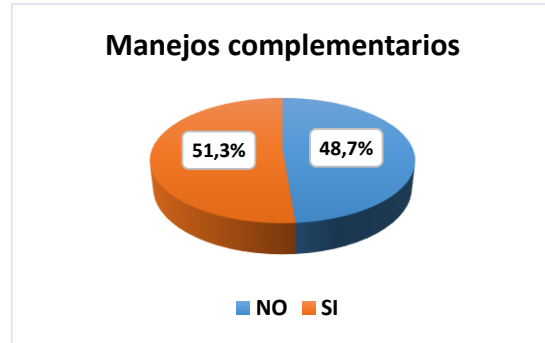
Tabla 6: distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según la razón de la no concordancia de clasificación con el manejo dado por el médico.

RAZÓN NO CONCORDANCIA MANEJO RESPECTO A CLASIFICACIÓN	Porcentaje	Frecuencia
Incompleto	40%	27
Incorrecto	60%	46

Fuente: presente investigación.

La razón por la cual no existe concordancia entre la clasificación y el manejo dado por el médico es debido a un manejo incorrecto

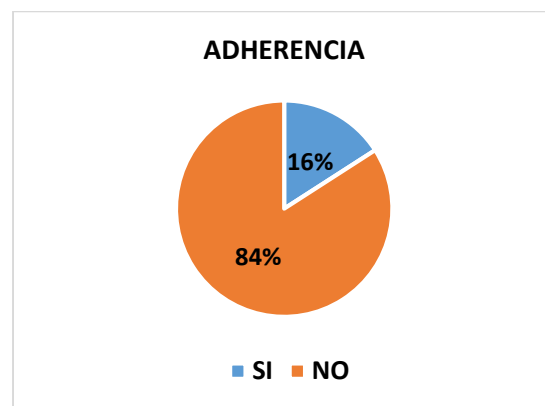
Gráfica 6: Distribución de la población, pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según manejos complementarios suministrados por el médico.



Fuente: presente investigación.

Se encontró que en 58 de las historias clínicas analizadas se formuló manejo adicional al recomendado por AIEPI, en el 48 de las historias clínicas analizadas no hubo manejo complementario siendo esto el procedimiento adecuado.

Gráfica 7: Distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según adecuada clasificación y manejo para enfermedad diarreica propuesta por AIEPI.



Fuente presente investigación

En los 113 pacientes que consultaron por diarrea en Tangua se encontró que 95 de los casos tuvieron una inadecuada clasificación y manejo, en contraste solamente un 18 de los pacientes fueron clasificados y manejados adecuadamente para enfermedad diarreica propuesta por la estrategia AIEPI para niños de 0 a 5 años.

Tabla 7: Distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según adherencia en cuanto a clasificación y manejo para enfermedad diarreica propuesta por AIEPI.

ADECUADA CLASIFICACION Y MANEJO	Frecuencia	Porcentaje
Correcto clasificación y manejo	18	15,9%
Incorrecto clasificación y manejo	48	42,5%
Correcto clasificación, incorrecto manejo	47	41,6%
Total	113	100%

Fuente: presente investigación.

Se observa que solamente en un 19,8%(18) de los casos por enfermedad diarreica tuvieron una correcta clasificación y manejo, 51,6%(47) de los casos de enfermedad diarreica tuvieron una correcta clasificación con un manejo incorrecto, seguido de un 28,6%(26) de los casos los cuales tuvieron una clasificación y manejo incorrecto.

Tabla 8: Distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según cumplimiento del manejo general de

acuerdo a la clasificación para menores de 0 a 2 meses.

MANEJO 0-2 MESES	Cumplimiento	No cumplimiento
No deshidratación	50%	50%
Diarrea prolongada	100%	0
No clasificados	0	100%

Fuente: presente investigación.

En cuanto al cumplimiento de los manejos en los menores de dos meses de edad, se encontró que en los pacientes clasificados como No Deshidratación (1) el manejo se cumple adecuadamente en un 50%. En los casos clasificados como Diarrea prolongada (1) hay un cumplimiento del manejo en un 100%.

Tabla 9: Distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según cumplimiento del manejo general de acuerdo a la clasificación para pacientes de 2 meses a 5 años.

MANEJOS 2 meses – 5 años	Cumplimiento	No cumplimiento
Diarrea con algún grado de Deshidratación	40%	60%
Diarrea con alto riesgo de deshidratación	55,6%	44,4%
Diarrea sin deshidratación	68,4%	31,6%
Diarrea persistente	18,7%	81,3%
Disentería	52,4%	47,6%
No clasificados	0	100%

Fuente: presente investigación.

Respecto a la aplicación del manejo en la población de 2 meses a 5 años de edad se encontró, que en los casos

clasificados como Diarrea con algún grado de deshidratación (3) el manejo establecido se cumple en un 40% e incumplían en un 60%. En los pacientes clasificados con Diarrea con alto riesgo de deshidratación (3) se dio un cumplimiento del 55,6% del manejo establecido por la estrategia AIEPI, mostrando un incumplimiento del 44,4%.

En los casos de Diarrea sin deshidratación (62) se presenta un cumplimiento del 68,4% de los manejos y un incumplimiento del 31,6% de los mismos. Los pacientes con clasificación de Diarrea persistente (14) el incumplimiento del manejo es del 81,3%, encontrando un cumplimiento de únicamente el 18,7%. Finalmente en los casos de disentería (7) se encontró que el cumplimiento del manejo es del 52,4%, por ende el 47,6% de estos se incumplen.

DISCUSION

La enfermedad diarreica es una de las patologías más prevalente en la infancia, afectando principalmente a los niños menores de 5 años, esta entidad prevenible, es uno de los principales motivos de consulta en la población pediátrica. La estrategia AIEPI busca disminuir la morbimortalidad de las enfermedades prevalentes de la infancia, incluyendo la enfermedad diarreica, debido a que genera múltiples complicaciones como la deshidratación, desnutrición e incluso la muerte.

En el presente estudio se evaluó la adherencia a la estrategia AIEPI clínico por parte del personal de salud de la E.S.E HERMES ANDRADE MEJÍA en relación a enfermedad

diarreica, en Tangua obteniendo los siguientes resultados:

Cuevas R et al. Guatemala, 2014, encontraron que el grupo etario con mayor número de casos de enfermedad diarreica se encuentra en el intervalo de edad entre los 2-12 meses, en el presente estudio se encontró similitud en esta variable en donde el intervalo de edad encontrado fue de 2 a 12 meses en el 68% de los casos (32).

Mainato M et al. Ecuador, 2015 encontró que la enfermedad diarreica afecta en mayor número a la población femenina, en comparación a este estudio se evidencio también que el género femenino fue el más afectado con un 51,3% del total de la población objeto de estudio (33).

Respecto al área de procedencia Mainato M et al. Ecuador, 2015 encontró que la mayor parte de los pacientes con cuadros diarreicos provenían del área rural en comparación con la presente investigación hubo una semejanza debido a que el 64% de los pacientes atendidos en Tangua procedían del área Rural. (33)

También se evidenció que en el estudio realizado por Mainato M, et al. Ecuador, 2015 no hubo casos clasificados como diarrea persistente, en comparación con nuestro estudio se evidencio que el 12,8% de los pacientes con diarrea fueron clasificados como diarrea persistente. (33)

En la literatura mencionada anteriormente, encontró que el 22%

de los pacientes presentaba sangre en heces frente a nuestro estudio el número de casos con esta es clasificación es menor debido a que solo el 6.4% de los pacientes fueron clasificados como disentería. (33)

En relación a la Diarrea sin deshidratación, los resultados arrojados por el estudio de Cáceres D, et al. Colombia, 2005, exponen que el número de casos asignado para esta clasificación es del 52,4%, en el presente estudio se evidencio una similitud respecto a esta variable, encontrando que el número de casos clasificados como diarrea sin deshidratación equivale a un 55,7% de los pacientes. A diferencia del estudio realizado por Mainato M, et al, Ecuador, 2015, el cual, muestra una diferencia en relación a esta variable, debido a que el número de casos clasificados como diarrea sin deshidratación es igual al 42%(33) (34).

Cáceres D, et al. Colombia, 2005, encontró que los pacientes clasificados como diarrea con deshidratación corresponde al 47,6% de los casos, en relación a la presente investigación hay una marcada diferencia respecto a este resultado porque el número de casos de diarrea con deshidratación corresponde al 3,5% de los casos. (34)

Naimoli J, et al. Marruecos, 2006, encontraron que el número de casos de enfermedad diarreica en los cuales se llevó a cabo una correcta clasificación y manejo, corresponde al 17%, en comparación con esta investigación, se evidencio cierta

similitud con esta variable, ya que el número de casos que tuvieron un adecuado clasificación y manejo corresponden al 16% de los casos de la población objeto de estudio. (36)

En relación a los casos de enfermedad diarreica en los cuales hubo concordancia de signos y síntomas respecto a la clasificación, Naimoli J, et al. Marruecos, 2006 muestra que el 50,7% de los casos cumple con esta variable, en comparación al presente estudio, la concordancia de signos y síntomas respecto a la clasificación es mayor debido a que en el 71% de los casos hubo dicha concordancia. (36)

Jousilahti P, et al. Egipto 1997, encontraron que la razón del inadecuado manejo de la enfermedad diarreica se debía al alto número de casos en donde se utilizó manejos complementarios no indicados en esta patología (antibióticos, pruebas de laboratorio) en el 54,2%, en comparación a la presente investigación el número de casos en los cuales se utilizó manejos adicionales no recomendados por la estrategia AIEPI corresponde al 48,7%.(40)

Cortes K, et al. Colombia, 2013 encontraron que en los pacientes mayores de 2 meses a 5 años que consultaron por enfermedad diarreica un 69,9% tenían esquema de vacunación para Rotavirus completo, un 17,88% de los casos tenían un esquema de vacunación incompleto y el 12,68% de los pacientes no habían recibido ninguna dosis de la vacuna para Rotavirus, en comparación con la presente investigación se encontró

una diferencia en esta variable ya que de los pacientes que asistieron por diarrea al centro de salud de Tangua el 46,9% de los pacientes tenían el esquema completo, el 32,7% un esquema incompleto y el 20,4% de los pacientes no tenían ninguna dosis.(39)

CONCLUSIONES

Del total de pacientes atendidos por enfermedad diarreica se concluye que el mayor número de consultas se presentó en el grupo de edad de 2 a 12 meses; en relación al género, la población femenina fue la más afectada y el área rural fue la de mayor procedencia.

Del total de historia clínicas analizadas de pacientes con diarrea de 0 a 2 meses, la mitad fueron clasificados; de 2 meses a 5 años, la mayoría fueron clasificados. Las clasificaciones de mayor frecuencia asignadas por el médico fueron: diarrea sin deshidratación y diarrea persistente grave. En general, si existió concordancia entre las manifestaciones clínicas y la clasificación dada por el médico, en el resto de los casos no hubo concordancia debido a una clasificación incorrecta.

Del total de pacientes la mitad de los pacientes tenían un esquema de vacunación para rotavirus completo, considerado como factor protector para esta patología. De los pacientes con enfermedad diarreica que fueron clasificados según la estrategia AIEPI, en general no hubo un correcto manejo respecto a la clasificación dada por el médico, la razón del no

cumplimiento en la mitad de los casos se debe a un manejo incorrecto. En cuanto al tratamiento de la diarrea, del total de historia clínicas analizadas, la mitad prescribió manejos complementarios, siendo el coprológico la prueba de laboratorio más solicitada. En general no existió una adecuada clasificación y manejo, no obstante, la mitad de los pacientes tuvieron una correcta clasificación, pero un inadecuado manejo.

De los casos de enfermedad diarreica en menores dos meses se concluye que a pesar de que la mitad de los casos fueron correctamente clasificados, el manejo erróneo se presenta en la mayoría de casos de esta población. En los pacientes de 2 a 5 años se concluye que aunque un alto número de pacientes fueron clasificados adecuadamente, solo un pequeño número de casos tiene un manejo acorde a la estrategia AIEPI.

En el cumplimiento del manejo general para cada clasificación, se concluye que en los pacientes de 0-2 meses con No deshidratación se cumplen adecuadamente solo la mitad del manejo. Se concluye además que aquellos pacientes con Diarrea prolongada presentan un manejo acorde a la estrategia AIEPI.

En el cumplimiento del manejo general para cada clasificación en los pacientes de 2 meses a 5 años, se concluye que la clasificación con mayor cumplimiento en el manejo, es la Diarrea Sin Deshidratación, mientras que, la clasificación con menor cumplimiento fue Diarrea persistente.

RECOMENDACIONES

- Los investigadores recomiendan a la E.S.E HAM capacitar al personal de salud, para dar cumplimiento a la normatividad dada por el ministerio de salud y protección social en la aplicación de la estrategia AIEPI para la prevención, correcta clasificación y adecuado manejo de las enfermedades prevalentes de la infancia, especialmente la diarrea.
- Se recomienda al centro de salud HAM habilitar el correcto funcionamiento de las salas TRO (EDA) para atender a los pacientes con enfermedad diarreica para definir el adecuado manejo ya sea ambulatorio o hospitalario para así evitar y detectar a tiempo las múltiples complicaciones que trae esta patología, como la deshidratación grave y la desnutrición que pueden ocasionar un desenlace fatal como la muerte.
- Se invita al centro de salud HAM, a capacitar a los promotores de salud, agentes comunitarios y a toda la comunidad Tangüeña sobre los signos de alarma, manifestaciones clínicas, manejo en casa de la diarrea, la vacunación completa para Rotavirus la realización de las diferentes practicas clave que

promueve el AIEPI comunitario como el lavado de manos, la adecuada preparación de los alimentos etc. para reducir los casos de enfermedad diarreica, disminuir el número de reingresos y fortalecer el puente entre la comunidad y el personal de salud.

- Los investigadores sugieren al centro de salud articular las medidas de prevención de la diarrea con la alcaldía municipal como mejorar las condiciones del saneamiento básico en todo el municipio debido a que es la principal causa de que se genere diarrea en esta población.

BIBLIOGRAFIA

1. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/es/
2. http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=909:aiempi-atencion-integrada-enfermedades-prevalentes-infancia&Itemid=607
3. http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1552:atencion-integrada-de-enfermedades-prevalentes-de-la-infancia-aiempi&Itemid=476
4. <http://www.hucaribe.gov.co/novedades/aiepi.pdf>
5. http://www.col.opsOms.org/prevencion/aiepi/aiepi2003feb_1.asp

6. Organización Panamericana de la salud. Estrategia AIEPI: Atención Integrada a Las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Curso clínico para profesionales de la salud. Washington D.C.: OPS; 2005.
7. <http://hospitalcalarca.gov.co/files/AIEPI%20RESUMEN.pdf>
8. BENGUIGUI Y. Atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia, avances y resultados en las regiones Americanas. Revista pediátrica. 2011; 32(2): p. 5-13.
9. <http://cipadinamicos.obolog.es/objetivos-estrategia-aiepi-603732>
10. Investigaciones operativas sobre AIEPI
11. Black RE, Morris SS, Bryce J. where and why are 10 million children dying every year? Lancet. 2003. (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/lancet_child_survival_10mill_dying.pdf)
12. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/>
13. Kosek M, Bern C, Guerrant RI. The global burden of diarrhoeal disease, as estimated from studies published between 1992 and 2000. Bull World Health Organ 2003. <http://www.who.int/bulletin/volumes/81/4/Editorial2.pdf>
14. <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/SubdireccionVigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20EDA.pdf>
15. Plan de desarrollo Municipio de Tangua 2012-2015. [Online]. Available from: http://www.tanguanarino.gov.co/apc_aafiles/62313762313637363236626236343634/PLAN_DESARROLLO_TANGUA.15.pdf.
16. Dr Luis O, Ricardo P, Felipe R, AIEPI guía de bolsillo. Curso clínico adaptado para Colombia, la Resolución 00412 de 2000 del Ministerio de Salud de Colombia. 2012.
17. Así vamos en salud. <http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/estado-de-salud/grafica.ver/12>. 2006-2013.
18. UNICEF, Organización Panamericana de la Salud, OMS. Atención integrada de las enfermedades prevalentes de la Infancia para los países de la región de las Américas. In; 1992; Washington. D. C. E. U. A.
19. Ministerio de Salud de Colombia OPS/OMS. Plan de implementación de la estrategia AIEPI en Colombia. Bogotá, Cundinamarca; 1999.
20. OPS. Componente Clínico de la estrategia AIEPI. Guía para los coordinadores locales, la Cruz Roja y el personal de salud. Washington, D.C; 2004.
21. Componente Comunitario de la estrategia AIEPI. Guía para profesionales de servicios de salud. Washington, D.C; 2004.
22. <http://hospitalcalarca.gov.co/files/AIEPI%20RESUMEN.pdf>

- 23.** Guía para profesionales y técnicos de los servicios de salud, Bogotá D.C., Colombia © 2010
- 24.** OPS/OMS. Curso AIEPI Clínico. Guías para Facilitadores y participantes. ; 1999.
- 25.** Podewils LJ et al. Acute, infectious diarrhea among children in developing countries. *Seminars in Pediatric Infectious Diseases*, 2004, 15(3):155–68.
- 26.** Pierce NF et al. Effect of intragastric glucose-electrolyte infusion upon water and electrolyte balance in Asiatic cholera. *Gastroenterology*, 2009, 55(3):333–43
- 27.** Bhutta ZA et al. Therapeutic effects of oral zinc in acute and persistent diarrhea in children in developing countries: pooled analysis of randomized controlled trials. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2000, 72(6):1516–22
- 28.** Patel AB, Dhande LA, Rawat MS. Therapeutic evaluation of zinc and copper supplementation in acute diarrhea in children: double blind randomized trial. *Indian Pediatrics*, 2005, 42(5):433–42.
- 29.** Abrams, S.A. and S.A. Atkinson, Calcium, magnesium, phosphorus and vitamin D fortification of complementary foods. *Journal of Nutrition*, 2003. 133(9): p. 2994S-9S.
- 30.** *Tratamiento clínico de la diarrea aguda*. Ginebra/Nueva York, Organización Mundial de la Salud/UNICEF, 2004.
- 31.** <http://www.tangua-narino.gov.co/a/pc-a>
- 32.** Cuevas R, Rodríguez E, Velásquez V, et al. Acute diarrheic disease in Guatemala children under 5 years MEDISAN 2014; 18(11):1515
- 33.** Mainato M, Suczhañay B, Tepan F. Identificación de signos y síntomas de gravedad en relación al componente edad aplicando la estrategia aiepi en niños de 2 meses a 5 años de edad del subcentro de salud del valle cuenca 2015, Repositorio Institucional Universidad de Cuenca 2015.
- 34.** Cáceres DC, Estrada E, DeAntonio R, Peláez D. La enfermedad diarreica aguda: un reto para la salud pública en Colombia. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(1):6–14.
- 35.** Cando L, Escandón M, Calidad de atención al niño/a de 2 meses a 4 años de edad con la aplicación de la estrategia AIEPI en el centro de salud “parque iberia”. cuenca 2014.
- 36.** Naimoli J, Rowe A , Lyaghfour A , et al. Effect of the Integrated Management of Childhood Illness strategy on health care quality in Morocco DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzi097> 134-144 First published online: 19 January 2006
- 37.** omuemu vo , ofuani ij , kubeyinje ic , knowledge and use of zinc supplementation in the management of childhood diarrhoea among health care workers in public primary health facilities in benin-city, nigeria. *Glob J*

Health Sci. 2012 Feb 29;4(2):68-76.
doi: 10.5539/gjhs.v4n2p68.

38. Pampillo T, Cáceres O, Inclusion of the investigative component to learn about acute diarrheic disease during the training of medical doctors, Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, Vol. 14, Núm. 2 (2010)

39. Cotes K, Alvis-Guzmán N, Rico A, Porras A, Cediél N, Chocontá Piraquive LA, et al. Evaluación del impacto de la vacuna contra rotavirus en Colombia usando métodos rápidos de evaluación. Rev Panam Salud Publica. 2013;34(4):220–6.

40. Jousilahti P, Madkour SM, Lambrechts T, et al. Diarrhoeal disease morbidity and home treatment practices in Egypt. Public Health. 1997 Jan;111(1):5-10.