

**ADHERENCIA A LA ESTRATEGIA ATENCION INTEGRADA DE LAS
ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA- CLINICO POR
PARTE DEL PERSONAL DE SALUD DE LA E.S.E. HERMES ANDRADE
MEJÍA EN RELACION A ENFERMEDAD DIARREICA,
TANGUA, 2015 – 2016**

**DIANA ELIZABETH ANDRADE MEJIA
MARITZA DANIELA ERASO QUINTERO
STEBAN ALEJANDRO LUNA MUÑOZ**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTIN
FACULTAD DE MEDICINA
SAN JUAN DE PASTO
2016**

**ADHERENCIA A LA ESTRATEGIA ATENCION INTEGRADA DE LAS
ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA- CLINICO POR
PARTE DEL PERSONAL DE SALUD DE LA E.S.E. HERMES ANDRADE
MEJÍA EN RELACION A ENFERMEDAD DIARREICA,
TANGUA, 2015 – 2016**

*Trabajo de grado presentado como requisito para optar por el título de
médico general*

**Asesor científico: Dr. Héctor Morillo
Médico Pediatra**

**Asesor metodológico: Dr. Andrés Salas
Magister en Epidemiología**

Asesor estadístico: Leonel Delgado.

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTIN
FACULTAD DE MEDICINA
SAN JUAN DE PASTO
2016**

DEDICATORIA

A Dios por las bendiciones recibidas diariamente, a nuestros padres por ser el talante en la búsqueda de nuestros sueños, ser el ejemplo de vida en la construcción de nuestras metas y a nuestros hermanos por la colaboración brindada en cada paso de esta bella profesión.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos en primer lugar a Dios por ser el guía a lo largo de nuestra carrera, ser la fortaleza en momentos de debilidad y por brindarnos una vida llena de aprendizajes y experiencias enriquecedoras.

Expresamos sentimiento de admiración y aprecio a todas las personas que cumplen abnegadamente una labor tan bella y gratificante como es la del maestro, especialmente a nuestro asesor científico, médico pediatra Héctor Morillo y asesor metodológico Andrés Salas, magister en epidemiología, quienes compartieron sus conocimientos y brindaron su apoyo de manera incondicional.

Agradecemos al personal de salud de la Empresa Social del Estado Hermes Andrade Mejía del municipio de Tangua, en gerencia de la doctora Daniana de la Cruz, por abrirnos las puertas de la institución de manera cordial y desinteresada, permitirnos el acceso a la información contenida en las historias clínicas correspondientes al presente estudio y por su disposición ante cualquier solicitud realizada por el grupo de investigación.

NOTA DE ACEPTACIÓN

JURADO 1

JURADO 2

San Juan de Pasto, Julio 2016

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA -----	15
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA -----	15
1.2 FORMULACION PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN -----	17
2. JUSTIFICACION -----	18
3. MARCO REFERENCIAL -----	19
3.1 MARCO TEORICO -----	19
3.1.1 EVALUAR Y CLASIFICAR AL MENOR DE 2 MESES -----	22
3.1.1.1 CÓMO EVALUAR A UN MENOR DE 2 MESES CON DIARREA ----	23
3.1.1.2 CLASIFICAR LA DESHIDRATACIÓN -----	24
3.1.1.3 CLASIFICAR LA DIARREA PROLONGADA -----	24
3.1.1.4 CLASIFICAR LA DIARREA CON SANGRE -----	24
3.1.2 EVALUAR Y CLASIFICAR AL NIÑO DE 2 MESES A 5 AÑOS -----	25
3.1.2.1 DEFINICIÓN DE DIARREA -----	26
3.1.2.2 DESHIDRATACIÓN -----	27
3.1.2.3 ASOCIACIÓN ENTRE DIARREA Y DESNUTRICIÓN -----	27
3.1.2.4 ETIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS -----	28
3.1.2.5 CÓMO EVALUAR A UN NIÑO CON DIARREA -----	33
3.1.2.5.1 CLASIFICAR EL ESTADO DE HIDRATACIÓN EN TODO NIÑO QUE CONSULTA POR DIARREA -----	37
3.1.2.5.2 CLASIFICAR AL NIÑO CON DIARREA PERSISTENTE -----	39
3.1.2.5.3 CLASIFICAR AL NIÑO CON DIARREA CON SANGRE EN LAS HECES -----	40
3.1.3 TRATAR LA DIARREA -----	42
3.2 MARCO CONTEXTUAL -----	48
3.3 MARCO CONCEPTUAL -----	50
4. OBJETIVOS -----	52

4.1 OBJETIVO GENERAL	52
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	52
5. METODOLOGIA	53
5.1 DISEÑO DE ESTUDIO	53
5.1.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACION	53
5.1.2 TIPO DE ESTUDIO	53
5.2 POBLACION Y MUESTRA	53
5.2.1 POBLACION	53
5.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN	53
5.3.1 CRITERIOS DE INCLUSION	53
5.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSION	53
5.4 CONSIDERACIONES ETICAS	54
6. ANALISIS DE RESULTADOS	55
7. DISCUSION	72
8. CONCLUSIONES	75
9. RECOMENDACIONES	77
BIBLIOGRAFIA	91

LISTA DE TABLAS

Pág.

Tabla N°1 Clasificación de la deshidratación (AIEPI- Clínico pág. 145) -----	24
Tabla N°2 Clasificación diarrea prolongada (AIEPI- Clínico pág. 146) -----	24
Tabla N°3 Clasificación diarrea con sangre (AIEPI- Clínico pág. 146) -----	25
Tabla N°4. SRO-75 de baja osmolaridad (AIEPI-Libro clínico pag.213) -----	26
Tabla N°5 Agentes etiológicos de diarrea (AIEPI-Libro clínico pág. 216-218) -----	28
Tabla N°6 Evaluación del niño con diarrea (AIEPI-Libro clínico pag.219) ----	33
Tabla N°7 Clasificación estado de hidratación (AIEPI-Libro clínico pág. 225-226) -----	37
Tabla N°8 Clasificación del niño con diarrea persistente (AIEPI-Libro clínico pág.227) -----	39
Tabla N°9 Clasificación del niño con presencia de sangre en heces (AIEPI- Libro clínico pag.228) -----	40
Tabla N°10 Plan A: tratar al niño con diarrea en casa (AIEPI-cuadro de procedimientos pag.82) -----	42
Tabla N°11 Plan A: tratar al niño con diarrea en casa (AIEPI-cuadro de procedimientos pag.83) -----	43
Tabla N°12 Plan B: tratar al niño con deshidratación con SRO (AIEPI- cuadro de procedimientos pag.84) -----	44
Tabla N°13 Plan C: tratar la deshidratación grave (AIEPI-cuadro de procedimientos pag.85) -----	45
Tabla N°14 Tratar al niño con diarrea persistente (AIEPI-cuadro de procedimientos pag.86) -----	46
Tabla N°15 Tratar la Disentería (AIEPI-cuadro de procedimientos pag.87) -	47
Tabla N°16: 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.-----	58
Tabla N°17: 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.	58

Tabla N°18: 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.....	65
Tabla N°19: 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.....	67
Tabla N°20: 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.....	67
Tabla N°21: Distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según el cumplimiento de los componentes del manejo para la clasificación No Deshidratación (0-2 meses) dado por el médico.	68
Tabla N°22: Distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según el cumplimiento de los componentes del manejo para la clasificación Diarrea Prolongada (0-2 meses) dado por el médico.....	68
Tabla N°23: Distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según el cumplimiento de los componentes del manejo para la clasificación Diarrea Con algún grado de Deshidratación (2 meses- 5 años) dado por el médico.....	69
Tabla N°24: Distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según el cumplimiento de los componentes del manejo para la clasificación Diarrea con alto riesgo de Deshidratación (2 meses – 5 años) dado por el médico.....	69
Tabla N°25: Distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según el cumplimiento de los componentes del manejo para la clasificación Diarrea sin Deshidratación (2 meses – 5 años) dado por el médico.....	70
Tabla N°26: Distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según el cumplimiento de los componentes del manejo para la clasificación Diarrea Persistente (2 meses – 5 años) dado por el médico.....	70
Tabla N°27: Distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según el cumplimiento de los componentes del manejo para la clasificación Disentería (2 meses – 5 años) dado por el médico.....	71

LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
Gráfica 1 Distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según Edad.....	55
Gráfica 2: Distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según Género.....	56
Gráfica 3: Distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según Procedencia.....	56
Gráfica 4: Distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según área de procedencia.....	57
Gráfica 5: Distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua según clasificación de AIEPI realizada.....	57
Gráfica 6: 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.....	59
Gráfica 7: 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.....	59
Gráfica 8: Distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según frecuencia de servicio en donde fueron atendidos.....	60
Gráfica 9: Distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según frecuencia de consultas por primera vez o reingreso.....	60
Gráfica 10: Distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según frecuencia de aplicación de vacuna Rotavirus.....	61
Gráfica 11: Distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según concordancia manejo con la clasificación dada por el médico.....	62
Gráfica 12: 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.....	62

Gráfica 13: Distribución de la población, pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según manejos complementarios suministrados por el médico.....	63
Gráfica 14: Distribución de la población, pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según manejos complementarios suministrados por el médico.....	63
Gráfica 15: Distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según adecuada clasificación y manejo para enfermedad diarreica propuesta por AIEPI.....	64
Gráfica 16: Distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según la correcta clasificación y manejo para los pacientes de 0 a 2 meses de acuerdo a la estrategia AIEPI.....	65
Gráfica 17: Distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según la correcta clasificación y manejo para los pacientes de 2 meses a 5 años de acuerdo a la estrategia AIEPI.....	66

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO 1 Variables.....	79
ANEXO 2 Instrumento de recolección de datos.....	86
ANEXO 3 Cronograma.....	89
ANEXO 4 Presupuesto.....	90

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 morbimortalidad 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.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

La atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) es una estrategia desarrollada en conjunto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), fue creada en 1993 y presentada en 1996 como la principal estrategia para mejorar la salud en la niñez. Fue adoptada por Colombia en 1998, con el fin de ofrecer, una atención integral para las enfermedades prevalentes de la infancia y disminuir la morbilidad en los niños menores de 5 años. (1)(2)(3)(4)(5)(6)(7). La estrategia no se limita a prevenir, clasificar y tratar la enfermedad por parte del personal de salud, también permite empoderar a la comunidad, para que asuma un papel más activo frente al cuidado de la salud infantil, a través de la implementación de medidas de promoción y prevención. (8)

Es necesario señalar que la estrategia AIEPI, consta de tres componentes. El clínico, el comunitario y por último el de organización local. El componente clínico enmarca lo concerniente a el mejoramiento del desempeño del personal de salud, que incluye la adaptación, capacitación y el seguimiento posterior para la prevención y control de enfermedades infantiles, además de la mejora de los sistemas y servicios de salud, que permitan brindar condiciones apropiadas de atención, de manera integrada y de calidad a los usuarios. (6)(9)

La estrategia AIEPI contempla un diverso grupo de enfermedades entre las que destacan la neumonía, diarrea, parasitosis intestinales, meningitis, tuberculosis, malaria además de trastornos nutricionales. En este marco los trastornos específicos del periodo perinatal, sepsis bacteriana del recién nacido, las infecciones respiratorias aguda, las deficiencias nutricionales y las enfermedades diarreicas corresponden a las 5 primeras causas de mortalidad en menores de 5 años en los países en desarrollo, siendo responsables de un alto índice de morbilidad. (6)(10)(11)

La diarrea es un síndrome clínico de etiología múltiple que se define como el aumento en la frecuencia y cantidad de agua en las deposiciones (tres o más al día), con un cambio en la consistencia. Esta entidad puede ocurrir a cualquier edad de la vida, pero son los lactantes y niños menores de cinco años los más predispuestos a desarrollar la enfermedad, y a presentar complicaciones como sepsis, deshidratación y muerte. Dentro de las enfermedades infecciosas intestinales, la Diarrea es una causa importante de morbilidad infantil en países en vía de desarrollo, la OMS establece que a nivel mundial se producen unos 1 700 millones de casos de enfermedades diarreicas cada año. (12)(13)(14). Siendo esta la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años, generando 760 000 muertes de niños menores de cinco años cada año. En Colombia, la enfermedad diarreica aguda

ocupa el segundo lugar de morbilidad en la población menor de cinco años, especialmente en los municipios con mayor porcentaje de necesidades básicas insatisfechas. De acuerdo a los indicadores básicos publicados por el Ministerio de la Protección Social y la OPS, en el 2011 se presentaron 314 muertes por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años, con una tasa de mortalidad de 7,34 x 100.000. En el municipio de Tangua representa la cuarta causa de morbilidad, afectando principalmente a los menores de 5 años, para el año 2011 se reportaron 167 casos de diarrea de posible causa infecciosa, en su mayoría de origen viral asociado a la presencia de factores que predisponen su aparición. (15)

Se considera entonces que esta enfermedad afecta principalmente aquellos municipios que tienen un mayor porcentaje de necesidades básicas insatisfechas, como la falta de agua potable, contaminación de las fuentes hídricas y pobre acceso a servicios de salud entre otros; se debe tener en cuenta además factores claves como: preparación inadecuada de alimentos, desconocimiento por parte de la población frente a la importancia del lavado de manos antes y después de ir al baño, bajo nivel económico y deficiencia de micronutrientes como el zinc en menores que viven en las zonas apartadas volviéndolos más susceptibles a la adquisición de enfermedades infecciosas. Por su alta incidencia, la enfermedad diarreica se considera un problema de salud pública, genera complicaciones importantes como la desnutrición; de no recibir un manejo adecuado, puede provocar resultados adversos en el menor e incluso la muerte.

En cuanto a la atención y manejo de esta patología en el municipio de Tangua, se ha encontrado que existen cuatro demoras las cuales desempeñan un papel importante en el aumento de la morbilidad infantil; encontramos: retraso en la identificación del problema, demora en acudir al centro de salud debido a creencias populares y remedios caseros, dificultad en el acceso al centro de salud como a sus servicios y la no adherencia a los protocolos presentes como la estrategia de AIEPI clínico y comunitario. (15)

Teniendo en cuenta las consecuencias de la enfermedad diarreica y otras enfermedades prevalentes de la infancia, la estrategia AIEPI ha diseñado un sistema de clasificación codificado por colores, que permite al médico orientar su diagnóstico y adoptar una conducta, a la luz de signos y síntomas presentes en el menor. Idealmente esta técnica debería implementarse en el personal de la salud de aquellas instituciones que orientan el cuidado infantil teniendo como base la estrategia AIEPI. Sin embargo la ejecución de estas medidas no se cumple, lo cual genera un fallo en la elección de las posibles clasificaciones de enfermedad diarreica contempladas en el AIEPI. Lo que impactara en la aplicación de conductas inadecuadas, la persistencia o deterioro del perfil epidemiológico de la enfermedad así como el aumento en el número de complicaciones que conlleven a resultados nefastos como la muerte.

1.2 FORMULACION DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe 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, Tangua, 2015 - 2016?

2. JUSTIFICACION

El presente proyecto está enfocado a conocer como la aplicación del AIEPI clínico en la E. S. E. HAM, municipio de Tangua 2015 orienta al personal de salud en la prevención, diagnóstico y resolución de la ED considerado como un problema de salud pública de los países en desarrollo. La ED representa una de las causas principales de morbimortalidad en los niños menores de 5 años; a nivel mundial ocasiona alrededor 760.000 muertes anuales. La deshidratación es la condición que genera mayor mortalidad, debido a la pérdida de líquidos y electrolitos. La disentería, la desnutrición y las infecciones graves son otras causas de muerte. (16) Desde 1998 la tasa de mortalidad por ED en Colombia ha venido disminuyendo, para el 2013 fue de 3,42 muertes por 100.000 niños menores de cinco años. (17) En la última década, a pesar de la implementación de estrategias para reducir el riesgo de infección intestinal como el consumo de agua potable y la eliminación sanitaria de las excretas, la morbilidad sigue en aumento.

En el municipio de Tangua la ED es la cuarta causa de morbilidad, se manifiesta con mayor frecuencia asociado a factores determinantes modificables (condiciones sanitarias inadecuadas, la incorrecta preparación de los alimentos, el mal manejo del agua, las malas conductas de higiene), retraso en la búsqueda de atención profesional, debilidad en la implementación de estrategias para la atención a la población vulnerable (situación de desplazamiento; situación de discapacidad; adultos mayores; mujeres gestantes; población infantil, adolescente y joven) y falta de implementación de actividades encaminadas a la promoción y prevención de esta enfermedad. (15)

De no realizarse este estudio no se conocería el nivel de adherencia a las indicaciones propuestas en la estrategia AIEPI clínico, no se identificaría falencias en este componente que puedan modificarse e involucrar en su solución a otros entes para el cuidado de la salud de los menores y el impacto que este tendría en la disminución de la morbimortalidad de las ED.

3. MARCO REFERENCIAL

3.1 MARCO TEORICO

La estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) surgió en 1993, creada por la Organización Panamericana de la salud (OPS) y por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) con la Finalidad de disminuir la mortalidad y la morbilidad en los menores de 5 años de edad y mejorar las habilidades del personal de salud, sistemas y servicios de salud, para el cuidado de la madre, el recién nacido y los niños y niñas menores de 5 años. (18) En Colombia se adoptó la estrategia en 1998 a través del Ministerio de salud, con el ánimo de brindar las herramientas conceptuales y metodológicas que permitieran atender de forma ágil e integral las condiciones clínicas de ingreso y prevenir desenlaces fatales evitables, con el fin de cumplir el cuarto objetivo del Milenio, que busca una reducción de la mortalidad infantil en dos terceras partes. (19)

AIEPI se enfoca en la detección precoz, manejo adecuado y seguimiento, así como prácticas clave de prevención y promoción de la salud que contribuyen a mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de la población respecto al cuidado del niño en el hogar. (20) De esta manera, la estrategia AIEPI favorece no solamente la calidad de la atención de enfermedades que afectan al niño, sino también a corregir el buen cuidado de su salud por parte de la familia y la comunidad. OPS. (21)

Los objetivos del AIEPI son:

1. Reducir la mortalidad en los niños y niñas menores de 5 años.
2. Reducir la incidencia y/o gravedad de los episodios de enfermedades evitables en la infancia.
3. Garantizar una adecuada calidad de atención de menores de 5 años, en los servicios de salud, en el hogar y en la comunidad.
4. Fortalecer la promoción de la salud y prevención de la enfermedad de la niñez y contribuir a mejorar el crecimiento y desarrollo durante los primeros años de vida y la calidad de atención del niño en el servicio de salud, el hogar y la comunidad.
5. Apoyar los esfuerzos dirigidos a fortalecer actitudes, habilidades y destrezas en la familia y la comunidad para el cuidado de los niños menores de 5 años y la protección del ambiente. (22)

La estrategia AIEPI consta de 3 componentes: el comunitario, el de organización local y el clínico. Cada componente busca intervenir de forma

prioritaria las enfermedades más prevalentes en los menores de 5 años, con el fin de lograr su objetivo principal de reducir la mortalidad infantil.

El AIEPI comunitario tiene como objetivo principal incentivar la participación de la comunidad en el cuidado y protección de la salud del niño, mediante la enseñanza a los padres y/o cuidadores de prácticas saludables para el desarrollo seguro de sus hijos protegiendo su crecimiento sano, previniendo para que no se enfermen, dando cuidados adecuados en el hogar, a través de herramientas fáciles y de bajo costo. Promueve 18 comportamientos esenciales para el desarrollo físico y mental:

1. Fomentar la lactancia materna exclusiva
2. Alimentación complementaria después de los seis meses de edad
3. Consumo de micronutrientes
4. Expresiones de buen trato
5. Vacunación
6. Saneamiento básico
7. Prevención de malaria y dengue
8. Prevención contra el VIH SIDA
9. Llevar a los niños al odontólogo desde los primeros meses de edad
10. Proteger a los niños que tienen contacto con personas con tuberculosis
11. Alimentación del niño enfermo en el hogar
12. Tratamiento en casa del niño enfermo
13. Buen trato y cuidado permanente de los niños
14. Participación del hombre en el cuidado del niño y de la mujer gestante
15. Prevención de accidentes en el hogar
16. Identificar signos de peligro
17. Seguir las recomendaciones del personal de salud
18. Atención a la mujer gestante. (23)

El componente de organización local hace referencia a la gestión y organización de los distintos entes territoriales de salud, permite a cada entidad territorial, organizarse y prever las acciones prioritarias para la atención de los menores de 5 niños de acuerdo con las características demográficas y epidemiológicas locales, logrando una implementación contextualizada a su realidad local. (6)

El AIEPI clínico está dirigido a todo lactante y niño menor de 5 años, profesionales de salud, establecimientos de primer nivel (consultorios y centros de salud), departamento ambulatorio de hospitales, consulta externa y urgencias de II y III nivel, garantizando que todo niño que acuda a una consulta médica debe salir con un diagnóstico precoz y tratamiento, mejorando la calidad e integridad de la atención, asegura el uso racional de medicamentos y medios diagnósticos, reduciendo costos.(20) Para lograr la

calidad de los servicios se plantea: La capacitación del personal de salud, dar la información, conocimientos y habilidades necesarias para emplear fielmente la estrategia AIEPI, La inspección periódica del personal capacitado con el fin de identificar los problemas en la aplicación de la estrategia y proponer soluciones, mantener una comunicación entre el profesional de la salud y el usuario mucho más ajustada a la realidad que vive el paciente y su entorno. (24)

El proceso de atención consiste en evaluar al niño, clasificar la enfermedad, darle tratamiento; se utilizan signos clínicos basados en resultados de investigación que logran un equilibrio cuidadoso entre sensibilidad y especificidad, los tratamientos se llevan a cabo por clasificaciones en lugar de diagnósticos nosológicos específicos.

Describe como atender a un niño que asiste a la unidad de salud cuando está enfermo, incluyendo también la vigilancia y promoción del crecimiento y desarrollo, inmunización, atención por enfermedad y seguimiento de los pacientes. Las pautas ofrecen instrucciones para evaluar, clasificar, tratar al niño con una enfermedad prevalente, desnutrición y anemia e identificar otros problemas. Además incorpora actividades básicas para la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

EL AIEPI propone 6 pasos para el modelo de atención:

1. Evaluar al niño: verificar si hay signos generales de peligro o enfermedad muy grave, preguntar sobre los 5 síntomas principales (Tos o dificultad para respirar, diarrea, fiebre, problemas de oído y problemas de garganta) por medio de interrogatorio, observación, examen físico, verificación del estado nutricional, de vacunación, salud bucal, maltrato, y evaluar el crecimiento y desarrollo.
2. Clasificar la enfermedad: utilizar un sistema de clasificación codificado por colores para los síntomas principales y su estado de nutrición o alimentación, dado que muchos niños tienen más de una condición, cada enfermedad se clasifica dependiendo de si requiere; rojo(tratamiento y referencia urgente), Amarillo (tratamiento médico específico y consejería), Verde (consejería sobre tratamiento y cuidados en el hogar).
3. Determinar el tratamiento: determinar si necesita referencia y tratamiento urgente previo a la remisión. Si no necesita referencia urgente tratar al menor enfermo, administrando la primera dosis de medicamentos en la unidad de salud y vacuna según el esquema.
4. Tratar: significa prescribir, administrar los tratamientos o procedimientos que recomienda la estrategia para los problemas identificados en el servicio

de salud y en la casa, enseñar a la madre como realizar los tratamientos en el hogar.

5. Garantizar consejería en las prácticas clave: consejería en alimentación, cuidados en el hogar por los padres y la familia, estimulación del desarrollo, promoción del buen trato y prevención del maltrato infantil entre otros.

6. Seguimiento: se realiza por medio de cuadros de procedimientos para determinar cómo evoluciona el niño, si está igual, mejor o peor y evaluar si existen problemas nuevos.

El manejo integrado se divide en: atención para el grupo menor de 2 meses de edad (desde la preconcepción) y atención para el grupo de 2 meses a 5 años. (6)

3.1.1 EVALUAR Y CLASIFICAR AL MENOR DE 2 MESES CON DIARREA

La diarrea es un aumento en la frecuencia con disminución en la consistencia de las heces. Los bebés que se alimentan exclusivamente con leche materna tienen heces blandas o acuosas, pero no se considera diarrea. La madre puede reconocer la diarrea por la consistencia o frecuencia que es diferente a la normal. En el menor de dos meses si un episodio de diarrea dura menos de siete días, se trata de diarrea aguda, si su duración es mayor de siete días es diarrea prolongada. La diarrea acuosa aguda provoca deshidratación y puede conducir a la muerte de un niño.

La diarrea con sangre en las heces, con o sin moco, se denomina diarrea con sangre. La causa más común de la diarrea con sangre es la Enfermedad Hemorrágica del Recién Nacido, secundaria a la deficiencia de Vitamina K, la enterocolitis necrotizante u otros problemas de coagulación como la coagulación intravascular diseminada. En niños mayores de 15 días la sangre en las heces puede ser secundaria a fisuras anales o por alergia a la leche de vaca. La disentería no es común a esta edad, pero si se sospecha debe pensarse en Shigella y dar un tratamiento adecuado.

En los menores de 2 meses la infección se registra en el momento del nacimiento por organismos que están presentes en las heces de la madre o después del nacimiento, por una gran variedad de organismos procedentes de otros niños infectados o de las manos de la madre. Los agentes infecciosos involucrados de los episodios de diarrea en los lactantes menores de 2 meses son generalmente E. coli, salmonella. Echo virus, Rotavirus.

El comienzo de la enfermedad puede ser repentino y acompañado de pérdida del apetito y/o vómitos. Las heces inicialmente pueden ser amarillas y blandas y posteriormente, de aspecto verdoso con abundante líquido y aumento en su número.

3.1.1.1 CÓMO EVALUAR A UN MENOR DE 2 MESES CON DIARREA

En todos los niños menores con diarrea, **PREGUNTAR:**

- ✓ **¿Tiene el niño diarrea?**

Si la madre responde que el niño tiene diarrea, evaluarlo para ver si hay signos de deshidratación, diarrea prolongada y/o diarrea con sangre.

- ✓ **¿Cuánto tiempo hace?**

La diarrea con una duración de siete días o más es diarrea prolongada.

- ✓ **¿Hay sangre en las heces?**

Pregunte a la madre si ha visto sangre en las heces en algún momento durante este episodio de diarrea.

VERIFICAR:

- ✓ **si hay signos de deshidratación:**

Cuando un niño está deshidratado, se muestra inquieto o irritable al principio. Si la deshidratación persiste, se torna letárgico o inconsciente. A medida que el cuerpo pierde líquidos, los ojos parecen hundidos. Si se pliega la piel del abdomen, la piel vuelve a su posición inicial, de inmediato o lentamente.

OBSERVAR:

- ✓ **El estado general del niño**

Un niño presenta el signo inquieto e irritable si se manifiesta de esta manera todo el tiempo o cuando lo tocan o mueven. Si un niño está tranquilo mientras se amamanta pero se torna nuevamente inquieto o irritable al dejar de tomar el pecho, presenta el signo “inquieto o irritable”.

- ✓ **Si los ojos están hundidos**
- ✓ **Presencia de pliegue cutáneo**

CÓMO CLASIFICAR LA DIARREA

La diarrea se clasifica según:

- ✓ **EL ESTADO DE HIDRATACIÓN**
- ✓ **LA DURACIÓN DE LA DIARREA**
- ✓ **LA PRESENCIA DE SANGRE EN LAS HECES**

3.1.1.2 CLASIFICAR LA DESHIDRATACIÓN

Tabla N°1 Clasificación de la deshidratación (AIEPI- Clínico pág. 145)

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
Dos de los siguientes signos: <ul style="list-style-type: none"> • Letárgico o inconsciente • Intranquilo o irritable • Ojos hundidos • Signo de pliegue cutáneo: la piel vuelve lentamente al estado anterior 	DESHIDRATACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Referir URGENTEMENTE al hospital según las normas de estabilización y transporte "REFIERA" • Dar líquidos para la deshidratación, iniciar PLAN B o C según corresponda • Aconsejar a la madre que continúe dando el pecho si es posible
<ul style="list-style-type: none"> • No tiene signos suficientes para clasificarse como deshidratación 	NO TIENE DESHIDRATACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Dar lactancia materna exclusiva • Dar recomendaciones para tratar la diarrea en casa (PLAN A), sin iniciar ningún alimento • Suplementación terapéutica con zinc por 14 días • Enseñar a la madre signos de alarma para regresar de inmediato • Enseñar a la madre las medidas preventivas • Hacer seguimiento 2 días después

3.1.1.3 CLASIFICAR LA DIARREA PROLONGADA

La diarrea que persiste por siete días o más, se clasifica como diarrea prolongada. En el menor de dos meses siempre se considera como un signo grave y el niño debe ser referido al hospital.

Tabla N°2 Clasificación diarrea prolongada (AIEPI- Clínico pág. 146)

<ul style="list-style-type: none"> • Tiene diarrea hace 7 días o más 	DIARREA PROLONGADA	<ul style="list-style-type: none"> • Referir URGENTEMENTE al hospital, según las normas de estabilización y transporte "REFIERA" • Recomendar a la madre que continúe dándole lactancia materna
---	---------------------------	--

3.1.1.4 CLASIFICAR LA DIARREA CON SANGRE

El lactante clasificado como diarrea con sangre, puede tener múltiples causas en el menor de 15 días de vida, la sangre en las heces puede ser secundaria a otras patologías graves como enfermedad hemorrágica del recién nacido o enterocolitis necrotizante. Por esta razón se debe administrar la primera dosis de vitamina K y la primera dosis de los antibióticos recomendados.

Tabla N°3 Clasificación diarrea con sangre (AIEPI- Clínico pág. 146)

<ul style="list-style-type: none"> • Tiene sangre en las heces 	<p>DIARREA CON SANGRE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Referir URGENTEMENTE a un hospital, según las normas de estabilización y transporte "REFIERA" • Administrar dosis de vitamina K • Administrar primera dosis de los antibióticos recomendados • Recomendar a la madre que continúe dándole lactancia materna
---	--	---

3.1.2 EVALUAR Y CLASIFICAR AL NIÑO CON DIARREA 2 MESES A 5 AÑOS

Se estima que más de un millón y medio de niños menores de cinco años mueren por diarrea cada año. Ocho de cada diez de estas muertes suceden en los primeros dos años de vida. (25)

El mayor número de muertes por diarrea se generan por deshidratación. La deshidratación producida por diarrea de cualquier etiología, se puede en forma segura y efectiva en más de 90% de los casos, mediante la rehidratación oral, utilizando sales y glucosa las cuales se disuelven en agua para formar la solución de suero oral. Estas sales de rehidratación oral (SRO) se absorben en el intestino delgado, sustituyendo así el agua y los electrolitos que se pierden por las heces.(26)

La diarrea con sangre (disentería) y la diarrea persistente con desnutrición son también causas significantes de muerte. Los cuadros continuos de diarrea favorecen a la desnutrición, talla baja en los primeros años de vida y mayor mortalidad en los menores desnutridos. Si se continúa la alimentación durante la patología, se logra reducir los efectos adversos de la diarrea en el estado nutricional de los niños.

Tras 20 años de investigación, se ha desarrollado una solución de SRO mejorada de baja osmolaridad, la cual disminuye en un 33% el requerimiento de líquidos intravenosos suplementarios posterior a la rehidratación inicial, contrastada con la solución de SRO-90 utilizada durante los últimos 30 años. La nueva solución de SRO-75 también reduce la incidencia de vómito en 30% y del volumen fecal en 20%

La mezcla de sales para disolver en un litro de agua es:

Tabla N°4 SRO-75 de baja osmolaridad (AIEPI-Libro clínico pag.213)

	Gramos		mmol/litro
• Cloruro de sodio	2,6	• Sodio	75
• Glucosa anhidra	13,5	• Cloro	65
• Cloruro de potasio	1,5	• Glucosa anhidra	75
• Citrato de sodio dihidratado	2,9	• Potasio	20
		• Citrato	10
		• Osmolaridad total	245 mOsm/l

Otro avance significativo en el manejo de la enfermedad diarreica ha sido demostrar que la administración de un suplemento de zinc durante los episodios de diarrea aguda reduce su duración, gravedad y además previene la aparición de la enfermedad durante los dos a tres meses siguientes (27).

El zinc juega un papel crítico en las metaloenzimas, polirribosomas, membrana celular y función celular, de tal manera que resulta clave para el crecimiento celular y la función del sistema inmune (28). Los alimentos más ricos en zinc son los de origen animal: carne, pescado, mariscos, huevo, queso. Entre los vegetales las semillas tienen un contenido relativamente alto, sin embargo, los fitatos presentes en muchos vegetales inhiben su absorción y lo hacen menos biodisponible. Aunque las frutas y las legumbres son indispensables, no son buena fuente de zinc. (29) Por lo anterior se recomienda administrar, 10-20 mg de zinc elemental por día, por 10 a 14 días a todos los pacientes con diarrea. (30)

3.1.2.1 DEFINICIÓN DE DIARREA

Epidemiológicamente la diarrea se define como la eliminación de tres o más deposiciones inusualmente líquidas o blandas en un período de 24 horas. Lo más significativo es la consistencia de las heces, más que el número de deposiciones, las evacuaciones frecuentes de heces formadas no constituyen diarrea.

En los bebés alimentados únicamente con leche materna la mayoría de las evacuaciones son de heces líquidas o muy blandas, tampoco se considera diarrea. Por lo anterior se debe escuchar a las madres porque ellas generalmente saben cuándo sus hijos tienen diarrea por ende es más práctico definir diarrea como el cambio de consistencia de las heces, comparado con lo que la madre considera normal, más líquidas por ejemplo.

Tipos clínicos de enfermedades diarreicas

- Diarrea aguda acuosa que persiste de varias horas a varios días. La deshidratación es la principal complicación, también se genera pérdida de peso si se suspende la alimentación.
- Diarrea aguda con sangre (disentería): las principales complicaciones son el daño de la mucosa intestinal, la sepsis y la desnutrición.
- Diarrea persistente (14 días o más de duración). Las complicaciones más importantes son la desnutrición, sepsis y las infecciones extraintestinales severas, también puede ocurrir deshidratación.
- Diarrea en niños con desnutrición severa (marasmo o kwashiorkor): en este tipo de enfermedad diarreica los principales riesgos son las infecciones sistémicas severas, deshidratación, falla cardíaca y la deficiencia de vitaminas y minerales generando la mayor tasa de mortalidad.

El tratamiento de cada tipo de diarrea debe estar encaminado a prevenir o tratar las principales complicaciones que cada uno presenta.

3.1.2.2 DESHIDRATACIÓN

En la enfermedad diarreica se produce una gran pérdida de agua y electrolitos (sodio, cloro, potasio y bicarbonato). El agua y los electrolitos también se pierden en el vómito, que a menudo acompaña a la diarrea.

La deshidratación se genera cuando estas pérdidas no son reemplazadas apropiadamente y se desarrolla el déficit de agua y electrolitos.

Los signos y síntomas no se presentan en los estadios iniciales de la deshidratación, estos van apareciendo cuando la deshidratación progresa, entre ellos los más frecuentes son la sed, inquietud o irritabilidad, disminución de la turgencia de la piel (signo del pliegue) y ojos hundidos.

Si la deshidratación es severa, sus efectos son más acentuados y el paciente puede presentar choque hipovolémico, se puede manifestar con alteración de la conciencia, oliguria, extremidades frías, pulso rápido y débil (el pulso radial puede ser indetectable), presión baja o indetectable y cianosis periférica. Se debe iniciar rápidamente la rehidratación para evitar que ocurra la muerte.

3.1.2.3 ASOCIACIÓN ENTRE DIARREA Y DESNUTRICIÓN

En la enfermedad diarreica se reduce el consumo de alimentos, la absorción de nutrientes y se incrementan los requerimientos nutricionales, generando pérdida de peso y detención del crecimiento.

A su vez la desnutrición favorece a que la diarrea sea más severa y prolongada.

El ciclo de DIARREA-DESNUTRICIÓN-DIARREA se puede eliminar si:

- Se consume una alimentación nutritiva, acorde a la edad, cuando el niño está sano.
- Se continúa la alimentación rica en nutrientes durante y después de la diarrea.

Siguiendo lo anterior se puede prevenir la desnutrición y disminuir el riesgo de muerte por un futuro episodio de diarrea.

3.1.2.4 ETIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS

Identificar la etiología de las enfermedades diarreicas es trascendental para conocer el contexto epidemiológico de un país o una región, y en algunos casos seleccionados de difícil manejo. No obstante los estudios para determinar el agente causal son complejos, costosos, y no están al alcance de la mayoría de los laboratorios clínico. Sin embargo así se utilicen las técnicas de laboratorio más complejas en un 20 a 40% de los casos de diarrea no es posible conocer la causa.

En la práctica clínica por lo general no es necesario conocer la etiología de la diarrea para determinar un manejo correcto, ya que las bases del tratamiento pueden aplicarse en todos los pacientes con diarrea, independientemente de la etiología.

Si los niveles de saneamiento e higiene personal de una población son bajos, mayor es la importancia relativa de las bacterias como agentes causales de la diarrea en paralelo con los virus.

En los meses cálidos del año en las zonas donde los cambios estacionales son marcados los agentes bacterianos representan la mayor causalidad de diarrea; en contraste en la estación más fría del año los rotavirus y otros virus generalmente son los de mayor incidencia.

La siguiente tabla muestra los principales agentes causantes de diarrea aguda en lactantes y niños:

Tabla N°5 Agentes etiológicos de diarrea (AIEPI-Libro clínico pag.216-218)

AGENTE	INCIDENCIA	COMENTARIOS
VIRUS		
<i>Rotavirus</i>	Es responsable de 15 a 25% de los episodios de diarrea en los niños de 6 a 24 meses que	Causa diarrea líquida, vómito y fiebre baja. Puede variar entre asintomático a diarrea con

	consultan, y cerca del 50% de los niños hospitalizados por diarrea, pero únicamente del 5 a 10% de los casos en este grupo de edad en la comunidad. Distribución mundial, se trasmite por vía fecal-oral y posiblemente por gotas a través del aire. Mayor incidencia en las temporadas frías y secas.	deshidratación que puede llevar a la muerte. Hay 5 serotipos de rotavirus epidemiológicamente importantes.
BACTERIAS		
<i>Escherichia Coli</i>	La <i>E. Coli</i> causa más de la cuarta parte de todas las diarreas en los países en desarrollo. La transmisión usualmente ocurre por alimentos y agua contaminados	Se reconocen 5 grupos de <i>E. coli</i> : entero-toxigénica, de adherencia localizada, de adherencia difusa, entero-invasiva y entero-hemorrágica.
<i>E coli (ETCE) enterotoxigénica</i>	Es la mayor causa de diarrea aguda acuosa en los niños y adultos en los países en desarrollo, especialmente durante las estaciones calientes y húmedas.	Es la causa más común de la diarrea de los viajeros. La diarrea es autolimitada.
<i>E coli (EC-AL) con adherencia localizada</i>	Puede llegar a producir hasta el 30% de las diarreas agudas del lactante en algunas áreas urbanas. Muchas son adquiridas en el hospital.	Usualmente autolimitada, pero puede ser grave o causar diarrea persistente, especialmente en los menores de 6 meses alimentados con fórmula láctea.
<i>E coli (EC-AD) con adherencia difusa</i>	Está ampliamente diseminada y parece causar un pequeño	

	número de diarreas en los lactantes.	
<i>E coli (ECEI) enteroinvasiva</i>	Es poco frecuente en los países en desarrollo; causa brotes en niños y adultos por contaminación de alimentos y sus síntomas son similares a la shigelosis.	Los antibióticos contra la Shigella son probablemente efectivos, pero la eficacia no se ha comprobado en estudios controlados.
<i>E coli (ECEH) Enterohemorrágica</i>	Se encuentra en Europa y América donde los brotes son causados por comer carne mal cocida.	Se caracteriza por un comienzo agudo de cólicos, fiebre baja o ausente y diarrea líquida que puede rápidamente volverse sanguinolenta. El serotipo más común asociado con el síndrome urémico hemolítico es 0157-H7.
<i>Shigella</i>	Es causa de 10 a 15% de las diarreas agudas en los niños menores de 5 años y es la causa más común de diarrea con sangre en muchos países. El contagio se produce por contacto persona-persona o transmitida por agua o alimentos contaminados. La mayor incidencia es en las estaciones calientes.	Se subdivide en 4 serogrupos, el flexneri más común en países en desarrollo; sonnei más común en países desarrollados; dysenteriae tipo 1, causa epidemias de enfermedad grave con alta mortalidad; y boydii la menos común. La infección puede causar fiebre y diarrea acuosa o disentería, cólicos y tenesmo, con deposiciones escasas y frecuentes, con gran cantidad de leucocitos. La resistencia a los antibióticos es frecuente. La shigelosis es muy

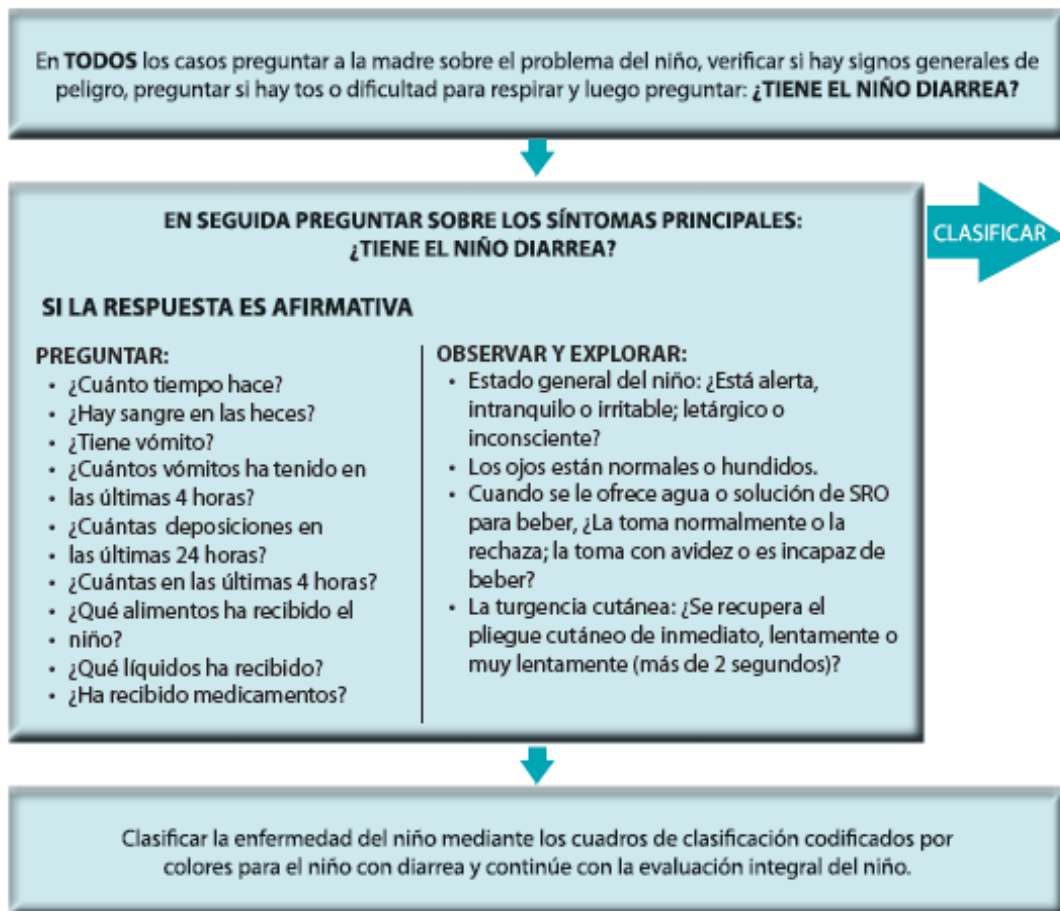
		grave en niños desnutridos y en los no amamantados.
<i>Campylobacter jejuni</i>	Causa 5 a 15% de las diarreas en lactantes en el mundo, pero también se encuentra en sanos por lo que se desconoce la verdadera incidencia. La mayoría de los niños en los países en desarrollo adquieren inmunidad durante el primer año de vida: se encuentra comúnmente en las heces de niños mayores sanos; se disemina a través de la ingesta de pollos y otros animales.	La diarrea puede ser acuosa pero en un tercio de los casos después de uno a dos días aparecen heces disentéricas. El vómito no es común y la fiebre usualmente es baja.
<i>Vibrio cholerae 01 y 0139</i>	El cólera es endémico en África, Asia y América latina, donde ocurren epidemias anualmente, en las estaciones calientes y húmedas. Afecta con más frecuencia niños de 2 a 9 años y muchos son graves. La transmisión ocurre principalmente por agua y alimentos contaminados	El 01 tiene 2 biotipos (Tor y clásico) y 2 serotipos (Ogawa e Inawa) que no tienen importancia para el tratamiento: han aparecido en muchos países cepas de 01 resistentes a tetraciclinas.
<i>Salmonella (no tifoidea)</i>	Causa de 1 a 5% de los casos de gastroenteritis en los países más desarrollados. La infección usualmente resulta de la ingestión de productos de origen animal contaminados.	Hay más de 2.000 serotipos, de los cuales 6 a 10 son los causantes de la mayoría de las gastroenteritis por salmonella. Causa diarrea aguda acuosa, con náuseas, dolor abdominal y fiebre, pero también

		diarrea con sangre. Los antibióticos pueden prolongar el estado de portador.
PROTOZOOARIOS		
<i>Giardia duodenalis</i>	Tiene distribución mundial, la prevalencia de la infección entre los niños pequeños alcanza 100% en algunas áreas. Los niños entre 1 a 5 años son los más infectados.	Puede producir diarrea aguda o persistente, algunas veces mala absorción con esteatorrea, dolor abdominal y sensación de saciedad. Sin embargo, la gran mayoría de las infecciones son asintomáticas.
<i>Entamoeba histolítica</i>	Distribución mundial y prevalencia muy variable. La incidencia aumenta con la edad y es mayor en los hombres adultos.	Al menos 90% de las infecciones son asintomáticas, causadas por cepas de <i>E histolítica</i> no patógenas que no deberían ser tratadas. Es causa poco frecuente de disentería en niños. El diagnóstico de enfermedad invasiva requiere la identificación de trofozoitos hematófagos en las heces o en las úlceras del colon. Puede producir desde diarrea persistente moderada hasta disentería fulminante o absceso hepático.
<i>Cryptosporidium</i>	En los países en desarrollo puede ser causante del 5 a 15% de las diarreas de los niños; se trasmite por vía fecal-oral.	Se caracteriza por diarrea aguda acuosa. En desnutridos o inmunocomprometidos ocurre diarrea persistente, especialmente en aquellos con SIDA.

3.1.2.5 CÓMO EVALUAR A UN NIÑO CON DIARREA

Para evaluar a un niño con diarrea se debe tener en cuenta la clasificación de diarrea en relación al tiempo de evolución y la presencia o no de sangre, pero determinar el estado de hidratación debe ser la pauta más importante para el manejo de todo niño con enfermedad diarreica. A pesar de que se han descrito múltiples maneras de evaluar un niño con deshidratación con base en varios signos clínicos, AIEPI ha desarrollado un esquema de evaluación basado sólo en cuatro signos de deshidratación, de fácil aplicación clínica, a partir de los cuales se clasifica al niño.

Tabla N°6 Evaluación del niño con diarrea (AIEPI-Libro clínico pag.219)



Si la madre responde que Sí, o si ya había explicado que la diarrea era el motivo de consulta, escriba su respuesta. Luego evalúe al niño para ver si hay signos de deshidratación, diarrea persistente o disentería.

- **¿Desde hace cuánto tiempo?**

Si la diarrea dura 14 días o más se considera diarrea persistente. Dé tiempo a la madre para que conteste la pregunta. Tal vez se demore un poco de tiempo en recordar el número exacto de días.

- **¿Hay sangre en las heces?**

Pregunte a la madre si ha visto sangre en las heces en algún momento durante este episodio de diarrea especialmente en las últimas 48 horas.

- **¿Tiene vómito? ¿Cuántas veces ha vomitado en las últimas cuatro horas?**

Usualmente la diarrea se acompaña de vómito, haciendo difícil el proceso de hidratación. Si el niño ha vomitado más de cuatro veces en cuatro horas, se considera vómito persistente.

- **¿Cuántas deposiciones ha presentado en las últimas 24 horas?
¿Cuántas en las últimas cuatro horas?**

Es importante conocer la magnitud de la diarrea. Si un niño ha tenido más de diez deposiciones en veinticuatro horas o más de cuatro en cuatro horas, se considera que tiene diarrea de alto gasto.

- **¿Está recibiendo la alimentación? ¿Se ha hecho un cambio de la alimentación durante la enfermedad?**

Es importante conocer si el niño está recibiendo la alimentación de manera apropiada o si tiene muy poco apetito, pero recibe alimentos o líquidos.

- **¿Le ha dado suero oral o algún otro líquido?**

Se debe preguntar sobre los líquidos que el niño está recibiendo. Muchas veces la madre está haciendo ya un manejo correcto de la enfermedad y es importante reconocerlo. Otras veces puede estar administrando líquidos que no son adecuados, los cuales se deben desaconsejar.

- **¿Le ha dado algún medicamento?**

Es importante conocer si el niño viene recibiendo algún medicamento. Algunos deben desaconsejarse, la gran mayoría no son formulados por un profesional.

Luego verifique si hay signos de deshidratación.

OBSERVAR Y EXPLORAR para investigar los signos siguientes:

- ✓ **El estado general del niño. ¿Está anormalmente somnoliento? ¿Está inquieto o irritable?**

Cuando se verifica los signos generales de peligro, observó si el niño estaba anormalmente somnoliento. Si el niño está letárgico o inconsciente, presenta un signo general de peligro. Utilícelo para clasificar el estado de hidratación.

Un niño presenta el signo de inquieto o irritable si está en este estado todo el tiempo o cada vez que lo tocan o mueven. Si está tranquilo cuando está tomando el pecho pero vuelve a estar inquieto o irritable cuando deja de mamar, presenta el signo intranquilo o irritable. Muchos niños se molestan por el sólo hecho de estar en el servicio de salud. Por lo común es posible consolar y calmar, en cuyo caso el signo no está presente.

- ✓ **Si los ojos están hundidos**

Los ojos hundidos son un signo de deshidratación. A veces no es fácil percibir si los ojos están hundidos o no. Lo que es imperceptible para el trabajador de salud quizá sea claramente perceptible para la madre. Se pregunta a la madre si nota algo distinto en los ojos. En un niño gravemente desnutrido, visiblemente enflaquecido (es decir, con marasmo), los ojos siempre pueden parecer hundidos, incluso si el niño no está deshidratado. A pesar de ser este signo menos confiable en el niño con marasmo, utilícelo para la clasificación

- ✓ **Cuando se ofrece agua o SRO, ¿el niño lo toma normalmente, lo rechaza, lo toma ávidamente o el niño no puede beber a causa de la letargia o inconsciencia?**

Se solicita a la madre que ofrezca al niño líquido en una taza o cuchara. Se observa cómo bebe. El niño no puede beber si no es capaz de llevar líquido a la boca y tragarlo. Un niño bebe mal si está demasiado débil y necesita ayuda para hacerlo. Sólo puede tragar cuando se le pone líquido en la boca. El niño posee el signo “bebe ávidamente con sed”, si es evidente que desea beber. Se observa si el niño intenta alcanzar la taza y la cuchara cuando se le ofrece líquido. Cuando se le retira el agua, se observa que se enoja porque quiere beber más. Si el niño toma un sorbo solo porque se le incita a hacerlo y no quiere más, no presenta el signo “bebe ávidamente, con sed”.

✓ **El signo del pliegue: ¿La piel plegada vuelve de inmediato, lentamente o muy lentamente?**

Se solicita a la madre que coloque al niño en la camilla acostado boca arriba con los brazos a los costados del cuerpo (no sobre la cabeza) y las piernas extendidas. Se localiza la región del abdomen entre el ombligo y el costado. Para hacer el pliegue cutáneo, se utilizan los pulpejos de los dedos pulgar e índice: no se emplea la punta de los dedos porque causará dolor. Se coloca la mano de modo que, cuando se pliegue la piel, se forme un pliegue longitudinal en relación con el cuerpo del niño y no transversal. Se levantan firmemente todas las capas de la piel y el tejido por debajo de ellas. Se pliega la piel durante un segundo, luego se suelta y se evalúa si la piel retorna:

- **Normal:** eso quiere decir inmediatamente, no se observa pliegue.
- **Lentamente:** el pliegue es visible por menos de dos segundos.
- **Muy lentamente:** el pliegue es visible por dos segundos o más. En un niño con marasmo la piel puede volver a su lugar lentamente incluso cuando no está deshidratado. En un niño con sobrepeso o edema, la piel puede volver a su lugar inmediatamente aun si está deshidratado. Si bien el pliegue cutáneo es menos claro en estos niños, utilícelo para clasificar la deshidratación.

Hay algunos errores comunes que se deben evitar:

- Plegar la piel muy cerca de la línea media o muy lateral
- Plegar la piel en sentido horizontal
- No plegar una cantidad suficiente de piel
- Liberar la piel con los dedos cerrados

✓ **Observe si el llenado capilar es lento**

El llenado capilar lento (>dos segundos) es un signo temprano de choque hipovolémico, pero un signo tardío de deshidratación. Utilice este signo cuando un niño desnutrido tenga el signo de pliegue que desaparece muy lentamente y usted tenga dudas sobre la presencia de deshidratación grave.

¿CÓMO CLASIFICAR AL NIÑO CON DIARREA?

La diarrea se puede clasificar según:

- El estado de hidratación
- El tiempo de duración de la diarrea
- La presencia de sangre en las heces

3.1.2.5.1 CLASIFICAR EL ESTADO DE HIDRATACIÓN EN TODO NIÑO QUE CONSULTA POR DIARREA

Hay cuatro clasificaciones posibles para el estado de hidratación del niño con diarrea:

Tabla N°7 Clasificación estado de hidratación (AIEPI-Libro clínico pag.225-226)

<p>Dos de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Letárgico o inconsciente • Ojos hundidos • No puede beber o bebe con dificultad • El pliegue cutáneo se recupera muy lentamente(<2 segundos) 	<p>DIARREA CON DESHIDRATACIÓN GRAVE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si tiene otra clasificación grave: referir URGENTEMENTE al hospital según las normas de estabilización y transporte "REFIERA" • Si el niño no tiene otra clasificación grave: Hidratar como se describe en el PLAN C
<p>Dos de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intranquilo o irritable • Ojos hundidos • Bebe ávidamente con sed • El pliegue cutáneo se recupera lentamente (<2 segundos) 	<p>DIARREA CON ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si tiene otra clasificación grave referir URGENTEMENTE al hospital según las normas de estabilización y transporte "REFIERA", con la madre administrando SRO. • Hidratar como se describe en el PLAN B con SRO • Suplementación terapéutica con zinc • Continuar la lactancia materna • Enseñar a la madre los signos de alarma para regresar de inmediato • Consulta de control 2 días después si la diarrea continúa
<p>Uno de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diarrea de alto gasto • Vómito persistente • Rechazo a la vía oral 	<p>DIARREA CON ALTO RIESGO DE DESHIDRATACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si tiene otra clasificación grave referir URGENTEMENTE al hospital según las normas de referencia, con la madre administrando SRO. • Dar SRO y alimentos en la institución, PLAN A SUPERVISADO • Suplementación terapéutica con zinc • Reevaluar mientras administra PLAN A, si persiste alto gasto o vómito o no recibe los líquidos remitir al hospital para tratamiento. • Continuar la lactancia materna • Enseñar a la madre los signos de alarma para regresar de inmediato • Consulta de control 2 días después si la diarrea continúa
<p>No hay suficientes signos para clasificarse en ninguna de las anteriores</p>	<p>DIARREA SIN DESHIDRATACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dar líquidos y alimentos para tratar la diarrea en casa PLAN A • Suplementación terapéutica con zinc • Enseñar a la madre los signos de alarma para volver de inmediato • Consulta de control 2 días después si la diarrea continúa • Enseñar medidas preventivas específicas

- **DIARREA CON DESHIDRATACIÓN GRAVE**

Clasifique la deshidratación como **DESHIDRATACIÓN GRAVE** si el niño tiene dos de los signos de la hilera roja. El tratamiento que se prefiere para los niños con **DESHIDRATACIÓN GRAVE** es la rehidratación rápida por vía intravenosa, siguiendo el PLAN C. Cuando sea posible se ingresará al niño en un hospital. Este niño tiene un déficit hídrico mayor del 10% del peso corporal, es decir, más de 100 ml/kg en menores de dos años. Más adelante aprenderá todo sobre el PLAN C. Pero si el niño tiene otra clasificación grave diferente a la de **DIARREA CON DESHIDRATACIÓN GRAVE**, refiéralo urgentemente y no demore su referencia por hidratar completamente, siga todas las recomendaciones de referencia y transporte “REFIERA”.

- **DIARREA CON ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN**

Si el niño no se clasifica en la hilera roja y presenta dos de los signos de la hilera amarilla, se clasifica como **DIARREA CON ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN**. El niño tiene un déficit de líquido entre el 5 y el 10% del peso corporal, es decir de 50 a 100 ml/kg, con un promedio de 75 ml/kg y deben recibir un tratamiento de rehidratación oral con suero de baja osmolaridad en un establecimiento de salud siguiendo el PLAN B, según se describe más adelante. En estos casos también se debe administrar suplemento de zinc como se describirá.

- **DIARREA CON ALTO RIESGO DE DESHIDRATACIÓN**

Si el niño no tiene signos suficientes para clasificarlo como con algún grado de deshidratación, pero tiene vómito persistente, diarrea de alto gasto, o según refiere la madre el niño no quiere recibir ningún líquido ni alimento, se clasifica como **DIARREA CON ALTO RIESGO DE DESHIDRATACIÓN**. En este caso es preferible observarlo unas horas en la institución e iniciar el Plan A SUPERVISADO. Se observará la tolerancia a la vía oral, el vómito y el gasto fecal. Si el niño se recupera, recibe líquidos y alimentos y el gasto fecal no es alto, se puede enviar a la casa con instrucciones. Si continúa con vómito persistente o diarrea de alto gasto, es preferible remitirlo y hospitalizarlo.

- **DIARREA SIN DESHIDRATACIÓN**

Los niños que no tuvieron criterios para clasificarse como **DIARREA CON DESHIDRATACIÓN GRAVE O DIARREA CON ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN O DIARREA CON ALTO RIESGO DE DESHIDRATACIÓN**, se clasifican como **DIARREA SIN DESHIDRATACIÓN**

3.1.2.5.2 CLASIFICAR AL NIÑO CON DIARREA PERSISTENTE

Es la diarrea con o sin sangre, de comienzo agudo, que se prolonga por 14 días o más. Se acompaña generalmente de pérdida de peso y a menudo de infecciones extraintestinales graves. Muchos niños que tienen diarrea persistente están desnutridos antes de que ésta comience. La diarrea persistente casi nunca ocurre en los lactantes amamantados exclusivamente. Se deben examinar cuidadosamente los antecedentes para confirmar que se trata de diarrea y no de heces blandas o pastosas repetidas varias veces al día, lo que es normal en los lactantes amamantados.

Clasifique al niño con **DIARREA PERSISTENTE** así:

Tabla N°8 Clasificación del niño con diarrea persistente (AIEPI-Libro clínico pag.227)

<p>Uno de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene deshidratación • Edad menor de 6 meses 	<p>DIARREA PERSISTENTE GRAVE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Referir al hospital siguiendo las normas de estabilización y transporte "REFIERA" • Tratar la deshidratación antes de enviar al hospital a menos que tenga otra clasificación grave • Administrar dosis adicional de vitamina A • Descartar VIH según protocolo.
<p>Todos los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No tiene deshidratación • Edad mayor de 6 meses 	<p>DIARREA PERSISTENTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a la madre como alimentar al niño con DIARREA PERSISTENTE • Suplementación terapéutica con Zinc • Administrar una dosis adicional de vitamina A • Administrar suplemento de vitaminas y minerales, • Enseñar a la madre signos de alarma para regresar de inmediato • Consulta de seguimiento 2 días después • Enseñar medidas preventivas • Descartar VIH según protocolo

• DIARREA PERSISTENTE GRAVE

Un niño que presenta un cuadro de diarrea que se prolonga por 14 días o más y tiene deshidratación o una edad menor a seis meses se clasifica como

DIARREA PERSISTENTE GRAVE.

El objetivo del tratamiento del niño con **DIARREA PERSISTENTE GRAVE** es recuperar el estado nutricional y la función intestinal normal y consiste en dar líquidos apropiados para manejar la deshidratación, alimentación nutritiva que no empeore la diarrea, suplementos vitamínicos y minerales, incluyendo el zinc

por 14 días. El manejo hospitalario se debe realizar hasta que la enfermedad se estabilice, disminuya la diarrea, se corrijan los signos de deshidratación y se logre ingesta de alimentos y líquidos orales manteniendo la adecuada hidratación y frenando el desplome nutricional.

- **DIARREA PERSISTENTE**

Un niño con **DIARREA PERSISTENTE** tiene un cuadro de diarrea que se prolonga por 14 días o más, se encuentra hidratado y tiene una edad de seis meses o mayor. Estos niños pueden manejarse en casa haciendo un seguimiento cuidadoso para comprobar que están mejorando. El tratamiento se basa en prevenir la deshidratación, dar alimentación nutritiva, administrar suplementos vitamínicos y minerales complementarios, incluyendo Zinc y vitamina A adicional, vigilando la respuesta al tratamiento.

3.1.2.5.3 CLASIFICAR AL NIÑO CON DIARREA CON SANGRE EN LAS HECES

Hay una sola clasificación para el niño con sangre en las heces:

Tabla N°9 Clasificación del niño con presencia de sangre en heces (AIEPI-Libro clínico pag.228)

• Sangre en las heces	DISENTERÍA	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar un antibiótico apropiado • Suplementación terapéutica con zinc • Tratar la deshidratación según el plan indicado • Hacer consulta de seguimiento 2 días después • Enseñar a la madre signos de alarma para regresar de inmediato si empeora • Enseñar medidas preventivas específicas
-----------------------	-------------------	--

- **DISENTERÍA**

Clasifique al niño con diarrea y sangre visible en las heces como **DISENTERÍA**. Considere positivo este signo si ha presentado sangre en las últimas 48 horas. Todos los niños con **DISENTERÍA** requieren líquidos (SRO de baja osmolaridad) para tratar y prevenir la deshidratación y se deben alimentar de forma adecuada para evitar la desnutrición. Además deben recibir tratamiento antibiótico adecuado para la *Shigella sp.* La disentería producida por *Shigella sp* usualmente se acompaña de fiebre alta, las deposiciones inicialmente son acuosas pero se vuelven mucosas, sanguinolentas y pueden tener aspecto purulento.

Otras bacterias como la *Salmonella no typhi*, o *Campylobacter jejuni* pueden producir diarreas acuosas con pintas de sangre y otras como el *E. coli entero-hemorrágico* pueden producir diarreas con mucha sangre, casi como una enterorragia.

La amebiasis como causa de diarrea con sangre es muy poco frecuente en los niños, produce menos de 3% de los episodios.

Considerando que la disentería ocasionada por *Shigella* sp puede producir complicaciones y que su curso mejora con el uso de antimicrobianos, la OMS recomienda tratar todos los niños con diarrea con sangre, con un antibiótico que sea adecuado para *Shigella* sp. (6)

3.1.3 TRATAR AL NIÑO CON DIARREA

Tabla N°10 Plan A: tratar al niño con diarrea en casa (AIEPI-cuadro de procedimientos pag.82)

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO:
<ul style="list-style-type: none">• Prevenir la deshidratación, si no hay ningún signo de deshidratación;• Tratar la deshidratación, cuando está presente;• Prevenir el daño nutricional, mediante la alimentación del niño durante y después de la diarrea; y• Reducir la duración y gravedad de la diarrea y aparición de episodios futuros, administrando suplementos de zinc.
PLAN A: TRATAR AL NIÑO CON DIARREA EN CASA:
<p>PRIMERA REGLA: Dar más líquido de lo habitual para prevenir la deshidratación</p> <p>SEGUNDA REGLA: Seguir dando alimentos al niño para prevenir la desnutrición</p> <p>TERCERA REGLA: Administrar zinc al niño todos los días durante 14 días</p> <p>CUARTA REGLA: Signos de alarma para consultar de inmediato</p> <p>QUINTA REGLA: Enseñar medidas preventivas específicas</p> <p>PRIMERA REGLA: DAR MÁS LÍQUIDO DE LO HABITUAL PARA PREVENIR LA DESHIDRATACIÓN</p> <p>Los líquidos deben ser seguros, fáciles de preparar, aceptables y eficaces.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ SUERO DE REHIDRATACIÓN ORAL: Administre en casa después de cada deposición o al vomitar para prevenir deshidratación.▪ AGUA: Aunque no suministra sodio ni glucosa, es un líquido aceptable, especialmente si se da con alimentos fuente de almidón, preferiblemente con sal. Agua y galletas de sal o rosquitas que contienen almidón y sal.▪ LIQUIDOS QUE CONTIENEN ALIMENTOS: Cocimiento de cereales (arroz, maíz, cebada) o los preparados con papa o plátano, sopas caseras, agua de arroz o aguas en las que se haya cocido cereales. <p>LÍQUIDO BASADO EN PAPA:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Ingredientes: dos papas de tamaño mediano, media cucharadita tintera de sal, un litro de agua.▪ Preparación: se pelan y se pican las papas, se ponen en una olla con un litro de agua y media cucharadita tintera de sal, se pone a cocinar durante media hora, se licúa, se deja enfriar y se le da al niño. Debe insistirse en que debe ser muy cuidadoso en la medida de la sal. <p>LÍQUIDO BASADO EN PLÁTANO:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Ingredientes: medio plátano verde, un litro de agua, media cucharadita tintera de sal▪ Preparación: se pela y se pica medio plátano verde, se pone en una olla con un litro de agua y media cucharadita tintera de sal, se cocina durante media hora, se licúa, se deja enfriar y se le da al niño. <p>LÍQUIDO BASADO EN ARROZ TOSTADO:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Ingredientes: ocho cucharadas de arroz, media cucharadita de sal y un litro de agua▪ Preparación: Se tuesta el arroz en un sartén, sin agregar grasa, cuando esté tostado, se muele. Se ponen en una olla ocho cucharadas soperas rasas del polvo de arroz tostado, un litro de agua y media cucharadita tintera de sal. Se cocina durante quince minutos, se deja enfriar y se le da al niño. <p>NOTA: No se recomienda la mezcla de agua, sal y azúcar o suero casero, por los errores en su preparación.</p> <p>SEGUNDA REGLA: SEGUIR DANDO ALIMENTOS A EL NINO PARA PREVENIR LA DESNUTRICION</p> <ul style="list-style-type: none">• No debe suspenderse la alimentación habitual del niño y debe aumentarse una vez finalizada la diarrea. <p>LECHE:</p> <ul style="list-style-type: none">• Los lactantes amamantados deben continuar lactancia materna tan a menudo y con la frecuencia que lo deseen.• Las fórmulas lácteas no deben modificarse ni suspenderse. Si el niño se encuentra bien para manejarse en casa, no requiere modificaciones en la formula, la alteración en la absorción de lactosa, clínicamente no es importante en el niño que está en condiciones de manejarse en casa. <p>ALIMENTOS: Continuar la alimentación normal del niño, en pequeñas cantidades, con mayor frecuencia, si es posible añada 1 cucharadita de aceite vegetal en la toma de cereal. Los alimentos deben estar bien cocidos, triturados y molidos para que sean más fáciles de digerir. No se recomiendan las "dietas astringentes". Una vez terminada la diarrea, continúe con alimentos ricos en energía y administre una comida adicional, durante al menos dos semanas o hasta que el niño recupere su peso.</p>

Tabla N°11 Plan A: tratar al niño con diarrea en casa (AIEPI-cuadro de procedimientos pag.83)

<p>TERCERA REGLA: ADMINISTRAR ZINC AL NIÑO TODOS LOS DÍAS DURANTE 14 DÍAS La administración de zinc al comienzo de la diarrea reduce la duración y gravedad del episodio así como el riesgo de deshidratación. Si se continúa administrando durante 14 días, se recupera el zinc perdido durante la diarrea y el riesgo de que el niño sufra nuevos episodios en los dos o tres meses siguientes disminuye.</p>		
<p>SUPLEMENTACIÓN CON ZINC</p>		
EDAD	TRATAMIENTO DE DIARREA	TRATAMIENTO DEL NIÑO CON DESNUTRICIÓN
Menor de seis meses	10 mg / día	5 mg / día
Seis meses a 10 años	20 mg / día	10 mg / día
<p>CUARTA REGLA: SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR DE INMEDIATO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deposiciones líquidas muy frecuentes, más de 10 en 24 horas • Vomita repetidamente • Tiene mucha sed • No come ni bebe normalmente • Tiene fiebre • Hay sangre en las heces 		
<p style="text-align: center;">QUINTA REGLA: ENSEÑAR MEDIDAS PREVENTIVAS</p> <p>Lactancia materna: El menor de 6 meses debe ser amamantado exclusivamente Mejores prácticas de alimentación: Alimentos nutritivos y prácticas higiénicas cuando se preparan</p> <p>Abastecimiento de agua:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recoger el agua de la fuente más limpia posible • Recoger y almacenarla en recipientes limpios, vaciarlos y enjuagarlos a diario • Si es posible hervir el agua (es suficiente un solo hervor), especialmente la de la comida de los niños pequeños. <p>Lavado de manos: Siempre después de defecar, después de limpiar al niño que ha defecado, después de eliminar las heces del niño, antes de manipular los alimentos, antes de comer y cuando se observen sucias. Utilizar jabón y suficiente agua.</p> <p>Inocuidad de los alimentos: Los alimentos pueden contaminarse en cualquier momento durante su preparación, almacenamiento y se debe enseñar a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No comer los alimentos crudos excepto frutas, verduras y hortalizas enteras que se hayan pelado y comido inmediatamente • Lavado de manos ya descrito • Cocer los alimentos hasta que el calor llegue al interior • Comer los alimentos cuando aún estén calientes o recalentarlos bien antes de comer • Lavar y secar completamente todos los utensilios de cocinar y servir después de usados • Mantener los alimentos cocinados y los utensilios limpios separados de los alimentos no cocinados y los utensilios potencialmente contaminados • Proteger los alimentos de las moscas utilizando mosquiteros <p>Uso de letrinas y eliminación higiénica de heces Vacuna contra rotavirus.</p>		
<p>PLAN A SUPERVISADO Los niños que no están deshidratados, pero tienen alguna condición de riesgo como vómito persistente o diarrea de alto gasto o rechazo a la vía oral deben ser observados en la institución e iniciar PLAN A SUPERVISADO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reponer las pérdidas por vía oral con suero de rehidratación oral e iniciar alimentación • Observar respuesta y revalorar • Si tolera vía oral y es posible mantener hidratación en casa, dar salida con recomendaciones de PLAN A • Si persiste alto gasto, emesis o rechaza la vía oral por completo, realizar tratamiento en la institución 		

Tabla N°12 Plan B: tratar al niño con deshidratación con SRO (AIEPI-cuadro de procedimientos pag.84)

PLAN B: TRATAR AL NIÑO CON DESHIDRATACIÓN CON SRO						
Cantidad de solución de SRO necesaria:						
<ul style="list-style-type: none"> • SRO DE BAJA OSMOLARIDAD • La nueva SRO-75 de baja osmolaridad es la fórmula recomendada por la OMS y UNICEF; la mezcla de sales para disolver en un litro de agua es: 						
						mmol/litro
Sodio						75
Cloro						65
Glucosa anhidra						75
Potasio						20
Citrato						10
Osmolaridad Total						245 mOsm/l
<ul style="list-style-type: none"> • Reduce 33% la necesidad de líquidos intravenosos comparado con SRO-90 • Reduce 30% la incidencia de vómito 						
CANTIDAD APROXIMADA DE SOLUCIÓN DE SRO EN LAS PRIMERAS 4 HORAS 75 ml/kg (50 – 100 ml/kg)						
EDAD	Menos de cuatro meses	Cuatro-11 meses	12-23 meses	Dos-cuatro Años	Cinco-14 años	15 años o más
PESO	Menos de 5 kg	5 – 7,9 kg	8 – 10,9 kg	11 – 15,9 kg	16 – 29,9 kg	30 kg o más
MILILITROS	200-400	400-600	600-800	800-1200	1200-2200	2200-4000
<ul style="list-style-type: none"> • Use la edad del paciente sólo cuando no conozca el peso. La cantidad aproximada de SRO requerida (en mililitros) también puede calcularse multiplicado por 75 el peso del niño en kilogramos • Si el paciente quiere más solución de SRO de la indicada, darle más • Ofrecer el SRO a cucharaditas cada 1 a 2 minutos o en el niño mayor a sorbos de una taza • Alentar a la madre a que siga amamantado a su hijo • En los lactantes menores de 6 meses que no se amamenten, si se usa la solución de SRO de la OMS que contiene 90 mmol/l de sodio habrá que darles también 100 a 200 ml de agua potable durante este período. No será necesario si se usa la nueva solución de SRO de osmolaridad reducida que contiene 75 mmol/l de sodio. 						
SEGUIMIENTO AL TRATAMIENTO DE REHIDRATACIÓN ORAL						
<p>Examinar al niño cada hora durante el proceso de rehidratación, si aparecen signos de deshidratación grave en el niño, cámbiese al plan C de tratamiento de la diarrea. A las cuatro horas hacer evaluación completa y volver a clasificar.</p> <p>Decidir cómo continuar el tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si aparecen signos de deshidratación grave, comenzar tratamiento intravenoso (IV) siguiendo el plan C. Esto sólo se producirá en niños que beban mal la solución de SRO y evacúen grandes cantidades de heces líquidas frecuentemente durante el período de rehidratación. • Si el niño sigue teniendo signos de algún grado de deshidratación, continuar con el tratamiento de rehidratación oral, aplicando de nuevo plan B • Si no hay ningún signo de deshidratación (el signo del pliegue cutáneo ha desaparecido, la sed cede, orina normalmente y se tranquiliza, no está irritable y a menudo se queda dormido), iniciar la alimentación en el servicio de salud, para comprobar la tolerancia y que no aumente significativamente el gasto fecal. Antes de dar de alta enseñar a la madre cómo tratar a su hijo en casa con la solución de SRO y alimentos siguiendo el plan A, darle suficientes sobres de SRO para dos días. También dar suplemento de zinc durante 10 a 14 días y enseñarle qué signos indican que debe regresar con su hijo a la consulta y las medidas preventivas adecuadas para la familia. 						

Tabla N°13 Plan C: tratar la deshidratación grave (AIEPI-cuadro de procedimientos pag.85)

PLAN C: TRATAR LA DESHIDRATACIÓN GRAVE		
<ul style="list-style-type: none"> • Administrará los líquidos intravenosos inmediatamente • Si el paciente puede beber, dar SRO por vía oral hasta que se instale la infusión. Administrar 100 ml/Kg de lactato de Ringer repartidos de la siguiente manera: 		
EDAD	PRIMERO ADMINISTRAR 30 ml/kg en:	LUEGO ADMINISTRAR 70 ml/kg en:
Lactantes menor de 12 meses	1 hora	5 horas
Niños de más de 12 meses	30 minutos	2 ½ horas
<ul style="list-style-type: none"> • Reevaluar cada media hora. Si la hidratación no mejora, administre la solución más rápido. Repetir otra carga si el pulso es débil • Después de 6 horas (en lactantes) o 3 horas (en los mayores), evaluar el estado de hidratación y elegir el plan de tratamiento apropiado (A, B o C) para continuar el tratamiento • Si no dispone de lactato de Ringer, puede usar solución salina normal 		
¿QUÉ HACER SI NO ES POSIBLE EL TRATAMIENTO INTRAVENOSO?		
<ul style="list-style-type: none"> • Si existe una institución a menos de 30 minutos donde se pueda iniciar la terapia intravenosa, refiera de inmediato • Si no existe una institución cercana pero puede colocar una SNG, inicie la terapia de rehidratación por sonda nasogástrica, 20 ml/kg/hora durante 6 horas (Total: 120 ml/kg). Si el abdomen se distiende, administrar la solución de SRO más lentamente hasta que ésta mejore. • Si no es posible una SNG y puede beber, administre SRO por vía oral a 20 ml/kg/hora durante 6 horas (Total: 120 ml/kg); en caso de vómito administrar la solución más lentamente 		
HIDRATACIÓN INTRAVENOSA EN EL NIÑO QUE NO SE ENCUENTRA CON DESHIDRATACIÓN GRAVE		
<p>En niños con distensión abdominal o trastornos de conciencia, vómito persistente, diarrea de alto gasto, rechazo a la vía oral, falta de colaboración de la madre o cualquier contraindicación para la vía oral que no tienen deshidratación grave, puede utilizarse hidratación intravenosa rápida; existen varios esquemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lactato Ringer 75 ml/kg en 3 horas; como la mezcla aporta poco potasio, tan pronto tolere la vía oral, iniciar SRO, rehidratación mixta. • Solución polielectrolítica (solución 90 o solución Pizarro) tiene sodio 90, cloro 80, potasio 20, acetato 30 con dextrosa al 2%; ideal para hidratar cuando no se puede utilizar vía oral y el paciente no tiene deshidratación grave; utilizar 25 ml/kg/hora hasta corregir el déficit del niño: deshidratación leve 50 ml/kg en dos horas y con deshidratación moderada 100 ml/kg en cuatro horas. • Preparar la solución 90 con partes iguales de solución salina y dextrosa al 5% y adicionar 20 mEq/l de potasio: la mezcla contiene 77 mEq/l de sodio, 97 mEq/l de cloro, 20 mEq/l de potasio y dextrosa al 2,5% 		
<p>NOTA: No utilizar para hidratación oral mezclas que contienen dextrosa al 5%, se puede presentar hiperglicemia.</p>		

Tabla N°14 Tratar al niño con diarrea persistente (AIEPI-cuadro de procedimientos pag.86)

TRATAR AL NIÑO CON DIARREA PERSISTENTE																																																																													
<p>El objetivo del tratamiento es mejorar el estado nutricional y recuperar la función intestinal normal, y consiste en dar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Líquidos apropiados para prevenir o tratar la deshidratación • Una alimentación nutritiva que no empeore la diarrea • Suplementos vitamínicos y minerales, sin olvidarse del zinc durante 14 días • Antimicrobianos para tratar las infecciones diagnosticadas 																																																																													
<p>ALIMENTACIÓN DE LOS PACIENTES AMBULATORIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener lactancia materna según edad • Será preferible el yogurt casero a cualquier leche de animales; el yogurt casero contiene menos lactosa y se tolera mejor. De lo contrario, limite la leche de vaca a 50 ml/kg al día; mayores cantidades pueden agravar la diarrea. Mezcle la leche con los cereales del niño; no diluya la leche. • El inconveniente de diluir la leche es no aportar las calorías suficientes, pero si las calorías que se pierden al diluir la leche se reemplazan con almidones y grasa, se puede obtener una mezcla con suficientes calorías y proteínas y bajo contenido de lactosa; un ejemplo es: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pan tajado: una tajada ▪ Leche pasteurizada: 100 ml (tres onzas) ▪ Agua: 100 ml (tres onzas) ▪ Azúcar: cinco gr (una cucharadita dulcera rasa) ▪ Aceite vegetal: cinco ml (una cucharadita dulcera rasa) • La mezcla se licúa • Dar otros alimentos que sean apropiados para la edad del niño, dar estos alimentos en cantidad suficiente para lograr un aporte energético suficiente. Los lactantes mayores de seis meses cuya única alimentación ha sido la leche de animales deberán empezar a tomar alimentos sólidos. • Dar comidas ligeras pero frecuentes, al menos seis veces al día. 	<p>ADMINISTRAR MULTIVITAMÍNICOS Y MINERALES COMPLEMENTARIOS</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>INGREDIENTES</th> <th>1DDR</th> <th>2DDR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Vitamina A* (µg RE)</td><td>400</td><td>800</td></tr> <tr><td>Vitamina D (µg)</td><td>10</td><td>20</td></tr> <tr><td>Vitamina E (µg)</td><td>5</td><td>10</td></tr> <tr><td>Vitamina K(µg)</td><td>15</td><td>30</td></tr> <tr><td>Vitamina C (mg)</td><td>40</td><td>80</td></tr> <tr><td>Tiamina (mg) B1</td><td>7</td><td>1.4</td></tr> <tr><td>Riboflavina (mg)B2</td><td>8</td><td>1,6</td></tr> <tr><td>Niacina (mg)</td><td>9</td><td>18</td></tr> <tr><td>Vitamina B6 (mg)</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Ácido Fólico* (µg)</td><td>50</td><td>100</td></tr> <tr><td>Vitamina B12 (µg)</td><td>0,7</td><td>1,4</td></tr> <tr><td>Biotina (µg)</td><td>20</td><td>40</td></tr> <tr><td>Calcio (mg)</td><td>800</td><td>1.600</td></tr> <tr><td>Fósforo (mg)</td><td>800</td><td>1.600</td></tr> <tr><td>Magnesio* (mg)</td><td>80</td><td>160</td></tr> <tr><td>Hierro (mg)</td><td>10</td><td>20</td></tr> <tr><td>Zinc* (mg)</td><td>10</td><td>20</td></tr> <tr><td>Cobre* (mg)</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Yodo (µg)</td><td>70</td><td>140</td></tr> <tr><td>Selenio (µg)</td><td>20</td><td>40</td></tr> <tr><td>Manganeso (mg)</td><td>1,75</td><td>2,5</td></tr> <tr><td>Flúor (mg)</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>Cobalto (µg)</td><td>50</td><td>100</td></tr> <tr><td>Molibdeno (µg)</td><td>37,5</td><td>75</td></tr> </tbody> </table>		INGREDIENTES	1DDR	2DDR	Vitamina A* (µg RE)	400	800	Vitamina D (µg)	10	20	Vitamina E (µg)	5	10	Vitamina K(µg)	15	30	Vitamina C (mg)	40	80	Tiamina (mg) B1	7	1.4	Riboflavina (mg)B2	8	1,6	Niacina (mg)	9	18	Vitamina B6 (mg)	1	2	Ácido Fólico* (µg)	50	100	Vitamina B12 (µg)	0,7	1,4	Biotina (µg)	20	40	Calcio (mg)	800	1.600	Fósforo (mg)	800	1.600	Magnesio* (mg)	80	160	Hierro (mg)	10	20	Zinc* (mg)	10	20	Cobre* (mg)	1	2	Yodo (µg)	70	140	Selenio (µg)	20	40	Manganeso (mg)	1,75	2,5	Flúor (mg)	1	2	Cobalto (µg)	50	100	Molibdeno (µg)	37,5	75
INGREDIENTES	1DDR	2DDR																																																																											
Vitamina A* (µg RE)	400	800																																																																											
Vitamina D (µg)	10	20																																																																											
Vitamina E (µg)	5	10																																																																											
Vitamina K(µg)	15	30																																																																											
Vitamina C (mg)	40	80																																																																											
Tiamina (mg) B1	7	1.4																																																																											
Riboflavina (mg)B2	8	1,6																																																																											
Niacina (mg)	9	18																																																																											
Vitamina B6 (mg)	1	2																																																																											
Ácido Fólico* (µg)	50	100																																																																											
Vitamina B12 (µg)	0,7	1,4																																																																											
Biotina (µg)	20	40																																																																											
Calcio (mg)	800	1.600																																																																											
Fósforo (mg)	800	1.600																																																																											
Magnesio* (mg)	80	160																																																																											
Hierro (mg)	10	20																																																																											
Zinc* (mg)	10	20																																																																											
Cobre* (mg)	1	2																																																																											
Yodo (µg)	70	140																																																																											
Selenio (µg)	20	40																																																																											
Manganeso (mg)	1,75	2,5																																																																											
Flúor (mg)	1	2																																																																											
Cobalto (µg)	50	100																																																																											
Molibdeno (µg)	37,5	75																																																																											

Tabla N°15 Tratar la Disentería (AIEPI-cuadro de procedimientos pag.87)

TRATAR LA DISENTERÍA*:		ANTIMICROBIANOS INEFICACES PARA EL TRATAMIENTO DE LA SHIGELOSIS	
<p>ACIDO NALIDÍXICO Dosis: 55 mg/kg/día dividido en dosis c/6 horas durante 5 días Jarabe 250 mg/5 ml</p>			
PESO	DOSIS CADA 6 HORAS POR 5 DÍAS	Metronidazol Estreptomicina Tetraciclinas Cloranfenicol Sulfonamidas	Amoxicilina Nitrofuranos (nitrofurantoína, furazolidona) Aminoglucósidos (gentamicina, amikacina) Cefalosporinas de primera y segunda generación (cefalexina)
5 – 7 kg	1,5 ml		
8 – 10 kg	2,5 ml		
11 – 13 kg	3,5 ml		
14 – 16 kg	4,0 ml		
17 – 19 kg	5,0 ml		
20 – 22 kg	5,5 ml		
23 – 25 kg	6,5 ml		
<p>*El tratamiento hospitalizado del niño con DISENTERIA que no tiene vía oral se hace con Ceftriaxona, igual dosis de ENFERMEDAD MUY GRAVE</p>			

ANTIMICROBIANOS USADOS PARA TRATAR CAUSAS ESPECÍFICAS DE LA DIARREA		
CAUSA	ANTIBIÓTICOS QUE SE PREFIEREN	OTROS ANTIBIÓTICOS
DISENTERÍA POR SHIGELLA	<p>ÁCIDO NALIDÍXICO Niños: 55 mg/kg/día en cuatro dosis diarias por cinco días</p>	Ceftriaxona Niños: 100 mg/kg una vez al día IV durante cinco días SÓLO PARA USO HOSPITALARIO
AMEBIASIS	<p>Metronidazol Niños: 10mg/kg tres veces al día durante cinco días (10 días para la enfermedad grave)</p>	
GIARDIASIS	<p>Metronidazol Niños: 5 mg/kg tres veces al día durante cinco días.</p>	

3.2 MARCO CONTEXTUAL O HISTORICO

La salud de las personas depende directamente de las condiciones físicas, ambientales, socioeconómicas y culturales de un territorio por lo cual es necesario identificar, intervenir o modificar aquellos factores que influyen negativamente en el bienestar de los mismos.

El municipio de Tangua, se localiza al sur occidente colombiano y forma parte del Departamento de Nariño. Se encuentra sobre las montañas de los Andes a una altura de 2400 m sobre el nivel del mar, con una extensión del territorio municipal de 239 km^2 y una extensión de área urbana de 30 km^2 . Limita al norte: Consacá y Pasto, oriente: Pasto, sur: Funes, occidente: Yacuanquer. Cuenta con una población de 9911 habitantes según base SISBEN, 9078 personas afiliadas al Régimen Subsidiado en Salud. 116 Personas afiliadas al Régimen Contributivo y Especial, en la división administrativa se compone de un sector urbano, 36 veredas y 11 corregimientos. En general el clima del Municipio de Tangua es frío, siendo su temperatura media de 16 °C. La parte norte y oriental corresponde a la parte más fría, promediando los 12 °C, mientras que la parte sur cuenta con un clima templado, que puede llegar a promediar los 22 °C. La parte urbana, que corresponde a la población de Tangua, está en los 18 °C.

La distribución poblacional en el municipio de Tangua es de 9911 habitantes según base SISBEN, 9078 personas afiliadas al Régimen Subsidiado en Salud. 116 Personas afiliadas al Régimen Contributivo y Especial.

La cabecera del municipio lleva el mismo nombre, cuya población tiene dos fundaciones: la indígena y la que bien pudiéramos llamar oficial. La primera fue hecha por Francisco Puchana, alias Granizo, en la época colonial, pero sin sujetarse a ningún orden, sino obedeciendo a necesidades de la tribu. Básicamente se conforma por instinto de conservación y defensa, formando un caserío pajizo, ya que en este lugar debían estacionarse, según sus costumbres.

La oficial y que se toma por positiva fundación, data del año 1.840 en la que ya se habla del área de Tangua. Sus fundadores son los señores Juan Dorado, Laureano José María, Álvaro Guerrero y Lorenzo Puchana, quienes se interesaron porque la población tenga sus calles conforme a las demás poblaciones del país.(31)

En materia de salud en el Municipio de Tangua opera la ESE HERMES ANDRADE MEJIA, Nivel I, con servicios de medicina general, urgencias, observación, atención de partos, programa de promoción y prevención, consulta odontológica, laboratorio clínico, atención farmacéutica y transporte

asistencial básico. En las problemáticas del sector salud, se destacan diferentes causas de morbilidad, cuyo origen se asocia a baja calidad en la prestación de los servicios de salud, personal médico insuficiente, la no adherencia a los diferentes guías y protocolos para el manejo de enfermedades, vel desconocimiento poblacional en cuanto a promoción y prevención, falta de dotación y adecuación de la infraestructura, así como también la falta de ambulancia para la prestación de servicio y atención en la zona rural. Esto implica que no haya una intervención eficiente, así como también la falta de acceso oportuno y la ausencia de una atención integral de salud.

En cuanto a la morbilidad en el municipio de Tangua para el 2012 la hipertensión arterial es la primera causa asociado a factores como obesidad, sedentarismo, niveles elevados de colesterol y tabaquismo, la rinofaringitis aguda o resfriado común es la segunda causa de morbilidad en el municipio, se presenta a raíz de la ola invernal y falencia en conocimiento de las medidas de prevención y protección , como tercera causa está la gastritis no especificada, en la que influyen los malos hábitos alimenticios, la diarrea se presenta en cuarto lugar como causa de morbilidad pero no con menor importancia ya que es de interés en salud pública por la alta prevalencia de la misma en niños especialmente menores de 5 años, su causa más frecuente es una infección vírica leve que desaparece espontáneamente con los días, se asocia a factores ambientales como el consumo de agua mal tratada, dado a que el municipio cuenta únicamente con 26 sistemas de acueducto para las 36 veredas, carece de un sistema de alcantarillado y saneamiento básico, ausencia de medidas preventivas como lavado de manos y preparación adecuada de alimentos.(15)

3.3 MARCO CONCEPTUAL.

DESHIDRATACION: Se define como el estado clínico consecutivo a la pérdida de líquidos y solutos en el cuerpo humano en grados variables. Sin embargo, es posible encontrar depleción corporal de agua sin pérdida de solutos, de causas diversas, sin denominarse deshidratación.

SINDROME DE INTESTINO CORTO: es una afección que se genera a causa de pérdida anatómica o funcional de parte del intestino delgado, ocasionando afecciones en el metabolismo y estado nutricional como consecuencia de la reducción de la superficie intestinal. Los síntomas de este síndrome son diversos y son resultado del estado de malabsorción, manifestándose esencialmente como diarrea osmótica con el consiguiente estado de malnutrición severo.

VOMITO PERSISTENTE: presencia de más de cuatro episodios de vomito en las últimas 4 horas.

DIARREA DE ALTO GASTO: más de 10 episodios de diarrea en las últimas 24 horas.

DISENTERIA: es una enfermedad bacteriana aguda y auto limitada del intestino humano causada por bacterias del genero *Shigella* afectando principalmente al colon y recto, ocasionando ulceras mucosas superficiales que originan la sintomatología característica de la entidad consistente en diarrea con expulsión de moco, sangre y pus.

DIARREA PERSISTENTE: se define como un episodio de diarrea que se origina de forma aguda y tiene una duración de 14 días o más. Aproximadamente el 10% de los casos de diarrea se tornan en diarrea persistente produciendo un deterioro del estado nutricional. Se relaciona con un mayor índice de mortalidad que la diarrea aguda. En la estrategia AIEPI se incluyen aquellos pacientes sin deshidratación y cuya edad sea mayor a 6 meses.

DIARREA PERSISTENTE GRAVE: se define como un episodio de diarrea que se origina de forma aguda y tiene una duración de 14 días o más. En la estrategia AIEPI se incluyen aquellos pacientes con diarrea mayor a 14 días que además presentan deshidratación y cuya edad es menor a 6 meses.

PLAN A SUPERVISADO: es el manejo para aquellos menores que no cumplen con los criterios necesarios para clasificarse como deshidratación, pero que poseen situaciones de riesgo, como por ejemplo emesis, diarrea muy

abundante o rechazo de vía oral. En estos casos se prefiere mantener a los niños en las instituciones, reponiendo la perdida, continuando con la alimentación y observar la respuesta.

VACUNA CONTRA EL ROTAVIRUS: es una vacuna monovalente de virus vivos atenuados humanos, que simula la infección natural, sin ocasionar la enfermedad, disminuye sustancialmente la incidencia y gravedad de las enfermedades diarreicas. Confiere protección de más del 70% de nuevos episodios de diarrea y de cerca del 100% de cuadros de diarrea grave, producidos por el rotavirus es una vacuna liofilizada para uso oral, exclusivamente.

ROTAVIRUS: es un virus capaz de producir gastroenteritis, debido a que tiene la capacidad de adherirse al revestimiento epitelial del tracto gastrointestinal. El principal sitio de replicación del virus son los enterocitos maduros sobre las vellosidades del intestino delgado alto, aunque puede diseminarse hasta el íleon). La sintomatología se caracteriza por producir vomito en forma temprana, seguida por diarrea acuosa de características blandas y de corta duración o severa, con deshidratación secundaria a pérdidas de fluidos gastrointestinales. Es frecuente la presencia de fiebre y dolor abdominal.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

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, Tangua 2015 –2016.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar socio-demográficamente la población objeto de estudio.
- Establecer la concordancia entre la clasificación al sistema codificado por colores propuesto por la estrategia AIEPI, en el manejo de las enfermedades diarreicas con las manifestaciones clínicas.
- Identificar la correspondencia terapéutica con la clasificación establecida por el personal médico.

5. METODOLOGÍA

5.1 DISEÑO DE ESTUDIO

5.1.1 Enfoque de la investigación: Cuantitativo

5.1.2 Tipo de estudio: Observacional, descriptivo retrospectivo de corte transversal.

5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

5.2.1 Población. 113 historias clínicas de pacientes de 0 a 5 años diagnosticados con Enfermedad diarreica por parte del personal médico del centro de salud Hermes Andrade Mejía.

5.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

5.3.1 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.

5.3.2 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.

5.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se solicitó por escrito al centro de salud Hermes Andrade Mejía del municipio de Tangua, la autorización para facilitar información de historias clínicas de los pacientes pediátricos de 0 a 5 años que ingresaron por cuadros de ED en el periodo comprendido del 15 de febrero de 2015 al 15 de febrero de 2016.

Esta investigación tuvo como fin la recolección de información donde los datos brindados por la institución a través de historias clínicas no fue objeto de manipulación, amenaza, ni persuasión de terceros. Los investigadores se comprometieron a hacer un adecuado y correcto uso de los datos, guardando estricta confidencialidad con respecto a la identidad de los encuestados; la información adquirida no busca causarle algún daño a la ética o moral de la población investigada.

Consentimiento informado: La población objeto de estudio se analizó a través de un instrumento de recolección de información diseñado y elaborado por el grupo de investigación, se practicó bajo previo consentimiento informado a la institución prestadora del servicio, otorgando la autonomía de acceder voluntariamente y contribuir al acceso de información que el grupo de investigadores requiera. Se brindó información acerca de la finalidad del estudio y los beneficios que el mismo aportara a la institución.

Sin riesgo: debido a que esta investigación no tiene manipulación clínica y se limitó a interrogatorio mediante la revisión de historias clínicas por parte de los investigadores, se considera que el presente estudio no tiene riesgo de generar daños.

Custodia del material: el material y la información obtenida en esta investigación quedará a responsabilidad de los investigadores hasta la publicación de los resultados.

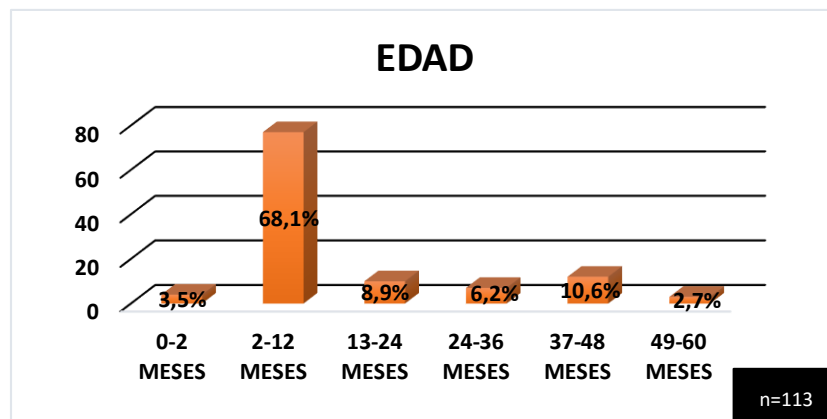
Se llevaron a cabo algunos principios de la bioética:

No maleficencia: la información obtenida no será utilizada para otros fines diferentes a los que persigue la investigación. Beneficencia: los resultados serán dados a conocer a la gerente del centro de salud HAM, secretaria municipal de Tangua, para que tome medidas en cuanto a los resultados obtenidos en pro del beneficio de toda la comunidad Tangueña.

6. RESULTADOS

Para el cumplimiento del objetivo específico número 1, "Caracterizar socio-demográficamente la población objeto de estudio" se presentan las siguientes gráficas:

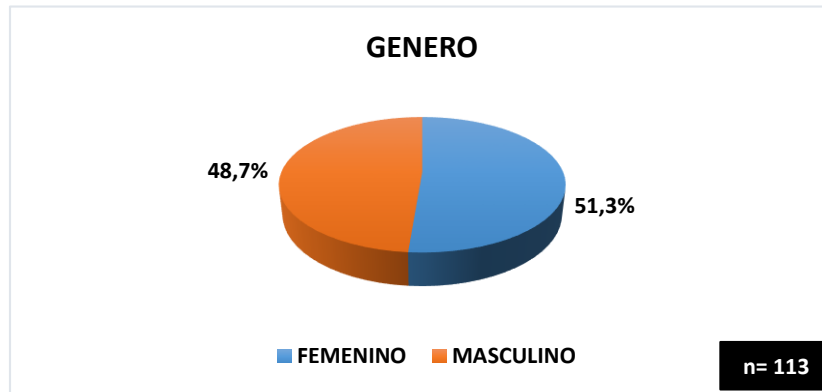
Gráfica 1: Distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según Edad.



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%), dado que en esta etapa se utiliza pañal, leche que puede ser de fórmula preparada con agua no potable y se empieza la alimentación complementaria; seguido de los 37-48 meses, 12 casos (11%) debido a que en este periodo se comienza a ir al jardín y es ahí donde reciben la alimentación, interactúan con otros niños y en muchos casos se transmiten enfermedades, de 13-24 meses, existen 10 casos (9%), debido a, que en esta etapa los pequeños empiezan a ir a párvulos y se pueden presentar las causas anteriormente descritas.

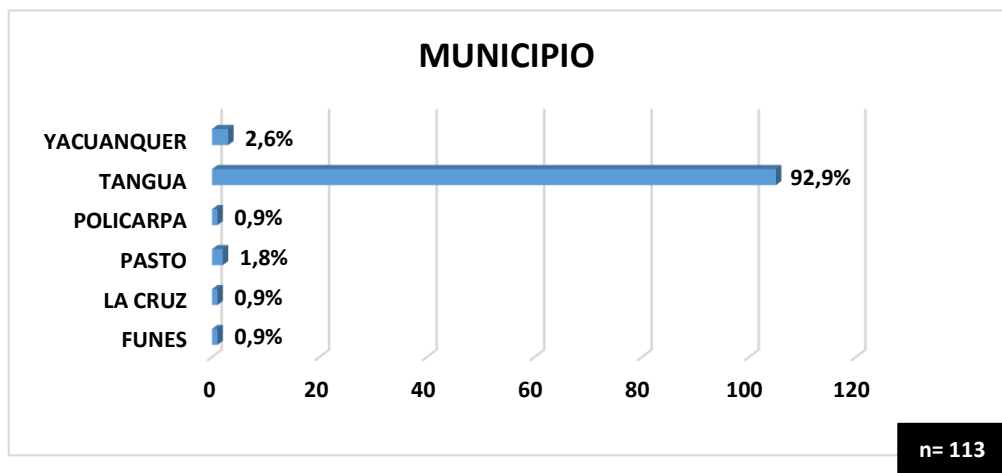
Gráfica 2: Distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según Género.



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.

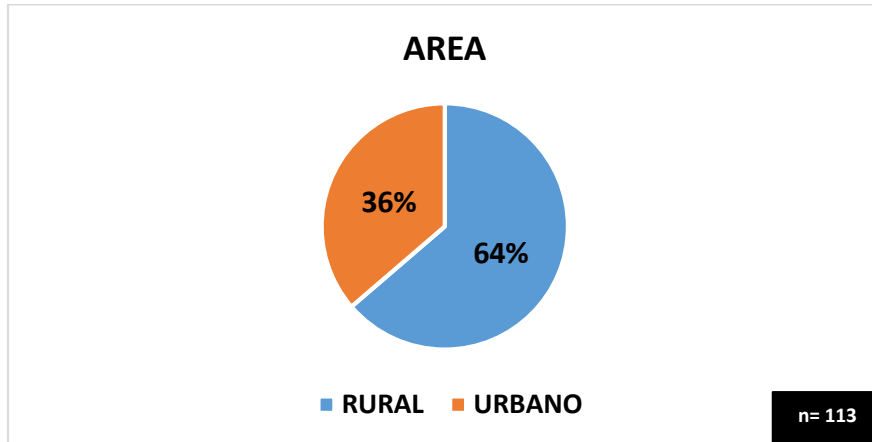
Gráfica 3: Distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según Procedencia.



Fuente: Presente investigación

En los datos anteriores llama la atención, la existencia de casos de enfermedad diarreica atendidos en Tangua cuya procedencia es distinta a esta, de Yacuanquer 3 casos, Pasto 2, Policarpa 1, La Cruz 1 y Funes 1 caso; son municipios que cuentan con puestos de salud donde podría haber sido atendidos los cuadros de enfermedad diarreica. Por lo cual podría ser que se encontraban de paseo en Tangua, o en la vía panamericana cerca de Tangua o de visita donde un familiar.

Gráfica 4: 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%). Estos resultados se pueden deber a la no existencia en este sector de alcantarillado y de agua potable, para el consumo humano.

Para el cumplimiento del objetivo específico número 2, " Establecer la concordancia entre la clasificación al sistema codificado por colores propuesto por la estrategia AIEPI, en el manejo de las enfermedades diarreicas con las manifestaciones clínicas" se presentan las siguientes gráficas:

Gráfica 5: 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 (80%) de los casos con enfermedad diarreica atendidos en Tangua fueron clasificados según protocolo AIEPI, sin embargo

existe un 20% de casos de niños con enfermedad diarreica que no fueron clasificados.

Tabla 16: 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

n= 4

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 17: 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 deshidratación grave	0	0%
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 grave	0	0%
Diarrea persistente	14	12,8%
Disentería	7	6,4%
Total	109	100%

Fuente: Presente investigación

n= 109

Con relación a los resultados anteriores, 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%).

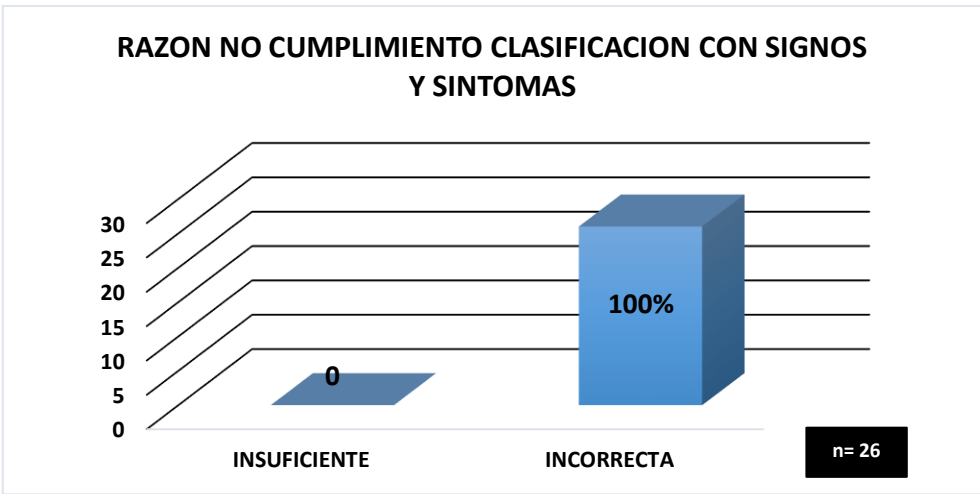
Gráfica 6: Distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según concordancia de signos y síntomas con la clasificación dada por el médico.



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 las clasificación dada por el médico en un 71%; sin embargo, en un 29% no hubo concordancia, esto se puede deber al no conocimiento claro de cómo clasificar la diarrea, o debido a que el formato presente en el hospital sólo permitía asignar 1 clasificación así el paciente presentara más de 1.

Grafica 7: 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.

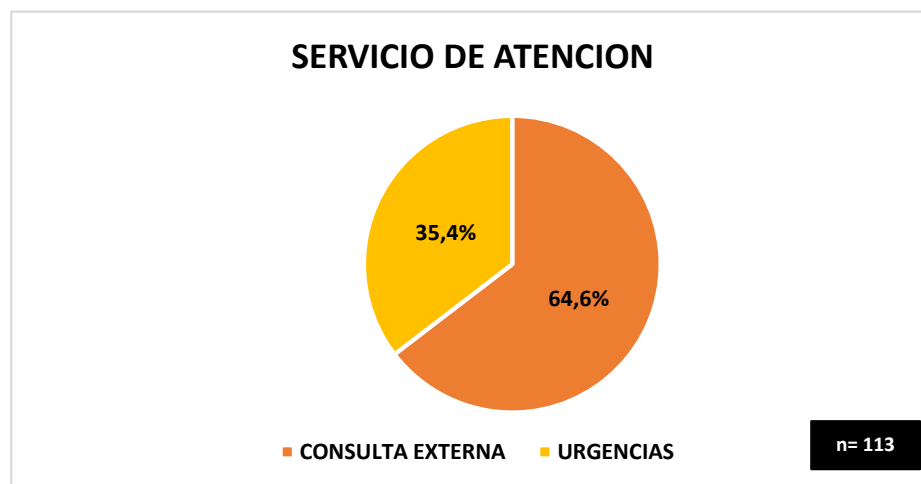


Fuente: Presente investigación

Por los datos analizados anteriormente, de pacientes de 0-5 años clasificados en AIEPI, la razón de la no concordancia de la clasificación con los signos y síntomas es debido a una clasificación incorrecta.

Para el cumplimiento del objetivo específico número 3, " Identificar la correspondencia terapéutica con la clasificación establecida por el personal médico", se presentan las siguientes gráficas:

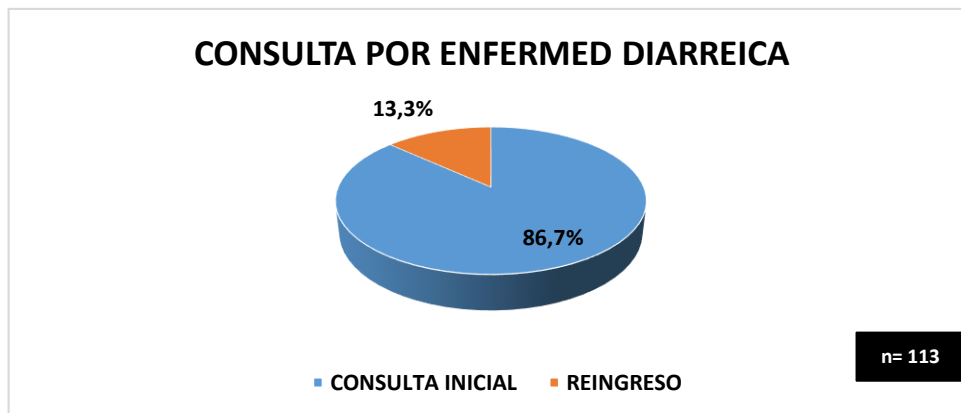
Gráfica 8: Distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según frecuencia de servicio en donde fueron atendidos.



Fuente: Presente investigación

Se encuentra que el servicio donde reciben atención el mayor número de pacientes por enfermedad diarreica es en consulta externa con un 64,6%, cifra de relevancia clínica pues es de esperar encontrar un mayor porcentaje de atención de esta patología por urgencias que por consulta externa.

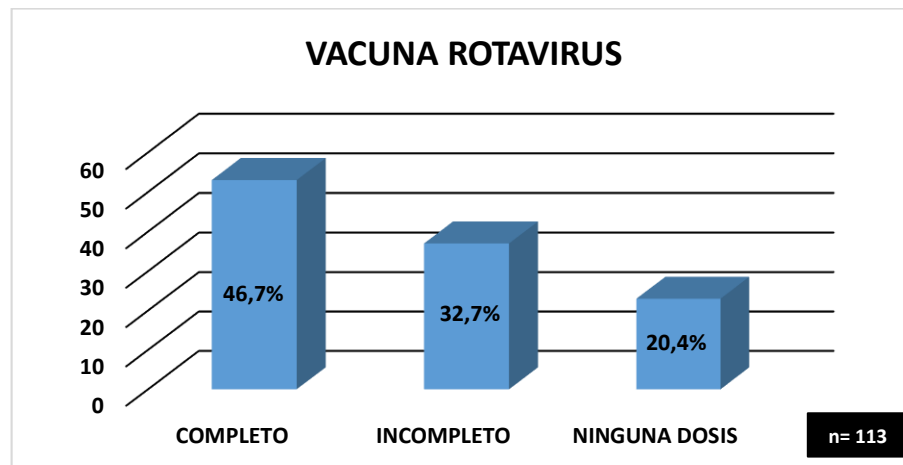
Gráfica 9: Distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según frecuencia de consultas por primera vez o reingreso.



Fuente: Presente investigación

Se encontró que un 86,7% de los casos por enfermedad diarreica se presentaron como consulta inicial, sin embargo un 13,3% de los casos de diarrea se presentó como reingreso el cual puede estar dado por múltiples factores como una inadecuada clasificación y manejo según protocolo AIEPI por parte del médico, la no adherencia correcta al tratamiento y medidas preventivas por parte de los padres o cuidadores del menor, la no detección de factores de riesgo de la comunidad y familia del paciente.

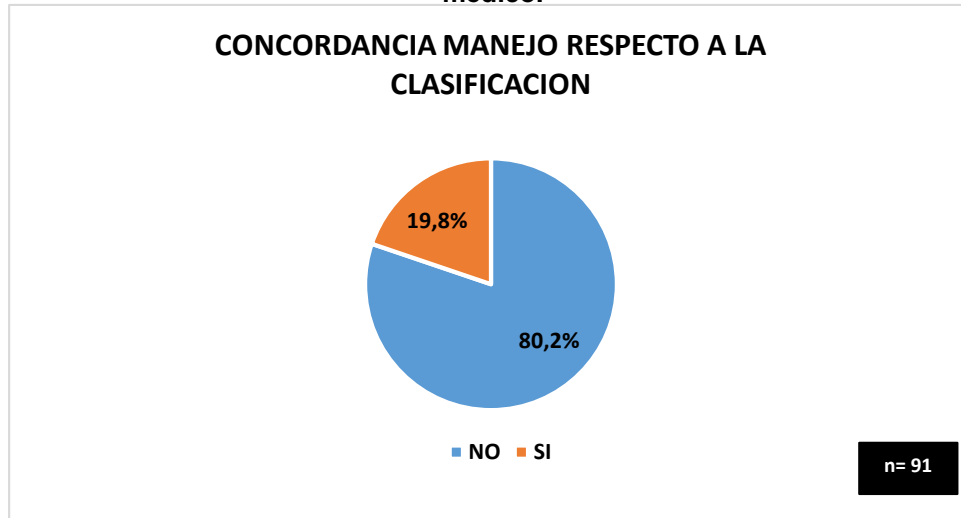
Gráfica 10: Distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según frecuencia de aplicación de vacuna Rotavirus



Fuente: Presente investigación

Se encontró que en 46,9%(53) 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%(37) de los pacientes tenían un esquema de vacunación para Rotavirus incompleto, sin embargo se encontró que 20,4% (23) de los pacientes no tenían ninguna dosis para Rotavirus, pacientes de los cuales por su edad tendrían que tener como mínimo la primera dosis.

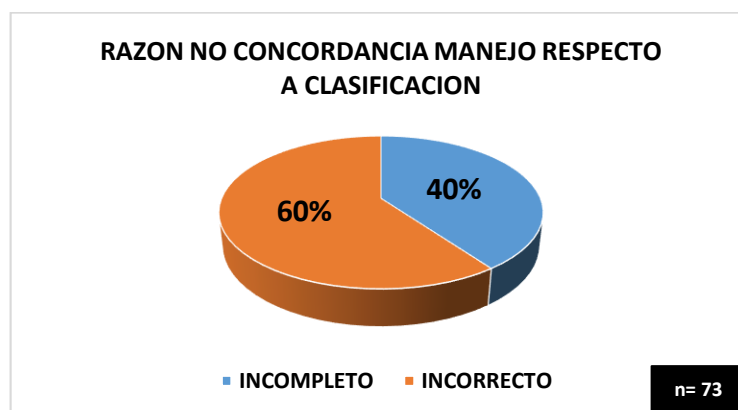
Gráfica 11: Distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según concordancia manejo con la clasificación dada por el médico.



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.

Gráfica 12: 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.



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, esto puede darse por el uso de manejos complementarios como solicitar laboratorios, formular

antibióticos, analgésicos y antipiréticos cuando no es recomendado hacerlo por la estrategia AIEPI.

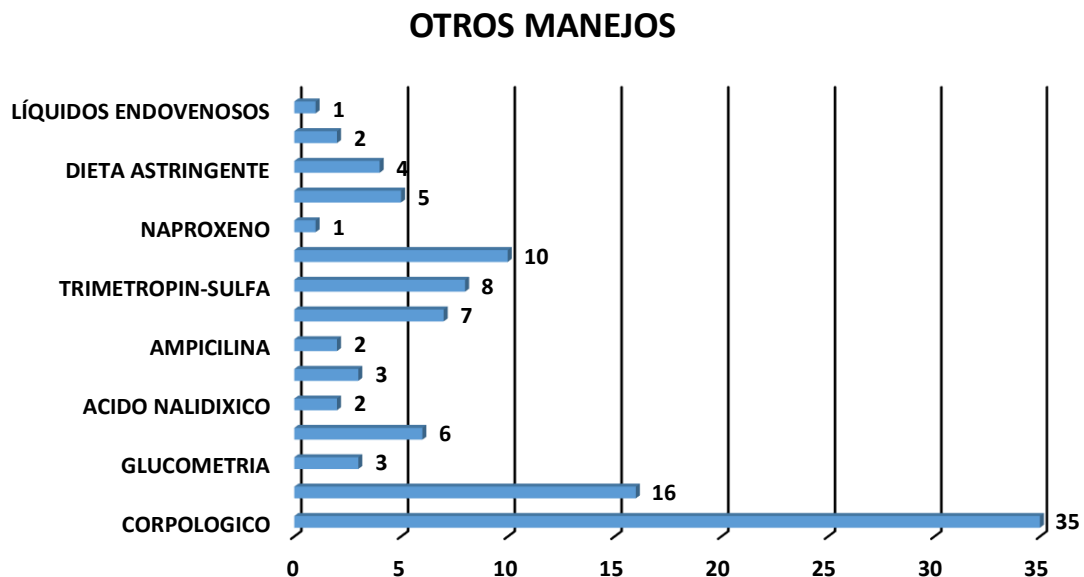
Gráfica 13: Distribución de la población, pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según manejos complementarios suministrados por el médico.



Fuente: Presente investigación

Se encontró que en el 48,7% de las historias clínicas analizadas se formuló manejo adicional al recomendado por AIEPI, en el 51,3% de las historias clínicas analizadas no hubo manejo complementario siendo esto el procedimiento adecuado.

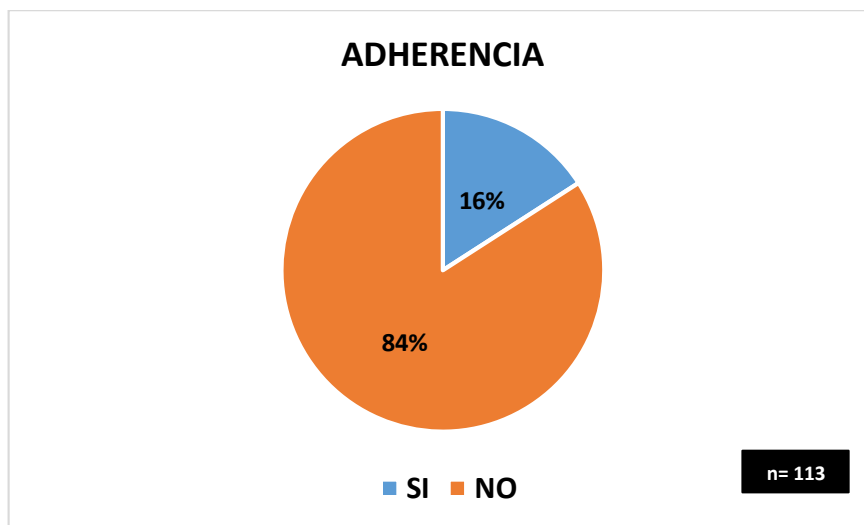
Gráfica 14: Distribución de la población, pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según manejos complementarios suministrados por el médico.



Fuente: Presente investigación

Se encontró que de los manejos complementarios, el coprológico es la prueba de laboratorio que se solicita con mayor frecuencia (35) a pesar de que la estrategia AIEPI recomienda que en la práctica clínica la mayoría de las veces, no es necesario conocer la etiología para establecer un tratamiento adecuado, ya que las bases del tratamiento pueden aplicarse en todos los niños con diarrea, independientemente de la etiología, el cuadro hemático es la prueba de laboratorio que en segundo lugar se solicita con una frecuencia de (16), seguido de la prescripción de Acetaminofén (10) medicamento el cual no se recomienda si no hay presencia de fiebre acompañando a la sintomatología gastrointestinal.

Gráfica 15: 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 el 84% de los casos tuvieron una inadecuada clasificación y manejo, en contraste solamente un 16% de los pacientes fueron clasificados y manejados adecuadamente para enfermedad diarreica propuesta por la estrategia AIEPI para niños de 0 a 5 años.

Tabla 18: 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.

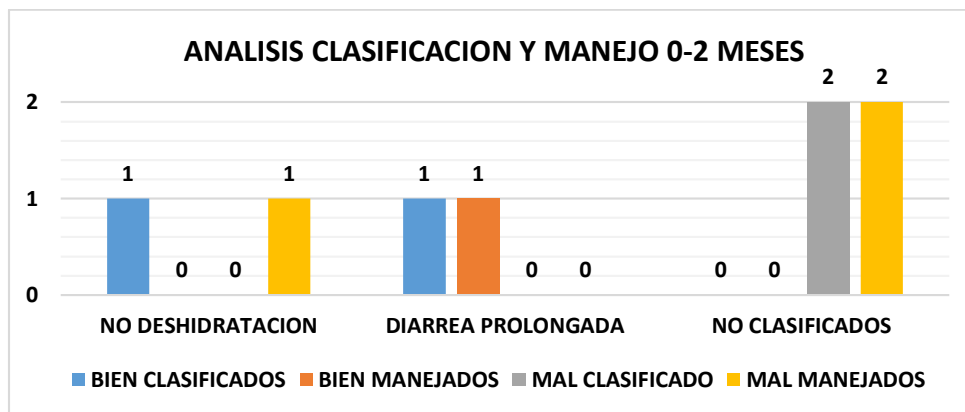
ADECUADA CLASIFICACION Y MANEJO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Correcto clasificación y manejo	18	15,9
Incorrecto clasificación y manejo	48	42,5
Correcto clasificación, incorrecto manejo	47	41,6
Total	113	100

Fuente: Presente investigación

n= 113

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.

Gráfica 16: Distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según la correcta clasificación y manejo para los pacientes de 0 a 2 meses de acuerdo a la estrategia AIEPI

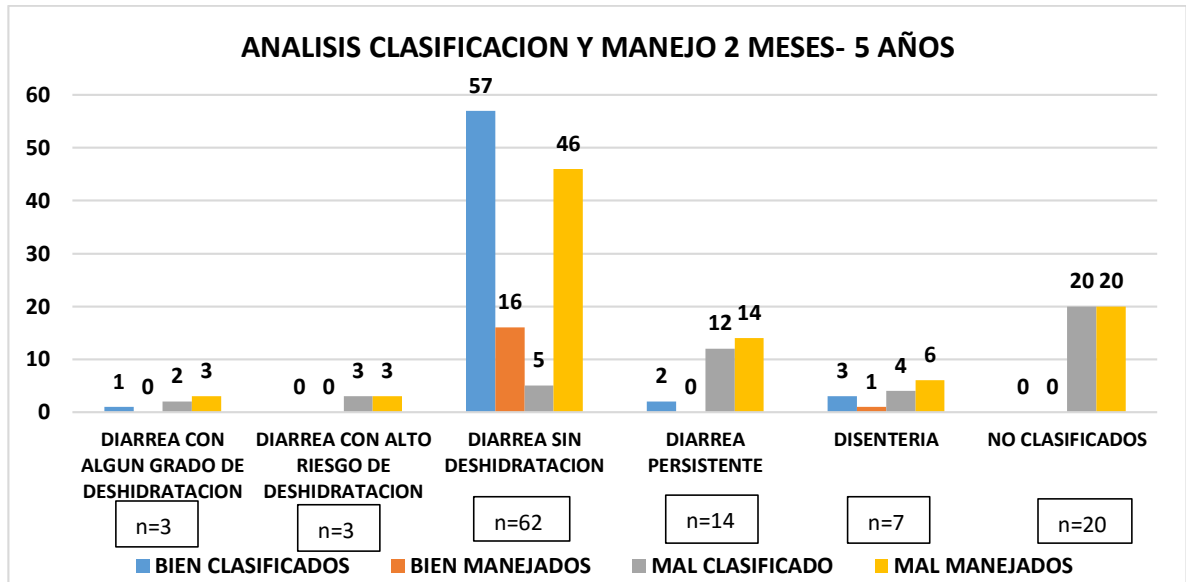


Fuente: Presente investigación

n= 4

Se encontró que de los pacientes de 0 a 2 meses, un paciente (25%) fue correctamente clasificado como No deshidratación, sin embargo el manejo brindado al mismo fue erróneo, respecto a Diarrea prolongada encontramos un caso (25%) el cual fue debidamente clasificado y recibió un manejo adecuado. El 50% de casos restantes (2) obtuvieron una clasificación y manejo incorrecto teniendo en cuenta el protocolo de la estrategia AIEPI. Lo anterior puede deberse a un inadecuado seguimiento de la estrategia, en relación a los cuadros de enfermedad diarreica en menores de dos meses, lo cual se ve reflejado en el elevado porcentaje de clasificación y manejos incorrectos.

Gráfica 17: Distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según la correcta clasificación y manejo para los pacientes de 2 meses a 5 años de acuerdo a la estrategia AIEPI.



Fuente: Presente investigación

n= 109

En la población de 2 meses a 5 años se encontró que se clasificaron 3 pacientes con Diarrea con algún grado de deshidratación, de los cuales solo uno fue clasificado correctamente, en cuanto al manejo ninguno de los casos fue tratado adecuadamente. De igual modo se observa que 3 pacientes fueron clasificados en Diarrea con alto riesgo de deshidratación, sin embargo ninguno de los casos posee una adecuada clasificación, ni un correcto manejo.

Se encontró que el mayor número de pacientes, fue clasificado como Diarrea sin deshidratación con un total de 62 casos, de los cuales 57 poseen una adecuada clasificación y solo 5 cuentan con una clasificación incorrecta, por otro lado solo 16 pacientes recibieron un manejo acorde a la estrategia AIEPI, pero un número de 46 casos obtuvo un tratamiento incorrecto.

Respecto a la clasificación que corresponde a Diarrea persistente se encontró 14 casos de los cuales, 2 obtuvieron una correcta clasificación, por ende 12 fueron clasificados de forma errónea. En cuanto a su manejo ninguno de los pacientes (14) fue tratado de manera adecuada. En relación a la clasificación de Disentería, se evidencia un total de 7 casos, de los cuales 3 recibieron una clasificación adecuada, lo cual significa que cuatro tuvieron una clasificación incorrecta. Respecto al manejo se observa que solo uno de los casos presenta un tratamiento correcto, sin embargo la mayoría (6) fueron tratados inadecuadamente. Finalmente se encontró que 20 casos no poseen una

clasificación, por ende tampoco contaran con un manejo acorde a la estrategia AIEPI.

Los anteriores resultados pueden deberse a una incorrecta aplicación de la estrategia AIEPI, a pesar de que en gran medida los casos presentaron una adecuada clasificación, estos no cuentan con un manejo acorde a la misma.

Tabla 19: 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

n= 4

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%.

Lo anterior puede deberse a un inadecuado seguimiento de la estrategia AIEPI en lo relacionado en los manejos de pacientes clasificados con No deshidratación.

Tabla 20: 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

n= 109

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.

Lo anterior puede deberse a un inadecuado seguimiento de la estrategia AIEPI respecto a los manejos establecidos en el protocolo, para pacientes con enfermedad diarreica que se encuentran en el rango de edad de 2 meses a 5 años de edad.

Tabla 21: Distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según el cumplimiento de los componentes del manejo para la clasificación No Deshidratación (0-2 meses) dado por el médico.

NO DESHIDRATACIÓN	CUMPLIMIENTO	NO CUMPLIMIENTO
Lactancia materna exclusiva	100%	0%
Plan A sin inicio de alimentación	0%	100%
Zinc por 14 días	100%	0%
Enseñar signos de alarma	100%	0%
Enseñar medidas preventivas	0%	100%
Seguimiento en 2 días	0%	100%

Fuente: Presente investigación

Los pacientes de 0-2 meses clasificados como No deshidratación (1) presentan un 100% de cumplimiento en 3 (50%) de los componentes del manejo, (lactancia materna exclusiva, Zinc por 14 días, enseñar signos de alarma), previniendo de esta manera el riesgo de desnutrición, la aparición de nuevos episodios diarreicos de 2 a 3 meses posteriores a la aplicación del zinc y complicaciones asociados a la enfermedad. Sin embargo se encontró que el otro 50% de los componentes (3) no fueron cumplidos en un 100% (Plan A sin inicio de alimentación, enseñar medidas preventivas, seguimiento en 2 días).

Tabla 22 Distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según el cumplimiento de los componentes del manejo para la clasificación Diarrea Prolongada (0-2 meses) dado por el médico.

DIARREA PROLONGADA	CUMPLIMIENTO	NO CUMPLIMIENTO
Referir urgentemente "REFIERA"	100%	0%
Recomendar lactancia materna	100%	0%

Fuente: presente investigación

Para la clasificación de diarrea prolongada (1) se realiza en el 100% de cumplimiento el referir urgentemente y recomendar lactancia materna, de esta manera se previene el riesgo de desnutrición en diarreas con duración mayor a 14 días.

Tabla 23 Distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según el cumplimiento de los componentes del manejo para la clasificación Diarrea Con algún grado de Deshidratación (2 meses- 5 años) dado por el médico.

DIARREA CON ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN	CUMPLIMIENTO	NO CUMPLIMIENTO
Si no tiene otra clasificación Plan B	0	100%
Zinc por 14 días	100%	0
continuar lactancia materna	0	100%
Enseñar signos de alarma	100%	0
Control en 2 días si continua la diarrea	0	100%

Fuente: presente investigación

Según los datos analizados anteriormente, para la clasificación diarrea con algún grado de deshidratación, se observó un 100% de cumplimiento en el manejo de: suministrar zinc por 14 días, previniendo futuros episodios diarreicos en los siguientes 2-3 meses, enseñar signos de alarma y de esta manera saber cuándo acudir al médico de manera urgente; empero, continuar con lactancia materna y control en 2 días no fue prescrito por el médico, haciendo un control a los 5 días y de continuar con la diarrea a los 3 días.

Tabla 24 Distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según el cumplimiento de los componentes del manejo para la clasificación Diarrea con alto riesgo de Deshidratación (2 meses – 5 años) dado por el médico.

DIARREA CON ALTO RIESGO DE DESHIDRATACIÓN	CUMPLIMIENTO	NO CUMPLIMIENTO
Plan A supervisado	33,3%	66,7%
Zinc por 14 días	100%	0
Observación: no mejora-remitir	0	100%
Continuar lactancia materna	100%	0
Enseñar signos de alarma	100%	0
Control en 2 días si continua la diarrea	0	100%

Fuente: presente investigación

Por los datos obtenidos, para la clasificación diarrea con alto riesgo de deshidratación, se observó un 100% de cumplimiento en el manejo de: suministrar zinc por 14 días, enseñar signos de alarma y continuar con

lactancia materna, sin embargo, tan sólo hubo un 33.3% de cumplimiento en el Plan A supervisado, el control en 2 días no se cumplió en el 100% de los casos debido a que se realizaba control a los 5 días.

Tabla 25: Distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según el cumplimiento de los componentes del manejo para la clasificación Diarrea sin Deshidratación (2 meses – 5 años) dado por el médico.

DIARREA SIN DESHIDRATACION	CUMPLIMIENTO	NO CUMPLIMIENTO
Plan a	75,8%	24,2%
Zinc por 14 días	71%	29%
Enseñar signos de alarma	98,4%	1,6%
Enseñar medidas preventivas especificas	58,1%	41,9%
Control en 2 días si continua diarrea	33,9%	66,1%

Fuente: Presente investigación

Se encontró que de los 62 casos con enfermedad diarreica clasificados como Diarrea Sin Deshidratación para los menores de 2 meses a 5 años en lo concerniente con el manejo, el plan A se cumple en un 75,8%, factor importante para prevenir la deshidratación, la administración de Zinc se cumple en un 71% trascendental para reducir la duración, gravedad y aparición de diarrea durante los dos a tres meses siguientes; en cuanto a la enseñanza de signos de alarma este se cumple en un 98,4%, la enseñanza de medidas preventivas especificas se cumple en un 58,1%, sin embargo el control en 2 días si continua la diarrea se cumple solo en un 33,9%.

Tabla 26: Distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según el cumplimiento de los componentes del manejo para la clasificación Diarrea Persistente (2 meses – 5 años) dado por el médico.

DIARREA PERSISTENTE	CUMPLIMIENTO	NO CUMPLIMIENTO
Enseñar alimentación a la madre de DP	0%	100%
Administrar zinc	35,7%	64,3%
Administrar vitamina A	0%	100%
Administrar vitaminas y minerales	0%	100%
Enseñar signos de alarma	100%	0%
Control en 2 días	0%	100%
Enseñar medidas preventivas	14,3%	85,7%
Descartar VIH	0%	100%

Fuente: Presente investigación

De los 14 casos clasificados en diarrea persistente en cuanto al manejo se encontró que en un 100% de los casos no se enseña a la madre sobre la alimentación adecuada para este tipo de diarrea, no se cumple la

administración de vitamina A al igual que no se administraron vitaminas y minerales, ni tampoco se cumple la conducta de descartar VIH, la administración de zinc se cumple solo en un 35,7%, la enseñanza de las medidas preventivas se cumple en un 14,3% y la enseñanza de signos de alarma se cumple en el 100% de los casos.

Tabla 27: Distribución de la población de pacientes con enfermedad diarreica atendidos en Tangua, según el cumplimiento de los componentes del manejo para la clasificación Disentería (2 meses – 5 años) dado por el médico.

DISENTERÍA	CUMPLIMIENTO	NO CUMPLIMIENTO
Administrar ATB (ácido nalidíxico)	28,6%	71,4%
Administrar Zinc	57,1%	42,9%
Tratar deshidratación	71,4%	28,6%
control en 2 días	28,6%	71,4%
enseñar signos de alarma	100%	0%
enseñar medidas preventivas	28,6%	71,4%

Fuente: Presente investigación

En los 7 casos clasificados como disentería se encontró que en un 100% se cumple la enseñanza de los signos de alarma sin embargo en un 28,6% de los casos se cumple con la administración de ácido nalidixico, la administración de zinc se cumple en un 57,1%, la deshidratación fue tratada en un 71,4%, el control en 2 días únicamente se cumplió en un 28,6%, la enseñanza de las medidas preventivas solo se cumple en un 28,6%.

7. DISCUSIÓN

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)

Cando L, et al. Ecuador, 2014, encontraron, que el número de casos en los cuales no fue evaluada la deshidratación, corresponde al 9,6% de los casos y los pacientes evaluados equivalen al 90,3% de los pacientes que consultaron por enfermedad diarreica, en la presente investigación se evidencia similitud al comparar esta variable, debido a que el número de casos en los cuales se evaluó el estado de hidratación fue en el 80% de los casos en relación a los casos de enfermedad diarreica en los cuales no fue evaluada que solo corresponden al 20%. (35)

En el estudio llevado a cabo por Cando L, et al. Ecuador, 2014, encontró que la enseñanza de signos de alarma a las madres o cuidadores se dio en un 35,1% de los casos, en la presente investigación se muestra una notable diferencia al comparar esta variable ya que, se enseñó los signos de alarma en un 79,5% de los pacientes que consultaron por enfermedad diarreica en Tangua.(35)

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)

Omuemu VO, et al. Nigeria, 2012 encontraron que el Zinc se administra correctamente solo en el 35% de los casos, de ellos el 84,6% prescribe la dosis correcta de zinc, mientras que en menos de la mitad se formula para la duración correcta, en comparación con la presente investigación, se evidencia una diferencia significativa ya que se administró Zinc adecuadamente en el 68,8% de los pacientes que consultaron por enfermedad diarreica. (37)

Pampillo T, et al. Cuba, 2010 encontraron que solo en el 12% de los pacientes se enseñó medidas preventivas para la enfermedad diarreica a la madre, en comparación a nuestro estudio la enseñanza de medidas preventivas se realizó en el 37,7% de los pacientes atendidos en el centro de salud Hermes Andrade Mejía- Tangua. (38)

Pampillo T, et al. Cuba, 2010 encontraron que en los pacientes con enfermedad diarreica en los cuales estaba indicado las sales de rehidratación oral solo se administró en un 47%, en comparación con nuestro estudio la sales de rehidratación oral fueron administradas en un 54,1% de los pacientes que las requerían. (38)

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)

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)

8. 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 que asistieron al centro de salud HAM por diarrea, el mayor número de casos fueron atendidos en el servicio de consulta externa y se presentaron como consulta inicial; 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.

Teniendo en cuenta el cumplimiento de los componentes del manejo, para la clasificación No Deshidratación en pacientes de 0-2 meses, se concluye, que el tratamiento prescrito por el medico es erróneo, debido a que solo la mitad de los elementos del manejo propuestos por la estrategia AIEPI son cumplidos adecuadamente.

Se refiere urgentemente a todos los pacientes clasificados como diarrea prolongada y se da la recomendación de continuar con la lactancia materna; en la clasificación diarrea con algún grado de deshidratación y diarrea con alto riesgo de deshidratación, se suministró zinc, se enseñó los signos de alarma a todos los pacientes con dichas clasificaciones, sin embargo sólo un tercio de los pacientes fueron tratados con el Plan A supervisado aunque era indicado para estos casos, en la totalidad de los casos no se cumplió la indicación de control a los 2 días.

Se concluye que para el manejo de la clasificación Diarrea Sin Deshidratación el componente con mayor porcentaje de cumplimiento es la administración del plan A y el comente con menor cumplimiento es la recomendación de control en 2 días si la diarrea continua. En la clasificación Diarrea Persistente el componente del manejo que se cumplió en la totalidad de los casos fue la enseñanza de los signos de alarma, los componentes que cuyo cumplimiento fue nulo son la enseñanza a la madre sobre la alimentación del niño con diarrea persistente y la conducta de descartar VIH. Para el manejo de la clasificación de Disentería la enseñanza de signos de alarma es el componente que se cumplió en el total de los casos, la administración de ácido nalidixico y la enseñanza de medidas preventivas son los componentes que no se cumplieron.

9. 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.

ANEXOS

ANEXO 1 VARIABLES

• COMPONENTE CLÍNICO

Nombre de la variable.	Tipo de variable.	Escala de medición	Valores probables	Definición operacional.
Manifestaciones clínicas.				
-Letárgico o inconsciente.	Cualitativa Independiente	Nominal	Si No	Alteración estado de consciencia.
-No puede beber o bebe con dificultad	Cualitativa Independiente	Nominal	Si No	Paciente no puede beber o bebe con dificultad
-Intranquilo o irritable.	Cualitativa Independiente	Nominal	Si No	El paciente se torna intranquilo, llora con facilidad.
-Ojos hundidos.	Cualitativa Independiente	Nominal	Si No	El paciente presenta ojos hundidos.
-Pliegue cutáneo.	Cualitativa Independiente	Ordinal	NO Lenta mente Muy lenta mente	Presenta signo de pliegue cutáneo.

-Bebe ávidamente con sed	Cualitativa Independiente	Nominal	Si No	El paciente bebe ávidamente con sed.
-Diarrea de alto gasto	Cualitativa Independiente	Nominal	Si No	Presenta más de 10 deposiciones en las últimas 24 horas.
-Vómito persistente	Cualitativa Independiente	Nominal	Si No	Presenta más de 4 vómitos en las últimas 4 horas.
-Rechaza la vía oral	Cualitativa Independiente	Nominal	Si No	No tolera la vía oral
-Sangre en heces	Cualitativa Independiente	Nominal	Si No	Presencia de sangre junto a las deposiciones
Clasificación				
-Diarrea con deshidratación grave	Cualitativa Dependiente	Nominal	Si No	En el paciente mayor de 2 meses con dos o más de los siguientes signos: letárgico o inconsciente, ojos hundidos, no puede beber o bebe con dificultad, pliegue cutáneo se recupera muy lentamente (>2 segundos)
-Diarrea con algún grado de deshidratación	Cualitativa Dependiente	Nominal	Si No	En el paciente mayor de 2 meses con dos o más de los siguientes signos: Intranquilo o irritable, ojos hundidos, bebe

				ávidamente, pliegue cutáneo se recupera lentamente (< 2 segundos)
-Diarrea con alto riesgo de deshidratación	Cualitativa Dependiente	Nominal	Si No	En el paciente mayor de 2 meses con uno o más de los siguientes signos: Diarrea de alto riesgo, vómito persistente, rechazo a la vía oral.
-Diarrea sin deshidratación	Cualitativa Dependiente	Nominal	Si No	En el paciente mayor de 2 meses que no tiene deshidratación
-Diarrea persistente grave	Cualitativa Dependiente	Nominal	Si No	En el paciente de 2-6 meses que presenta diarrea por 14 días o más.
-Diarrea persistente	Cualitativa Dependiente	Nominal	Si No	En el paciente mayor de 6 meses que presenta diarrea por 14 días o más.
-Disentería	Cualitativa Dependiente	Nominal	Si No	En el paciente mayor de 2 meses que presente sangre en heces.
-Deshidratación	Cualitativa Dependiente	Nominal	Si No	En el paciente menor de 2 meses con dos o más de los siguientes signos:
-No tiene deshidratación	Cualitativa Dependiente	Nominal	Si No	En el paciente menor de 2 meses que no tiene signos suficientes para clasificarse como deshidratación

-Diarrea prolongada	Cualitativa Dependiente	Nominal	Si No	En el paciente menor de 2 meses con diarrea por 7 días o más.
-Diarrea con sangre	Cualitativa Dependiente	Nominal	Si No	En el paciente menor de 2 meses con sangre en sus deposiciones.
Manejo				
- PLAN A	Cualitativa Dependiente	Nominal	Si No	Dar sales de rehidratación oral después de cada deposición, después de vomitar, continuar alimentación, pequeñas cantidades a mayor frecuencia, dar más líquidos de lo habitual.
- PLAN A SUPERVISADO	Cualitativa Dependiente	Nominal	Si No	Dar sales de rehidratación oral después de cada deposición, después de vomitar, dejar en observación, si tolera vía oral: Plan A en casa.
-PLAN B	Cualitativa Dependiente	Nominal	Si No	Examinar niño cada hora, Sales de rehidratación oral 75ml/kg en las primeras 4 horas, luego si tiene signos de deshidratación grave: Plan C, algún grado de

				deshidratación: Plan B, no hay signos de deshidratación: Plan A
-PLAN C	Cualitativa Dependiente	Nominal	Si No	Administrar 100ml/kg lactato de Ringer o SSN al 0,9%, evaluar cada 30 minutos grado de deshidratación y decidir qué plan continuar (A, B, C)
- ADMINISTRAR ZINC POR 14 DIAS	Cualitativa Dependiente	Nominal	Si No	Menores de 6 meses: 10mg/día, mayores de 6 meses: 20 mg/día.
- ADMINISTRAR VITAMINA A	Cualitativa Dependiente	Nominal	Si No	Menores de 6 meses no lactado: 50.000 U (1 perla), 6-11 meses: 100.000 U (2 perlas), 1-5 años: 200.000 U (4 perlas).
-ENSEÑAR SIGNOS DE ALARMA	Cualitativa Dependiente	Nominal	Si No	Deposiciones líquidas más de 10 en 24 horas, vomita repetidamente, no come ni bebe normalmente, tiene mucha sed, Fiebre o sangre en heces.
-ENSEÑAR MEDIDAS PREVENTIVAS	Cualitativa Dependiente	Nominal	Si No	Menores de 6 meses: Lactancia materna exclusiva, Alimentos nutritivos, práctica de higiene, abastecimiento de agua, lavado de manos, uso de letrinas y


				eliminación higiénica de heces, vacuna rotavirus.
-Referir urgentemente según sistema "REFIERA"	Cualitativa Dependiente	Nominal	Si No	Dar oxígeno (cánula nasal, máscara. catéter, cámara), estabilidad hemodinámica, evitar hipotermia, informar a padres y/o cuidadores, dar glucosa, monitorizar, administración de líquidos y medicamentos según la necesidad.
-Seguimiento en 2 días	Cualitativa Dependiente	Nominal	Si No	Control del paciente 2 días después de haber consultado.
-Administrar antibiótico	Cualitativa Dependiente	Nominal	Si No	Cuando presente disentería por shigella: ácido nalidíxico 55 mg/kg/día dividido en dosis C/6h por 5 días.
Lactancia Materna exclusiva	Cualitativa Dependiente	Nominal	Si No	En el menor de 6 meses continuar con lactancia materna exclusiva.
Vacuna Rotavirus	Cualitativa independiente	Ordinal	Si No	Vacuna de rotavirus a los 2 meses edad : primera dosis, a los 4 meses edad: segunda dosis de refuerzo.

Administrar más líquidos que lo normal	Cualitativa Dependiente	Nominal	Si No	Mediante encuestas preguntar a la madre las medidas empleadas cuando el niño está enfermo.
--	----------------------------	---------	----------	--

• **COMPONENTE SOCIODEMOGRAFICO**

Nombre de la variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores probables	Definición operacional.
Edad	Cuantitativa. Independiente	Razón	0-5 años	Edad cumplida en meses.
Sexo	Cualitativa. Independiente	Nominal	Femenino Masculino	Género del paciente.
Residencia	Cualitativa Independiente	Nominal	Urbano Rural	Lugar de procedencia.

ANEXO 2: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

	ADHERENCIA A LA ESTRATEGIA AIEPI-CLÍNICO, POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD DE LA E. S. E. HERMES ANDRADE MEJIA EN RELACIÓN A ENFERMEDAD DIARREICA – TANGUA, 2015- 2016.				
DIANA ANDRADE - DANIELA ERASO-STEBAN ALEJANDRO LUNA					
Ficha No:		HC No:		Fecha Ingreso:	
Vereda/ Barrio:		Teléfono:		Servicio:	CE U CI
Edad: Años ____ Meses ____		Sexo : M ____ F ____		C	R
OBJETIVO 1			OBJETIVO 2		
CLASIFICACION 0 – 2 MESES					
CLASIFICACION ESTADO DE HIDRATACION					
1 DESHIDRATACION	Si	No	Referir urgentemente “REFIERA”	Si	No
			Hidratar Plan B o C	Si	No
			Continuar lactancia materna si es posible	Si	No
2. NO DESHIDRATACION	Si	No	Lactancia materna exclusiva	Si	No
			Plan A, sin inicio de alimentación	Si	No
			Zinc por 14 días	Si	No
			Enseñar signos de alarma	Si	No
			Enseñar medidas preventivas	Si	No
			Seguimiento en 2 días	Si	No
DURACION > 7 DIAS					
3. DIARREA PROLONGADA	Si	No	Referir urgentemente “REFIERA”	Si	No
			Recomendar lactancia materna	Si	No
PRESENCIA DE SANGRE EN LAS HECES					
4. DIARREA CON SANGRE	Si	No	Referir urgentemente “REFIERA”	Si	No
			Administrar Vitamina K	Si	No
			Administrar ATB (ácido nalidixico)	Si	No
			Continuar lactancia materna	Si	No
CLASIFICACION 2 MESES – 5 AÑOS					
ESTADO DE HIDRATACION					
1 DIARREA CON DESHIDRATACION GRAVE	Si	No	Con otra clasificación grave REFERIR URGENTEMENTE	Si	No
			Si no tiene otra clasificación Plan C	Si	No
2. DIARREA CON ALGUN GRADO DE DESHIDRATACION	Si	No	Con otra clasificación grave REFERIR URGENTEMENTE, SRO	Si	No
			Si no tiene otra clasificación Plan B	Si	No
			Zinc por 14 días	Si	No
			Continuar lactancia materna	Si	No
			Enseñar signos de alarma	Si	No
			Control en 2 días si continua la diarrea	Si	No
3. DIARREA CON ALTO RIESGO DE DESHIDRATACION	Si	No	Si tiene otra clasificación grave REFERIR URGENTEMENTE, SRO	Si	No
			Plan A supervisado	Si	No
			Zinc por 14 días	Si	No
			Observación: no mejora-Remitir	Si	No
			Continuar lactancia materna	Si	No
			Enseñar signos de alarma	Si	No

			Control en 2 días si continua la diarrea	Si	No	
4.DIARREA SIN DESIDRATACION	Si	No	Plan A	Si	No	
			Zinc por 14 días	Si	No	
			Enseñar signos de alarma	Si	No	
			Enseñar medidas preventivas específicas	Si	No	
			Control en 2 días si continua la diarrea	Si	No	
DURACION > 14 DIAS						
5.DIARREA PERSISTENTE GRAVE	Si	No	Referir al hospital "REFIERA"	Si	No	
			Tratar la deshidratación si no tiene otra clasificación grave.	Si	No	
			Administrar Vitamina A	Si	No	
			Descartar VIH	Si	No	
6. DIARREA PERSISTENTE	Si	No	Enseñar alimentación a la madre de DP	Si	No	
			Administrar zinc	Si	No	
			Administrar Vitamina A	Si	No	
			Administrar Vitaminas y minerales	Si	No	
			Enseñar signos de alarma	Si	No	
			Control en 2 días.	Si	No	
			Enseñar medidas preventivas	Si	No	
Descartar VIH	Si	No				
PRESENCIA DE SANGRE EN LAS HECES						
7. DISENTERA	Si	No	Administrar ATB (ácido nalidixíco)	Si	No	
			Administrar Zinc	Si	No	
			Tratar la deshidratación	Si	No	
			Control en 2 días	Si	No	
			Enseñar signos de alarma	Si	No	
			Enseñar medidas preventivas	Si	No	
VACUNACIÓN ROTAVIRUS PARA LA EDAD				Si	No	
CONCORDANCIA DE CLASIFICACION CON SIGNOS Y SINTOMAS	Si	No	CONCORDANCIA DE CLASIFICACION CON EL MANEJO.	Si	No	
SI LA RESPUESTA ES NO RESPONDER						
RAZON DEL NO CUMPLIMIENTO			RAZON DEL NO CUMPLIMIENTO			
No clasifica al menor en protocolo AIEPI				Si	No	
1. No clasifica correctamente	Si	No	1.Tratamiento no acorde a clasificación	si	No	
			2. Manejo	A. Incorrecto	Si	No
				B. Incompleto	Si	No
				C. Antibiótico	Si	No
VERDADERA CLASIFICACION 0 – 2 MESES	1	VERDADERO MANEJO 0 – 2 MESES	1	1		
	2		2			
	3		3			
	4		4			
	1	VERDADERO MANEJO 2 MESES – 5 AÑOS	1	1		
	2		2			
	3		3			
	4		4			

VERDADERA CLASIFICACION 2 MESES – 5 AÑOS	5		5
	6		6
	7		7
OBSERVACIONES			

ANEXO 3 CRONOGRAMA

No.	ACTIVIDAD	Año					
		2016					
		Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul
1	Prueba piloto de instrumento de recolección de datos	x					
2	Recolección de la información		x	x			
3	Construcción de la base de datos				x		
4	Elaboración de resultados					x	
5	Elaboración de conclusiones					x	
6	Documento final					x	x
7	Sustentación					x	x

ANEXO 4 PRESUPUESTO

RECURSO	NÚMERO	HORAS/MES	VALOR HORA	VALOR TOTAL	FUENTE
Investigadores	3	40	10000	1200000	Recursos propios
Asesor científico	1	8	25000	200000	F.U.S.M
Asesor metodológico	1	4	25000	100000	F.U.S.M
Total				1.500.000	

RECURSO	NUMERO	VALOR UIDAD	VALOR TOTAL
Trasporte	10	8000	80000
Alimentación	10	10000	400000
TOTAL			480.000

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:aipei-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-aipei&Itemid=476
4. <http://www.hucaribe.gov.co/novedades/aipei.pdf>
5. http://www.col.ops-oms.org/prevencion/aipei/aipei2003feb_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-aipei-603732>
10. Investigaciones operativas sobre AIEPI
11. Black RE, Morris SS, Bryce J. where and why are 10 million children dying every year? Lancer.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.tangua-narino.gov.co/apc/afiles/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.** Asi 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/apc-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, Sucuzhañay B, Tepan F. Identificación de signos y síntomas de gravedad en relación al componente eda 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, Cediell 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.