



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

DETERMINAR LA APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA AIEPI EN EL COMPONENTE DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA, EN LOS NIÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE, EN EL PERIODO FEBRERO- AGOSTO DEL 2013

TESIS PREVIO A OPTAR EL GRADO DE MEDICO GENERAL

AUTOR:

CRISTIAN FERNANDO TENESACA GUAMÁN

DIRECTORA:

DRA. ANA PUERTAS

1859
LOJA - ECUADOR

2013

C E R T I F I C A C I Ó N

Doctora
Ana Puertas
DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de investigación "DETERMINAR LA APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA AIEPI EN EL COMPONENTE DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA, EN LOS NIÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE, EN EL PERIODO FEBRERO - AGOSTO DEL 2013", realizado por el estudiante Cristian Fernando Tenesaca Guamán, previo a optar el grado de Medico General, ha sido dirigido, orientado y revisado en todas sus partes, lo que cumple con todos los requisitos de fondo y de forma, por lo cual autorizo su presentación ante el respectivo tribunal de grado.

Loja, Noviembre del 2013

f).....C° R I C

Dra. Ana Puertas
DIRECTORA DE TESIS

AUTORIA

Yo, Cristian Fernando Tenesaca Guamán, declaro ser autor del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja, y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de la tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca virtual.

AUTOR: Cristian Fernando Tenesaca Guamán

FIRMA:



CEDULA: 1104501018

FECHA: 5 de noviembre del 2013

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS

Yo, **Cristian Fernando Tenesaca Guamán**, declaro ser autor de la tesis titulada "DETERMINAR LA APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA AIEPI EN EL COMPONENTE DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA, EN LOS NIÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE, EN EL PERIODO FEBRERO - AGOSTO DEL 2013"; como requisito para adoptar el grado de Médico General: autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, através de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el repositorio digital de la institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI o en las redes de la información del país y del exterior, con las cuales tengan convenio la universidad.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 6 días del mes de noviembre del dos mil trece, firma el autor.

Firma:.....

Autor: Cristian Fernando Tenesaca Guamán

Cedula: 1104501018

Dirección: Loja, Barrio el Valle

Correo electrónico: cristiant-98@hotmail.es Teléfono: 0989525082

Datos Complementarios.

Director de tesis: Dra. Ana Puertas

Tribunal de Grado:

Presidente del tribunal: Dra. Marcia Mendoza.

Miembro del Tribunal: Dr. José Miguel Sánchez

Miembro del Tribunal: Dr. Cosme Zaruma

A G R A D E C I M I E N T O

A nuestro creador y dador de vida, a la Universidad Nacional de Loja, noble institución que forma profesionales de gran valía, en particular al coordinador de la carrera Dr. Patricio Aguirre a todos sus directivos, docentes y administrativos dela carrera de Medicina.

Y en especial admiración a la Doctora Ana Puertas, mi directora de Tesis, quien con su sabiduría, dedicación y sus valiosas sugerencias se hicieron posible la culminación de este trabajo. Un digno ejemplo de lo que es ser un médico completo.

De igual manera al Doctor Luis Minga, director del Hospital Universitario de Motupe, quien me apoyo y otorgó los permisos correspondientes para la ejecución de las diferentes actividades desarrolladas, con la finalidad de obtener una mejor calidad de vida de la niñez desposeída y marginada de nuestra Patria.

EL AUTOR

DEDICATORIA

A mi familia, quienes a pesar de muchos momentos de mi etapa estudiantil han sido los pilares para que logre culminar una etapa de mi vida profesional. A mis amigos que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional y a mi docente con su apoyo, motivación y tiempo compartido se logró la culminación de nuestros estudios profesionales.

EL AUTOR

TEMA:

DETERMINAR LA APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA AIEPI EN EL COMPONENTE DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA, EN LOS NIÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE, EN EL PERIODO FEBRERO- AGOSTO DEL 2013

RESUMEN

RESUMEN

La estrategia AIEPI desarrollada por O.M.S. y la UNICEF, ha estandarizado la atención del problema de salud más frecuente, como es la diarrea, con el fin de reducir la mortalidad infantil, generando prevención, cuidado, tratamiento y seguimiento del paciente menor de 5 años.

La presente investigación es un estudio descriptivo, prospectivo, cuantitativo y transversal con la finalidad de determinar la aplicación de la estrategia AIEPI, en los niños menores de cinco años con enfermedad diarreica, valorando género, edad, síntomas –signos, deshidratación y plan de hidratación, en una muestra de 60 pacientes atendidos en consulta externa en Hospital de Motupe, Febrero-Agosto del 2013.

En el 75 % de los pacientes con EDA, no fueron atendidos con la estrategia AIEPI, hay un predominio del género femenino en un 58%, la edad de mayor proporción es comprendida entre 1mes - 1año con un 30%, el 100% se manifiesta con diarrea, el 92% no tienen deshidratación y la hidratación es Plan A en un 92%.

Se observó que no aplican la estrategia AIEPI en EDA, en los pacientes que acuden a consulta externa del hospital de Motupe.

Palabras clave: AIEPI DIARREA HIDRATACIÓN

SUMMARY

The AIEPI strategy developed by O.M.S. and UNICEF, has standardized the attention of the most common health problems, such as diarrhea, to reduce child mortality, generating prevention, care, and treatment and monitoring of patients under 5 years.

These researches is a descriptive, prospective, and quantitative and cross in order to determine the application of the AIEPI strategy in children under five with diarrheal illness, assessing gender, age, symptoms, signs, dehydration and hydration plan in a sample of 60 patients attending outpatient Motupe Hospital, from February to August 2013.

In 75% of patients with EDA were not treated with AIEPI strategy, there is a predominance of the female by 58%, the highest proportion age between 1 month - 1year with 30%, 100% is manifested with diarrhea, 92% have no dehydration and hydration is Plan A by 92%.

There was not implementing the IMCI strategy in EDA, in patients attending hospital outpatient Motupe.

Keywords: AIEPI DIARRHEA HYDRATION

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La O.M.S. y UNICEF comenzaron a preparar la estrategia AIEPI en 1992. Al comienzo se tomó la decisión de centrar los objetivos en mejorar la atención de las instalaciones de salud de primer nivel, donde millones de niños y niñas llegan todos los días con alguna enfermedad, la mayoría con una o más de las principales causas de enfermedad y muerte. Todos los años aproximadamente 500 000 niños y niñas mueren en la región de las Américas antes de llegar a los cinco años de edad. La mayoría de estas muertes pueden ser evitadas mediante medidas de prevención o tratamiento, siempre que las mismas puedan ser aplicadas en forma precoz.¹

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) las enfermedades diarreicas constituyen un problema de salud pública en el mundo, especialmente en los países en desarrollo, donde representan una importante causa de morbilidad y mortalidad en niños menores de 5 años. Se ha estimado que en África, Asia y América Latina cada año mueren alrededor de 3,3 millones de niños por este síndrome y ocurren más de mil millones de episodios¹. La enfermedad diarreica aguda se define como todo proceso mórbido, cualquiera que sea su causa (virus, bacterias, parásitos y otras) que tiene entre sus síntomas más importantes las diarreas y puede acompañarse o no de trastornos electrolíticos y del equilibrio ácido básico².

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que los niños menores de cinco años de los países en vías de desarrollo, presentan como promedio de 2 a 3 episodios de diarrea por año, lo que significa un estimado de 750 a 1000 millones de episodios de diarreas por año, y con un aproximado de 4 a 5 millones de defunciones infantiles en países en vías de desarrollo y la causa infecciosa de muerte más frecuente en menores de 5 años en América Latina³.

El número de casos reportados de diarreas en nuestro país es de 450.963 ocupando el segundo lugar de enfermedades infecciosas; mientras que en la

provincia de Loja, el número de casos es de 18.884, siendo la tercera provincia de la sierra con un alto índice de EDA. Aunque la tasa de mortalidad por diarrea aguda entre los niños y niñas menores de cinco años ha descendido de 4.6 millones en 1979 a 1.6 millones en 2002, este problema sigue cobrando muchísimas víctimas en la población infantil de los países en desarrollo.⁴

La enfermedad diarreica aguda constituye una de las consultas más frecuentes en los servicios de la consulta externa, urgencias y consultorios médicos. Es una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad en los menores de cinco años, a pesar de los grandes esfuerzos y logros que desde la perspectiva de la Salud Pública se han implementado como: la educación relacionada con la prevención de episodios, la recuperación de prácticas tradicionales que apoyan a un tratamiento adecuado de los niños con diarrea y la estandarización del mismo para los trabajadores de la salud.

En la propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre la Atención Integrada a la Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). Este programa ha focalizado sus acciones en los niños menores de 5 años, debido a que este constituye el grupo atareo con el mayor rango porcentual en la morbilidad y mortalidad comparado con la población en general ⁵.

AIEPI incorpora además un fuerte contenido preventivo y de promoción de la salud como parte de la atención, así contribuye entre otros beneficios a aumentar la cobertura de vacunación y mejorando el conocimiento y las prácticas de cuidado y atención de los niños menores de cinco años en el hogar, para contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables. Brinda los conocimientos y habilidades para evaluar en forma secuencial e integrada la condición de salud del niño para de esta manera, detectar las enfermedades o problemas que más frecuentemente afectan, según el perfil epidemiológico de cada lugar. A partir de esta evaluación, la AIEPI brinda instrucciones claras sobre la clasificación de las enfermedades y problemas, establece el tratamiento que debe administrarse para cada una de ellas. La estrategia

también contiene las indicaciones para controlar la evolución del tratamiento e identificar la necesidad de aplicar medidas de prevención e informar educando a los padres sobre la prevención y promoción de la salud infantil. Tanto por el personal de salud como por otras personas que tienen a su cargo el cuidado y atención de niños y niñas menores de cinco años, entre ellos, los padres. Sobre esta base, la AIEPI es considerada en la actualidad como la estrategia más eficiente para reducir la carga de enfermedad y discapacidad en la población contribuyendo a un crecimiento y desarrollo saludable durante los primeros cinco años de vida, sin embargo la enfermedad diarreica aguda (EDA) sigue siendo una de las primeras causas de mortalidad en niños menores de 5 años.⁶

Por medio de este estudio se busca determinar la aplicación la estrategia AIEPI en la EDA, convirtiéndose en un aporte clínico, estadístico y epidemiológico para el área de Salud Pública e Investigación, que están comprometidas desde el punto de vista de prevención, control y tratamiento de primera elección, como es la hidratación. Por todo lo expuesto anteriormente es básico y fundamental fortalecer a los usuarios, personal de salud, así como también a los estudiantes de la Universidad Nacional de Loja que realizan Medicina Comunitaria, en el manejo de EDA, mediante la estrategia AIEPI; así como también la transferencia de pacientes con complicaciones a otras instituciones de mayor complejidad.

REVISIÓN DE LITERATURA

1. ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA⁷

Desde hace muchos años la humanidad ha luchado por evitar la muerte y prolongar la vida, situación que se constituyó en un principio fundamental para el ordenamiento de todas las sociedades del mundo. Este principio que en su expresión más amplia podría representarse como el respeto y el derecho a la vida, ha guiado gran parte de los esfuerzos para la búsqueda de instrumentos y procedimientos que permitieran hacerlo realidad.

Otro principio rector de las sociedades es la justicia que, según la civilización y modelo social, tiene diferentes expresiones y diferentes formas de aplicación. De todas maneras, la evolución del sentido de justicia como el desarrollo de formas de protección a los más débiles y vulnerables, es un enunciado permanente de todos los ordenamientos sociales vigentes.

La conjunción de estos dos principios, constituye el marco para la búsqueda permanente de mecanismos que permitan evitar la muerte, mejorar la calidad de vida y prolongar la vida. Estas herramientas aplicadas a la infancia adquieren especial significado en todas las sociedades del mundo.

La combinación de la experiencia con las lecciones aprendidas en el desarrollo de acciones en favor de la infancia y la necesidad de profundizar las acciones, facilitar y mejorar el desempeño del personal y fomentar la calidad de los servicios de salud ha sido la base para el desarrollo de una metodología de abordaje del niño enfermo que conjugue la simplicidad con la calidad en la atención. Basándose en la situación anteriormente mencionada, la Organización Mundial de la Salud en conjunto con el UNICEF desarrollaron la Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), con la finalidad de dar respuesta a estas necesidades.

El programa AIEPI ha sido diseñado como una herramienta que permite la atención de los niños enfermos en forma integrada haciendo énfasis en los problemas más graves y comunes que afectan su salud⁸.

La estrategia AIEPI (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia) surge de una iniciativa OMS-UNICEF en 1992. Atención integrada, significa entender y atender al niño como un ser con cuerpo, mente, espíritu y sentimientos, que depende de la familia, la sociedad y la comunidad para desarrollarse. El concepto atención integral, también se refiere a que los servicios que se ofrezcan al niño deben estar orientados no solo a la atención de las enfermedades, sino a la prevención de las mismas y a la promoción de la salud.

Esta estrategia contempla un conjunto básico de medidas de prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y rehabilitación, que influyen en las enfermedades y problemas que con mayor frecuencia afectan la salud de los menores de cinco años.

Es preciso reiterar que la estrategia AIEPI no solo comprende acciones que se realizan en los Servicios de Salud sino que incluye, también, acciones destinadas a mejorar la capacidad de la familia y la comunidad para el cuidado y la atención del niño⁹.

1.1 La estrategia AIEPI posee tres componentes:

El componente comunitario: promueve, prácticas familiares orientadas a reducir la mortalidad en niños menores de cinco años, así como a un crecimiento y desarrollo saludables.

El componente clínico: tiene por objetivo mejorar las habilidades del personal de salud, tanto en los centros de atención primaria, como en las universidades y escuelas formadoras de personal de salud.

El componente de sistemas y servicios de salud: tiene por objetivo mejorar la organización y gestión de los servicios de salud, de tal manera que puedan brindar una atención de mayor calidad, contando con la necesaria infraestructura y recursos¹⁰

1.2 Los principales objetivos de AIEPI son:

1. Reducir la mortalidad en la infancia.
2. Reducir la incidencia y gravedad de las enfermedades y problemas de salud que afectan a los niños y niñas.
3. Mejorar el crecimiento y desarrollo durante los primeros años de vida de los niños y niñas¹¹.

Para lograr estos objetivos, AIEPI elaboró, en forma consensuada a nivel internacional, un manual que incluye y detalla signos, síntomas, comportamientos alimenticios y estados de vacunación que deben tenerse en cuenta a la hora de clasificar una patología o situación de riesgo.

Para esto separó a los pacientes en 2 grandes grupos atareos:

- 1 semana a 2 meses de vida. En este grupo se consignan como datos clave: signos inespecíficos de enfermedad grave, presencia de diarrea, problemas de alimentación o bajo peso y el estado de vacunación.
- 2 meses a 4 años y 364 días de vida. En estos niños se investigan: signos inespecíficos de enfermedades graves, tos o dificultad para respirar, diarrea, fiebre, problemas de garganta, problemas de oído, desnutrición o anemia, desarrollo psicomotor, alimentación, maltrato.¹²

A partir de allí se clasifica la situación del niño y se lleva a cabo el tratamiento según las normas establecidas para cada uno de estos cuadros. Este tratamiento no incluye solamente la terapia farmacológica, sino que considera igualmente importante la instrucción de los padres sobre la manera de administrar los medicamentos (vía, dosis, intervalo y duración), los signos de alarma que debe saber detectar (generales y propios de la enfermedad) y el momento en el que tiene que traer al niño al consultorio para la evaluación de la evolución de su hijo. Así como también deben indicarse, en caso de que el

esquema estuviera incompleto, las vacunas correspondientes a la edad y la fecha de la próxima vacunación.

Por último, como se ha mencionado, el programa AIEPI promueve la participación activa de los padres en el control de crecimiento y desarrollo del niño, dándoles las pautas básicas sobre las conductas madurativas que debe ir adquiriendo su hijo conforme a la etapa en la que se encuentra¹³.

La estrategia AIEPI es muy extensa, razón por la cual se ha decidido trabajar en el componente clínico en el parámetros enfermedad diarreica aguda (EDA); y con los niños menores de cinco años, además se considera de gran importancia ya que por medio de esto se busca mejorar la atención medica de los niños con un tratamiento adecuado y oportuno, y determinar si el tratamiento se lo puede administrar por el equipo médico o si es necesario transferir el caso a una casa de salud con mayor complejidad, todo esto con la finalidad de descongestionar hospitales de cuarto nivel. El AIEPI incluye ciertos parámetros que se tomaran en cuenta para la clasificación del estado del niño/niña en la EDA; así como también proporciona una guía diagnostica que favorece al personal de salud para que de esta manera brinde un tratamiento adecuado encasillando cada caso en el nivel de gravedad que le corresponda. Finalmente sugiere un tratamiento que pude ser aplicado por el médico así como también una guía para las próximas consultas, garantizando así un control adecuado de los niños/niñas menores de cinco años de edad mejorando su calidad de vida.

1.3 PROPÓSITO DE LA ATENCIÓN¹⁴.

- **EVALUAR AL NIÑO/NIÑA:** Preparar la historia de salud. (Interrogatorio, examen físico)
- **CLASIFICAR LA ENFERMEDAD:** Determinación de la gravedad y registrar según la clasificación.
- **DETERMINAR EL TRATAMIENTO:** Tratar al niño/niña (recetas, enseñanza de la administración de los medicamentos)

- **RECOMENDAR A LA MADRE O AL ACOMPAÑANTE:** forma de alimentar al niño/niña enfermo.
- **PROPORCIONAR ATENCIÓN DE REEVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

1.4 CLASIFICACIÓN DE LOS MÓDULOS SEGÚN EDADES¹⁵:

- 1 SEMANA A 2 MESES DE EDAD
- 2 MESES EN ADELANTE

1.5 OBJETIVOS DEL MODULO:

- Evaluar signos y síntomas de las enfermedades, estado de nutrición y vacunas.
- Clasificación de la enfermedad, determinar el tratamiento y decidir si hay que referir al hospital.

1.6 TÉCNICA DE APRENDIZAJE:

- Preguntar acerca del problema del niño/niña, (tos o dificultad para respirar, diarrea, fiebre, problemas de oído)
- Verificar si hay signos de desnutrición y anemia y clasificar el estado nutricional
- Verificar el estado de vacunación, desarrollo, maltrato y decidir si necesita alguna vacuna ese mismo día.

2. EVALUACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES PREVALENTES EN EL NIÑO/NIÑA ENFERMO DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD¹⁶

A) EVALUAR Y CLASIFICAR AL NIÑO/NIÑA ENFERMO:

Una madre o familiar que lleve a su niño/niña enfermo al servicio de salud por un problema o síntoma en particular, es más probable que al evaluar usted

encuentre otros que van juntos como diarrea, neumonía, malaria, sarampión o desnutrición y si estas enfermedades no se tratan pueden causar la muerte o alguna discapacidad.

PREGUNTAR QUE PROBLEMA TIENE EL NIÑO/NIÑA:

- Salude y pídale que tome asiento a la madre o acompañante conjuntamente con el niño/niña enfermo.
- Pregunte: Inicia el diálogo, sobre el problema que tiene el niño/niña.
- Emplear buenas técnicas de comunicación: Escuchando atentamente, y dando tiempo para que le contesten, hacer preguntas adicionales si la madre no está segura.
- •Verificar si es la primera consulta para este problema o reevaluación.

OBSERVAR SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL:

- No puede beber o mamar
- Vomita todo lo que ingiere
- Ha tenido convulsiones
- Esta letárgico o inconsciente
- En general necesitan ser referido urgentemente.

REGISTRO DE LOS SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL:

<p>VERIFICAR SI HAY SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL:</p> <p>Puede el niño/a beber o tomar el seno?</p> <p>Vomita el niño/a todo lo que ingiere?</p> <p>Tiene el niño/a convulsiones?</p> <p>Verificar si el Niño/Niña esta letárgico o inconsciente</p>	<p>CLASIFICAR:</p> <p>Hay algún signo de peligro en general?</p> <p>SI----- NO-----</p> <p>Recuerde utilizar los signos de peligro al efectuar la clasificación.</p>
---	---

EVALUAR LA DIARREA

Tipos de diarrea en el niño de 2 meses a 4 años

En la mayoría de los casos las deposiciones que causan deshidratación son sueltas o líquidas. En el cólera existe diarrea líquida pero solo una baja proporción de las diarreas líquidas se deben al cólera.

Si un episodio de diarrea dura menos de 14 días, se trata de diarrea aguda, es líquida (causa deshidratación, muerte). Si es más de 14 días se denomina diarrea persistente (20% causa desnutrición).

La diarrea con sangre en las heces, con moco o sin moco, se llama disentería. La causa más común de la disentería es la bacteria Shigella. La disentería amebiana no es común en los niños/niñas pequeños. Un niño/niña puede tener diarrea líquida y disentería.

A continuación hay que verificar si existen signos de DESHIDRATACION. Cuando un niño comienza a estar deshidratado, se muestra inquieto e irritable. Si la deshidratación persiste, se torna letárgico o inconsciente, a medida que el cuerpo del niño pierde líquidos, los ojos pueden verse o estar hundidos. Si se pellizca al niño a piel vuelve a su posición inicial lenta o muy lentamente.

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA PREGUNTAR SI NO	OBSERVAR Y EXPLORAR
<ul style="list-style-type: none">•Cuánto tiempo hace?•Hay sangre en las heces?	<ul style="list-style-type: none">•DETERMINAR EL ESTADO GENERAL DEL NIÑO: Letárgico o inconsciente-Intranquilo o irritable•DETERMINAR SI TIENE LOS OJOS HUNDIDOS•OFRECER LÍQUIDOS AL NIÑO: Bebe mal o no puede beber- Bebe ávidamente, con sed?•SIGNO DE PLIEGUE CUTÁNEO

	LA PIEL VUELVE AL ESTADO ANTERIOR: Muy lentamente (más de 2 segundos), Lentamente, inmediatamente.
--	---

FUENTE: Manual de capacitación AIEPI

Estado general del niño

Si el niño se encuentra letárgico o inconsciente presenta un signo general de peligro. El signo inquieto e irritable si todo el tiempo se comporta de esta manera o cada vez que le tocan o mueven si un lactante o niño está tranquilo mientras se amamanta pero al dejar de tomar el pecho se torna nuevamente inquieto e irritable, presenta el signo “inquieto e irritable”.

Ojos hundidos El profesional en salud debe considerar si es que los ojos están hundidos. Luego se debe preguntar a los padres o cuidadores si piensan que los ojos del niño se ven diferentes.

Ofrecer líquido al niño Observe como bebe al ofrecer un líquido. Un niño no puede beber si no es capaz de llevar líquido a la boca y tragarlo. Bebe mal si esa demasiado débil y necesita ayuda para hacerlo, solo puede tragar cuando se le pone el líquido en la boca presenta el signo bebe ávidamente, con sed, si es evidente que desea beber, observar si el niño 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”

Pellizque la piel del abdomen

Con el niño en la camilla acostado boca arriba con los brazos a los costados del cuerpo y las piernas extendidas, o pida a la madre que lo coloque sobre su regazo.

Localice la región del abdomen del niño entre el ombligo y el costado. Para hacer el pliegue cutáneo, utilice los dedos pulgar e índice, coloque la mano de modo que cuando pellizque la piel, se forme un pliegue longitudinal en relación con el cuerpo del niño y no transversal.

Levante firmemente todas las capas de la piel y el tejido por debajo de ellas. Pellizque la piel durante un segundo, luego suéltela y fíjese si la piel vuelve a su lugar:

- Muy lentamente (más de 2 segundos)
- Lentamente (la piel permanece levantada aunque brevemente)
- Inmediatamente

3. CLASIFICAR LAS DIARREAS¹⁷:

Hay tres pasos para la clasificación de la diarrea:

- A todos los niños/niñas se les clasifica la **DESHIDRATACIÓN**
- Si ha tenido diarrea por 14 días o más, clasifique al niño/niña con **DIARREA PERSISTENTE**
- Si tiene sangre en las heces clasifique al niño/niña con **DISENTERÍA**.

1.1 CLASIFICAR LA DESHIDRATACIÓN¹⁸:

1.1.1 deshidratación grave

1.1.2 deshidratación

1.1.3 no tiene deshidratación.

DOS DE LOS SIGNOS SIGUIENTES

<p>Letárgico o inconsciente o bebe mal o no puede beber</p> <ul style="list-style-type: none"> •Ojos hundidos •Signo de pliegue cutáneo: la piel vuelve muy lentamente al estado anterior. 	<p>DESHIDRATACIÓN GRAVE O CON SHOCK</p>	<p>→ Si el niño/a no encuadra en ninguna otra clasificación grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dar líquido para la deshidratación grave(plan C) <p>→ Si el niño/a encuadra en otra clasificación grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Referir URGENTEMENTE al hospital, con la madre dándole sorbos frecuentes de SRO en el trayecto. <p>Recomendar a la madre que continúe dándole seno</p> <p>→ Si el niño/a es mayor de 2 años y si hay casos de cólera en la zona, administrar un antibiótico contra el cólera.</p>
<ul style="list-style-type: none"> •Intranquilo, irritable. •Ojos hundidos •Bebe ávidamente con sed. 	<p>DESHIDRATACIÓN</p>	<p>Si tiene algún grado de deshidratación administrar (Plan B)</p> <p>→ Si el niño encuadra en una clasificación grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Referir URGENTEMENTE al hospital, con la madre

<p>•Signo de pliegue cutáneo: la piel vuelve lentamente al estado anterior</p>		<p>dándole sorbos frecuentes de SRO, v en el trayecto. Recomendar a la madre que continúe dándole el seno. → Indicar a la madre cuando debe volver urgentemente. → Si la diarrea continúa hacer una consulta de seguimiento 5 días después.</p>
<p>No hay suficientes signos para clasificar el caso como algún grado de deshidratación o deshidratación grave</p>	<p>NO TIENE DESHIDRATACIÓN</p>	<p>→ Dar alimentos y líquidos para tratar la diarrea en casa (Plan A) Indicar a la madre cuando debe volver urgentemente. si la diarrea continúa hacer una consulta de seguimiento 5 días después.</p>

CUADRO: Fuente: Datos tomados del Manual del AIEPI.

DESHIDRATACION GRAVE (color rosado)

Si presenta dos o más de los siguientes signos: estado letárgico o inconsciente, no puede beber o bebe mal, tiene los ojos hundidos, el pliegue cutáneo vuelve a su lugar muy lentamente. Todo niño con deshidratación necesita líquidos adicionales, por lo tanto administre tratamiento con líquidos IV.

DESHIDRATACION (color amarillo)

Si presenta dos o más de los siguientes signos: inquieto o irritable, bebe ávidamente con sed, ojos hundidos pliegue cutáneo retorna a su lugar lentamente cuando se pellizca. Si el niño presenta un signo de la hilera rosada y uno de la hilera amarilla se debe clasificar al niño en la hilera amarilla (deshidratación).

NO TIENE DESHIDRATACION (color verde)

Si no presenta ningún signo de las hileras anteriores, este niño necesita líquidos y alimentos adicionales a fin de prevenir la deshidratación. Las tres reglas del tratamiento en el hogar incluyen **1.** Administrar líquidos. **2.** Continuar la alimentación **3.** Regresar urgentemente si el niño muestra signos de peligro en general.

CLASIFICAR LA DIARREA PERSISTENTE¹⁹

SIGNOS	CLASIFICAR COMO	TRATAMIENTO
Hay deshidratación	Diarrea persistente grave	Tratar la deshidratación antes de referir al niño, salvo que se encuentre en otra clasificación grave Referir al hospital
No hay deshidratación	Diarrea persistente	Explicar a la madre como debe alimentar a su niño Hacer el seguimiento 5 días después

FUENTE: Manual de AIEPI

DIARREA PERSISTENTE GRAVE (color rosado)

Si el niño ha tenido diarrea durante 14 días o más y también si tiene deshidratación o deshidratación grave, y deben referirse a un hospital porque

necesitan atención especial para ayudar a prevenir la pérdida de líquido. Se debe tratar la deshidratación antes de referirlo al hospital.

DIARREA PERSISTENTE (color amarillo)

Si ha padecido diarrea durante 14 días o más y que no tiene signos de deshidratación. El tratamiento más importante para la diarrea persistente es la alimentación especial.

TODO NIÑO de 29 días hasta los dos meses, con diarrea persistente debe ser referido URGENTEMENTE al hospital.

4. TRATAMIENTOS PARA LAS DIARREAS:

TRATAMIENTO: Deshidratación grave o con shock:

- Todo niño/niña con deshidratación grave debe tener líquidos intravenosos (LIV). Plan C.

TRATAMIENTO: Deshidratación

- Un niño/niña necesita líquidos y alimentos, tratar con soluciones de Sales de Rehidratación Oral (SRO). Los niños/niñas que están amamantándose deberán continuar tomando el seno, los demás deberán recibir la leche habitual o algún alimento nutritivo después de 4 horas de tratamiento con SRO. Plan B.

TRATAMIENTO: no tiene deshidratación

- Un niño/niña que no tenga dos o más signos de la hilera rosada o de la hilera amarilla se clasifica con no tiene deshidratación y necesita de líquidos adicionales, continuar alimentando en casa y saber cuándo regresar. Plan A.

b) CLASIFICAR LA DIARREA PERSISTENTE:

- **Diarrea persistente grave**

- **Diarrea persistente.**

<p>• HAY DESHIDRATACIÓN</p>	<p>DIARREA PERSISTENTE GRAVE</p>	<p>→ Tratar la deshidratación antes de referir al niño, salvo que encuadre en otra clasificación grave → Referir al hospital</p>
<p>NO HAY DESHIDRATACIÓN</p>	<p>DIARREA PERSISTENTE</p>	<p>→ Explicar a la madre cómo debe alimentar a un niño que tiene DIARREA PERSISTENTE → Hacer el seguimiento 5 días después</p>

TRATAMIENTO: De la diarrea persistente grave

- Si un niño/niña ha tenido diarrea durante 14 días o más, y además tiene algún grado de deshidratación o deshidratación grave, necesita ser referido al hospital, porque necesita atención especial para ayudar a prevenir la pérdida de líquidos, cambios en la alimentación, y exámenes de heces para determinar la causa de la diarrea.

TRATAMIENTO: de la diarrea persistente

- Si un niño /niña que ha tenido diarrea por 14 días o más y que no presenta signos de deshidratación se lo clasifica como diarrea persistente y se lo trata con una alimentación especial.

CLASIFICAR LA DISENTERIA²⁰

SIGNOS	COMO CLASIFICAR	TRATAMIENTO (los
		tratamientos de urgencia que se administran antes de la referencia del caso)

Sangre con las heces	DISENTERIA	Administrar antibiótico oral apropiado durante 5 días Hacer el seguimiento 5 días después
----------------------	-------------------	--

DISENTERIA (Color Amarillo)

Niño con diarrea y sangre en las heces. Debe recibir antibiótico recomendado para la shigella. Hay que prevenir la deshidratación con el plan A y tratamiento para la deshidratación con plan B.

La shigella ocasiona cerca del 60% de los casos de disentería, pone en peligro la vida. Para identificar la causa real de la disentería se requiere un cultivo de heces, para el cual puede tomar al menos 2 días para obtener resultados de laboratorio.

TRATAMIENTO: de la Disentería

- Tratar la deshidratación del niño/niña. Además administrar el antibiótico recomendado para Shigella.

¿TIENE EL NIÑO/A DIARREA?		Si	No
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuánto tiempo hace?----- días • ¿Hay sangre en las heces?----- 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el estado general del niño/a. ¿El niño/ está: Letárgico o inconsciente? Inquieto o irritable? • Determinar si tiene los ojos hundidos • Ofrecer líquidos al niño/a. El niño/a: No puede beber o bebe 		

	<p>mal? Bebe ávidamente con sed?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signo del pliegue cutáneo: La piel vuelve al estado anterior: Muy lentamente (más de 2 segundos)? Lentamente? 	
--	--	--

GUÍA PARA EL REGISTRO DE LA ATENCIÓN DEL NIÑO/A DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD

Nombre:-----Edad:-----Peso:-----Kg.

Temperatura axilar:-----C

Preguntar: ¿Qué problemas tiene el niño/a?-----Primera consulta ---Consulta de seguimiento-----

Evaluar: (marcar con un círculo todos los signos presentes)

<p>VERIFICAR SI HAY SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL</p> <p>¿Puede el niño/a beber o tomar el seno?</p> <p>¿Vomita el niño/a todo lo que ingiere?</p> <p>¿Tiene el niño/a convulsiones?</p> <p>Letárgico o inconciente</p>	<p>CLASIFICAR</p> <p>¿Hay algún signo de peligro en general?</p> <p>Si----- No-----</p> <p>Recuerde utilizar los signos de peligro al efectuar la clasificación</p>
<p>TIENE EL NIÑO/A DIARREA</p> <p>Si-----No----</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuánto tiempo hace?-----días <p>¿Hay sangre en las heces?</p> <p>Determinar el estado general del niño/niña</p> <p>¿el niño niña está? Letárgico o inconsciente?</p> <p>Inquieto o irritable?.</p> <p>Determinar si tiene los ojos hundidos.</p> <p>Ofrecer líquidos al niño/niña. ¿El niño/niña:</p>	

No puede beber o bebe mal?,
Bebe ávidamente, con sed?
Signos del pliegue cutáneo: “ La piel vuelve al estado anterior
Muy lentamente (más de dos segundos)?
Lentamente?.

Cuadro. Fuente: Manual de Capacitación del AIEPI

DAR MÁS LÍQUIDOS PARA LA DIARREA Y CONTINUAR LA ALIMENTACIÓN²¹

Luego de evaluar a un niño con diarrea, clasificar la deshidratación y seleccionar uno de los siguientes planes de tratamiento:

Plan A - Tratar la diarrea en la casa

Plan B - Tratar la deshidratación con suero oral (SRO)

Plan C - Tratar rápidamente la deshidratación grave

Los tres planes se describen en el cuadro TRATAR AL NIÑO. Cada uno de ellos proporciona líquidos para reemplazar el agua y las sales que se pierden con la diarrea. Una forma tanto de rehidratar como de prevenir la deshidratación en un niño es darle suero oral.

Nota: Se deberá administrar líquido por vía intravenosa exclusivamente en los casos de DESHIDRATACIÓN GRAVE.

Los antibióticos no son eficaces para tratar la diarrea en general. Rara vez ayudan y algunos niños empeoran. En los casos de diarrea, dé antibióticos **exclusivamente** cuando haya DESHIDRATACIÓN GRAVE CON CÓLERA en la zona o DISENTERÍA.

Nunca administre antidiarreicos y antieméticos a niños. Rara vez ayudan a tratar la diarrea, y algunos son peligrosos como los antiespasmódicos (por

ejemplo, codeína, tintura de opio, difenoxilato y loperamida) o los medicamentos antieméticos (como clorpromazina). Estos medicamentos pueden causar íleo paralítico, o tornar al niño somnoliento lo cual le impedirá una rehidratación oral efectiva. Algunos pueden ser mortales, si se administran a lactantes.

Otros antidiarreicos, aunque no se consideran peligrosos, no son eficaces para tratar la diarrea, como los adsorbentes, por ejemplo, caolín, atapulgíta, semectita y carbón activado. Usar medicamentos antidiarreicos puede retrasar el tratamiento con suero oral.

PLAN A: TRATAR LA DIARREA EN LA CASA²²

El **Plan A**, es para el tratamiento de un niño/niña cuando tiene diarrea pero SIN DESHIDRATACIÓN. Las tres reglas del tratamiento en la casa son:

1. DAR MÁS LÍQUIDOS (todo lo que el niño/niña acepte)
2. CONTINUAR LA ALIMENTACIÓN
3. CUÁNDO REGRESAR

Los niños/niñas que padecen diarrea y llegan al establecimiento de salud SIN DESHIDRATACIÓN recibirán tratamiento de acuerdo con el Plan A. Los niños/niñas con DESHIDRATACIÓN O DESHIDRATACIÓN GRAVE necesitan rehidratación con el Plan B o C respectivamente y luego se tratan con el **Plan A**. A la larga, todos los niños con diarrea recibirán el **Plan A**.

El **Plan A** consiste en recomendar a los padres o cuidadores las tres reglas del tratamiento en la casa. Por lo tanto, su capacidad de enseñar y aconsejar es muy importantes para este plan.

REGLA 1: DAR MAS LÍQUIDOS

- **Decir a los padres o cuidadores que:**

Le dé todo el líquido que acepte. El propósito de dar más líquidos es reemplazar los líquidos que se pierden con la diarrea y, así, prevenir la deshidratación. La medida fundamental es dar más líquidos de lo acostumbrado, tan pronto como comience la diarrea.

Dígalas a los padres o cuidadores que le dé el pecho con más frecuencia y durante más tiempo cada vez. También explíquele que le debe dar otros líquidos **después** de dar el seno.

El suero oral es uno de varios líquidos que se recomiendan para prevenir la deshidratación en la casa. Además se puede ofrecer otros líquidos preparados con alimentos por ejemplo: sopa, agua de arroz, y/o agua limpia con una tasa y cuchara.

El **plan A** describe dos situaciones en las que los padres o cuidadores deben administrar el suero oral en la casa.

1. El niño ha recibido tratamiento con el Plan B o el Plan C durante esta visita. En otras palabras, acaba de ser rehidratado. A este niño le ayudará beber el suero oral para evitar que se vuelva a deshidratar.

2. El niño/niña no puede regresar a un servicio de salud sí empeora la diarrea. Por ejemplo, la familia vive muy lejos o los padres o cuidadores tiene un empleo al que no puede faltar.

- **Enseñar a los padres o cuidadores a preparar la mezcla y cómo dar suero oral. Entregarle por lo menos dos paquetes de suero oral para utilizar en la casa.**

Los pasos para hacer el suero oral son:

- Lávese las manos con agua y jabón.
- Vierta el contenido de un paquete en un recipiente limpio. Utilice cualquier recipiente disponible, como un frasco, un tazón o una botella.

- Mida un litro de agua pura. Es mejor hervir y enfriar el agua, pero si no se puede, use el agua más limpia que tenga.
- Vierta el agua en el recipiente con el polvo de suero oral. Mezcle bien hasta que el polvo se disuelva completamente.
- Pruebe la solución para que sepa el gusto que tiene.

Explique a los padres o cuidadores que deben mezclar el suero oral todos los días, en un recipiente limpio, mantener el recipiente cubierto y deshacerse de lo que haya quedado de la solución del día anterior.

Mostrar a la padres o cuidadores a cargo del niño/niña la cantidad de líquidos que debe darle además de los que le da habitualmente.

Explique que el niño debe beber la misma cantidad de líquidos que bebe a diario y más. Muestre cuánto líquido **más** debe darle después de cada deposición diarreica:

- **Hasta los 2 años: 50 a 100 ml** después de cada deposición diarreica
- **2 años o más: 100 a 200 ml** después de cada deposición diarreica

Explique a los padres o cuidadores que la diarrea puede durar algunos días y que el suero oral no interrumpirá la diarrea. El beneficio del suero oral es que reemplaza el líquido y las sales que el niño pierde con la diarrea e impide que se agrave. Dígales que:

- Le den sorbitos frecuentes de una taza o cuchara.
- Si el niño vomita, esperen 10 minutos antes de darle más líquido. Luego continúen dándole líquido, pero más lentamente.
- Continúen administrando más líquidos hasta que cese la diarrea.

Use una tarjeta de los padres o cuidadores o carne de salud del niño/niña y cerciórese de que los padres o cuidadores comprendieron.

REGLA 2: CONTINUAR LA ALIMENTACIÓN

En este módulo aprenderá a dar consejos sobre la alimentación. Si la enfermedad de un niño/niña mayor de 2 meses se ha clasificado como DIARREA PERSISTENTE, deberá dar a los padres o cuidadores recomendaciones especiales sobre la alimentación.

REGLA 3: CUÁNDO VOLVER

Diga a los padres o cuidadores de cualquier niño/niña enfermo que los signos que le indican que debe regresar son:

- No es capaz de beber o tomar el pecho
- Empeora
- Tiene fiebre

Si el niño tiene diarrea, también dígales que regresen si el niño/niña tiene:

- Sangre en las heces
- Bebe mal.

PLAN B: TRATAR LA DESHIDRATACIÓN CON SUERO ORAL²³

El **Plan B** es para el tratamiento de un niño/niña cuando tiene diarrea con DESHIDRATACIÓN. El plan incluye un período inicial de tratamiento en el servicio de salud que dura 4 horas. Durante las 4 horas, los padres o cuidadores a cargo del niño suministran lentamente una cantidad recomendada de suero oral. Los padres o cuidadores le dan cucharadas o sorbos.

Un niño con una clasificación grave y DESHIDRATACIÓN necesita referencia urgente al hospital. **No** trate de rehidratarle antes de que se vaya. Dé rápidamente a los padres o cuidadores un poco de suero oral. Muéstrole cómo darle sorbos frecuentes en el trayecto al hospital. La excepción son aquellos

que tiene una clasificación única grave de DIARREA PERSISTENTE GRAVE. Estos niños/niñas deben rehidratarse primero y luego referirse.

Si un niño que tiene DESHIDRATACIÓN necesita tratamiento para otros problemas, debe empezar a tratar primero la **deshidratación**. Luego adminístrele los otros tratamientos.

Después de administrar las SRO durante 4 horas, evalúe nuevamente y clasifique la deshidratación del niño/niña usando el cuadro EVALUAR Y CLASIFICAR, Si han desaparecido los signos de deshidratación, administre el Plan A. Si aún persiste algún grado de deshidratación, repita el Plan B. Si el niño tiene ahora DESHIDRATACIÓN GRAVE, se debe administrar el Plan C.

Determinar la cantidad de SRO que se dará durante las primeras cuatro horas.

La edad o el peso del niño, el grado de deshidratación y el número de deposiciones durante la rehidratación determinarán la cantidad necesaria de solución de SRO.

La manera de calcular la cantidad necesaria de solución de SRO (en ml), se consigue al multiplicar el peso del niño (en kilogramos) por 75. Por ejemplo, un niño que pesa 8 kg necesitaría: $8 \text{ kg} \times 75 \text{ ml} = 600 \text{ ml}$ de solución de SRO en 4 horas

La administración de la solución de SRO no debería interferir con la alimentación normal de un lactante. Los padres o cuidadores deben hacer pausas para dejar que el bebé se amamante siempre que lo desee, luego reanudar dándole la solución de SRO. La leche materna ayudará a prevenir la hipernatremia (exceso de sodio) en los lactantes.

DESPUÉS DE 4 HORAS

Después de 4 horas de administrar el tratamiento del **Plan B**, vuelva a evaluar al niño/niña usando el cuadro EVALUAR Y CLASIFICAR. Clasifique la deshidratación. Escoja el plan adecuado para continuar el tratamiento.

Nota: Vuelva a evaluar al niño/niña **antes de** 4 horas si no está tomando solución de SRO o parece estar empeorando.

Si el niño/niña está mejor y **NO TIENE DESHIDRATACIÓN**, escoja el **Plan A**. Enseñe a los padres o cuidadores el Plan A si no se lo enseñó en las 4 horas anteriores. Antes de que los padres o cuidadores se vaya del servicio de salud, hágale algunas preguntas de verificación. Ayude a los padres o cuidadores a resolver cualquier problema que pueda tener para darle más líquidos al niño en la casa.

Si el niño presenta edema palpebral, es signo de sobrehidratación. No es un signo de peligro ni de hipernatremia. Simplemente es un signo de que el niño se ha rehidratado y no necesita más solución de SRO, por el momento. Si el estado de salud del niño/niña empeora y ahora tiene **DESHIDRATACIÓN GRAVE**, necesitará empezar el **Plan C**.

PLAN C: TRATAR RÁPIDAMENTE LA DESHIDRATACIÓN GRAVE²⁴

El plan C para los niños gravemente deshidratados necesita recuperar rápidamente el agua y las sales. Generalmente se administran líquidos por vía intravenosa (IV) con este fin. El tratamiento de rehidratación mediante líquidos por vía intravenosa o por medio de una sonda nasogástrica (NG) se recomienda **solamente** para los niños con **DESHIDRATACIÓN GRAVE**. El tratamiento de los niños con deshidratación grave depende de:

- El tipo de equipo disponible en su servicio de salud o en un centro u hospital cercano, la capacitación que usted haya recibido, y si el niño es capaz de beber.

a.- SI PUEDE DAR TRATAMIENTO INTRAVENOSO (IV)

Si puede dar tratamiento IV y tiene en su servicio de salud soluciones aceptables, tales como un lactato de Ringer o solución salina normal, administre la solución por vía intravenosa al niño gravemente deshidratado.

Algunas de las expresiones en esta parte del Plan C pueden ser nuevas. Lea lo que sigue para comprender como se usan las expresiones en el Plan C.

- **El GOTEJO se refiere al equipo IV y la solución.**

La "velocidad de goteo" se refiere al número de gotas por minuto del líquido IV administrado.

"Mientras se prepara el goteo intravenoso" significa durante el tiempo que tarda en preparar el equipo IV, el líquido IV y está colocando la aguja IV en la vena del niño/niña.

ESTADO DE HIDRATACIÓN se refiere a si un niño está hidratado normalmente o deshidratado y el grado de su deshidratación. Un niño cuya clasificación es **NO TIENE DESHIDRATACIÓN** no ha perdido suficiente líquido para mostrar signos de deshidratación. Un niño con una clasificación de **DESHIDRATACIÓN** o **DESHIDRATACIÓN GRAVE CON SHOCK** tiene hipovolemia.

EI PULSO RADIAL se refiere al pulso palpado sobre la arteria radial. La arteria radial es el vaso sanguíneo principal de la muñeca, del lado del pulgar.

Administre el tratamiento intravenoso para la deshidratación grave

Este proporciona al niño líquido rápidamente. Comience el tratamiento IV rápidamente en la cantidad indicada en el Plan C. Si el niño puede beber, debe SRO mientras se instala el equipo de goteo, dele inicialmente líquido IV (50 ml/kg) en 60 minutos. Esto restablecerá el volumen de sangre y evitara la muerte por choque.

Luego de 50ml/kg más despacio, en dos horas hasta terminar la rehidratación (total tres horas)

Al Cabo de tres horas, clasificar la deshidratación y seleccionar el plan apropiado. (A,B o C9 para continuar el tratamiento.

Controle la cantidad de solución IV y el estado de hidratación del niño/niña

Cuando rehidrate a un niño con DESHIDRATACIÓN GRAVE, debe controlar la cantidad de solución IV que le da. Puede usar un formulario, parecido al del ejemplo que sigue.

El formulario tiene cuatro columnas para registrar la cantidad de solución que se le da al paciente durante cierto tiempo.

1. Tiempo: Registre las horas a las que verificará el líquido IV.

- Después de la primera hora
- Cada hora por las siguientes dos horas

2. Volumen del contenido: Al empezar la administración de la solución IV, registre la cantidad de líquido que contiene la botella o el envase. La cantidad debe aparecer en el recipiente. Cada vez que reemplace el líquido IV con un nuevo recipiente, anote la cantidad en la línea correspondiente del formulario al momento de reemplazarlo.

3. Volumen restante estimado: Fíjese la solución IV que queda en el recipiente a las horas registradas. No es posible hacer una lectura exacta del volumen restante. Aproxime el volumen a los 10 ml más cercanos (por ejemplo, 220 ml, 230 ml, 240 ml, etc.) Anote la cantidad estimada en el formulario.

4. Volumen recibido: Calcule la cantidad de solución IV que haya recibido el niño/niña a las horas registradas. Para calcular, haga una resta del "volumen del contenido" menos el "volumen restante". La respuesta es la cantidad de solución IV que el niño/niña ha recibido hasta el momento en que se verificó. Anote la cantidad en el formulario. Por ejemplo, marque el nivel al que desea que llegue después de los primeros 60 minutos, cada hora, o después de 2 o 3 horas. Esto le ayudará a ajustar correctamente la velocidad de goteo. Regule el número de gotas por minuto para dar la cantidad correcta de solución por hora.

El formulario ilustrativo que aparece más abajo muestra la cantidad de solución IV que se le da a un niño/niña de 16 meses de edad (10 kg) cuya enfermedad se ha clasificado como DESHIDRATACIÓN GRAVE. El personal de salud siguió el Plan C. Le dio al niño/niña 500 ml (50 ml x 10 kg) en los primeros 60 minutos. Le dio 500 ml (50 ml x 10 kg) durante las 2 horas siguientes (unos 250 ml por hora).

Si los signos mejoran, siga dando solución IV a la misma velocidad. Además recuerde dar también al niño sorbitos de solución de SRO tan pronto como sea capaz de beber y a libre demanda.

Vuelva a evaluar la deshidratación y escoja el plan de tratamiento apropiado

Evalúe los signos de deshidratación al finalizar las 3 horas. Clasifique la deshidratación. Seleccione el plan apropiado (A, B o C) para continuar el tratamiento.

Después de que un niño/niña se haya rehidratado completamente y se clasifique como NO TIENE DESHIDRATACIÓN, mantenga al niño/niña en el servicio de salud por otras 6 horas, si es posible. Durante ese tiempo, la madre debe darle líquidos adicionales de acuerdo con el Plan A.

SI HAY UN TRATAMIENTO IV DISPONIBLE EN UN LUGAR CERCANO²⁵

No se puede dar tratamiento IV en un servicio de salud. Sin embargo el tratamiento IV está disponible en un centro u hospital cercano (a 30 minutos o menos)

Refiera urgentemente al niño gravemente deshidratado al hospital mas cercano. Si el niño es capaz de beber muéstrole a la madre como darle sorbos de solución de SRO. Ella deberá insistirle a su hijo que beba durante el trayecto al hospital.

SI ESTA CAPACITADO Y ENTRENADO PARA USAR UNA SONDA NASOGASTRICO²⁶

No puede dar tratamiento IV en su servicio de salud y no hay otro hospital cercano que ofrezca tratamiento IV. Si está capacitado y entrenado para usar sonda NG, rehidrate al niño dándole solución de SRO con una sonda NG.

Algunas de las expresiones es esta parte del plan C pueden ser nuevas, por ello las explicaciones siguientes le ayudaran a comprenderlas.

- **DISTENSION ABDOMINAL:** abdomen ha aumentado de tamaño, piel estirada.
- **ESTADO DE HIDRATAACION:** demuestra si un niño esta hidratado o deshidratado y el grado de hidratación. Un niño que ha recibido la clasificación **NO TIENE DESHIDRATAACION** no ha perdido suficiente líquido para mostrar signos de hidratación. Si esta con una clasificación de **DESHIDRAACION O DESHIDRATAACION GRVE** tiene menos liquido de lo normal en el cuerpo.
- Cuando rehidrate a un niño con deshidratación grave, debe controlar la cantidad de líquido NG que le da un periodo de 6 horas.

Vuelva a evaluar al niño cada hora.

- Si hay vómitos reiterados o si presenta distensión abdominal, administre el líquido NG más lentamente
- Si el estado de rehidratación no mejora después de 3 horas refiera el niño para que se le administre tratamiento IV
- Si el niño está mejorando, continúe administrando liquido NG por un total de 6 horas.

Vuelva a evaluar la deshidratación y escoja el plan de tratamiento apropiado.

- Después de 6 horas de líquido NG, vuelva a evaluar la deshidratación del niño y clasifíquela. Luego seleccione el plan apropiado (A, B o C) para continuar el tratamiento.

SI SOLO PUEDE ADMINISTRAR EL TRATAMIENTO DEL PLAN C POR VIA ORAL²⁷

No puede dar líquidos IV en su servicio de salud. No hay otro hospital cercano que ofrezca tratamiento IV. No está capacitado para usar una sonda NG para la rehidratación. Para aprender cómo dar el tratamiento el plan C por vía oral hay que tener en cuenta:

Si un niño con deshidratación grave llega a su servicio de salud y no le puede dar tratamiento IV o NG, averigüe si el niño es capaz de beber.

- Si puede beber, puede tratar de rehidratar al niño por vía oral.
- Si no puede beber debe referirlo de urgencia al centro u hospital más cercano en donde esté disponible el tratamiento IV o NG si este niño no recibe líquidos, morirá.

Algunas de las expresiones en esta parte del plan C pueden ser nuevas para la persona que está atendiendo al niño por ello hay que tener en cuenta:

- **DISTENSION ABDOMINAL:** abdomen ha aumentado de tamaño, piel estirada.
- **ESTADO DE HIDRATACION:** demuestra si un niño esta hidratado o deshidratado y el grado de hidratación. Un niño que ha recibido la clasificación **NO TIENE DESHIDRATACION** no ha perdido suficiente líquido para mostrar signos de hidratación. Si esta con una clasificación de **DESHIDRAACION O DESHIDRATACION GRVE** tiene menos liquido de lo normal en el cuerpo.

Controle la cantidad de SRO

Cuando rehidrate a un niño por vía oral, deberá controlar la cantidad de solución de SRO que le da. Administre 20ml por kilogramo de peso corporal por hora durante 6 horas. Después de 6 horas, le habrá dado al niño un total de 120 ml de solución de SRO por kg de peso corporal.

Vuelva evaluar al niño cada hora:

- Si hay vómitos reiterados o si presenta distensión abdominal, administre la solución de SRO más lentamente.
- Si el estado de rehidratación no mejora después de 3 horas refiera el niño para que se le administre tratamiento IV

Recuerde: si el niño no puede beber, debe referirlo de urgencia al hospital más cercano para que reciba tratamiento IV o NG. Si este niño no recibe líquidos MORIRA.

TRATAMIENTO INTRAVENOSO PARA LA DESHIDRATACION GRAVE ²⁸

Técnica de administración

- El equipo de venoclisis, las botellas y los líquidos deben ser estériles
- El tratamiento IV se pueden administrar por cualquier vena sea conveniente. Las venas más accesibles generalmente son las que están en frente del codo o en el dorso de la mano en los lactantes, las venas más accesibles son las del costado del cráneo.

Soluciones preferidas

Lactato de Ringer: Llamada también solución inyectable de Hartmann, es la mejor solución que se encuentra hoy en el mercado. Proporciona una concentración adecuada de sodio y suficiente lactato, que se metaboliza en bicarbonato para corregir la acidosis. Puede usarse en pacientes de todas las edades para la deshidratación debida a la diarrea aguda por cualquier causa.

La administración de la solución de SRO pronto y la reanudación oportuna de la alimentación permiten proporcionar las cantidades necesarias de potasio y glucosa.

Soluciones aceptables

Las soluciones aceptables siguientes quizá no proporcionen a los pacientes la cantidad adecuada de potasio, bicarbonato y sodio. Por lo tanto, administre la solución de SRO por vía oral tan pronto como el paciente pueda beber.

Solución salina normal: también conocida fisiológica o isotónica, suele ser fácil conseguirla. Se pueden dar al mismo tiempo el bicarbonato de sodio o el lactato de sodio y el cloruro de potasio. Es necesario tener cuidado para calcular las cantidades y el control puede ser difícil.

SOLUCION INADECUADA

DEXTROSA Y GLUCOSA SIMPLE no se deben usar, proporcionan agua y azúcar únicamente. No contienen electrolitos. No corrigen la pérdida de electrolitos ni la acidosis

TRATAR LA DIARREA PERSISTENTE

Requiere alimentación especial, los padres o cuidadores deben recibir asesoramiento para que alimente a su hijo con diarrea persistente.

TRATAR LA DISENTERIA

Administre un antibiótico por vía oral recomendado contra la shigella para tratar la DISENTERIA. Diga a los padres o cuidadores que regrese en dos días para la consulta de reevaluación y seguimiento para ver si el niño está mejorando.

MATERIALES Y MÉTODOS

MATERIALES Y MÉTODOS

Método:

La presente investigación de tipo descriptivo, prospectivo, cuantitativo y transversal.

AREA DE ESTUDIO

Este trabajo investigativo, se realizó en el Hospital de Motupe de la ciudad de Loja.

El universo constituye 186 historias clínicas de pacientes, menores de cinco años, que acudieron a consulta externa del Hospital de Motupe durante el periodo Febrero – Agosto del 2013.

Se realizó un muestreo de 60 pacientes, menores de cinco años atendidos en consulta externa con enfermedad diarreica aguda.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

INCLUSIÓN:

- Pacientes con formulario AIEPI, otorgado por el MSP en Enfermedad Diarreica Aguda (EDA).
- Historias clínicas a niños atendidos en la consulta externa del hospital de Motupe, diagnóstico de EDA.

EXCLUSIÓN:

- Pacientes con diarrea crónica, por problemas respiratorios, de oído, infección de vías urinarias, maltrato y alimentación.

MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.

Los métodos y técnicas que utilizamos los hemos resumido en los siguientes:

- El método científico: nos permitió a través de la conceptualización situar la determinación de objetos para el establecimiento de la relación causa y efecto en el campo de la investigación.
- El método descriptivo: determino una situación problemática que posteriormente permitió establecer un problema de investigación.
- TÉCNICA: Revisión de Historias clínicas, se realizó una recopilación de datos en el formulario de la estrategia AIEPI otorgado por el MSP, con enfermedad diarreica aguda.

PROCEDIMIENTO

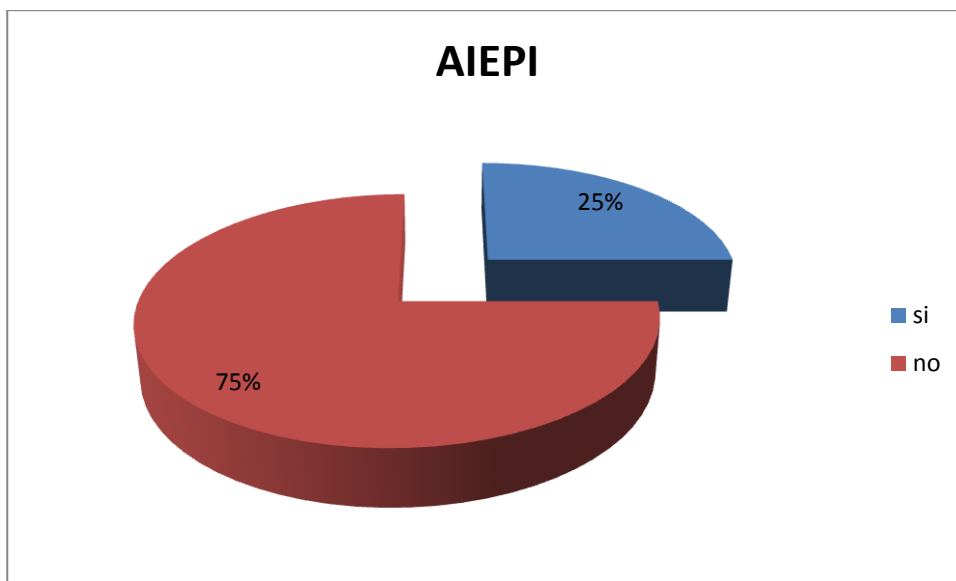
En esta parte de la ejecución del proceso de investigación se cumplió con las siguientes actividades:

- Se realizó una recopilación de datos en el formulario AIEPI.
- Para la recolección de información, se solicita al director del Hospital de Motupe, la autorización, de revisar el formulario de AIEPI, si el personal médico aplica, en pacientes menores de cinco años con enfermedad diarreica aguda.
- Una vez recolectada la información se procedió a tabular, utilizando tablas de frecuencias, cuadros ilustrativos y representaciones gráficas.
- Finalizo con una charla en el manejo de la EDA mediante la estrategia de AIEPI, a los usuarios, estudiantes y personal de salud, para mejorar la atención de cada uno de los pacientes.

EXPOSICIÓN DE RESULTADOS

TABLA Y GRAFICO N° 1
NÚMERO DE PACIENTES CON EDA QUE FUERON ATENDIDOS CON EL
FORMULARIO AIEPI.

AIEPI	FRECUENCIA	% DEL TOTAL
si	15	25%
no	45	75%
TOTAL	60	100%



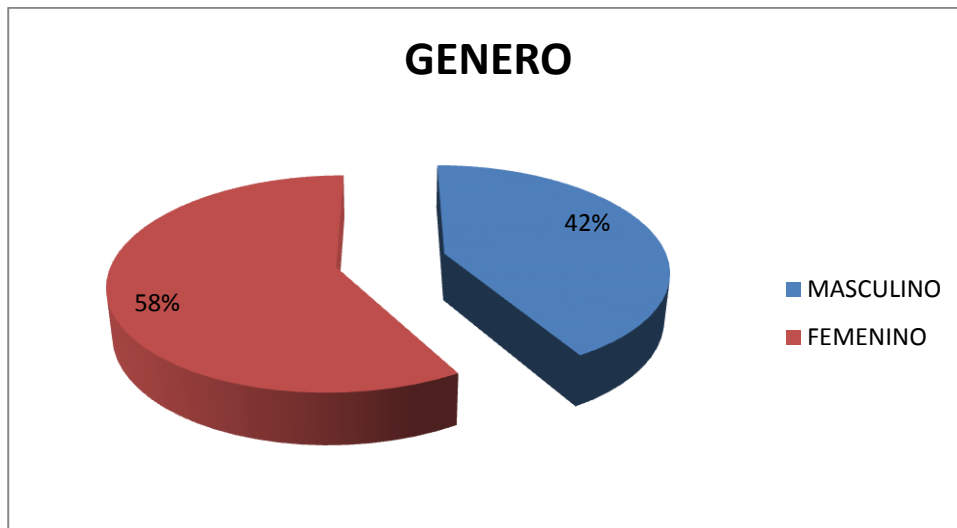
FUENTE: FORMULARIO AIEPI DEL MSP
 ELABORADO POR: AUTOR

En este indicador nos podemos dar cuenta que el 75% de los pacientes con EDA no fueron atendidos con la estrategia AIEPI.

TABLA Y GRAFICO N° 2

DISTRIBUCION POR GÉNERO DE LOS PACIENTES MENORES DE 5 AÑOS CON EDA EN EL HOSPITAL DE MOTUPE DE FEBRERO- AGOSTO DEL 2013.

GENERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	25	41.6%
FEMENINO	35	58.3%
TOTAL	60	100%



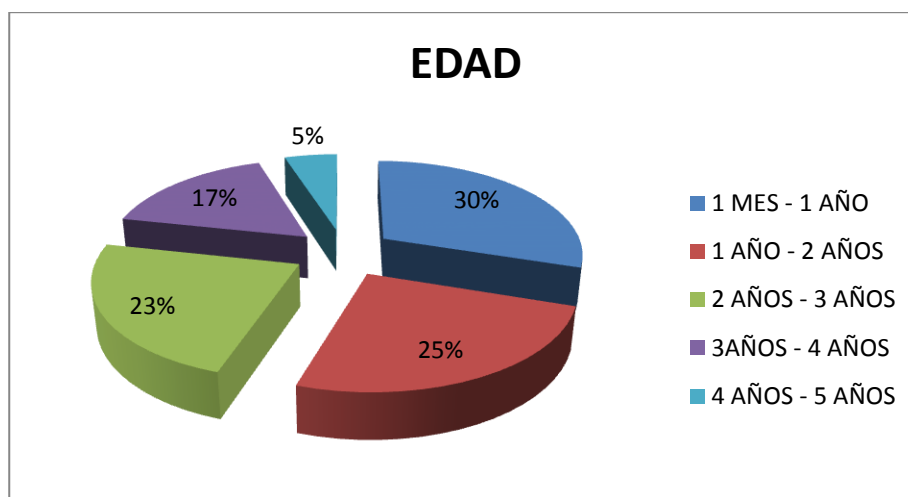
FUENTE: HISTORIAS CLINICAS DEL HOSPITAL DE MOTUPE
ELABORADO POR: AUTOR.

En la enfermedad diarreica aguda, predomina el género femenino en un 58%.

TABLA Y GRAFICO N°3

EDAD DE LOS PACIENTES MENORES DE 5 AÑOS CON EDA EN EL HOSPITAL DE MOTUPE FEBRERO- AGOSTO 2013

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 MES - 1 AÑO	18	30%
1 AÑO - 2 AÑOS	15	25%
2 AÑOS - 3 AÑOS	14	23.3%
3 AÑOS - 4 AÑOS	10	16.6%
4 AÑOS - 5 AÑOS	3	5%
TOTAL	60	100%



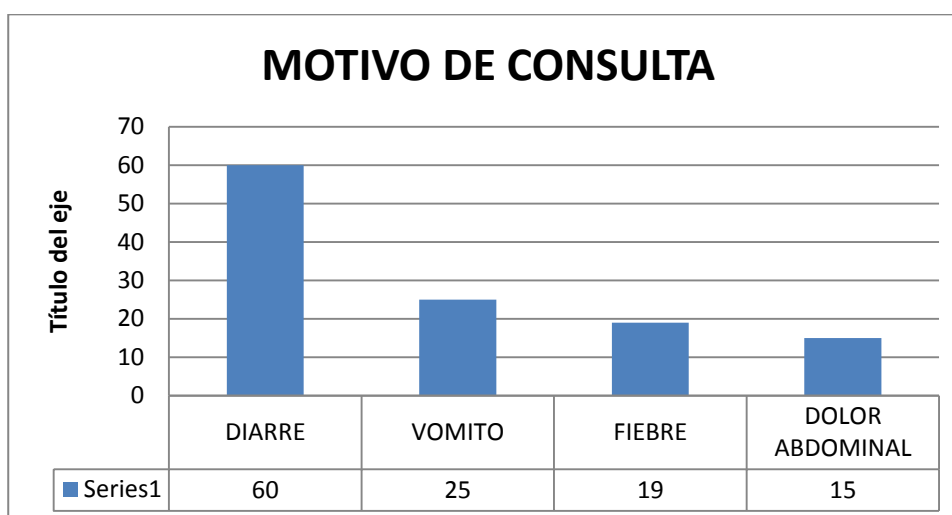
FUENTE: HISTORIAS CLINICAS
ELABORADO POR: AUTOR

La edad de mayor proporción de los pacientes con EDA, comprendida entre 1 mes – 1año en un 30%.

TABLA Y GRAFICOA N° 4

SÍNTOMAS QUE PRESENTA LOS PACIENTES MENORES DE 5 AÑOS CON EDA QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE MOTUPE DURANTE FEBRERO-AGOSTO DEL 2013.

DIARREA	60	100%
VOMITO	25	41.61%
FIEBRE	19	31.66%
DOLOR ABDOMINAL	15	25%



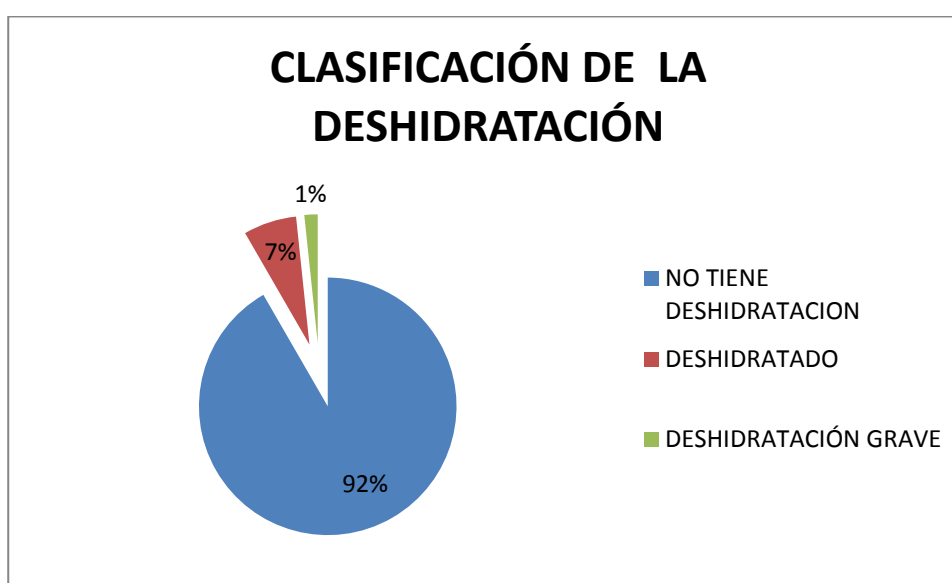
FUENTE: HISTORIAS CLINICAS
ELABORADO POR: AUTOR

Los síntomas más frecuentes se manifiesta la diarrea en un 100% seguido de vomito con 42%, fiebre 32% y dolor abdominal 15% del total de la población en estudio.

TABLA Y GRAFICO N°5

CLASIFICACIÓN DE LA DESHIDRATACION EN PACIENTES MENORES DE 5 AÑOS DEL HOSPITAL DE MOTUPE FEBRERO – AGOSTO 2013

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO TIENE DESHIDRATACIÓN	55	91,66%
DESHIDRATACION	4	6,66%
DESHIDRATACION GRAVE	1	1,66
TOTAL	60	100%



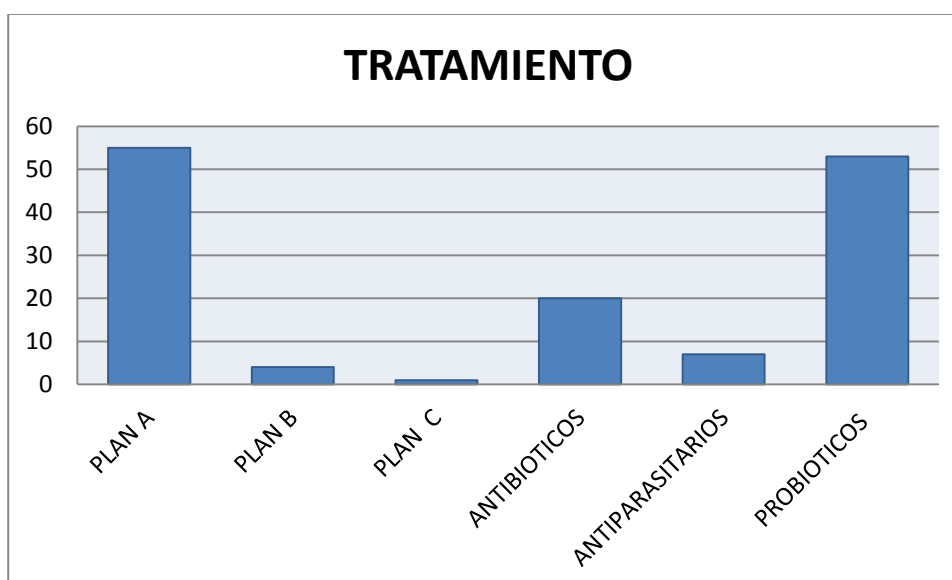
FUENTE: HISTORIAS CLINICAS
ELABORADO POR: AUTOR

El 92% no tiene deshidratación mediante la clasificación de la estrategia AIEPI.

TABLA Y GRAFICO N° 6

TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES MENORES DE 5 AÑOS CON EDA EN EL HOSPITAL DE MOTUPE FEBRERO- AGOSTO 2013

TRATAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PLAN A	55	91.66%
PLAN B	4	6.66%
PLAN C	1	1.66%
ANTIBIOTICOS (TMT – SMX) Y	20	33%
ANTIPARASITARIOS (ALBENAZOL) (METRONIDAZOL)	7	12%
PROBIOTICOS (Saccharomyces boulardii)	53	88%



FUENTE: HISTORIAS CLINICAS
ELABORADO POR: AUTOR

La hidratación a los pacientes con EDA es Plan A en un 92% y recibieron con pro biótico en un 88%, antibióticos en 33% y antiparasitario en un 12%.

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el presente estudio nos indican que no está aplicando la estrategia AIEPI, en evaluar la diarrea a los niños que acuden a consulta en el hospital de Motupe, en el cual se comprueba con otros estudios realizados en países latino americanos como Perú²⁹ que se realizó la verificación de 360 historias clínicas, en el llenado de la ficha de registro AIEPI, en el signo de diarrea y se demuestra que no fueron evaluados en un 63,1%, En Ecuador³⁰ en la provincia de Esmeraldas del cantón Eloy Alfaro de la parroquia Telembi del 2009, manifiesta que en el Sub. Centro de salud Zapallo Grande es una unidad de salud del MSP, realizó la revisión de las historias clínicas de 102 pacientes menores de 5 años que realizaron consulta médica, que corresponde al 16% de niños y niñas menores de cinco años, y se demuestra la siguiente situación: el 100% no cumplen con la estrategia AIEPI, debido a que el profesional ha tomado a la atención como una consulta particular donde se prescribe para resolver problemas; en un 20% de las historias clínicas cuentan con la guía AIEPI pero que no se han llenado, el 80% no tienen la guía AIEPI, además el 97,5% de las historias clínicas demuestran no tener seguimiento a los problemas por lo que el usuario asistió a la primera consulta. En Manabí³¹, cantón Tosagua, en el centro de salud B 24Horas se demostró que no aplican la estrategia AIEPI, lo cual ha traído como consecuencia que el niño/a no reciba una correcta evaluación, clasificación, tratamiento y seguimiento en la enfermedad diarreica aguda. En Loja³² Se realizó la evaluación en el Área de Salud No3, San Cayetano, Belén, Consacola, no aplica la estrategia AIEPI en un 95% y luego de una capacitación, a cada casa de salud, se analizaron 20 historias clínica, en las cuales se tomó en cuenta llenado de una forma correcta en un promedio aproximado de 77.5%, y un mal llenado con aproximadamente un 22.5 %.

En el hospital de Motupe se determina que el 75% no aplica el formulario de la estrategia AIEPI, en el proceso de atención, con enfermedad diarreica aguda y el 25% si aplica; teniendo presente que el personal médico, se encuentra capacitado por el MSP, conoce en que consiste el modelo AIEPI,

pero en el momento de la atención, no se realiza el llenado del formulario; por tal motivo, solo existe la aplicación de la historia clínica general del paciente en el momento de la atención y su respectivo tratamiento enfocado a su conocimiento personal.

En el hospital universitario de Motupe en un 58% es género femenino, mientras en el Hospital Isidro Ayora y Policlínico Maternidad Municipal es el género masculino³³

Según la edad en Venezuela con el 57,2% eran menores de 1 año de edad, seguido 21,8% de 1 a 2 años.³⁴ Lo cual se relaciona en nuestro estudio con el 30% en menores de un año de edad, seguido del 25% de 1 a 2 años. A menudo se produce la ablactación, este patrón refleja los efectos combinados de la disminución de anticuerpos adquiridos de la madre, la falta de inmunidad activa en el menor de un año, la introducción de alimentos que puede estar contaminados con agentes enteropatógenos y el contacto directo con heces humanas o animales cuando el niño comienza a gatear.³⁵

Mediante los síntomas característicos de esta enfermedad fueron en Venezuela la fiebre 49,1%; dolor abdominal 27.3% y vomito 19.1%³⁶ y en nuestro estudio es diarrea en un 78%, vomito 42%, fiebre 32% y dolor abdominal 25%.

En Chile manifiestan una deshidratación 5% y es tratada efectivamente en nivel de atención de salud mediante la hidratación con SRO³⁷, en nuestro estudio representa una deshidratación 6,66%, de tal manera se realiza un tratamiento inmediato en el manejo del niño con EDA, mediante la hidratación, estableciéndose el Plan A, en Uruguay con el 52,5% con rehidratación oral,³⁸ Guatemala con el 89% con buena implementación del Plan A³⁹, en nuestro país no fue la excepción en la ciudad de Quito en el 2003 con 126 casos de EDA no tiene deshidratación reciben Plan A 13.4%,⁴⁰ en comparación con nuestro estudio se manifiesta con el Plan A con el 92% ya que se orienta a prevenir la deshidratación en los casos de diarrea que no tienen

deshidratación, siendo el tratamiento en la EDA de primera elección, el manejo del plan A, para evitar la deshidratación.

Un estudio en Uruguay demuestra que los antimicrobianos con el 40% y los agentes antiparasitarios con el 53% no son utilizados de manera rutinaria; la mayoría de los episodios, incluyendo los casos de diarrea severa y diarrea con fiebre no reciben ningún beneficio del tratamiento antimicrobiano o antiparasitario.⁴¹ Como se demuestra también en nuestro estudio que no recibieron antibióticos el 67% y no antiparasitarios 88% de manera rutinaria.

De los cuales recibieron antibióticos 33%, antiparasitarios 12% ya que las excepciones son: Disentería: debe ser tratada con antibióticos efectivos contra *Shigella*, Casos sospechosos de cólera; y Diarreas persistentes, cuando se observan trofozoitos o quistes de *Giardia* y cuando se logra identificar una bacteria patógena en los cultivos de heces. Así se comprueba estudios realizados en Uruguay informan que en un 90% de coprocultivos realizados a niños hospitalizados por disentería no se aisló *Salmonella* ni *Shigella*. Se obtuvieron resultados negativos el 85% de las muestras, lo que nuevamente pone en duda la necesidad de realizar cultivos en todos los niños con diarrea con sangre, excepto con fines de vigilancia epidemiológica o de sensibilidad a los antibióticos. Es probable que muchos casos fueran evolucionados y el uso indiscriminado de antibióticos previo al ingreso colabore en explicar este bajo aislamiento⁴². En el cual se relaciona con nuestro estudio en la prescripción de antibióticos con 33% y antiparasitarios con el 12%.

Así como también recibieron probióticos en un 88%, se comprueba con un estudio realizado en Perú con 80% recibieron probióticos, a lactantes que vivían en una comunidad con una alta tasa de diarrea, los lactantes que recibieron *Lactobacillus GG* (dosis 2 x 10⁸ unidades formadoras de colonias (ufc) / día) presentaron menos episodios de diarrea por año (5,21 vs. 6,02 / año) en relación al grupo placebo.⁴³ Como una nueva alternativa en el tratamiento y Prevención de la enfermedad diarreica aguda.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1. El personal médico del Hospital Universitario de Motupe, no aplica la estrategia AIEPI; en la EDA a los pacientes que acuden a consulta externa, a pesar de que el formulario AIEPI se encuentra en cada historia clínica, pero no se ha llenado y se demuestra no tener seguimiento del problema.
2. El género, en los pacientes con enfermedad diarreica aguda, es femenino, la edad de mayor proporción es menor de 1 año y los síntomas fueron diarrea, vómito, fiebre y dolor abdominal.
3. Los pacientes que acuden a consulta externa son diagnosticados con enfermedad diarreica aguda, sin deshidratación.
4. El tratamiento de la EDA es la hidratación, mediante Plan A, antibióticos, antiparasitarios por medio de exámenes de laboratorio y probióticos que no está recomendado en la estrategia AIEPI.
5. El impartir la conferencia permitió que actualmente las madres estén en la capacidad de reconocer signos de alerta y de saber cuándo acudir de forma oportuna al médico y contribuir con el personal de salud en tratamiento oportuno mediante la estrategia AIEPI.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

- El personal de salud debe cumplir con la aplicación de la estrategia AIEPI, como el llenado del formulario en TODAS LAS CONSULTAS, a los pacientes menores de 5 años, ya que es la única forma de asegurar una atención de calidad, así como un seguimiento al paciente.
- Capacitar constantemente a los profesionales y a todo el personal de salud que labora en el Hospital de Motupe, acerca de la estrategia AIEPI que utiliza el MSP ya que es la única forma de mejorar la calidad de atención.
- La colaboración de las autoridades del MSP en todos sus niveles es de gran importancia para la dotación de la medicación que incluye la estrategia, con la finalidad de que el tratamiento impartido por el profesional de la salud se brinde a la madre o cuidador en su totalidad, evitando cualquier desapego a la atención médica.
- Brindar charlas ilustrativas a las madres de familia, ya que todos los días acuden diferentes usuarios y es importante realizar capacitaciones oportunas para tratar de abarcar a todos los usuarios.

BIBLIOGRAFIA

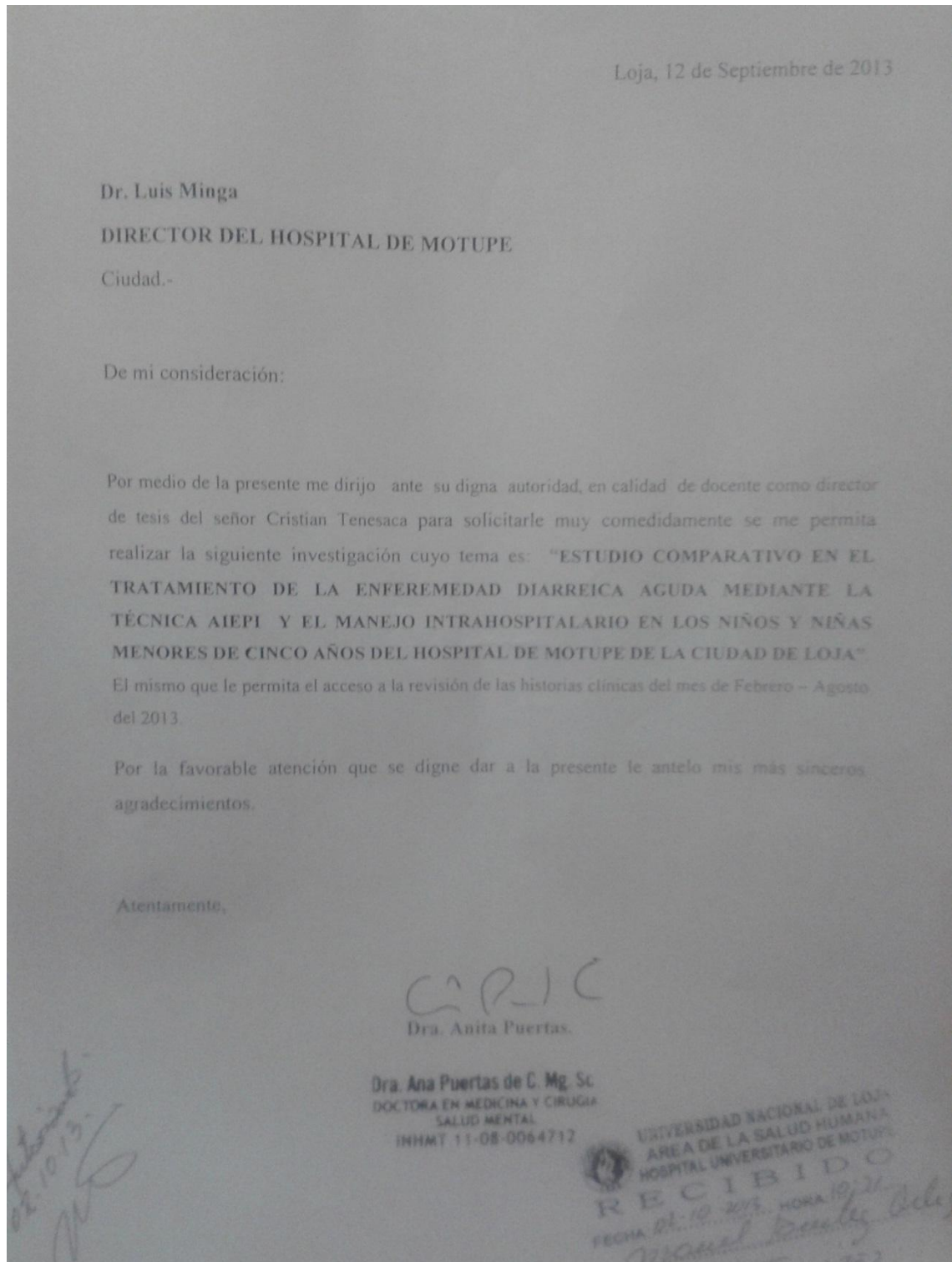
BIBLIOGRAFIA

1. Manual de normas para la atención integradas a las enfermedades prevalentes de la infancia Modulo I quito Abril, 2008.
2. 3. 4. Departamento Estadístico 2008, Jefatura Provincial de Salud de Loja. GUTIÉRREZ, ALBERONI LUIS. Consultor OPS/OMS, Ecuador 2008. Ministerio de Salud Pública del Ecuador guía elaborada de forma multidisciplinaria con la participación del Ministerio de Salud Publica sub proceso de promoción del Ministerio de: Educación división nacional de Educación para la Salud Distrito Metropolitano de Quito Zona Centro Ecuador 2008.
5. SIERRA RODRÍGUEZ, Pedro Alberto: Profesor Asistente. Universidad Nacional Coordinador, Servicio de Lactantes, Hospital de la Misericordia. <http://encolombia.com/vol33n3-pediatria-actualizacion.htm> 2009-10- 05
6. Organización mundial de la salud-Organización panamericana de la salud (Octubre-2008), Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia, Programa de enfermedades transmisibles, Proyecto de apoyo básico
7. 8. 9.10. 11, 12, 13, 14 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, MSP, (Abril- 2008), Manual de normas para la Atención Integradas a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI) Modulo I-II, Quito, MSP, (Julio 2008), Manual de normas para la Atención Integradas a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI), Evaluar y Clasificar al niño/niña enfermo de 2 meses a 4 años de edad; Modulo II, Quito.
29. 43. Revista Peruana de Epidemiología Vol 12 N 2 Agosto 2008, I Hospital “Víctor Ramos Guardia”- Huaraz
30. Mejoramiento de la salud de las niñas y niños menores de cinco años mediante AIEPI, del Dr. Luis Toapanta Almagro. 2009
31. Doctor Barcia Guerrero Gaitan amador, tesis en el fortalecimiento de AIEPI- 2012.
32. Doctora Chamba Palacio, Augusta Maria, Fortalecimiento de AIEPI 2013.

- 33.** UTPLI- Etiología de la enfermedad diarréica aguda (eda) en niños menores de cinco años durante el periodo febrero-junio 2008, en la ciudad de Iloja. Bioq. Farm. Janneth Simaluiza.
- 34. 35. 36.** Cermeño y col. / Revista de la Sociedad Venezolana de Microbiología 2008; 28:55-60
- 37.** CORDERO T, Paulina et al. Efecto de la Hidratación Oral y Realimentación Precoz en la Evolución de la Diarrea Aguda del Lactante. Rev. chil. pediatr. 2013.
- 38. 41. 42.** Arch. Pediatr. Urug. vol.78 no.2 Montevideo jun. 2008 ARTÍCULO ORIGINA ArchPediatrUrug 2008; 78Diarrea aguda infantil. Admisión hospitalaria en menores de tres años.
- 39.** ENSMI. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil. 2008. Guatemala, ENSMI.
- 40.** Tratamiento recibido para la diarrea, según características seleccionadas. Niños menores de 5 años con diarrea en las últimas 2 semanas Ecuador: ENDEMAIN 2009

ANEXOS

ANEXO 1. Permiso para realizar la investigación al Dr. Luis Minga director del Hospital de Motupe.



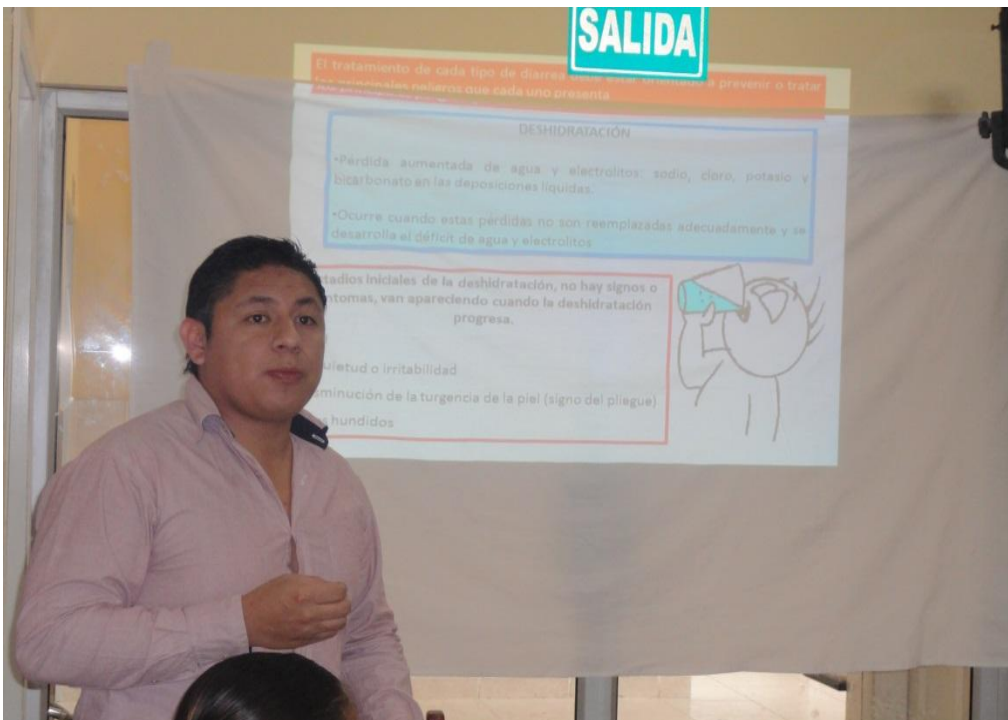
ANEXO 2. NUEVO FORMATO DE LA ESTRATEGIA AIEPI PARA LA ATENCION DE NIÑOS/AS DE 2 MESES A 9 AÑOS.

ESTABLECIMIENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD (M/M)	FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE HISTORIA CLINICA	
Fecha de atención					
Edad					
Peso kg					
Temperatura °C					
MOTIVO DE CONSULTA					
1 SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL Marcar "✓"					
EVALUAR SI TIENE AL MENOS 1 DE LOS SIGUIENTES SIGNOS:		CONSLTA	CONSLTA	CONSLTA	CONSLTA
No puede beber o tomar el seno		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vomita todo lo que ingiere		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
convulsiones		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Letárgico o inconsciente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLASIFICAR	PELIGRO GENERAL (REFERIR URGENTE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR Marcar "✓"					
EVALUAR		CONSLTA	CONSLTA	CONSLTA	CONSLTA
Presenta cualquier signo de peligro en general		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene tiraje subcostal		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene estridor en reposo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLASIFICAR	NEUMONIA GRAVE O ENFERMEDAD MUY GRAVE (REFERIR URGENTE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVALUAR		CONSLTA	CONSLTA	CONSLTA	CONSLTA
Tiene respiración rápida		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay sibilancias		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLASIFICAR	NEUMONIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLASIFICAR	NO TIENE NEUMONIA (RESFRIADO, GRIPE O BRONQUITIS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 DIARREA Marcar "✓"					
EVALUAR		CONSLTA	CONSLTA	CONSLTA	CONSLTA
Está letárgico o inconsciente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No puede beber o bebe mal		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene los ojos hundidos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay signo de pliegue cutáneo (+) al pellizcar la piel, vuelve muy lentamente a su estado anterior		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLASIFICAR	DESHIDRATACION GRAVE O CON SHOCK (REFERIR URGENTE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVALUAR		CONSLTA	CONSLTA	CONSLTA	CONSLTA
Está Intranquilo o Irritable		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene los ojos hundidos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bebe ávidamente, cor. sed		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay signo de pliegue cutáneo (+) al pellizcar la piel, vuelve lentamente a su estado anterior		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLASIFICAR	DESHIDRATACION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLASIFICAR	NO TIENE DESHIDRATACION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVALUAR		CONSLTA	CONSLTA	CONSLTA	CONSLTA
Tiene diarrea hace 14 días o más, con deshidratación		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLASIFICAR	DIARREA PERSISTENTE GRAVE (REFERIR URGENTE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVALUAR		CONSLTA	CONSLTA	CONSLTA	CONSLTA
Tiene diarrea hace 14 días o más, sin deshidratación		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLASIFICAR	DIARREA PERSISTENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVALUAR		CONSLTA	CONSLTA	CONSLTA	CONSLTA
Diarrea con sangre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLASIFICAR	DISENTERIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 FIEBRE Marcar "✓"					
EVALUAR		CONSLTA	CONSLTA	CONSLTA	CONSLTA
Cualquier signo de peligro en general		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rigidez de nuca		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLASIFICAR	ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE o MALARIA GRAVE (REFERIR URGENTE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVALUAR		CONSLTA	CONSLTA	CONSLTA	CONSLTA
Fiebre de 37,5° C o más		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLASIFICAR	MALARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVALUAR		CONSLTA	CONSLTA	CONSLTA	CONSLTA
No tiene signos de peligro ni rigidez de nuca: otra causa de fiebre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLASIFICAR	FIEBRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVALUAR		CONSLTA	CONSLTA	CONSLTA	CONSLTA
Cualquier signo de peligro en general		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manifestaciones de sangrado		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor y/o distensión abdominal		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLASIFICAR	ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE O DENGUE GRAVE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVALUAR		CONSLTA	CONSLTA	CONSLTA	CONSLTA
Fiebre en zona de riesgo de dengue		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLASIFICAR	SOSP.CHA DE DENGUE CLASICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 PROBLEMA DE OIDO Marcar "✓"					
EVALUAR		CONSLTA	CONSLTA	CONSLTA	CONSLTA
Hay tumefacción y dolor detrás de la oreja		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLASIFICAR	MASTOIDITIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVALUAR		CONSLTA	CONSLTA	CONSLTA	CONSLTA
Tiene dolor de oído o supuración visible de menos de 14 días		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLASIFICAR	INFECCION AGUDA DE OIDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVALUAR		CONSLTA	CONSLTA	CONSLTA	CONSLTA
Tiene supuración visible del oído de 14 o más días		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLASIFICAR	INFECCION CRONICA DE OIDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SIS-MSP / HCU-form.XXX / 2010 ATENCION A NIÑOS / NIÑAS DE 2 MESES A 9 AÑOS - B

		FECHA DE ATENCIÓN					
DESNUTRICION / ANEMIA		Marcar "✓"	CONSULTA	CONSULTA	CONSULTA	CONSULTA	CONSULTA
EVALUAR	Hay emaciación grave visible		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hay edema en ambos pies		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tiene palidez palmar intensa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASIFICAR	DESNUTRICION GRAVE Y/O ANEMIA GRAVE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVALUAR	Tiene palidez palmar leve		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Peso muy bajo para la edad		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASIFICAR	PESO MUY BAJO Y/O ANEMIA LEVE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVALUAR	El peso para la edad no es muy bajo y no hay ningún otro signo de desnutrición		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASIFICAR	NO TIENE PESO MUY BAJO, NI ANEMIA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 DESARROLLO PSICO MOTOR		Marcar "✓"	CONSULTA	CONSULTA	CONSULTA	CONSULTA	CONSULTA
EVALUAR	Ausencia de 1 ó más de las condiciones del grupo de edad anterior		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASIFICAR	RETRASO DEL DESARROLLO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVALUAR	Ausencia de 1 ó más de las condiciones del grupo de edad actual		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASIFICAR	POSIBLE RETRASO DEL DESARROLLO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVALUAR	Cumple las condiciones del grupo de edad actual y no hay factores de riesgo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASIFICAR	DESARROLLO NORMAL		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 MALTRATO		EVALUAR SI TIENE AL MENOS UNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES. Marcar "✓"	CONSULTA	CONSULTA	CONSULTA	CONSULTA	CONSULTA
EVALUAR	Niño o niña expresa ser víctima de maltrato físico, emocional o abuso sexual		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hay evidencia de lesión física sugestiva de maltrato		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hay lesiones en genitales o ano		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Falta concordancia entre historia y lesión		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASIFICAR	MALTRATO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVALUAR	Inadecuado cuidado físico, desnutrido		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Comportamiento anormal del niño o niña		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Comportamiento anormal de padres o cuidadores		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Existe denuncia o el niño o niña expresa ser víctima de negligencia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ha existido tardanza en buscar ayuda de salud, sin razón válida		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Existen circunstancias familiares de riesgo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASIFICAR	SOSPECHA DE MALTRATO O FALLA EN LA CRIANZA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVALUAR	No hay signos compatibles con la posibilidad de maltrato o descuido		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Buena higiene, cumple normas de salud, vitalidad o alegría presentes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASIFICAR	NO HAY SOSPECHA DE MALTRATO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 ALIMENTACION		SI ES MENOR DE 2 AÑOS Y TIENE PESO MUY BAJO Y/O ANEMIA O NO CRECE NORMALMENTE. EVALUE	CONSULTA	CONSULTA	CONSULTA	CONSULTA	CONSULTA
EVALUAR	¿Le da el seno?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Número de veces al día que le da el seno		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Le da el seno durante la noche?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Ingiere otro alimento o toma otro líquido?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Recibe la clase de alimentos o líquidos que requiere para la edad?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Número de veces al día que recibe alimentos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Recibe su propia porción?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tamaño de las porciones que recibe: Grande, Mediana o Pequeña		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Cambió la alimentación durante esta enfermedad?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Persona que le da de comer: madre, padre o cuidador		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASIFICAR	EXISTEN PROBLEMAS DE ALIMENTACION		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASIFICAR	AUSENCIA DE PROBLEMAS DE ALIMENTACION		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 OTROS PROBLEMAS		EVALUE OTRO U OTROS PROBLEMAS DETECTADOS Y CONTINUE A LA HOJA No...	CONSULTA 1	CONSULTA 2	CONSULTA 3	CONSULTA 4	CONSULTA 5

ANEXO 3. IMÁGENES Y LISTADO DE USUARIOS, ESTUDIANTES Y PERSONAL DE SALUD PRESENTES EN LA EXPOSICIÓN DE EDA Y SU MANEJO MEDIANTE LA TÉCNICA AIEPI.





NOMBRE	CEDULA	FIRMA
German Ziga E.	110007201a	
Josefa Pared		
Diana Toledo	1102546609	
Diana Jumbo Juisse	1102076211	
Diana Barca	1104567878	
Janeth Guanchi	190051906-5	
Loredes Parbeco	110418166-9	
Katherine Yanza	1150142550	
Monica Orozco	110457733-1	
Martina Pelaez	1105032013	
Betty Navarro	1104126862	
Estudiante Aranza Camacho	1104110257	
Estudiante Valeria Corredas	1105171662	
Estudiante Alejandra Castillo	1104655764	
Estudiante Karen Calva	1106060774	
Josue Camacho	1102770672	
Gloria Troya	1102580261	
Julia Troya	1103300354	
Xiomara Toledo	1105822363	

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA


HOSPITAL DE MUTUPE

LISTA DE ASISTENCIA

NOMBRE	CECULA	FIRMA
Gloria Abajo P.	1104719225	
Mery Diaz	1103205912	
Diana Espinoza Duenas	1103531225	
Fernanda Fenolio	1104494446	
Isabel Mayra	1104893194	
Mayra Saenz	1104495674	
Ana Guadalupe	1103658413	
Yrene Silva	1300552086	
Ishtelene Fierro	1105618874	
Grislan Anibal Zumbano Medina	1105993206	
Rosa Garcia Mayra	1105174070	

ANEXO 4. CERTIFICADO DE CONSTANCIA DE LA EXPOSICION EDA Y MANEJO MEDIANTE LA TECNICA AIEPI.

2013
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE

 1850

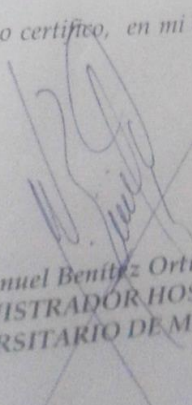
ABOGADO,
MANUEL BENITEZ ORTIZ
ADMINISTRADOR DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE


CERTIFICO:

Que el señor CRISTIAN FERNANDO TENESACA GUAMAN estudiante Interno de la Carrera de Medicina Humana, del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, dictó la charla a los usuarios que asisten a la consulta externa en el Hospital Universitario de Motupe sobre el tema: "ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA Y MANEJO DEL NIÑO SEGÚN AIEPI", la misma que se llevo a efecto el día jueves 24 de octubre del año 2013 desde las 07:00 hasta las 08:30, por lo que le expresamos el agradecimiento institucional y, la felicitación por su importante exposición en beneficio de la colectividad del sector norte de la ciudad de Loja.

Lo certifico, en mi calidad de Administrador del Hospital Universitario de Motupe

Loja, octubre 25 de 2013


Ab. Manuel Benítez Ortiz
ADMINISTRADOR HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE MOTUPE



INDICE

PORTADA	i
CERTIFICACIÓN	ii
AUTORIA	ii
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS.....	iv
AGRADECIMIENTO	v
DEDICATORIA	vi
TEMA.....	1
RESUMEN.....	2
SUMMARY.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
REVISION DE LITERATURA.....	9
MATERIALES Y METODOS.....	40
EXPOSICIÓN DE RESULTADOS.....	43
DISCUSIÓN.....	50
CONCLUSIONES.....	54
RECOMENDACIONES.....	56
BIBLIOGRAFÍA.....	58
ANEXOS.....	61