

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

FAREM- CHONTALES

“Cornelio Silva Argüello”

Departamento de ciencia, tecnología y salud.



Monografía para optar al título de Medico y Cirujano

Cumplimiento de la normativa 017 en abordaje diagnóstico y terapéutico de la enfermedad diarreica aguda en niños de un mes a 5 años de edad ingresados en el servicio de pediatría del Hospital Escuela Regional Asunción Juigalpa. Enero - Diciembre del año 2021

Autores:

Br. Duarte Duarte Fátima Karina.

Br. Fernández Bonilla Keyla Dayana

Tutor clinico:

Dr. Fernando Suárez.

Medico general- Especialista en pediatría.

Asesora metodologica:

Dra. Noelia Danelys López.

Medico general.

Juigalpa-Chontales, Febrero 2022.

¡A la libertad por la Universidad!

DEDICATORIA

Queremos dedicar este trabajo a:

Dios que nos ha regalado, la vida, la salud en medio de estas adversidades, la sabiduría y fortaleza para sobrellevar el día a día.

A nuestros padres, que nos han dado su apoyo incondicional en todos los ámbitos, hasta llegar a esta etapa universitaria, alentándonos siempre a continuar y no desistir de la meta planteada.

A nuestros hijos, que son el motivo para ser cada día mejores y así poder brindarles un buen ejemplo y un mejor futuro.

A nuestros docentes, que han sido parte de nuestra formación médica, inculcándonos el valor de la enseñanza y el servir con amor y dedicación a nuestros pacientes.

AGRADECIMIENTO

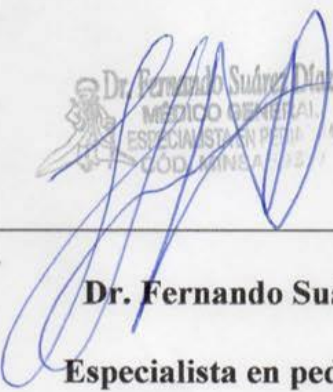
Agradecidas con Dios, nuestro padre celestial, que nos ha dado la sabiduría para la realización de este trabajo y no nos a desamparado en ningún momento de nuestras vidas.

Agradecemos a nuestros tutores, clínico y metodológico por su apoyo y dirección para la realización de este trabajo, que nos brindaron de su tiempo y consejos. A los médicos pediatras que nos ayudaron, aportando con su opinión respecto al tema.

A nuestra universidad y el buen gobierno que implementaron la apertura de la carrera de Medicina en UNAN- FAREM- Chontales, brindándonos a si la oportunidad de formarnos como profesionales de la salud dándonos una mayor accesibilidad al momento de acudir a la universidad y al HERAJ por abrimos las puertas de la enseñanza y el que hacer médico.

CARTA AVAL DEL TUTOR

Como tutor de la tesis " Cumplimiento de la normativa 017 en abordaje diagnóstico y terapéutico de la enfermedad diarreica aguda en niños de un mes a 5 años de edad ingresados en el servicio de pediatría del Hospital Escuela Regional Asunción Juigalpa, Enero - Diciembre del año 2021", elaborado por las Bachilleres Fátima Karina Duarte Duarte y Keyla Dayana Fernández Bonilla para optar al título de Medicina y Cirugía. Hago constar que el tema de investigación seleccionado es pertinente y con resultados aplicables. La morbilidad de la diarrea en niños menores de 5 años sigue siendo un problema en Latinoamérica causando problemas agudos como la deshidratación y crónicos como la desnutrición, por lo que su manejo tiene que ser del dominio de todo medico en distintos niveles. Las autoras han tenido disciplina y dedicación en la realización de la presente tesis, en la cual he sido participe y considero que esta cumple con el rigor científico y metodológico para ser presentada y evaluada.



Dr. Fernando Suárez Díaz
MÉDICO GENERAL
ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA
C.O.D. NÚMERO 1121

Dr. Fernando Suárez.

Especialista en pediatría

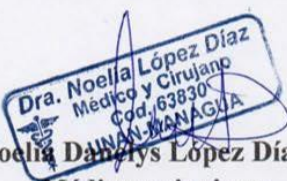
CARTA AVAL DEL TUTOR

Diarrea deriva del griego “diarrhoia” que significa fluir a través de. Constituye un síntoma, no una enfermedad. Sin duda, todos tenemos un concepto y entendemos cuando nos referimos a diarrea, que son deposiciones líquidas. Sin embargo, la diarrea se define como un peso de la deposición no formada, mayor de 250g en 24 horas. Esta definición, poco práctica, puede resumirse como: Aumento del contenido líquido de la deposición y/o aumento de la frecuencia (más de 3 veces al día). En general ocurren ambos fenómenos.

Las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años, y ocasionan la muerte de 760 000 millones de niños cada año. La diarrea puede durar varios días y puede privar al organismo del agua y las sales necesarias para la supervivencia. La mayoría de las personas que fallecen por enfermedades diarreicas en realidad mueren por una grave deshidratación y pérdida de líquidos.

Esta investigación reúne los parámetros para promover la investigación de la calidad del cumplimiento de la normativa 017, demuestra el posicionamiento del paradigma positivista apuntando hacia el enfoque de investigación cualitativa. Probablemente los lectores se muestren interesados en esta temática y se vean influenciados positivamente sobre la importancia de realizar un diagnóstico oportuno y un tratamiento y seguimiento según lo normado para tener resultados exitosos y disminuir así la morbilidad infantil.

Hago un reconocimiento a los autores Br. Fátima Karina Duarte Duarte, Br. Keyla Dayana Fernández Bonilla por demostrar interés y entrega en el presente estudio por su constante disponibilidad y gestión ante las autoridades del Hospital Escuela Regional Asunción de Juigalpa en la búsqueda de la aceptación y ejecución del presente estudio para dar cumplimiento a esta meta exitosamente. Una vez culminado y revisado este trabajo doy fe que cumple los requisitos metodológicos y científicos para ser presentado ante un tribunal examinador. Dado en la ciudad de Juigalpa a los quince días del mes de febrero del 2022.


Dra. Noella Danylys López Díaz Ramos
Médico y cirujano.

RESUMEN

Objetivo evaluar el cumplimiento de la normativa 017. **Material y método:** estudio cualitativo, descriptivo de corte transversal, con una muestra de 67 pacientes, recolección de datos; guía de revisión documental. **Resultados:** Lactantes menores afectados un (52.2%), lactantes mayores (41.8%) y preescolares (6%). Estado nutricional; eutróficos (77.6%), el 22.4% tenían alteración del estado nutricional; asociado que el 76.9% no recibieron una lactancia materna exclusiva y un proceso de ablactación adecuado, los bajos pesos presentaron complicaciones en un 55.4% y eran lactantes menores en su totalidad. Los pacientes acudieron a la unidad de salud con una evolución de la EDA; de 1 día el 37.3% y menos de 3 días 26.8% tuvieron una evolución satisfactoria. Entre los signos y síntomas acompañantes del cuadro diarreico presentaron disentería el 6% que fue tratada adecuadamente con el tratamiento de elección, la fiebre que estuvo presente en el 67.2%, vómitos el 53.7%. Los pacientes con EDA ingresaron con condición B (50.7%), condición C (49.3%), con diagnóstico de EDA sin deshidratación (31.3%), EDA con algún grado de deshidratación (61.5%), EDA con deshidratación grave (7.5%). El tratamiento recibido incluyó: se siguieron alimentando (73.1%), no toleraba vía oral (26.9%), la rehidratación recibida fue oral 51 (76.1%): que corresponde a 21 (31.2%) al plan A, 30(44.7%) plan B, parenteral 16 (23.8%) que corresponde a los tratados con plan C. El suplemento de zinc que se cumplió en el 80.6%, el uso de antibióticos solo el 54.3% estaba justificado. El 94% fue egreso médico, abandono (4.5%), fuga (1.5%).

Palabras claves: Lactantes menores; lactancia materna exclusiva; evolución del cuadro diarreico; sulfato de Zinc; antibioterapia.

SUMMARY

Objective: to assess compliance with regulation 017. **Material and method:** qualitative, descriptive cross-sectional study, with a sample of 67 patients, data collection; document review guide. **Results:** Younger infants affected 1 (52.2%), older infants (41.8%) and preschoolers (6%). Nutritional condition; eutrophic (77.6%), 22.4% had altered nutritional status; associated that 76.9% did not receive exclusive breastfeeding and an adequate weaning process, low weights presented complications in 55.4% and they were all minor infants. The patients attended the health unit with an evolution of the EDA; of 1 day 37.3% and less than 3 days 26.8% had a satisfactory evolution. Among the accompanying signs and symptoms of diarrhea, 6% presented dysentery, which was adequately treated with the treatment of choice, fever was present in 67.2%, and vomiting in 53.7%. Patients with ADD were admitted with condition B (50.7%), condition C (49.3%), diagnosed with ADD without dehydration (31.3%), ADD with some degree of dehydration (61.5%), ADD with severe dehydration (7.5%). The treatment received included: they continued to feed (73.1%), they did not tolerate oral administration (26.9%), the rehydration received was oral 51 (76.1%): which corresponds to 21 (31.2%) plan A, 30 (44.7%) plan B, parenteral 16 (23.8%) that corresponds to those treated with plan C. The zinc supplement that was fulfilled in 80.6%, the use of antibiotics only 54.3% was justified. 94% were medical discharge, abandonment (4.5%), escape (1.5%).

Keywords: minor infants; exclusive breastfeeding; evolution of the diarrheal picture; zinc sulfate; antibiotic therapy.

ACRÓNIMO

AIEPI	Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia.
EDA	Enfermedad diarreica aguda.
EXCEL	Programa informático, hojas de cálculo.
Br	Bachiller.
BHC	Biometría hemática completa.
EC-AL	Escherichia coli de adherencia localizada.
ECEA	Escherichia coli entero agregativa.
EC-AD	Escherichia coli de adherencia difusa.
ECEI	Escherichia coli enteroinvasora.
ECEH	Escherichia coli enterohemorrágica.
EGO	Examen general de orina.
EGH	Examen general de heces.
LM	Lactancia materna.
LME	Lactancia materna exclusiva.
HERAJ	Hospital Escuela Regional Juigalpa.
IV	Intravenoso.
ITU	Infección del tracto urinario.
Kg	Kilogramos de peso.
MI	Mililitros.
MsC	Master en ciencias.
OMS	Organización Mundial de la Salud.

PO	Por vía oral.
NVO	Nada por vía oral.
RTV	Vacuna oral contra rotavirus.
SSN	Solución salina normal.
SRO	Sales de rehidratación oral.
SPSS	Paquete estadístico para las ciencias sociales.
TRO	Terapia de rehidratación oral.
MINSA	Ministerio de Salud.

ÍNDICE

CAPITULO I	12
1.1. Introducción	12
1.2. Planteamiento del problema	13
1.3. Antecedentes	14
1.3.1. Internacionales.	14
1.3.2. Nacionales.	14
1.4. Justificación	16
1.5. Objetivos	17
1.5.1. Objetivo general	17
1.5.2. Objetivo específico	17
II. CAPITULO	18
2.1. Marco teórico conceptual.	18
2.1.1. Definición	18
2.1.2. Etiología y causa	18
2.1.3. Clasificación	20
2.1.4. Diagnóstico	21
2.1.5. Criterios de hospitalización	23
2.1.6. Tratamiento.	23
2.1.7. Complicaciones	27
2.2. Marco legal	29
2.3. Preguntas directrices.	33
CAPITULO III	34
3.1. Diseño metodológico.	34
3.1.2. Tipo de estudio	34
3.1.3. Área de estudio	34
3.1.4. Población y muestra	34
3.1.5. Tipo de muestreo	34
3.1.6. Criterios de inclusión	35
3.1.7. Criterios de Exclusión	35
3.1.8. Técnica e instrumento para la recolección de datos	35

3.1.9	Aspectos éticos.....	35
3.1.10	Sesgo de la investigación.....	36
3.1.11	Confiabilidad y veracidad.....	36
3.1.12	Consentimiento informado.....	36
3.1.13	Validación del instrumento:.....	36
3.1.14	Sistema Categorial.....	37
3.1.15	Plan de análisis.....	40
CAPITULO IV.....		41
4.1	Resultados.....	41
4.2	Análisis y discusión de los resultados.....	43
CAPITULO V.....		46
5.1	Conclusión.....	46
5.2	Recomendaciones.....	47
5.2.1	A nivel de SILAIS.....	47
5.2.2	A nivel de Hospital.....	47
5.2.3	A los padres de familia o tutores.....	47
5.3	Referencia y bibliografía.....	48
5.4	Anexos.....	51

CAPITULO I

1.1.Introducción

La enfermedad diarreica aguda (EDA) es definida como la presencia de tres o más evacuaciones en el transcurso de 24 horas, de consistencia acuosa o con presencia de sangre, con posibilidad de persistir de una a dos semanas. La EDA sigue siendo una de las enfermedades con más recurrencia en pacientes entre uno y cinco años de edad, así mismo, es importante causa de morbimortalidad en la población pediátrica, un grupo altamente susceptible de contraer la enfermedad debido, en gran medida, a los factores presentes en el entorno en el que habitan. (Vazque & Miliar, 2020)

"Las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa a nivel mundial de muerte de niños menores de cinco años y ocasionan la muerte de 525, 000 niños cada año". (OMS, 2017)

La atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) es una estrategia que se implementó para reducir la tasa de mortalidad en la niñez, entre estas se incluye la enfermedad diarreica aguda, en el presente trabajo evaluaremos el cumplimiento de la normativa 017 en el HERAJ, con el fin de identificar si esta se está cumpliendo en su totalidad, y de esta manera dar pautas para el cumplimiento en todos los niveles de atención. Es un estudio mixto, descriptivo de corte transversal, con una población y muestra de 67 pacientes que fueron ingresados en el año 2021 en el servicio de pediatría, que son los que cumplieron con los criterios de inclusión.

A los pacientes de nuestro estudio se investigaron las características sociodemográficas y culturales, las características clínicas y diagnóstico según clasificación de AIEPI, causas parenterales y enterales, complicaciones, condición de ingreso, exámenes y tratamiento recibido y condición de egreso. Estos datos fueron recolectados mediante una guía de revisión documental.

Con el adecuado uso del AIEPI, se logra identificar de manera oportuna los factores o complicaciones que nos puede presentar el paciente pediátrico, nos indica el tratamiento que se debe aplicar entre estos, el uso racional de antibioterapia, la terapia de rehidratación oral y el uso de sulfato de zinc. De esta manera se logra una mejor evolución evitando así las complicaciones.

1.2.Planteamiento del problema

La enfermedad diarreica aguda es una de las principales causas de consulta de emergencia, de hospitalizaciones en niños menores de 5 años, es una enfermedad multifactorial, necesita de un abordaje y tratamiento oportuno. Es una enfermedad prevenible y tratable generalmente auto limitada, que al no tener un buen manejo clínico con lleva a complicaciones severas. Esta puede presentar una sintomatología clásica o asociarse a otras manifestaciones las cuales contribuyen a mayor pérdida de electrolitos que nos produce diferentes grados de deshidratación “Cada episodio priva al niño de nutrientes necesarios para su crecimiento. En consecuencia, la diarrea es una importante causa de malnutrición”. (OMS, 2017)

La estrategia de AIEPI establece, que los niños que llegan a consulta reciban tratamiento precoz y oportuno, con las debidas instrucciones a los responsables del niño, de una manera entendible y que se pueda cumplir, en el momento del egreso y que estos puedan identificar las señales de peligro, una vez ingresados estos puedan recibir, un correcto abordaje diagnóstico que identifique, trate y prevenga las complicaciones causadas por esta enfermedad. Por lo que nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Cuál es el cumplimiento de la normativa 017 en abordaje diagnóstico y terapéutico de la enfermedad diarreica aguda en niños de un mes a 5 años de edad ingresados en el servicio de pediatría del Hospital Escuela Regional Asunción Juigalpa, enero - diciembre del año 2021?

1.3. Antecedentes

1.3.1. Internacionales.

MsC. Rebeca Cuevas Acosta y otros colaboradores, realizaron un estudio descriptivo y transversal de 678 niños menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda, atendidos en el Centro de Atención Permanente de Comitancillo, en Guatemala, desde enero hasta septiembre del 2012, a fin de evaluar las manifestaciones de la mencionada afección en ellos. Se observó un predominio de los pacientes de 1-4 años (74,0 %), el sexo masculino (64,4 %), las señales de peligro y los niños fallecidos (2,5 y 57,1 %, respectivamente), la evaluación nutricional normal en ambos grupos etarios (88,5 %), los menores que acudieron a consulta de 1-3 días después de comenzar el cuadro diarreico (48,0 %), así como las madres con nivel de escolaridad de cuarto y sexto grados de la primaria (48,7 %). La mayoría de los hogares tenían letrina (98,5 %) y se abastecían con agua intradomiciliaria (86,1 %). (Cuevas y otros, 2014)

Br. Silvia Molina Rivera en su tesis para optar al título profesional de médico cirujano, "factores asociados a deshidratación en niños menores de 5 años con Enfermedad Diarreica Aguda atendidos en el Hospital San José ,2013 – 2015". Material y Métodos: Estudio observacional, analítico y retrospectivo, se estudiaron a 168 niños menores de 5 años con enfermedad diarreica, el cual se distribuyeron en dos grupos: Grupo estudio: 84 niños con enfermedad diarreica aguda y deshidratación y el grupo comparativo: 84 niños con enfermedad diarreica aguda y sin deshidratación. Resultados: La edad promedio de los niños con deshidratación fue 18,1 meses y de los niños sin deshidratación fue 23,1 meses comprendidos entre 6 y 48 meses. De los 84 niños menores de 5 años con diagnóstico de deshidratación, el 78,6% tenían una deshidratación moderada y el 21,4% presentaban una deshidratación leve. En cuanto a los factores epidemiológicos se constató que el lactante, presento una frecuencia de 5/10 deposiciones al día y el tiempo de enfermedad mayo de 3 días (Molina, 2016)

1.3.2. Nacionales.

Br. Miranda Aguirre (2020) realizó un trabajo monográfico titulado: Cumplimiento AIEPI, en el manejo clínico de los pacientes de 2 meses a 4 años de edad ingresados por diarrea en la sala de gastroenterología del Hospital Alemán Nicaragüense, periodo agosto-octubre 2020, se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo de corte transversal, mediante un muestro no probabilístico

por conveniencia en el cual se incluyeron 41 pacientes, con diagnóstico de enfermedad diarreica aguda que cumplieron con los criterios de inclusión. Se obtuvo que en nuestra población en estudio predominaron los pacientes de sexo femenino (70.7%), procedencia urbana (75.6%) y con edades entre 1 a 3 años (41.5%) seguido de 7 meses a 1 año (24.4%). En relación al estado nutricional 31 pacientes se encontraban en un peso normal 75.6 %, 6 pacientes con bajo peso (14.6 %), 3 pacientes en sobrepeso (7.3 %) y 1 paciente en obesidad (2.4%). En el cumplimiento de la normativa, se observa, que los 41 pacientes (100%) de los pacientes se hizo adecuado clasificación del estado de hidratación, 36 (87.9%) se realizó adecuado plan de hidratación, 31 (75.6%) pacientes no utilizaron antibióticos, 6 (14.6%) pacientes se les envió exámenes ya que presentaban factores de riesgo como el bajo peso y solo 21 (51.2%) pacientes se les indico reglas de oro, solo 6 expedientes cumplieron en su totalidad con la normativa. (Miranda Aguirre, 2020)

Br. Garcia & Rodriguez, (2014) realizaron una investigación: Cumplimiento de la norma de atención integral a enfermedades prevalentes en la infancia, para el manejo de enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años de edad, atendidos en el servicio de gastroenterología del hospital la amistad Japón-Nicaragua. Granada. Enero-Diciembre 2014. Fue un estudio descriptivo de corte transversal con una muestra de 120 niños que padecieron diarrea, estos eran procedentes de los cuatros municipio del departamento de Granada. El objetivo era determinar el cumplimiento del protocolo para manejar la EDA. Los resultados encontrados; El 65.8% de los niños menores de 5 años que presentaron diarrea tenían entre 12 a 59 meses de edad. De ellos el 60.0% tuvieron EDA más algún grado de DH que fue la forma clínica que más presentaron de manera general. Al identificar las manifestaciones clínicas de los niños con EDA el 54.2% de ellos presentaron fiebre, el 46.6% tenían vómitos y el 38.3% se acompañaba de dolor abdominal. El 89.2% de los niños que fueron diagnosticado con EDA más Algún grado DH el 75.8% recibió plan C. El 8.3% de los que tuvieron EDA Sin DH, el 5.8% recibieron plan C. Del 89.2% de los niños que fueron diagnosticado con EDA más Algún grado DH el 75.8% recibió plan C. El Antibiótico que más frecuentemente se aplicó a los niños con diarrea el 67.5% fue Gentamicina. El antiparasitario más administrado el 27.5% fue Metronidazol, administrado en el 23.3% de las indicaciones de plan C. (Garcia & Rodriguez, 2014)

1.4. Justificación

Este estudio es conveniente, ya que, en la actualidad la EDA sigue siendo un problema de salud pública que afecta primordialmente a la población pediátrica, es una enfermedad común de consulta en emergencia y de ingresos hospitalarios, por esta razón es importante tener una alta calidad de manejo de la guía de AIEPI para dar un diagnóstico, clasificación adecuada y así poder dar un tratamiento acorde a su estado clínico, el tratamiento recomendado para los niños con diarrea no solamente reduce la mortalidad, si no que disminuye la gravedad de la enfermedad.

La repercusión social que se pretende es que se cumpla al 100% los pilares fundamentales de la enfermedad diarreica aguda en pro del bienestar del paciente, la continuación de la alimentación durante la enfermedad evita el deterioro nutricional, dar un buen diagnóstico y conforme a este una rehidratación a como corresponde vamos a evitar las complicaciones agudas como deshidratación, trastornos hidroelectrolíticos y de esta manera disminuir los días de estancia intrahospitalarias reduciendo gasto a nivel del sistema de salud y disminuir la deserción familiar que implica que los responsables del niño falten a sus trabajos o que las madres desatiendan al resto de sus hijos.

Este trabajo investigativo nos ayudó a generar teorías, que en un 38.1% eran pacientes sin criterios de hospitalización, el uso de antibióticoterapia de manera injustificada fue de 45.7%, esto implica utilización de insumos médicos de forma innecesarias lo que genera mayores gastos a nivel de salud y aumentar la incidencia de resistencia bacteriana.

El valor practico de este trabajo sobre la evaluación del cumplimiento de la normativa 017, verificando la correcta clasificación de la EDA, el manejo terapéutico de enfermedad diarreica aguda, y el correcto uso de antibiótico, con la intención de generar intervenciones educativas más efectivas, brindar recomendaciones sobre los aspectos débiles en el manejo de la EDA e implementar acciones dirigidas con el fin mejorar el cumplimiento de la normativa; se elaboró una propuesta de lista de chequeo para valorar el grado de cumplimiento en la enfermedad diarreica aguda.

1.5.Objetivos

1.5.1. Objetivo general

Evaluar el cumplimiento la normativa 017 en abordaje diagnóstico y terapéutico de la enfermedad diarreica aguda en niños de 1 mes a 5 años de edad ingresados en el servicio de pediatría del Hospital Escuela Regional Asunción Juigalpa, Chontales. Enero - diciembre del año 2021.

1.5.2 Objetivo específico

1. Determinar las características sociodemográficas y culturales de los niños con enfermedades diarreica aguda.
2. Mencionar el abordaje diagnóstico de los pacientes a estudio y condición de ingreso.
3. Verificar el abordaje terapéutico integral de acuerdo a la clasificación, diagnóstico, y condición de egreso de los pacientes a estudios.

II. CAPITULO

2.1.Marco teórico conceptual.

2.1.1. Definición

“Se define como diarrea la deposición, tres o más veces al día (o con una frecuencia mayor que la normal para la persona) de heces blanda o líquidas” (OMS, 2017).La diarrea aguda suele durar menos de 7 días y no más de 14 días. En los primeros meses de la vida, un cambio en la consistencia de las heces es más indicativo de diarrea que el número de deposiciones. Cuando el episodio persiste por más de 14 días se denomina persistente.

2.1.2. Etiología y causa

La etiología de la enfermedad diarreica aguda puede variar desde virales, bacterianas y protozoarios. Según la OPS (2008):

Virales. Este comportamiento depende de las diferencias entre los agentes patógenos, sus modos de transmisión y la respuesta inmune del hospedero. La diarrea endémica de la infancia predomina en los primeros años de la vida y es producida principalmente por los rotavirus del grupo A, pero este es el mismo patrón epidemiológico de los. (p.94)

Bacterianas. Entre los agentes bacterianos que se han identificado sistemáticamente en los estudios sobre la etiología de diarrea en niños están Shigellae sp, EC-AL, ECEA, EC-AD, Campylobacter jejuni y Salmonella sp. Otras enterobacterias que se encuentran menos frecuentemente como causa de diarrea son: Aeromonas hydrophila, Plesiomonas shigelloides, Yersinia enterocolitica, ECEI y ECEH. (p.82)

Parasitarias. Entre los parásitos intestinales patógenos más frecuentes están Entamoeba histolytica, Giardia intestinales, Balantidium coli, las coccidias intestinales (Cryptosporidium spp., Cyclospora cayetanensis e Isospora belli), los microsporidios intestinales (Enterocytozoon bienersi y Encephalitozoon intestinales), Además, Ascaris lumbricoides, Trichuris trichiura, Enterovirus vermicularis, Necator americanus, Ancylostoma duodenale, Taenia solium y saginata. Éstos pueden afectar cualquier clase de hospedero humano, en especial aquéllos con inadecuados hábitos higiénicosanitarios, que facilitan la transmisión y la conservación de estas especies parasitarias en una comunidad. (p.109)

Uso de fármacos: “Los niños que reciben ciertos medicamentos (como antibióticos, quimioterapia, inmunosupresores o antiácidos con magnesio) pueden desarrollar diarrea. Los antibióticos más comúnmente involucrados incluyen los siguientes: Macrólidos (claritromicina), cefalosporinas (cefdinir y cefpodoxima), fluoroquinolonas (ciprofloxacino y levofloxacino), penicilinas (amoxicilina y ampicilina)” (Mayo Clinic, 2021)

"El uso de antimicrobianos de forma rutinaria no se recomienda en casos de EDA. Sólo en ciertas y determinadas circunstancias clínicas podría estar indicado el uso de antibióticos" (Mora, 2014), existe un uso inadecuado de antibióticos en pacientes con infección de origen viral. Al ser una infección viral, su evolución es auto limitada y su tratamiento sólo debe enfocarse al control de la sintomatología y sus complicaciones.

Laxantes y purgantes: “Los laxantes osmóticos son fármacos que incorporan agua a las heces, lo que da lugar a heces más blandas, y hace que las evacuaciones intestinales sean más fáciles y más frecuentes” (Gordon & Macdonald, 2016), estos lo que ocasionan es el empeoramiento del cuadro clínico, el efecto se potencia con su uso inadecuado, usualmente son los responsables del niño quienes automedican estos productos.

La falta de vacunaciones: Específicamente contra el rotavirus y sarampión es causa grave de gastroenteritis. Existen 2 vacunas frente al rotavirus, monovalente humana (Rotarix) y pentavalente bovina-humana (RotaTeq), ambas atenuadas y de administración oral, que han demostrado ser seguras y eficaces frente a la enfermedad. La vacuna contra el sarampión suele juntarse con las vacunas contra la rubéola y/o la parotiditis. (MINSA, 2013)

No LME: La LME definida como la alimentación del lactante sólo con leche materna sin inclusión de sólidos ni otros líquidos ha demostrado disminuir el riesgo de infecciones gastrointestinales: "Cualquier volumen de LM es protectora, ésta se asocia a un 64% de reducción de la incidencia de infecciones gastrointestinales inespecíficas" (Brahm & Valdes , 2017), cabe recalcar que la leche materna provee al niño los nutrientes que él bebé necesita, fortalece la microbiota intestinal.

La desnutrición: Es el resultado de una ingesta de alimentos que es, de forma continuada, insuficiente para satisfacer las necesidades de energía alimentaria, de una absorción deficiente y/o de un uso biológico deficiente de los nutrientes consumidos. Habitualmente, genera una pérdida

de peso corporal. (De la Mata, 2008, pág. 18) si existe poca ganancia de peso se verá afectada los depósitos de agua, los depósitos de grasa y por último el tejido óseo. Al existir un cuadro diarreico agudo y la existencia de este factor tiene mayor probabilidad de una deshidratación grave y acidosis.

2.1.3. Clasificación

La diarrea se puede clasificar según la OPS (2008):

a- Por el tiempo de duración

Diarrea aguda: Cuando la diarrea dura menos de 14 días.

Diarrea persistente: Cuando la duración de la diarrea es mayor de 14 días. Este tipo de enfermedad diarreica se inicia como un episodio de diarrea líquida aguda o disentería, pero persiste por catorce días o más. Los riesgos principales son la desnutrición y las infecciones extra intestinales graves; también puede estar acompañada de deshidratación. No debe confundirse con la diarrea crónica que es de tipo recurrente o de larga duración y es de causa no infecciosa, tal como sensibilidad al gluten o alteraciones metabólicas hereditarias.

b. De acuerdo a la presencia o no de sangre en heces:

Diarrea disintérica: cuando hay presencia de sangre visible en heces. Se describe como moco sanguinolento, es de escasa cantidad, generalmente no lleva a la deshidratación sino a la desnutrición, va acompañada de fiebre, dolor abdominal, vómitos, inapetencia. Los agentes etiológicos que comúnmente producen disentería son: *Shigella flexneri*, *Campylobacter jejuni*, *Entamoeba histolytica*; éstos tienen carácter invasivo a la mucosa intestinal.

c. Diarrea acuosa:

Es de consistencia líquida sin presencia de sangre visible. Es generalmente de abundante cantidad y su consecuencia más importante es la deshidratación. Este tipo clínico de diarrea se puede dividir en dos subtipos:

Diarrea secretora: por incremento de secreciones intestinales, con la participación de mediadores químicos intracelulares: adenilciclasa, guanilciclasa, prostaglandinas,

serotonina. Ejemplos de este tipo de diarrea: diarrea producida por el vibrio cholerae y por la Escherichia coli enterotoxigénica.

Diarrea osmótica: por incompetencia de la mucosa intestinal para una adecuada absorción subsecuente a una descamación exagerada del epitelio intestinal. Ejemplo típico: diarrea ocasionada por el rotavirus. (Pág. 2)

Por el grado de deshidratación:

Durante la diarrea hay una mayor pérdida de agua y de electrolitos (sodio, potasio y bicarbonato) en las heces líquidas. También se pierden agua y electrolitos a través del vómito, el sudor, la orina y la respiración. La deshidratación ocurre cuando estas pérdidas no se reemplazan adecuadamente y se produce un déficit de agua y electrolitos.

El grado de deshidratación se clasifica según los signos y síntomas que reflejan la cantidad de líquido perdido. Según MINSA (2018):

Sin deshidratación: No hay suficientes signos para clasificar el estado de deshidratación.

Algún grado de deshidratación: Dos de los siguientes signos: bebe con avidez, sediento, irritable, ojos hundidos pliegue cutáneo se regresa lentamente (3-5 segundos)

Deshidratación severa: Uno de los siguientes signos; letargia o inconsciencia, incapacidad para beber o bebe mal, pliegue cutáneo se regresa muy lentamente (más de 5 segundos) (pág. 178)

2.1.4. Diagnóstico.

“El diagnóstico de la enfermedad diarreaica aguda se realiza en la mayoría de los casos, con una buena historia clínica y un buen examen físico” (MINSA, 2018).

Examen físico: Condición general: ¿está el niño alerta, inquieto o irritable; letárgico o inconsciente?, ¿Tiene los ojos normales o hundidos? Los ojos hundidos son un signo de deshidratación. Se examina al niño para evaluar: el signo del pliegue: cuando la piel del abdomen es pellizcada y liberada, ¿el pliegue vuelve de inmediato, lentamente o muy lentamente (más de dos segundos)?

Se completa el examen físico en busca de otros problemas importantes. Se tienen en cuenta en particular estos signos: sangre roja en las heces, ¿El niño está desnutrido? Se desviste

completamente al niño para observar hombros, brazos, nalgas y muslos, para buscar emaciación marcada (marasmo). Se busca edema de ambos pies, si hay edema con emaciación, el niño está gravemente desnutrido. Se evalúa el peso para la edad y el peso para la talla. ¿Está el niño tosiendo? Si es así, se cuenta la frecuencia respiratoria para determinar si el niño tiene respiración rápida y se busca si tiene tiraje subcostal. Se toma la temperatura: la fiebre puede ser causada por la deshidratación, por la infección que está produciendo la diarrea o por alguna infección extraintestinal, como malaria o neumonía. Debe evaluarse la presencia de signos de peligro y de rigidez de nuca.

2.1.4.1.Exámenes Complementarios.

En diarrea aguda no es necesario la utilización de ningún examen de escrutinio (MINSA, 2018)

La citología fecal no tiene utilidad clínica. La presencia de leucocitos en las heces refleja una respuesta inflamatoria que no está relacionada a la etiología y no debe modificar la conducta terapéutica. En niños amamantados la presencia de leucocitos en las heces es completamente normal. El coprocultivo solo está indicado para fines epidemiológicos

En los casos necesarios que requieren investigar una complicación u otra patología asociada, cualquier estudio debe ser indicado cuando el paciente se encuentre estable e hidratado.

Examen general de heces: es una prueba que se realiza en una muestra de heces, que ayuda a diagnosticar ciertas afecciones del tubo digestivo, estas pueden incluir infecciones: parásitos o bacterias, absorción deficiente de nutrientes. Las heces se pueden examinar para determinar si hay sangre oculta, grasa, fibras de carne, azúcares. etc.

Seriado de heces: Es una prueba útil para el diagnóstico de infecciones parasitarias intestinales, al solicitar un examen seriado de heces, lo que se pide al paciente es llevar al laboratorio muestra de heces durante tres días continuos, esto debido a que ciertos parásitos cumplen un ciclo reproductivo y los estadios pueden depender de un día a otro y así ayudar a identificar el parásito causante de la infección. (Gutierrez & Ibarque , 2021)

Azúcares reductores: los azúcares reductores tienen importancia clínica para detectar deficiencia de enzimas intestinales como la lactasa debido a una deficiencia congénita o daños inespecíficos a la mucosa. Es una prueba inespecífica debido a que en las heces pueden encontrarse azúcares reductores diferentes a la lactosa, como la glucosa, la fructosa y la galactosa, como suele ser el caso de los niños amamantados, sin que esto signifique intolerancia a la glucosa (Lojan, 2015)

El examen citológico de moco fecal es un examen microscópico en fresco que se realiza a las heces cuando presentan moco y sangre que sirve para determinar la presencia o no de células sanguíneas. La presencia y predominio de polimorfonucleares (neutrófilos) orienta al clínico hacia la etiología de origen bacteriano, por lo tanto, el tratamiento podría incluir el uso de antibióticos para combatir el agente causal. En cambio, la presencia y predominio de células mononucleares (linfocitos) es sugestivo del origen viral, por lo que el tratamiento en este caso va a ser solo sintomático, sin el uso de los antibióticos

2.1.5. Criterios de hospitalización

Presencia de signos generales de peligro, fracaso de la terapia de rehidratación oral (plan A y B), deshidratación severa o datos de shock hipovolémico, reingreso por deshidratación, diarrea persistente severa, sospecha de complicación médica o quirúrgica, desnutrición severa, presencia de sangre en las heces en el lactante menor de 2 meses, síndrome hemolítico urémico.

2.1.6. Tratamiento.

Las bases del tratamiento integral de los niños con diarrea incluyen: La evaluación correcta del paciente, la terapia de rehidratación oral, la hidratación intravenosa en los casos de deshidratación grave, continuar la alimentación durante la enfermedad, el empleo de antibióticos sólo cuando están indicados (diarrea con sangre) recomendaciones sobre el tratamiento correcto en el hogar, recomendaciones sobre las prácticas de alimentación y de higiene para la prevención de la diarrea. (OPS, 2008).

Zinc: "el suplemento de zinc tiene importantes efectos, durante el tratamiento de la diarrea, disminuye la duración del episodio, volumen y frecuencia de las deposiciones" (OPS, 2008) el zinc restaura la integridad de la barrera mucosa y la actividad enzimática del borde del cepillo de los enterocitos, promueve la producción de anticuerpos y linfocitos circulantes contra los patógenos intestinales. Por otra parte, la deficiencia de zinc favorece la prolongación de la diarrea,

porque limita la capacidad de sintetizar proteínas, de reparar los daños tisulares y de defenderse de las infecciones. (p.222)

Antibióticos: Los antibióticos no deben darse rutinariamente a los niños con diarrea, excepto en los casos que se enumeran a continuación:

Casos de diarrea con sangre (disentería). Estos deben ser tratados con un antibiótico que sea efectivo para *Shigella*. Los niños con disentería no deben ser tratados rutinariamente para amibiasis. Para disentería el antibiótico de elección: Furazolidona 5 – 9 mg/ kg/día cada 6 horas por 5 días. La ciprofloxacina dar 15mg/kg dos veces al día por 3 días, es el antibiótico de primera línea para los pacientes con diarrea por shigella. Son alternativas la azitromicina y la cefixima.

Las parasitosis intestinales son infecciones del tubo digestivo, que pueden producirse por la ingestión de quistes de protozoos, huevos o larvas de gusanos, o por la penetración de larvas por vía transcutánea, desde el suelo. El fármaco más empleado es el Metronidazol tratamiento de elección (tanto si es asintomático como sintomático) 15-30 mg/kg/día/8 h, durante 5-7 días. (Fumado, 2015)

Cuando la diarrea está asociada con otra infección aguda (por ejemplo, neumonía o infección urinaria), esa infección también requiere tratamiento antibiótico específico. En neumonía el tratamiento de primera línea es Penicilina Cristalina 250.000- 300.000 UI/Kg/día IV dividida en 4 dosis o Ampicilina 200 mg/Kg/día IV dividida en 4 dosis más Gentamicina 7.5 mg/Kg/día IV dividida en 2 dosis. Segunda línea de tratamiento Ceftriaxone 75- 100 mg/Kg/día IV dividida en 2 dosis. (MINSa, 2018, pág. 113)

La ITU es una de las infecciones pediátricas más comunes son frecuentes durante el primer año de vida. El tratamiento es Amoxicilina más ácido clavulánico de 20- 40 mg/Kg/día PO dividida en 2 dosis durante 7 días, una cefalosporina de segunda o tercera generación: Cefotaxima 12,5 a 45 mg/Kg/día IV dividida en 4 dosis, Ceftazidima 30- 50 mg/Kg/día IV dividida en 3 dosis, Ceftriaxona 50-75 mg/Kg/día IV una vez al día o 25- 37,5 mg/Kg/día IV dos veces al día. (MINSa, 2018, pág. 202)

El tratamiento de la Enfermedad diarreica Aguda se basa en los planes de rehidratación oral (MINSa, 2018):

Plan A. Para tratar la diarrea en casa sin deshidratación, aconsejar a la madre las 4 reglas de tratamiento en el hogar.

1. Dar más líquidos (tanto como el niño pudiera tomar), amamantar con frecuencia y durante más tiempo en cada toma. Si el niño es amamantado exclusivamente, dar SRO, además de la leche materna. Si el niño no recibe lactancia materna exclusiva, dar, uno o más de los siguientes:

Solución de SRO, líquidos basados en los alimentos (sopa, agua de arroz o agua). Es especialmente importante dar SRO en casa cuando: El niño ha sido tratado con el Plan B o Plan C durante esta visita. El niño no puede regresar a una clínica si la diarrea empeora. Se debe enseñar a la madre como mezclar y dar SRO.

Hasta 2 años: 50 a 100 ml después de cada deposición líquida, de 2 años o más: 100 a 200 ml después de cada deposición líquida. Darle frecuentemente sorbos pequeños de una taza, si el niño vomita, esperar 10 minutos, luego continuar, pero más lentamente. Continuar dando líquido adicional hasta que la diarrea se detenga

2. Suplementos de zinc: Tabletas de 20 mg. Niños de 2 a 6 meses: medio comprimido al día durante 14 días, niños de 6 meses o más: 1 comprimido al día durante 14 días. En los lactantes disolver la tableta en una pequeña cantidad de leche materna extraída, SRO o agua limpia en una taza, en los niños mayores - tabletas pueden ser masticadas o disueltas en un poco de agua.

3. Seguir alimentando (lactancia materna exclusiva si la edad es menos de 6 meses), mayores de 6 meses, seguir alimentando con lactancia materna y su alimentación complementaria. Se debe dar carne, pescado o huevos, si están disponibles. Los alimentos ricos en potasio, como plátanos, papas, y jugos de fruta fresca, son beneficiosos.

4. Cuando regresar: asesorar a la madre cuando debe de regresar de inmediato. si el niño hace muchas deposiciones acuosas. si tiene vómitos repetidos, si tiene mucha sed, si está comiendo y bebiendo muy poco, si tiene fiebre (si no la tenía), si hay sangre en las heces (si no había), seguimiento en 24 a 48 horas.

Plan B. Pacientes con algún grado de deshidratación.

Se debe dar líquidos, si el niño además de la diarrea presenta un cuadro de desnutrición severa revisar el plan de tratamiento a seguir, administras SRO de manera inmediata y a tolerancia, usando taza, o vaso y cucharita, durante 4 horas, iniciar el tratamiento con zinc: si es menor de 6

meses administrar una dosis de 10mg PO, una vez al día si el niño es mayor de 6 meses administrar 20 mg PO, por día, durante 14 días.

La cantidad aproximada de SRO necesaria (en mL) puede calcularse multiplicando: el peso del niño (en Kg) por 100 mL para las 4 horas. Si el niño quiere más SRO que la cantidad indicada, darle más. Si vomita, esperar 10 minutos y después continuar, pero más lentamente.

Demostración de la madre como dar solución SRO: darle frecuentemente pequeños sorbos de una taza. Si el niño vomita, esperar 10 minutos. Luego continuar, pero más lentamente. Continuar la lactancia materna cuando el niño quiera. Después de cada hora: vuelva a evaluar al niño y clasifique por deshidratación. Seleccione el plan adecuado para continuar el tratamiento. Comience la alimentación del niño de acuerdo a lo que se planteó en el plan A.

Si la madre debe abandonar antes de completar el tratamiento: muéstrole cómo preparar la solución de SRO en casa, muéstrole la cantidad de SRO que debe dar para terminar el tratamiento de 4 horas en casa. Dele suficientes sobres de SRO para completar la rehidratación.

Explique las 4 reglas de tratamiento en el hogar:

Dar más líquidos, dar zinc (la edad de 2 meses hasta 5 años), seguir alimentando (lactancia materna exclusiva si la edad de menos de 6 meses y cuando regresar a la unidad de salud.

Plan C: Tratar la deshidratación grave y el shock tanto en niños CON o SIN desnutrición severa.

Realice lo siguiente: Canalizar una vena periférica y comience líquido intravenoso inmediatamente. Si el niño puede beber, darle SRO por la boca, mientras se establece el goteo. Administrar solución de lactato de Ringer 100 mL/kg (si no está disponible administrar solución salina normal), divididos de la siguiente manera:

Niños sin desnutrición: administre 20 mL/kg en bolo, si no mejora administrar un segundo bolo, si no mejora pasar un tercer bolo a las mismas dosis para un total de 60 mL/kg en una hora, en la segunda hora 20 mL/kg en bolo y tercera hora 20 mL/kg.

Niños CON desnutrición Administre 10-15 mL/kg dosis en bolo, sino mejora repetir la dosis, sino mejora repetir una tercera dosis. Vigilar datos de insuficiencia cardiaca.

En ambos casos de la deshidratación grave y shock en niños con o sin desnutrición severa:

Se debe vigilar constantemente y reevaluar al niño cada hora, tan pronto como el niño puede beber ofrecer SRO, administrar oxígeno por catéter nasal en caso de shock vigilar signos vitales, signos de shock, gasto fecal y diuresis

Reclasifique la deshidratación, en consecuencia, elija el plan adecuado (A, B o C) para continuar con el tratamiento

Si no puede canalizar luego de dos a tres intentos, realice una osteoclisis, si es imposible realizar este procedimiento colocar sonda nasogástrica:

Administre inicialmente SRO a 20 mL/kg/hr y reevalúe el estado de hidratación y reintente la terapia IV tan pronto como sea posible.

Líquidos de mantenimiento:

Cantidad de líquidos a utilizar para SRO (Según el esquema de Holliday Seagar). Peso en Kg Volumen mL/kg < 10, 100 mL/kg, 11-20kg 50 mL/kg, mayor de 20kg 20 mL/kg.

Aplique en pacientes menores de 50Kg fórmula: Los primeros 10kg se calculan a 100 mL/kg de peso día. Por arriba de los primeros 10kg, a razón de 50 mL/kg día. Después de 20kg, a razón de 20 mL/kg día. (MINSA, 2018, pág. 252)

2.1.7. Complicaciones

Íleo paralítico, "también llamado pseudoobstrucción, es una de las principales causas de oclusión intestinal en bebés y niños. Las causas del íleo paralítico pueden incluir las siguientes: Bacterias o virus que causan infecciones intestinales (gastroenteritis), alteraciones químicas, electrolíticas o minerales" (Parswa, 2020)

Acidosis metabólica: acompaña generalmente a la deshidratación por diarrea, siendo la hiperpnea la manifestación clínica más llamativa. En casos severos, hay alteraciones del sensorio y mala perfusión periférica, independiente del grado de deshidratación. Puede haber signos clínicos de hipokalemia, como hipotonía muscular, hiporreflexia, íleo y globo vesical. (Afazani y otros, 2019)

Trastornos hidroelectrolíticos: este se da por disminución de la absorción intestinal, desnutrición, déficit vitamina D, antiácidos con hidróxido de aluminio, diarrea crónica y malabsorción. Esto puede provocar hipernatremia $O_{sm} > 290$ mOsm/L. Hipofosfatemia las manifestaciones clínicas suelen aparecer cuando las cifras de fósforo se encuentran por debajo de 1.5 mg/dl. (Ceballos y otros, 2014)

Sepsis: es una reacción del organismo a la infección, con participación de componentes del microorganismo y sus endotoxinas, así como mediadores de la respuesta inflamatoria generados por el huésped (citoquinas, quimiocinas, icosanoides y los demás responsables del SRIS) y otras sustancias que producen daño celular. Los signos son múltiples, inespecíficos e incluyen disminución de la actividad espontánea, succión menos enérgica, apnea, bradicardia, inestabilidad térmica, dificultad respiratoria, vómitos, diarrea, distensión abdominal, inquietud.

Se caracteriza por la presencia de dos o más de los siguientes criterios: 1) temperatura central $>38,5$ °C o <36 °C; 2) taquicardia para la edad (o bradicardia en menores de 1 año) en ausencia de causa justificada; 3) taquipnea para la edad o necesidad de ventilación mecánica por un proceso pulmonar agudo, y 4) leucocitosis o leucopenia para la edad o $>10\%$ de neutrófilos inmaduros, debiendo ser uno de los criterios a cumplir obligatoriamente la alteración de la temperatura o del recuento leucocitario. (Cortes, 2020)

Convulsión: la shigellosis es causante de varias complicaciones extraintestinales de las cuales más frecuentes son convulsiones generalizadas tónico clónico que se han reportado en más del 10% de los pacientes con infección por shigella disenteriae tipo 1. (Pérez, Gutierrez, Gutierrez, & Mora, 1998).

En niños con diarrea e historia de convulsión se deben de considerar; convulsiones febriles cuando la temperatura excede a 40^0 c, hipoglicemia debido a la inadecuada gluconeogénesis y hipernatremia o hiponatremia (OPS, 2008)

2.2.Marco legal

ACUERDO MINISTERIAL

No. 26 – 2009

GUILLERMO JOSE GONZALEZ GONZALEZ, Ministro de salud, en uso de las facultades que me confiere la Ley No. 290 “Ley de la Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo”, publicada en “La Gaceta”, Diario Oficial, No. 102 del tres de Junio de mil novecientos noventa ocho, Decreto No. 25-2006 “Reformas y Adiciones al Decreto No. 71-98, Reglamento de la Ley No. 290, “ Ley de la Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo” publicada en “La Gaceta”, Diario Oficial , No. 91 y 92 del once y doce de Mayo, respectivamente, del año dos mil seis, la Ley No. 423 “ Ley General de la Salud”, publicada en “La Gaceta”, Diario Oficial, No. 91 del diecisiete de Mayo del año dos mil dos, el Decreto No. 001-2003, “Reglamento de la Ley General de la Salud”, publicado en “La Gaceta” Diario Oficial, Nos. 7 y 8 del diez y trece de Enero del año dos mil tres, respectivamente.

CONSIDERANDO

I.

Que la Constitución Política de la Republica de Nicaragua, en su arto. 59 partes contundentes, establece que: “Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Corresponde al Estado dirigir y organizar los programas, servicios y acciones de salud”.

II.

Que la Ley No. 290 “Ley de la Organización, Competencia y Procedimientos del Poder ejecutivo”, en su arto. 26, incisos b), d) y e), establece que el Ministerio de Salud le corresponde; b) Coordinar y dirigir la ejecución de la política de salud del Estado en materia de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud; d) Organizar y dirigir los programas, servicios y acciones de salud de carácter preventivo y curativo y promover la participación de las organizaciones sociales y defensa de la misma; y e) Dirigir y administrar el sistema de supervisión y control de políticas y normas de salud”.

III.

Que la Ley No. 423 “Ley General de Salud”, en su Artículo 1, Objeto de la Ley, establece que la misma tiene por objeto “tutelar el derecho que tiene toda persona de disfrutar, conservar y recuperar la salud, en armonía con lo establecido en las disposiciones legales y normas especiales, y que para efecto regulara: a) Los principios, derechos y obligaciones con relación a la salud; y b) Las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud”.

IV.

Que la Ley No. 423 “Ley General de Salud, en su Artículo 2, Órgano Competente, establece que “El Ministerio de Salud es el órgano competente para aplicar, supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de la presente Ley y su Reglamento; así como para elaborar, aprobar, aplicar, supervisar y evaluar normas técnicas, formular políticas, planes, programas, proyectos, manuales e instructivo que sean necesarios para su aplicación.

V.

Que la Ley No. 423 “Ley General de Salud”, en su Artículo 4, Rectoría, señala que; “Corresponde al Ministerio de Salud como ente rector del Sector, coordinar, organizar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar las acciones en salud, sin perjuicio de las funciones que debe ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en concordancia con lo dispuesto en las disposiciones legales especiales”; y el Decreto No. 001-2003, “Reglamento General de la Salud”, en su arto. 19, numeral 17, establece: “Artículo 19, Para ejercer sus funciones, el MINSA desarrollara las siguientes actividades; 17. Elaborar las políticas, planes, programas, proyectos nacionales y manuales en materia de la salud publica en todos sus aspectos, promoción, protección de la salud, prevención de la salud, prevención y control de las enfermedades, financiamiento y aseguramiento.”

VI

Que la Ley No. 423 “Ley General de Salud”, en su Artículo 32, establece que: “la atención en salud de la mujer, la niñez y la adolescencia será de acuerdo al programa de Atención Integral a la Mujer, la Niñez y la Adolescencia del Ministerio de Salud” y el Decreto No. 001-2003, “Reglamento de la Ley General de Salud”, es su arto. 211 establece; “Artículo 211.- De la atención a la Mujer, la Niñez y la Adolescencia. Se proveerá según lo dispuesto en los programas de

atención integral a los grupos poblacionales de acuerdo a su ciclo de vida, según manuales y demás disposiciones complementarias.”

Por lo tanto, esta Autoridad, ACUERDA:

PRIMERO:

se aprueba el documento denominado “Guía para el Abordaje de las Enfermedades Infecciosas más Comunes de la Infancia y la Desnutrición” para la Atención Hospitalaria de Niños (as) de 1 Mes a 4 Años de Edad (AIEPI Hospitalario),” el cual forma parte integrante del presente acuerdo Ministerial.

SEGUNDO:

se designa a la Dirección General de Extensión y Calidad de la Atención para que dé a conocer el presente Acuerdo Ministerial y el referido documento a los directores del establecimiento de salud público y privados, que brindan atención hospitalaria a niños y niñas en edades comprendidas de (1) mes a cuatro (4) años de edad.

TERCERO:

Se revoca y en consecuencia se deja sin ningún efecto legal el Acuerdo Ministerial No. 137-2004, del catorce de Julio del dos mil cuatro.

CUARTO:

El presente Acuerdo Ministerial entrara en vigencia a partir de su firma.

Dado en la ciudad de Managua, a los veintinueve días del mes de Enero del año dos mil nueve. (MINISTERIO DE SALUD, 2009)

Enfocados en la restitución de los derechos de nuestra niñez nicaragüense, como uno de los ejes principales el derecho a la salud y enmarcados en el “Programa Amor para los más Chiquitos”, el Gobierno de Unidad y Reconciliación Nacional (GRUN), a través del Ministerio de Salud ha considerado necesario y oportuno actualizar la Guía de Atención a las Enfermedades más comunes de la Infancia (AIEPI Hospitalario), esta se editó por primera vez en el año 2004, tomando de referencia la Guía “Hospital Care for Children-guidelines for the management of common childhood illnesses” de la OMS1. Con el objetivo de orientar al personal de salud, la práctica de

atención integral basada en evidencia actualizada siendo ésta la tercera edición. (La segunda edición fue en el 2009).

Los contenidos de la Guía están basados en las enfermedades y accidentes más frecuentes por los que acuden las madres con sus hijos, o hijas, a las unidades de salud, las que tienen grandes repercusiones en el riesgo de complicaciones y en su condición de salud. En esta tercera edición además de la actualización en el abordaje de enfermedades ya establecidas, incorpora nuevos temas o capítulos relevantes como el abordaje integral de la fiebre, la enfermedad de Chikungunya, Zika y la infección por virus de la influenza.

Ha sido diseñada con el propósito de estandarizar los abordajes clínicos de los principales problemas de salud que afectan a la niñez nicaragüense, su ámbito de aplicación es a nivel hospitalario. Esta guía contiene once capítulos actualizados entre las que destacan: Evaluación y tratamiento al niño en emergencia o Triage, Neumonía, Quemaduras, Diarrea, Fiebre, Asma, desnutrición, entre otros, aplicable a niños y niñas de 1 mes a 5 años de edad, basada en evidencias científicas disponibles en las fuentes de información de calidad como: PubMed, Tripdatabase, Cochrane, Clinical Evidence, HINARI. (MINSa, 2018).

2.3.Preguntas directrices.

1. ¿Se realizó una correcta clasificación clínica? ¿Corresponde al tratamiento que nos orienta la normativa?
2. ¿La EDA estuvo asociada a otras patologías? ¿Se le dio un adecuado abordaje integral terapéutico?
3. ¿Se cumplió con las reglas de tratamiento según normativa? ¿Estuvo indicado el sulfato de Zinc en todos los pacientes?
4. ¿En la antibioticoterapia, se prescribió de manera racional? ¿El uso de antibiótico estaba justificado en expediente clínico?

CAPITULO III

3.1 Diseño metodológico.

3.1.2 Tipo de estudio

Según su enfoque: es un estudio mixto, la meta de la investigación mixta no es remplazar a la investigación cuantitativa, ni a la investigación cualitativa, si no utilizar la fortaleza de ambos tipos de indagación, combinándolas y tratando de minimizar sus debilidades potenciales.

Según el nivel de conocimiento: es descriptiva implica un mayor nivel de exhaustividad puede llegar a establecer relaciones de factores, busca especificar propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analice.

Según el método utilizado: es observacional, es decir aprovecha situaciones dadas sin alterar las condiciones naturales del fenómeno y en el que solo se observa los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos.

Según su orientación en el tiempo: es transversal, el abordaje del fenómeno se da en un momento o periodo determinado, retrospectivo la fuente de la información corresponde a registros pasados.

Según la aplicabilidad de sus resultados: es una investigación básica se encamina a la producción de conocimientos genéricos se le denomina también como investigación fundamental o investigación teórica. (Piura, 2008)

3.1.3 Área de estudio

Servicio de pediatría del Hospital Escuela Regional Asunción Juigalpa (ubicada en el departamento de Chontales, municipio de Juigalpa, Km 141 carretera a Rama – Managua).

3.1.4 Población y muestra

Este estudio corresponde con una población de 67 pacientes del cual se tomaron todos para la muestra, paciente con EDA en edades de 1 mes- 5 años.

3.1.5 Tipo de muestreo

Es un muestreo no probabilístico: es no determinado por métodos de selección que ven la misma posibilidad de ser elegidos, este tipo de muestreo no depende de la probabilidad si no de

las causas relacionadas con las características de investigación y propósitos de estudio. (Hernández Sampieri, 2014)

Por conveniencia: Se selecciona la muestra de la población, por su fácil accesibilidad, es decir que cada sujeto se selecciona por disponibilidad y proximidad y no porque hayan sido seleccionado por criterios de estadística. Los investigadores utilizan técnicas de muestreo en situaciones en las que hay grandes poblaciones para ser evaluadas, ya que en la mayoría de los casos es casi imposible realizar pruebas a toda una población. (Piura, 2008)

3.1.6 Criterios de inclusión

- Los participantes en el estudio deben ser mayores de un mes y menores de cinco años
- Pacientes en estudio con enfermedad diarreica con duración menor a catorce días.
- Los expedientes en estudios estén completos.

3.1.7 Criterios de Exclusión

- Niños con enfermedad diarreica aguda menores de 1 mes y niños mayores de 5 años.
- Pacientes con diarrea mayor de 14 días de duración.
- Expedientes a estudios incompletos.

3.1.8 Técnica e instrumento para la recolección de datos

La recolección de la información se realizó mediante una guía de revisión documental donde "se establecen aspectos claves a buscar para el análisis documental, que son generados o están disponibles en una organización o institución" (Piura, 2008, pág. 178) , como es en este caso la recolección de datos de expedientes clínicos de pacientes con enfermedad diarreica aguda que estuvieron ingresados en HERAJ en el periodo de Enero-Diciembre del año 2021, la guía de revisión documental está compuesta por tres acápites que corresponde a los tres objetivos de este estudio y 28 ítems

3.1.9 Aspectos éticos

Este proceso investigativo se considera según la categoría de riesgo, como una investigación sin riesgo: ya que se emplea como técnica de recolección de datos una guía de revisión documental en la que no se identifican a los sujetos, ni se trata con aspectos sensitivos de

la conducta, toda la población tiene la misma oportunidad, independientemente del sexo, raza, religión, nivel económico, siempre que cumplan los criterios de inclusión de este estudio, se realizó con el fin de generar una retroalimentación positiva para mejorar la calidad de cumplimiento de la normativa 017, no se revelaran datos de confiabilidad y no se faltara a la ética médica.

3.1.10 Sesgo de la investigación

Puede haber sesgo de selección, que son errores de identificación de la población a estudiar. Sesgo de información u observación, error sistemático consecuencia de que las características de los sujetos incluidos en un estudio son diferentes a las características de los no incluidos, de modo que la muestra no es representativa de la población de referencia, las fuentes de sesgo de información más frecuentes son; instrumento de medida no adecuado, criterios diagnósticos incorrectos, omisiones, imprecisiones de la información, errores en la clasificación, errores introducidos por los cuestionarios.

3.1.11 Confiabilidad y veracidad.

Se considera confiable y veras ya que se cumplió con los siguientes criterios:

- Se aplicaron reglas generales de elaboración de instrumento y su posterior validación con cinco jueces.
- Se realizó un control adecuado durante la recolección de datos; se incluyó al 100% de la población que cumplió criterios de inclusión de dicho estudio, dato que le da relevancia, confiabilidad y comparabilidad a los resultados
- Los resultados obtenidos fueron analizados en el programa estadístico SPSS y revisión de la coherencia interna de los datos, calidad e interpretación por tutor clínico

3.1.12 Consentimiento informado

Se trabajó con expedientes clínicos de pacientes que fueron ingresados en el área de pediatría del HERAJ en el año 2021, que para dicha revisión se realizó una carta permiso dirigida al director y sub-directora del Hospital Escuela Asunción Juigalpa para la revisión de expediente clínico en el servicio de estadística

3.1.13 Validación del instrumento:

Se realizó validación de instrumento con un total de 5 jueces, obteniendo un resultado de 0.878125, una excelente validez. El procesamiento del análisis se obtuvo en el programa de Excel

mediante escala estadística binomial probabilística. Se concluyó que el instrumento tiene una apropiada información, el cual puede ser utilizado para la recolección de datos de este estudio.

3.1.14 Sistema Categorical

Objetivos	Categoría	Dimensiones	Determinantes
1. Determinar las características sociodemográficas y culturales de los niños con enfermedades diarreicas agudas.	Procedencia	Lugar	Urbano Rural
	Sexo	Características biológicas.	Femenino Masculino
	Edad	Lactante menor	1 mes a 1 año
		Lactante mayor.	1 a 2 años
		Preescolar	3 a 5 años
	Vacunas	Estado de inmunización	Completas Incompletas No documentadas
	Estado Nutricional.	Escala de clasificación OMS	Eutrófico. Sobre peso. Obesidad Bajo peso. Emaciado Emaciado severo.
Alimentación	Inicio de alimentación	Lactancia materna exclusiva. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Mixta. <input type="checkbox"/> Inicio de ablactación < de 6 meses <input type="checkbox"/> >de 6 meses <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	

	Consumo de agua.	Ingesta de agua de los niños ingresados	Potable Pozo. Otros _____
	Catárticos.	Uso catártico Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Camíbar. Leche magnesia. Aceite fino. Otros: __
2. Mencionar el abordaje diagnóstico de los pacientes a estudio y condición de ingreso.	Manifestaciones	Tiempo de inicio del cuadro diarreico	Días __
		Nº de deposiciones.	≤4 <input type="checkbox"/>
			5-9 <input type="checkbox"/>
			>10 <input type="checkbox"/>
		Disentería	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Vómitos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Distensión abdominal	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Fiebre	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	Estado de conciencia	Alerta. Irritable. Letárgico.	
Diagnóstico	Según grado de hidratación	EDA sin deshidratación. EDA con algún grado de deshidratación. EDA con deshidratación grave.	
	Complicaciones	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____	

		Causas parenterales o enterales.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____
		Condición de ingreso	B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
	Exámenes Complementarios	BHC	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		EGH	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		EGO	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Citología fecal	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Electrolitos séricos.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
3. Verificar el abordaje terapéutico integral de acuerdo a la clasificación, diagnóstico, y condición de egreso de los pacientes a estudios.	Tratamiento	Se siguió alimentando	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Rehidratación	Oral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Plan A Plan B Pan C
		Sulfato de Zinc	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Antibioticoterapia	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ ¿Está Justificado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Egreso.	Estancia Intrahospitalaria.	Días _____

		Condición de egreso	Alta. Traslado. Abandono. Fuga. Fallecimiento.
--	--	---------------------	--

3.1.15 Plan de análisis.

El procesamiento de datos se realizó en el programa estadístico SPSS 21, donde se construyó base de datos, para procesar los resultados obtenidos mediante la guía de revisión documental, se elaboraron 32 gráficos estadístico y 32 tablas estadísticas incluidos en anexos, que dan salida a los objetivos planteados. El grado de cumplimiento de la normativa en los expedientes clínicos se procesó para su análisis en el programa de Excel obteniendo un resultado de 83%.

CAPITULO IV

4.1 Resultados

En los resultados encontrados en este trabajo investigativo sobre enfermedad diarreica aguda, los pacientes de procedencia urbana eran 56 (83.6%) y rural 11 (16.4%) el sexo más afectado de 67 casos que se estudiaron fueron los masculino con 37 correspondiendo a un (55.2%), sexo femenino 30 (44.8%), según la edad los lactantes menores de 1 mes hasta 1 año tuvieron EDA 35 de 67 casos para un (52.2%), los lactantes mayores de 1 año hasta 2 años 28 (41.8%) y los preescolares solo 4 (6%), el estado de inmunización; vacunas completas 38 (56.7%) incompletas 4 (6%), no documentadas 25 (37.3%).

El estado nutricional se encontraban eutróficos 52(77.6%), sobrepeso 2 (3%), bajo peso 9 (13.4%), emaciado 1 (1.5%), emaciado severo 3 (4.5%), la alimentación de los pacientes con EDA fue lactancia materna exclusiva 14 (20.9%), formula 10 (14.9%), mixta 39 (58.2%), leche de vaca 4 (6%), la ablactación menor de 6 meses 22 (32.8%), mayor de 6 meses 36 (53.7%), no aplica 9 (13.4%), el consumo de agua potable 54 (80.6%), pozo 11 (16.4%), rio 2 (3%), los que usaron catárticos fueron 10 (15%), no usaron 57 (85%), entre los catárticos que usaron fueron cambiar 2(3%), leche magnesia 2 (3%), aceite fino 4 (6%), la combinación de leche magnesia y aceite fino 2 (3%).

Los pacientes con EDA que ingresaron tenían un tiempo de evolución del cuadro diarreico de 1 día 25 (37.3%), menor o igual a 3 días 26 (38.8%), menor o igual a cinco días 8 (11.9%) y más a 6 días 8 (11.9%), el número de deposiciones menor o igual a 4 deposiciones en el día 36 (53.7%), de 5 a 9 fueron 27 (40.3%), mayor de 10 cuatro para (6%), en los síntomas y signos presentes se encontró disentería en 4 pacientes (6%), vómito 36 (53.7%), distensión abdominal 9 (13.4%), fiebre 45 (67.2%), estado de conciencia alerta 54 (80.6%), irritable 9 (13.4%), letárgico 4 (6%).

El diagnóstico fue de EDA sin deshidratación 21 (31.3%), EDA con algún grado de deshidratación 41 (61.5%), EDA con deshidratación grave 5 (7.5%), presentaron complicaciones 18 (26.9%), no complicados 49(73.7%), entre las complicaciones más frecuentes íleo metabólico 4(22.2%), trastornos hidroelectrolíticos 3 (16.7%), trastornos hidroelectrolíticos, acidosis

metabólica, íleo metabólico 3(16.7%), sepsis 5 (27.8%), convulsión 3 (16.7%), la EDA se vio asociada en 18 (26.9%) a causas parenterales y enterales; entre ellas neumonía 8 (44.4%), IVU 5 (27.8%), parasitosis 2 (11.1%), neumonía y parasitosis 3 (16.7%), estos pacientes ingresaron en condición B 34 (50.7%), condición C 33 (49.3%), los exámenes complementarios enviados para realización de diagnóstico, les enviaron BHC a 63 pacientes (94%), EGH 30 (44.8%), EGO 34 (50.7%), citología fecal 30 (44.8%), electrolitos séricos 14 (20.9%).

El tratamiento recibido, se siguieron alimentando 49 (73.1%), resto no toleraba vía oral 18 (26.9%), la rehidratación recibida fue oral 51 (76.1%): que corresponde a 21 (31.2%) al plan A, 30(44.7%) plan B, parenteral 16 (23.8%) que corresponde a los tratados con plan C, sulfato de zinc recibieron 54 (80.6%), no recibieron 13 (19.4%), se hizo uso de antibióticos en 46 (68.7%), no recibieron 21(31.3%), de los que si recibieron antibioticoterapia; 27 se hizo uso de 2 a más antibióticos que corresponde a (58.7%), furozolidona 5 (10.9%), Metronidazol 4 (8.7%), Ceftriaxona 3 (6.5%), el uso de antibiótico estaba justificado en 25 (54.3%), no justificado 21 (45.7%).

Estancia intrahospitalaria estuvieron ingresados 1 día 11(16.4%), 2 días 17 (25.4%), 3 días 12 (17.9%), 4 días 14 (20.9%) 5 días 7 (10.4%), 6 días 1 (1.5%), 7 días 4(6%), 10 días 1 (1.5%), El egreso de estos pacientes fueron de alta 63 (94%), abandono 3 (4.5%), fuga 1 (1.5%).

4.2 Análisis y discusión de los resultados.

En las características sociodemográficas y culturales de los niños que estuvieron hospitalizados por enfermedad diarreica aguda, se encontró que la mayoría de los ingresados eran de procedencia urbana en un 83.8% que se relaciona con el estudio de Miranda Aguirre (2020) que los más afectados son los de procedencia Urbana en 75%, el sexo masculino 55.2% este dato varía en diferentes estudios ya que la EDA no se relaciona con el sexo afectado, en la edad los afectados en mayoría son los lactantes menores con un 52.2% , al igual, que el estudio realizado por Lanza (2018) en su tesis para optar al título de medicina y cirugía encontró que los lactantes menores eran 64,5% , mientras tanto, el estudio de García & Rodríguez la edad afectada en un 65.8% eran lactantes mayores, lo cual difiere con nuestro estudio

En el estudio realizado por (Vazquez & Aguilar, 2015) titulado prácticas pediátricas asociada a las creencias de madres y abuelas de lactantes, dice que; el uso de catártico es de creencia para curar el empachacho y cólico, esto trae consigo las siguientes consecuencias; síndrome diarreico agudo, deshidratación e íleo paralítico, al igual que nuestro resultado en los lactantes menores hicieron uso de catárticos en un 22.8% (8 de 35 lactantes menores), de los cuales, 5 de ellos el (62.5%) empeoró el cuadro clínico con complicaciones como trastornos hidroelectrolíticos e íleo paralítico, además, que estos niños el 6% no tenían inmunizaciones completas que son necesarias para prevenir enfermedades diarreicas graves.

El estado nutricional de estos niños el 77.6% eran eutróficos que son los que menos presentaron complicaciones y recibieron una adecuada alimentación, el resto de los niños tenían un estado nutricional afectado 22.4% asociado a que el 76.9% no recibieron una lactancia materna exclusiva y un proceso de ablactación adecuado, de estos niños los bajos pesos que presentaron complicaciones fueron el 55.4% y eran lactantes menores en su totalidad, en el estudio realizado por Msc. Rebeca Cuevas y otros colaboradores, el estado nutricional normal (88,5 %), seguida de la desnutrición aguda moderada (8,7 %) lo cual demuestra que la malnutrición aumenta significativamente el riesgo para la prolongación de la diarrea, al respecto, se ha debatido ampliamente cuándo se deben introducir los alimentos complementarios; si se hace muy pronto, se reduce la ingestión de leche materna del bebé, puesto que esta es reemplazada con fuentes de nutrientes menos apropiadas, y queda más expuesto a la infección

Entre otros datos del estudio antes mencionado de Rebeca Cuevas, refiere, que la duración de la diarrea es un elemento fundamental para el tratamiento de los niños con esta afección, 48.0% de los pacientes acudieron a consulta después de 1-3 días de comenzar el cuadro diarreico, seguidos de 35,1 % que asistieron entre el 4to y 6to días. Refieren que en la medida que se prolongue el cuadro, se producirá más daño a nivel intestinal, lo cual propiciará la desnutrición desde el punto de vista orgánico y podrá llegar a la condición de persistente, con sus consecuentes efectos adversos, estos datos se correlacionan con nuestro estudio que el 64.1% ingresaron con una evolución del cuadro diarreico entre 1 y 3 días; de 1 día el 37.3% y menos de 3 días 26.8% estos tuvieron una evolución satisfactoria, menos complicaciones y menos días de estancia intrahospitalaria, los que acudieron a la unidad de salud con más días de inicio del cuadro diarreico se ingresaron en condiciones más desfavorable y con un estado nutricional afectado.

Los signos y síntomas acompañantes del cuadro diarreico presentaron disentería el 6% que fue tratada adecuadamente con el tratamiento de elección como lo especifica la normativa a estudio, otros síntomas importantes fueron; la fiebre que estuvo presente en el 67.2%, vómitos el 53.7% y estado de conciencia alerta 80.6%. Estos síntomas coinciden con el estudio de García & Rodríguez donde la presencia de fiebre fue de 54.2%, seguido de vómitos 46.6%.

En los diagnósticos de los pacientes ingresados, estuvieron con diarrea sin deshidratación el 31.3%, de estos presentaban el 61.9% la EDA se debía a procesos parenterales o complicaciones con necesidad de hospitalización para su tratamiento, entre estas patologías; neumonía adquirida en la comunidad el 53.8%, infecciones de vías urinarias 15.3% y sepsis que es el 30.7%, de los demás ingresados con diagnóstico de EDA sin deshidratación no cumplían criterios de hospitalización según diagnóstico. Los de EDA con algún grado de deshidratación corresponde al 61.5%, de los que se le dio una adecuada clasificación solo al 73.1% ya que el resto (26.3%) presentaba incapacidad para beber y algunos de ellos se encontraban letárgicos criterios que según normativa son de clasificación de deshidratación severa. Una minoría del 7.5% fueron ingresados con diagnóstico de EDA con deshidratación severa y eran lactantes menores el 100%, estos datos de la clasificación de EDA se puede comparar con el estudio de García & Rodríguez (2014) en su estudio sobre cumplimiento de la normativa, encontraron que solo el 2.5% era EDA con deshidratación grave, el 55% EDA con algún grado de deshidratación y sin deshidratación 34.1%

que al igual que nuestro estudio hubieron pacientes sin criterios de hospitalización según normativa.

Las diarreas infecciosas parenterales como IVU, NAC, y otros focos antes eran frecuentes. Pero su espectro ha ido reduciéndose cada vez más, debido a la mejoría de los métodos diagnósticos, y entre las causas enterales se encuentra la parasitosis que es poco frecuente (MEDWAVE, 2002). La enfermedad diarreica aguda se vio asociada a causas parenterales y enterales en un 26.9%, la más frecuente fue neumonía con 44.4%, IVU 27.8%, neumonía y parasitosis 16.7% y parasitosis en una pequeña cantidad del 11.1%, a estas enfermedades se les dio un abordaje integral y un manejo clínico adecuado para tratar patologías de base, para realización de diagnóstico además del examen físico, se enviaron exámenes de laboratorios que están indicados según normativa en casos necesarios que requiera investigar una complicación u otra patologías asociadas, en estos pacientes se indicaron exámenes de BHC al 94%, EGO se indicó a 50.7% de los pacientes, examen general de heces 44.8%, citología fecal 44.8% y electrolitos séricos al 20.9%.

Entre las reglas del tratamiento hay que continuar alimentación en los pacientes con EDA siempre y cuando estos toleren vía oral, para prevenir desnutrición, a los pacientes que se le continuó la alimentación fue al 73.1% que estaban en condición de recibirla, tuvieron una rehidratación acorde a lo establecido en la normativa, plan B 44.7%, plan C 23.8%, y el resto eran pacientes sin deshidratación que tuvieron un adecuado plan según hidratación y patologías asociadas, otra regla del tratamiento es dar suplemento de zinc que se cumplió en el 80.6%, en el 68.7% de los pacientes se hizo uso de antibioticoterapia que de estos solo el 54.3% estaba justificado su uso. Con respecto al uso de antibióticos y la administración de sulfato de zinc se puede comparar con el estudio de Garcia & Rodriguez (2014) en el cual utilizaron ATB en el 79.2% y suplemento de zinc solo se cumplió en el 88.3%. El egreso de estos pacientes fue satisfactorio, no hubo ninguna muerte, el 94% fue egreso médico, abandono 3 (4.5%), fuga 1 (1.5%).

CAPITULO V

5.1 Conclusión

En este estudio investigativo sobre la evaluación del cumplimiento de la normativa 017, se estudiaron a 67 pacientes con enfermedad diarreica aguda, entre las edades de 1 mes a 5 años, que estuvieron ingresados en HERAJ en año 2021, se puede concluir lo siguiente:

Las características sociodemográficas y culturales de mayor relevancia para este estudio fue que la edad más afectada es la de los lactantes menores de procedencia urbana, en gran parte por la cultura de una ablactación temprana, el no recibir en la mayoría de los casos una lactancia materna exclusiva que esto interfiere en el estado nutricional y desarrollo del sistema inmunológico, el uso de catárticos por parte de los padres.

El cumplimiento de la normativa que fue procesado mediante el programa de Excel obtuvimos un resultado de 83% que corresponde a un buen cumplimiento de la normativa 017, tomando en cuenta los puntos débiles que encontrado en esta investigación concluimos que a nivel hospitalario podemos llegar a un 100% de cumplimiento de la normativa.

Entre los puntos que se incumplieron: se encontraron con diagnóstico de ingreso de EDA sin deshidratación 31.3%, del cual, el 38.1% no estaba justificado su hospitalización, los pacientes ingresados con algún grado de deshidratación un 26.3% no correspondía a esta clasificación ya que clínica y planes recibidos no concordaban, el uso de sulfato de zinc es otro pilar fundamental del tratamiento de diarrea que no se cumplió al 19.4% de los pacientes, se hizo uso de antibióticos al 68.7% de los pacientes y de ellos el 45.7% no estaba justificada la antibioticoterapia.

El 26.9% de los pacientes con EDA se debía a causas parenterales y enterales que desfavorecían la condición del paciente, a estos pacientes se les dio un adecuado abordaje diagnóstico y terapéutico, tuvieron más días de estancia intrahospitalaria, pero evolucionaron de forma favorable, no hubo ningún fallecido, el 94% fueron dados de alta, abandono 4.5% y fuga 1.5%.

5.2 Recomendaciones

5.2.1 A nivel de SILAIS.

- Fortalecer la educación médica continua principalmente en las enfermedades prevalentes de la infancia y monitorear el cumplimiento de normativas AIEPI tanto hospitalario como primario.

5.2.2 A nivel de Hospital.

- Fortalecer la educación médica en manejo de la normativa 017.
- Realizar una adecuada clasificación de EDA a todos los pacientes, para un abordaje terapéutico adecuado
- Cumplir al 100% de la población el uso de suplemento de sulfato de zinc.
- Hacer uso de antibióticos solo en casos que se ameriten, justificar su uso en expediente clínico.
- Analizar exámenes de laboratorio y comentar en expediente clínico.
- Valorar la inclusión de una lista de chequeo sobre el tema, para medir el grado de cumplimiento de la normativa 017.
- Dar charlas a tutores del paciente, en medidas higiénicas, signos de peligro, alimentación, tratamiento, abuso de catártico.

5.2.3 A los padres de familia o tutores

- Cumplir con las recomendaciones dadas por los médicos.
- No automedicar a los niños con laxantes, purgantes, ni remedios caseros ya que complican el cuadro diarreico.
- Continuar con la alimentación de los niños, practicar medidas higiénicas y cumplir con el uso de suplemento de zinc por los días indicados, aunque cuadro diarreico haya pasado

5.3 Referencia y bibliografía

- Afazani, A., Beltramino, D., & Bruno, M. (2019). *DIARREA AGUDA EN LA INFANCIA*.
- Bello, F., & Herradora, J. (Julio-Diciembre de 2014). *Cumplimiento de la guía de AIEPI en el abordaje de diarrea, en niños menores de 4 años ingresados en el servicio de pediatría en el Hospital Gaspar Garcoa Laviana*. <https://core.ac.uk/download/pdf/53103108.pdf>
- Benguigui, Y., Bernal, C., & Figueroa, D. (2008). *Manual de tratamiento de la diarrea en niños*. Washington, D.C: PALTEX.
- Boyce, T. (Junio de 2019). *MANUAL MSD version para profesionales*. <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-gastrointestinales/gastroenteritis/gastroenteritis-relacionada-con-f%C3%A1rmacos-y-sustancias-qu%C3%ADmicas>
- Brahm, P., & Valdes, V. (2017). Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Revista chilena de pediatría*, 88(1), 3. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062017000100001
- Ceballos, M., De la Cal, M., & Muñoz, N. (2014). *ALTERACIONES DE LOS ELECTROLITOS EN URGENCIAS*. SEMES Andalucía.
- Cortes, B. (2020). *SEPSIS*. SEUP.
- Cuevas, R., Rodríguez, K., Muñoz, V., Castro, V., & Maturell, M. (Noviembre de 2014). Enfermedad diarreica aguda en niños guatemaltecos menores de 5 años. *MEDISAN*, 18(11). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001100005#:~:text=Las%20enfermedades%20diarreicas%20constituyen%20la,sales%20necesarias%20para%20la%20supervivencia.
- De la Mata, C. (2008). MALNUTRICIÓN, DESNUTRICIÓN Y SOBREALIMENTACIÓN. *REV. MÉD. ROSARIO*, 17-20. <http://www.circulomedicorosario.org/Upload/Directos/Revista/a47544Cristina%20de%20la%20Mata.pdf>
- Fumado, V. (2015). *Parásitos intestinales*. *Pediatr Integral*.
- García, J., & Rodríguez, V. (2014). *Cumplimiento de la norma de atención integral a enfermedades prevalentes en la infancia, para el manejo de enfermedades diarreicas aguda en niños menores de 5 años de edad, atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Amistad Japón Nicaragua*. Granada.
- Gordon, M., & Macdonald, J. (17 de Agosto de 2016). *Biblioteca de Cochrane*. <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009118.pub3/full/es>
- Gutiérrez, N., & Ibarque, C. (2021). *LABTEK. LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICO: laboratorioslabtek.com/index.php/heces-fecales.html#:~:text=¿Qué%20es%3F-*

,Es%20una%20prueba%20útil%20para%20el%20diagnóstico%20de%20infecciones%20parasíticas,los%20estadios%20pueden%20depender%20de

- Lebrusán, I. (16 de septiembre de 2019). *Centro internacional sobre el envejecimiento*.
<https://cenie.eu/es/blogs/envejecer-en-sociedad/hacinamiento-que-es-y-como-afecta-las-personas-mayores>
- Lojan, A. (2015). *Determinación de azúcares reductores y pH en heces de preescolares como indicadores de*. Ecuador.
<https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/13717/1/TESIS%20COMPLETA%20biblioteca.pdf>
- Mayo Clinic. (Agosto de 2021). <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/antibiotic-associated-diarrhea/symptoms-causes/syc-20352231>
- MINISTERIO DE SALUD. (2009). *Normativa 017 "GUIA PARA EL ABORDAJE DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS MAS COMUNES DE LA INFANCIA Y LA DESNUTRICION" AIEPI HOSPITALARIO*. MINSAL, Managua.
- MINSAL. (2013). *Normativa 121: Norma Técnica de Inmunizaciones y Manual de Procedimientos de Inmunizaciones*. Managua.
- MINSAL. (2018). *Normativa – 017: Guía para la Atención Clínica de las Enfermedades y Accidentes más comunes de la Infancia: Para niños y niñas de 1 mes a 5 años de edad. AIEPI Hospitalario*. Managua.
- Miranda Aguirre, R. (2020). *Cumplimiento AIEPI, en el manejo clínico de los pacientes de 2 meses a 4 años de edad ingresados por diarrea en la sala de gastroenterología del Hospital Alemán Nicaragüense, período agosto-octubre 2020.l*. Managua.
- Molina, S. (2016). *Factores asociados a deshidratación en niños menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda atendidos en el hospital San José 2013-2015*. Lima.
https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/561/Molina_s.pdf?sequence=1&isAllo wed=y
- Mora, G. (Junio de 2014). Tratamiento anti infeccioso de la diarrea aguda. (SciELO, Ed.) *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*, 77(2), 8.
http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492014000200009
- NIH. (s.f.). *Instituto nacional de cancer*. Retrieved 2021, from Diccionario de cancer del NIH:
<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer>
- OMS. (Mayo de 2017). Enfermedades diarreicas. *Organizacion Mundial de la Salud*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>
- OPS. (2008). *Manual de tratamiento de la diarrea en niños*. (Y. Benguigui, C. Bernal, & D. Figueroa, Edits.) Washington: Paltex.
- Parswa, A. (Abril de 2020). *Manual MSD*. shorturl.at/bkFLX

- Pineda, E., Alvarado, E., & Canales, F. (1994). *Metodología de la investigación* (Segunda ed.). Washington: Paltex.
- Piña, C. (2018). Factores pronosticos de mortalidad por enfermedad diarreica aguda. *Panorama Cuba y salud*. <https://www.medigraphic.com/pdfs/cubaysalud/pcs-2018/pcs183h.pdf>
- Piura, J. (2008). *Metodología de la investigación científica* (Sexta ed.). Managua, Nicaragua: Xerox.
- Pluss, M. (3 de Diciembre de 2020). *Biblioteca nacional de medicina*. <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/como-entender-el-resultado-de-sus-pruebas-de-laboratorio/>
- RAE. (2021). *Diccionario de la lengua española*, 23.4 en línea. Retrieved 2021, from versión: <https://dle.rae.es/>
- Saballos, C., & Solís, O. (enero de 2016). Etiología de la diarrea aguda en niños menores de 5 años atendidos en el Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera. 75. <https://repositorio.unan.edu.ni/4369/1/96788.pdf>
- Sampieri, R. H. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. (2015). Gastroenteritis aguda. *Pediatría integral*, XIX(1). <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-01/gastroenteritis-aguda/>
- Vazque, A., & Miliar, R. (2020). Factores e riesgo en enfermedad diarreica aguda. *Rev Enferm Infec Pedit*. shorturl.at/jpO01

5.4 Anexos

FÍGURA 1

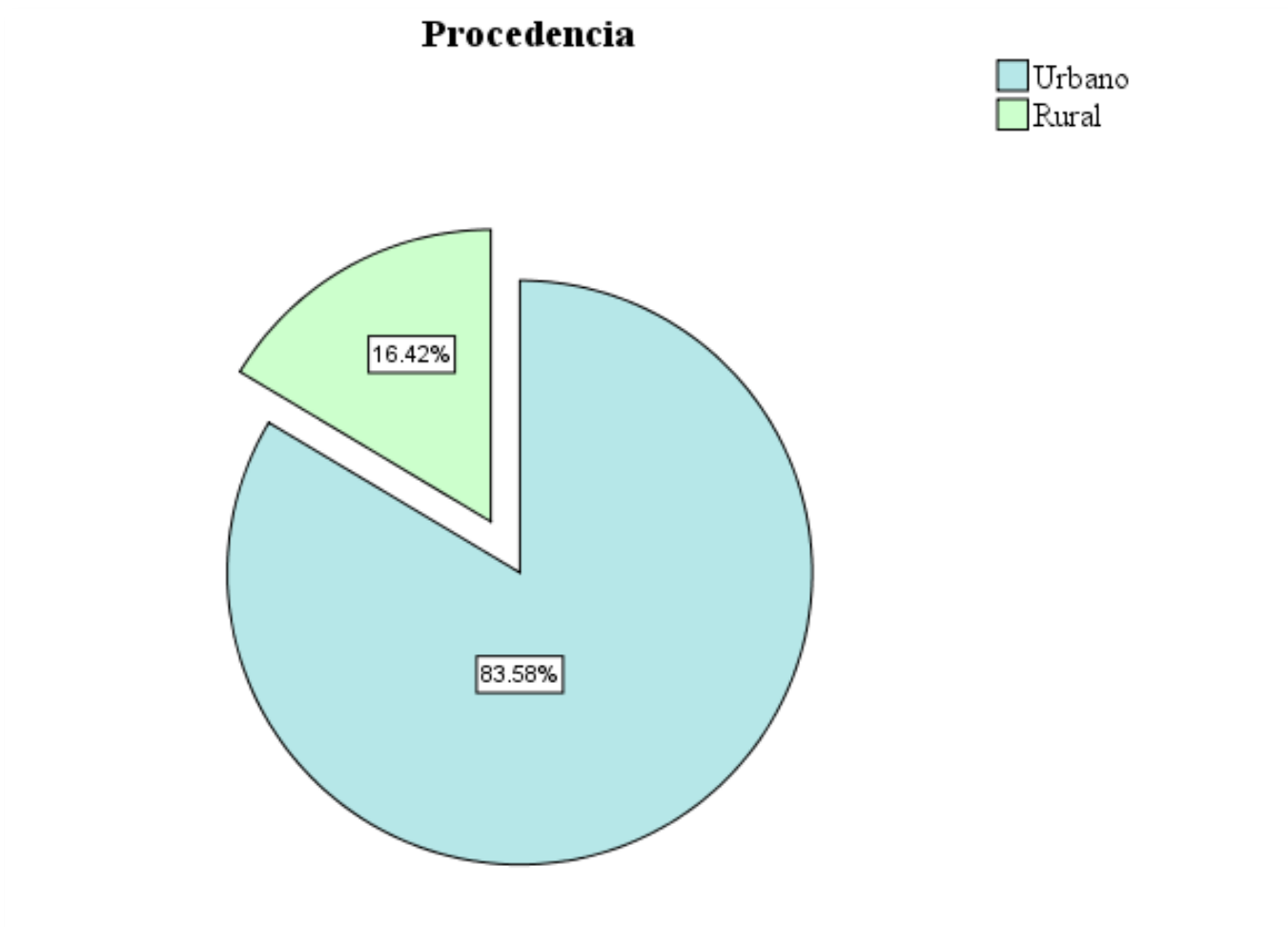
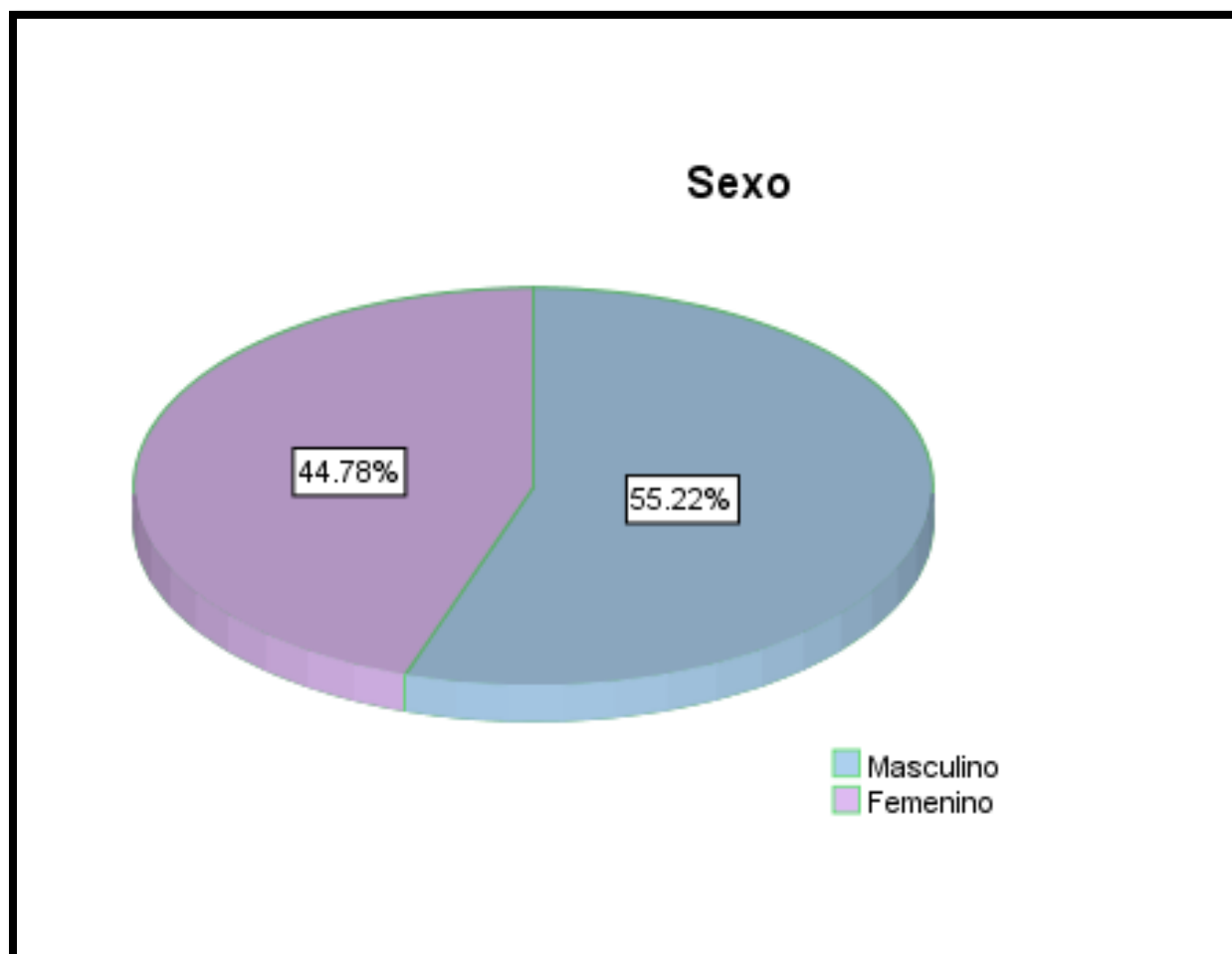


TABLA 1

Procedencia.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Urbano	56	83.6	83.6	83.6
	Rural	11	16.4	16.4	100.0
	Total	67	100.0	100.0	

FIGURA 2*Sexo de los niños con EDA***TABLA 2***Sexo.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Masculino	37	55.2	55.2	55.2
	Femenino	30	44.8	44.8	100.0
	Total	67	100.0	100.0	

Nota: datos tomados de la Guía de revisión documental

FIGURA 3

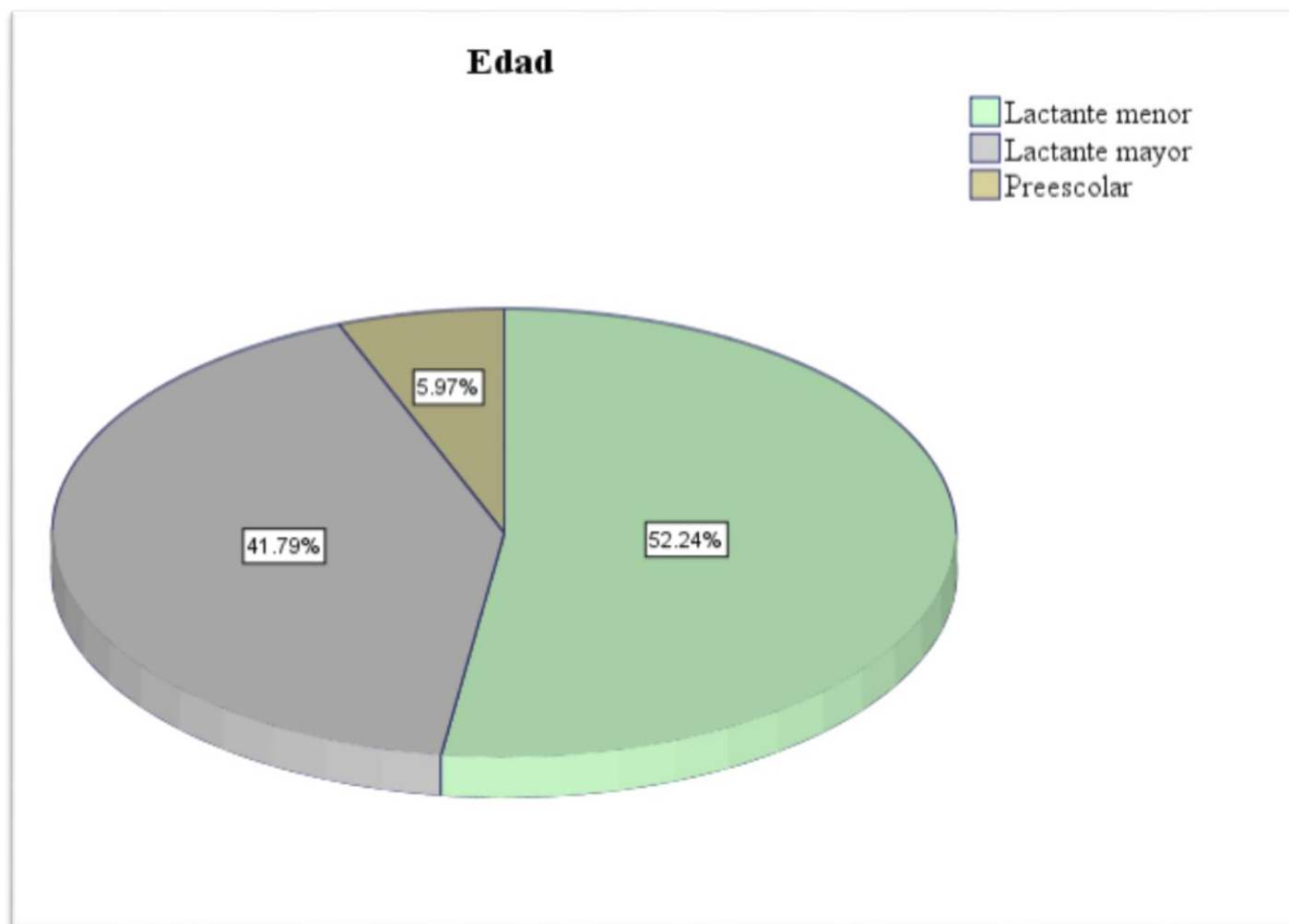


TABLA 3

Edad de los niños con EDA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	lactante menor	35	52.2	52.2	52.2
	Lactante mayor	28	41.8	41.8	94.0
	Preescolar	4	6.0	6.0	100.0
	Total	67	100.0	100.0	

FIGURA 4

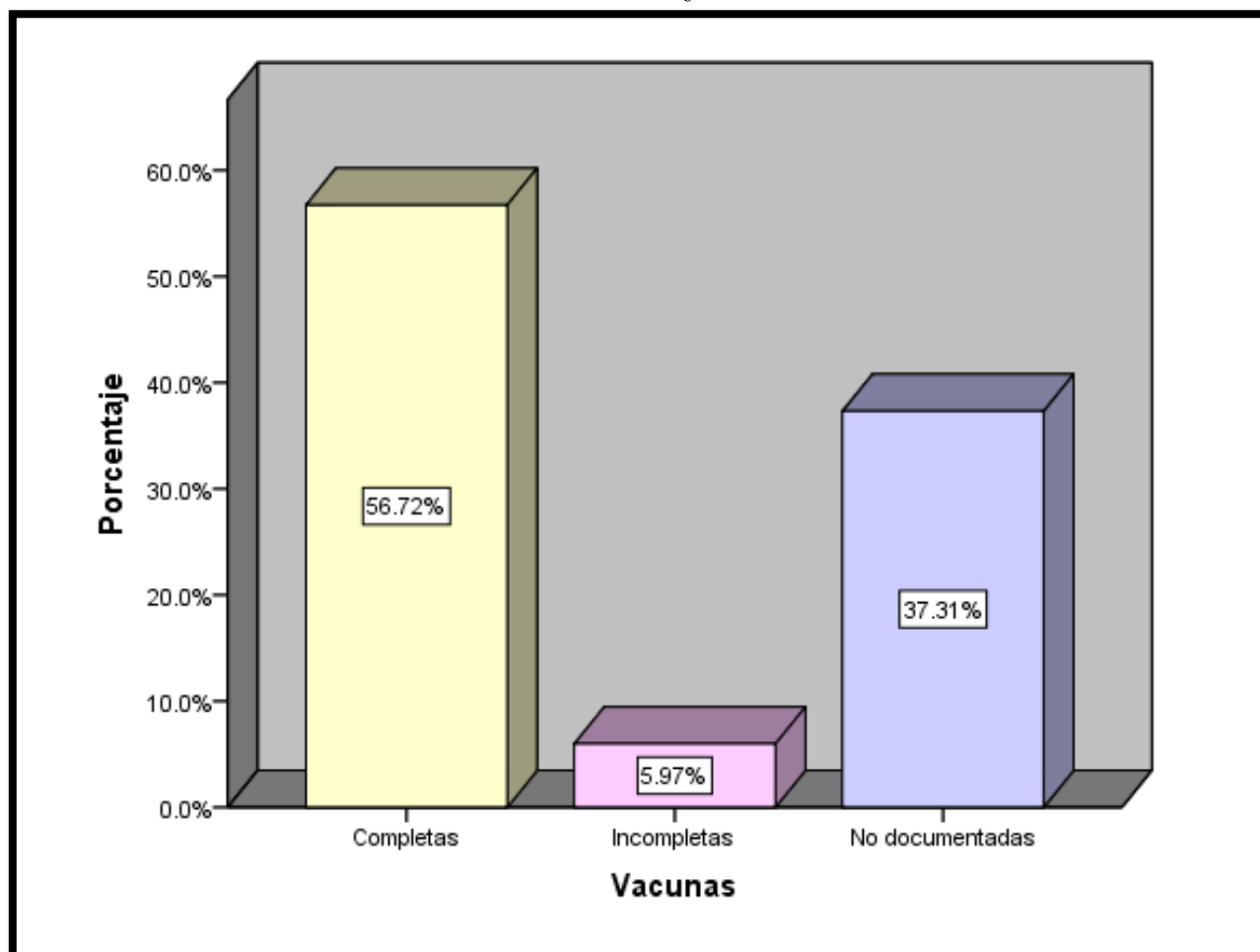
Estado de inmunización

TABLA 4

Estado de inmunización de los niños con EDA.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Completas	38	56.7	56.7	56.7
	Incompletas	4	6.0	6.0	62.7
	No documentadas	25	37.3	37.3	100.0
	Total	67	100.0	100.0	

FIGURA 5

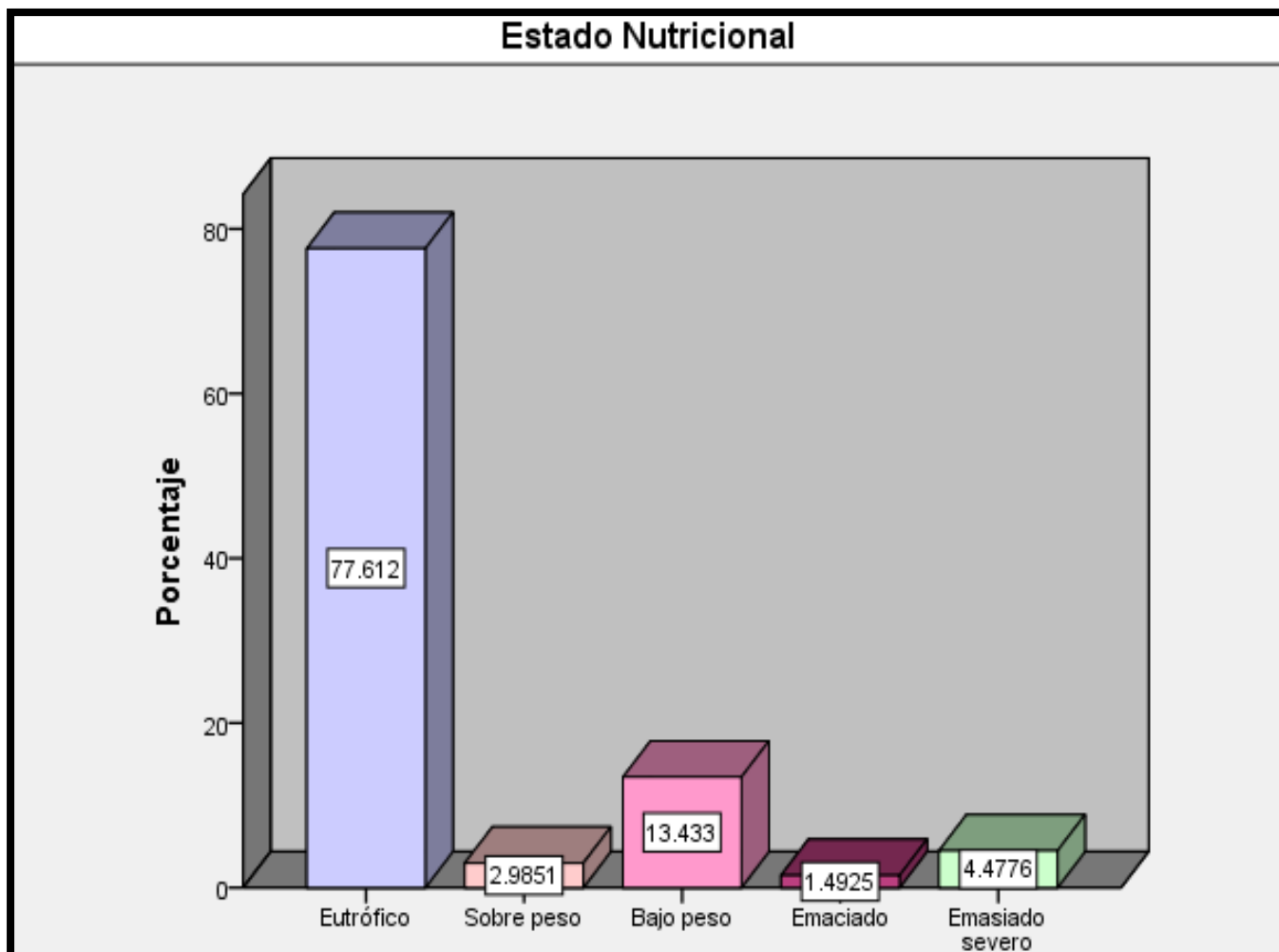


TABLA 5

Estado Nutricional de los niños con EDA.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Eutrófico	52	77.6	77.6	77.6
	Sobre peso	2	3.0	3.0	80.6
	Bajo peso	9	13.4	13.4	94.0
	Emaciado	1	1.5	1.5	95.5
	Demasiado severo	3	4.5	4.5	100.0
	Total	67	100.0	100.0	

FIGURA 1

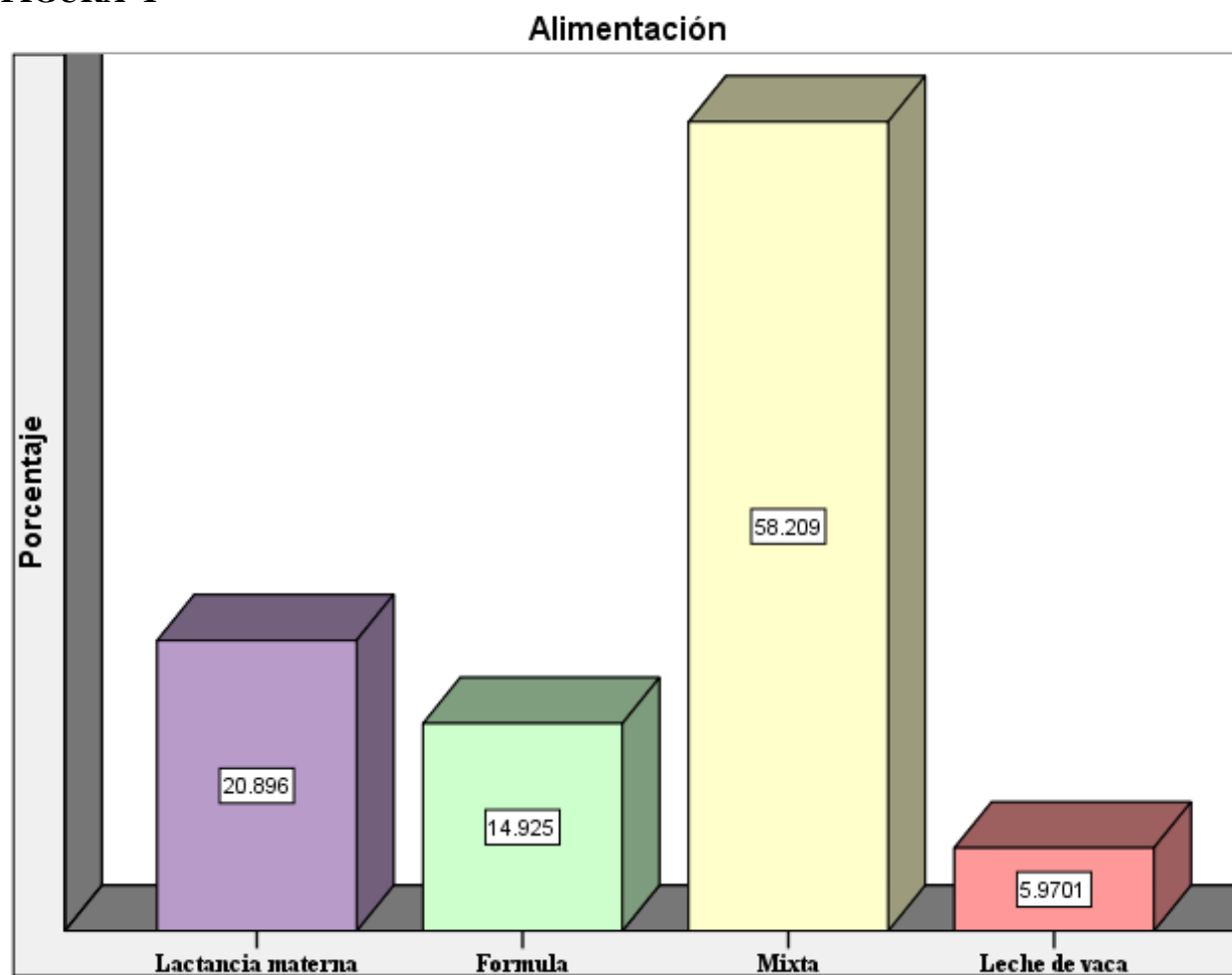


TABLA 1

Alimentación de los niños con EDA.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Lactancia materna exclusiva	14	20.9	20.9	20.9
	Formula	10	14.9	14.9	35.8
	Mixta	39	58.2	58.2	94.0
	Leche de vaca	4	6.0	6.0	100.0
	Total	67	100.0	100.0	

FIGURA 2

Ablactación de los niños con EDA.

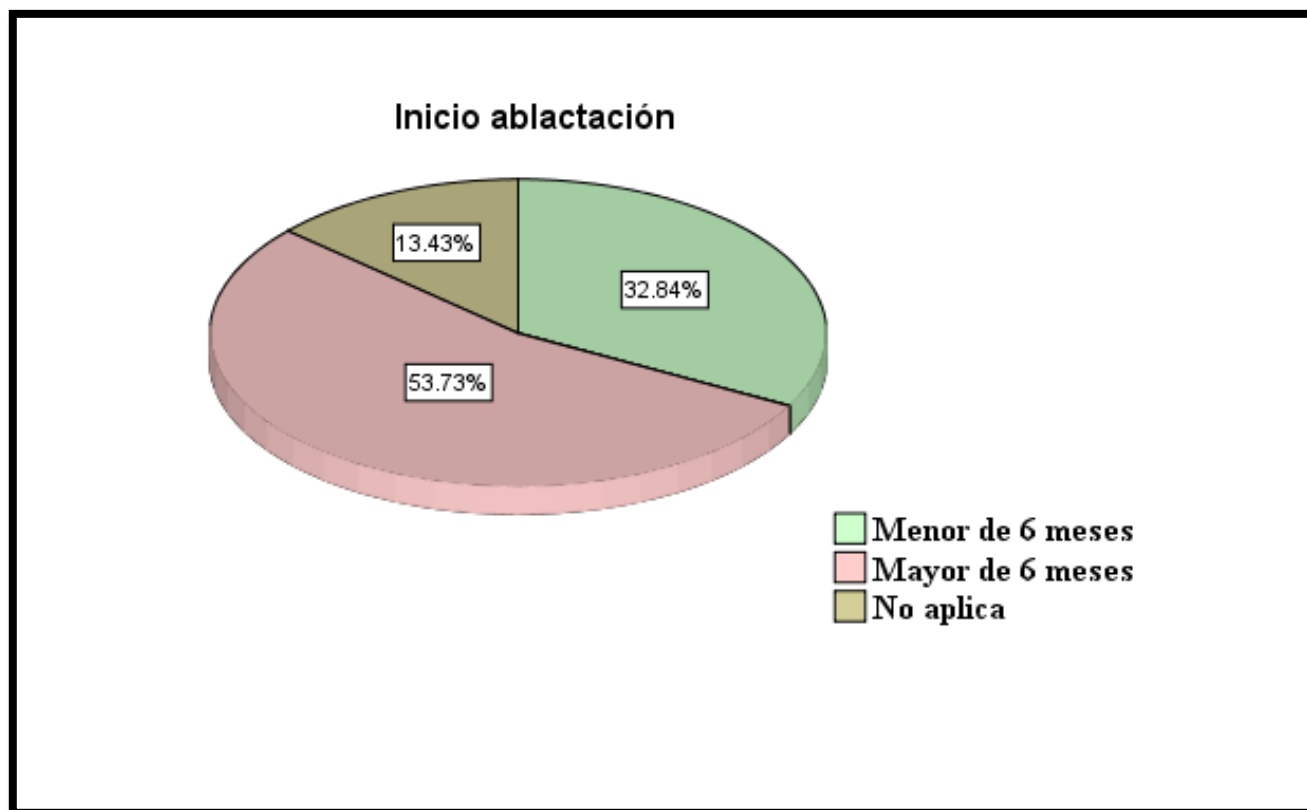


TABLA 2

Inicio de ablactación

Inicio ablactación					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Menor de 6 meses	22	32.8	32.8	32.8
	Mayor de 6 meses	36	53.7	53.7	86.6
	No aplica	9	13.4	13.4	100.0
	Total	67	100.0	100.0	

FIGURA 3

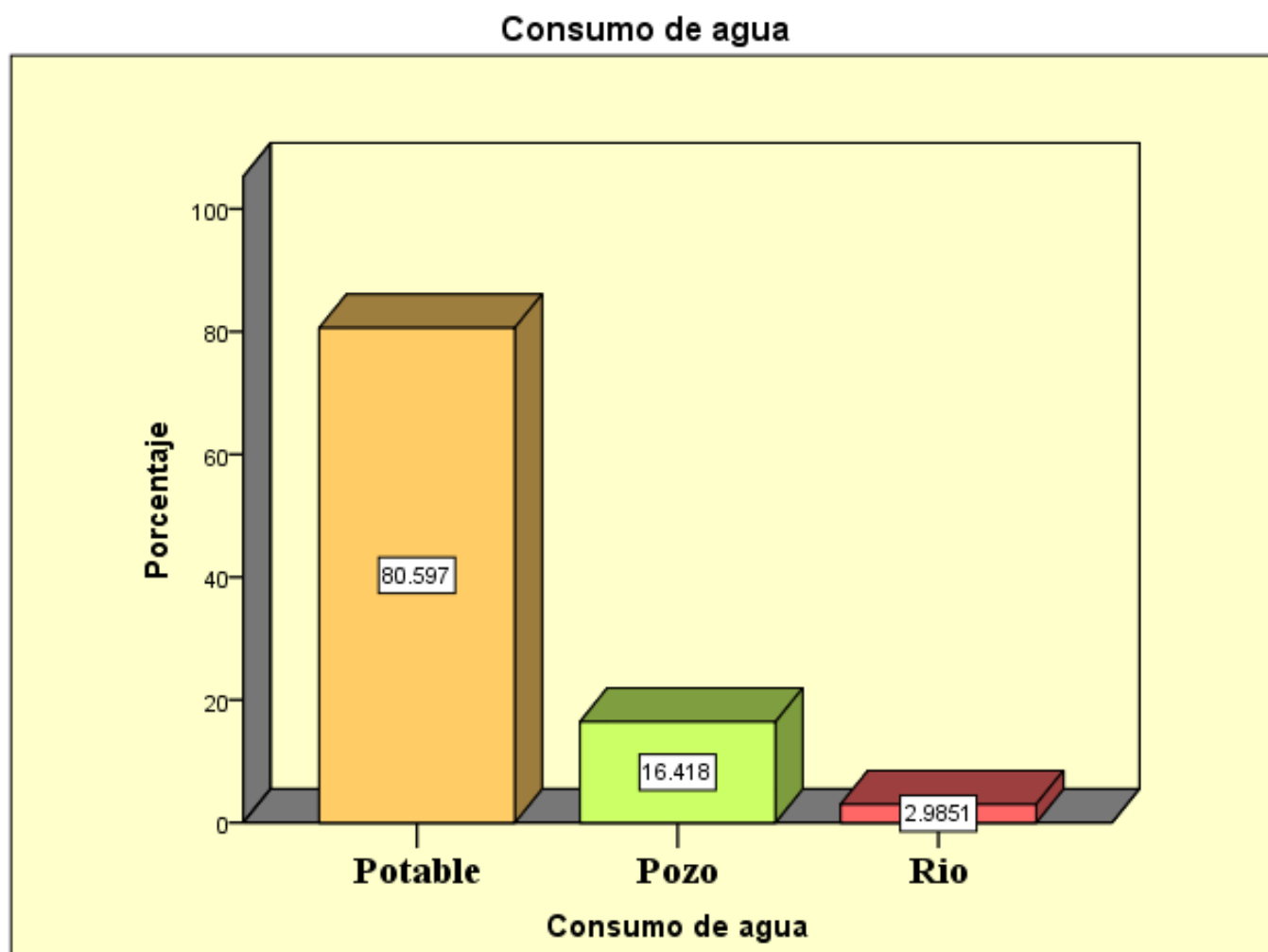
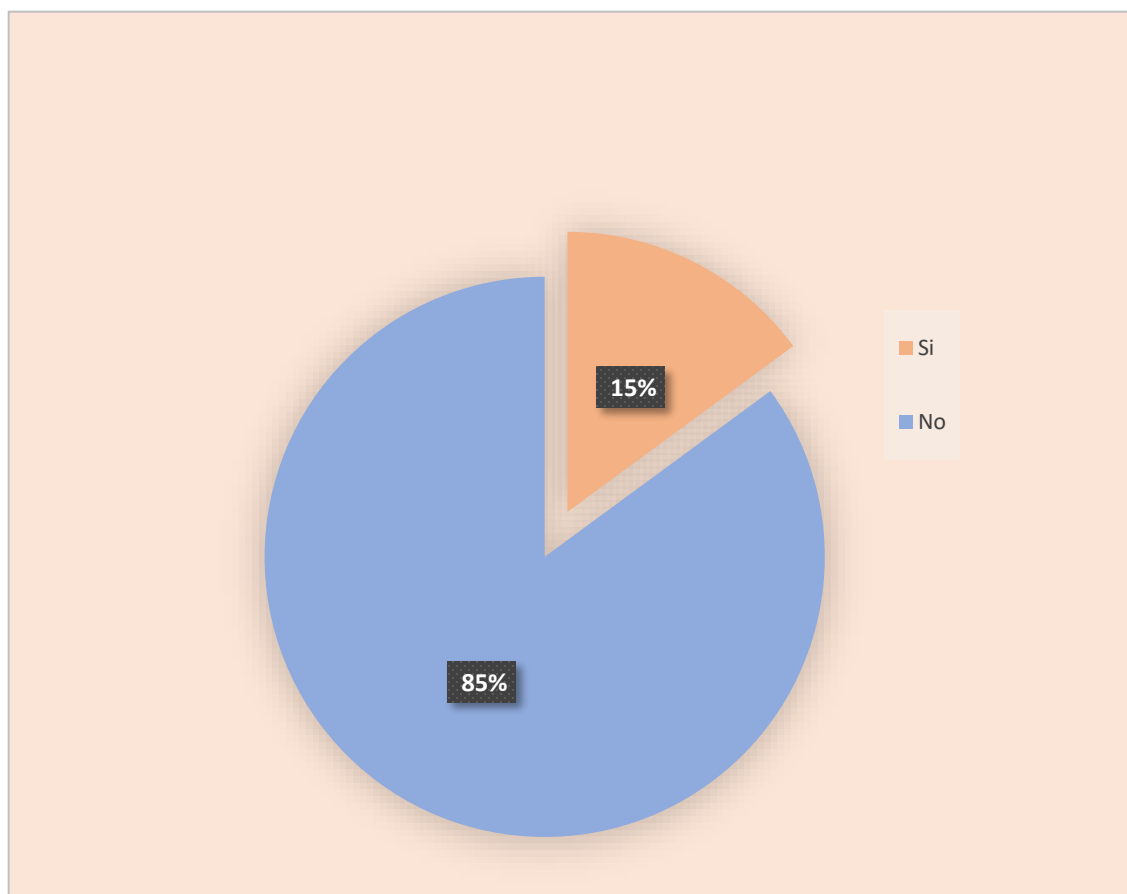


TABLA 3

Consumo de agua.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Potable	54	80.6	80.6	80.6
	Pozo	11	16.4	16.4	97.0
	Rio	2	3.0	3.0	100.0
	Total	67	100.0	100.0	

FIGURA 4*Uso de catárticos.***TABLA 4***Pacientes en los que se hizo uso de catárticos*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	10	14.9	14.9	14.9
	No	57	85.1	85.1	100.0
	Total	67	100.0	100.0	

FIGURA 5

Catárticos usados en los niños con EDA.

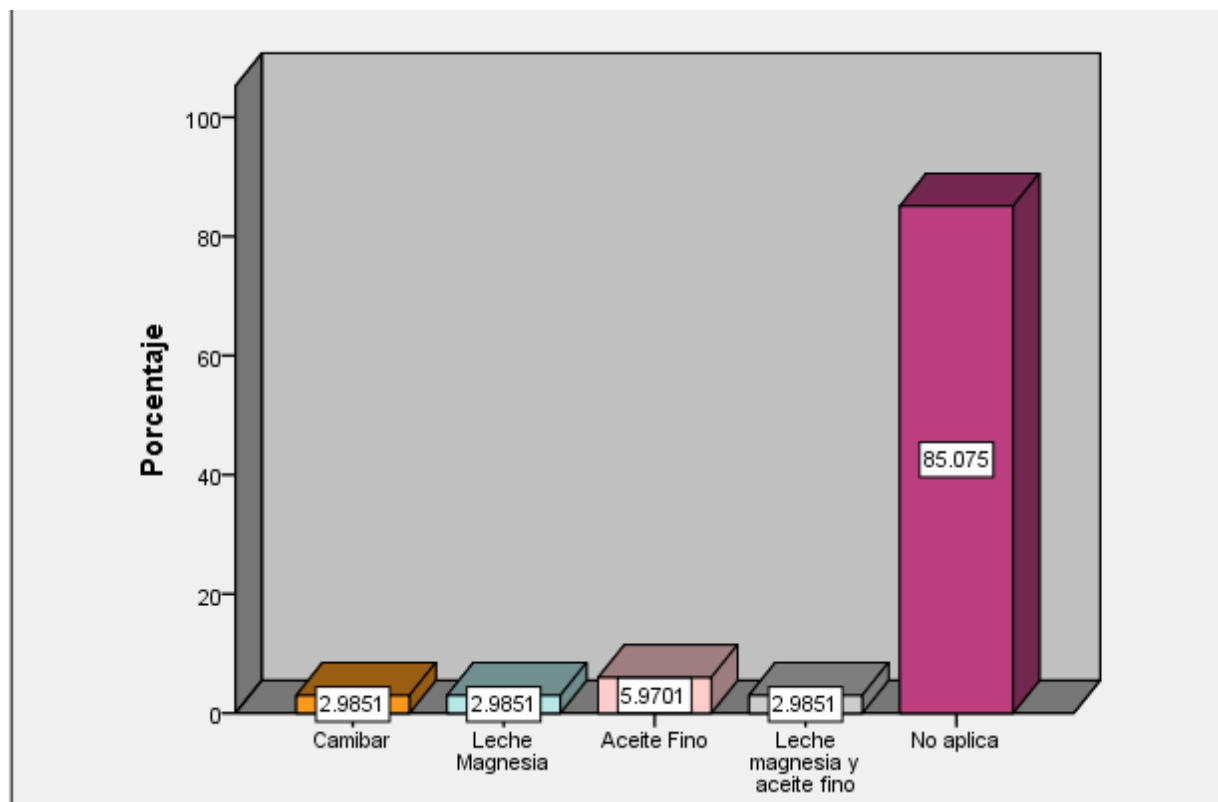


TABLA 5

Catárticos usados en los niños con EDA.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Camíbar	2	3.0	3.0	3.0
	Leche Magnesia	2	3.0	3.0	6.0
	Aceite Fino	4	6.0	6.0	11.9
	Leche magnesia y aceite fino	2	3.0	3.0	14.9
	No aplica	57	85.1	85.1	100.0
	Total	67	100.0	100.0	

FÍGURA Y TABLA 11

Lactantes menores que hicieron uso de catárticos y los que se complicaron.

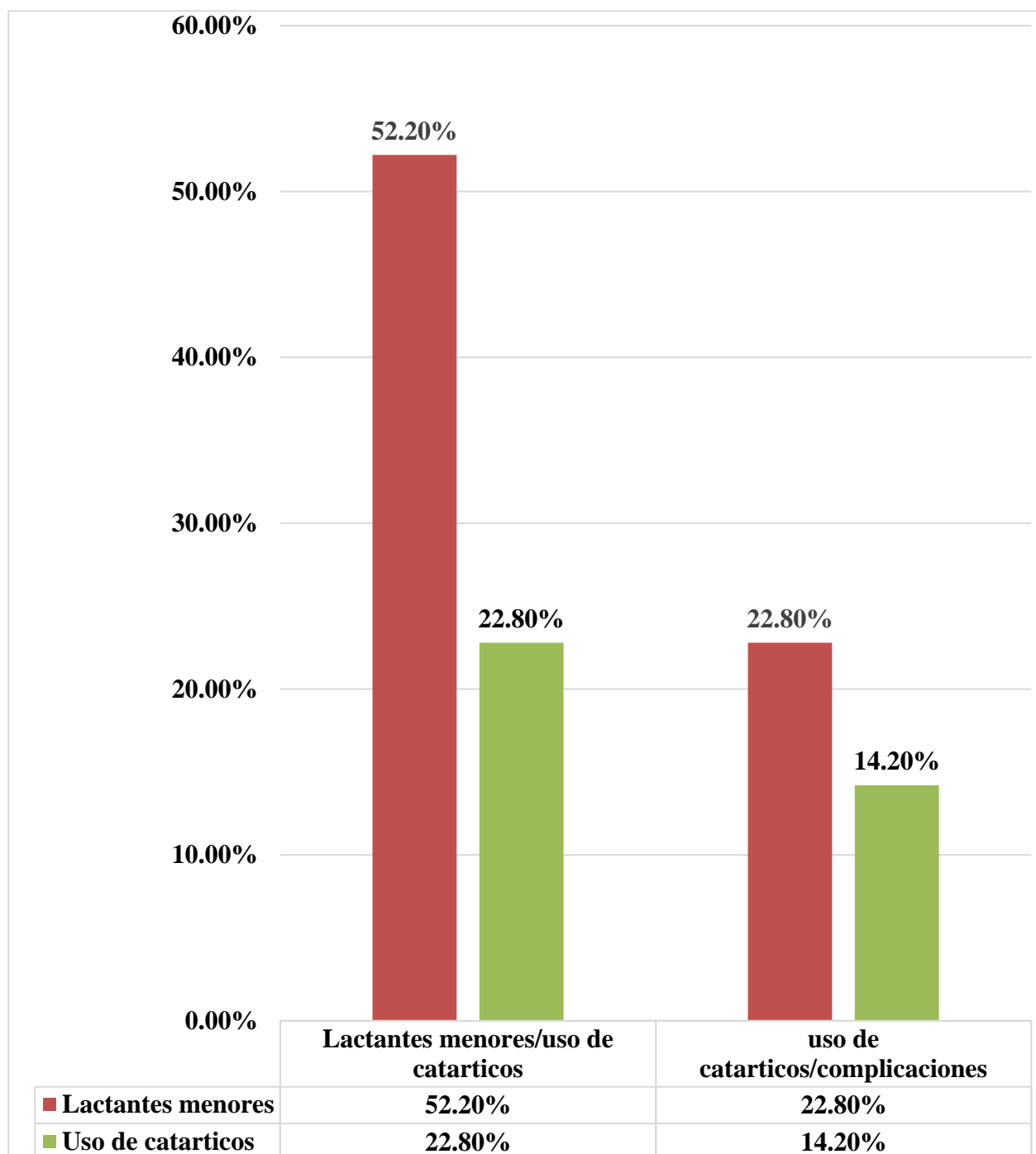


FIGURA 12

Días de evolución del cuadro diarreico al momento del ingreso.

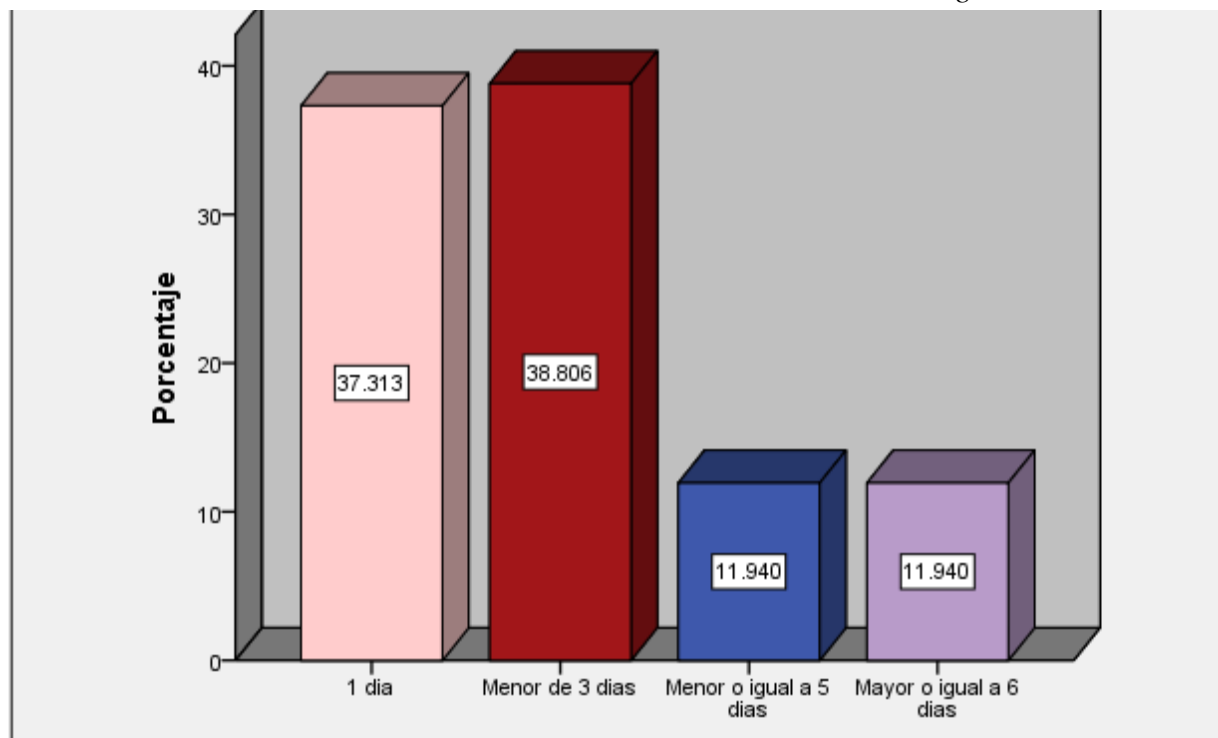
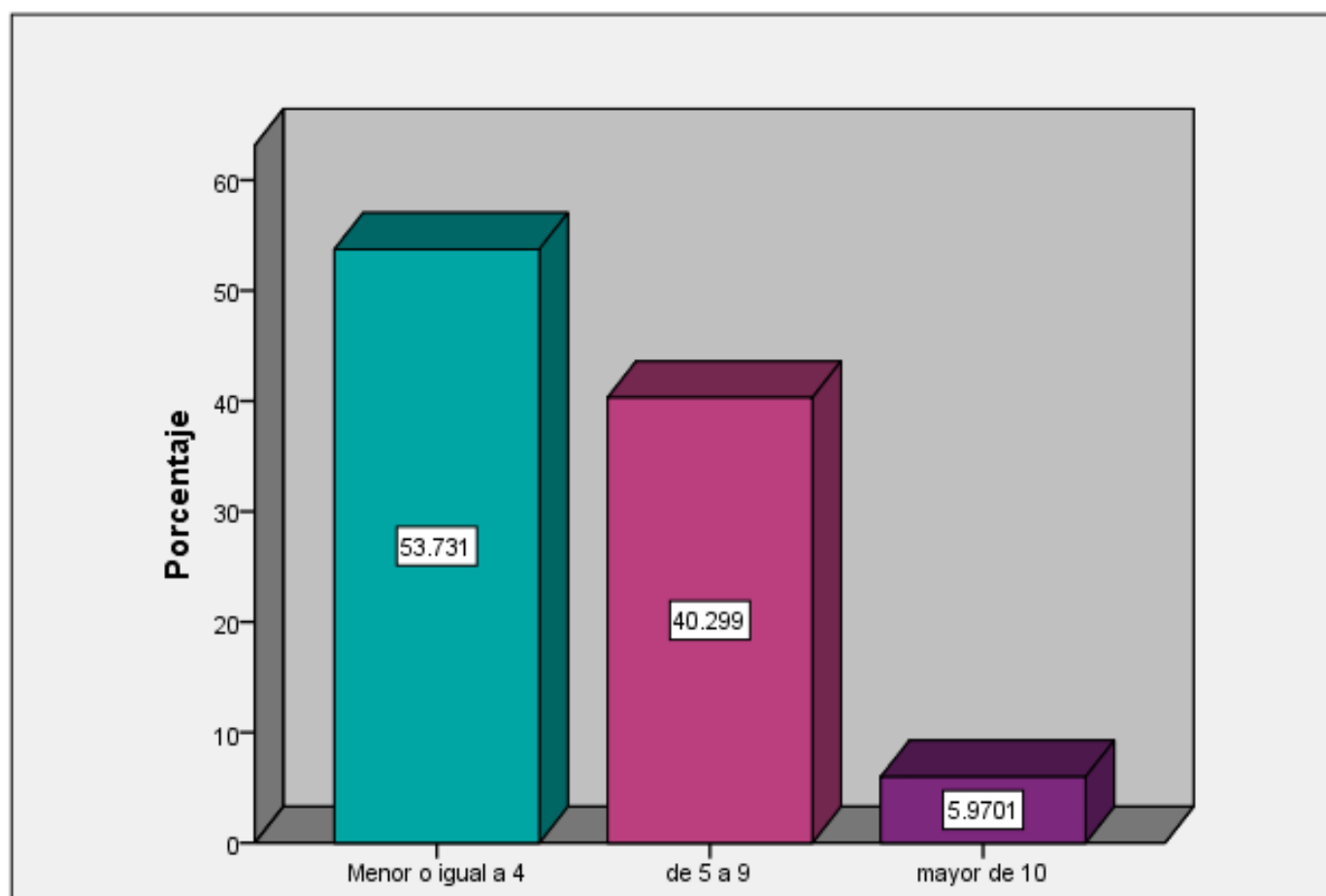


TABLA 12

Días de evolución del cuadro diarreico al momento del ingreso.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1 día	25	37.3	37.3	37.3
	Menor de 3 días	26	38.8	38.8	76.1
	Menor o igual a 5 días	8	11.9	11.9	88.1
	Mayor o igual a 6 días	8	11.9	11.9	100.0
	Total	67	100.0	100.0	

FIGURA 13*Número de deposiciones diarreas en 24 horas.***TABLA 13***Número de deposiciones diarreas en 24 horas.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Menor o igual a 4	36	53.7	53.7	53.7
	de 5 a 9	27	40.3	40.3	94.0
	mayor de 10	4	6.0	6.0	100.0
	Total	67	100.0	100.0	

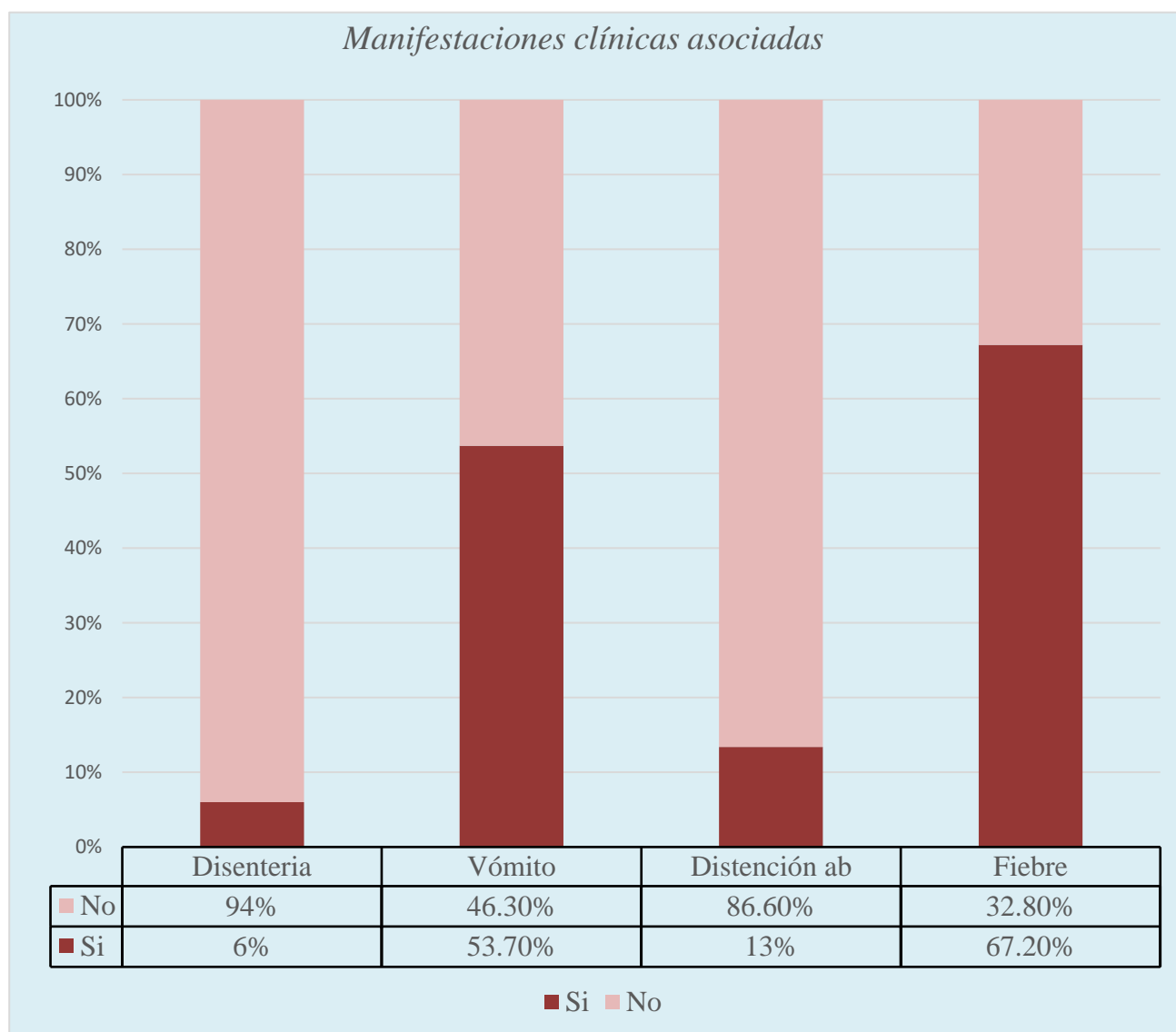
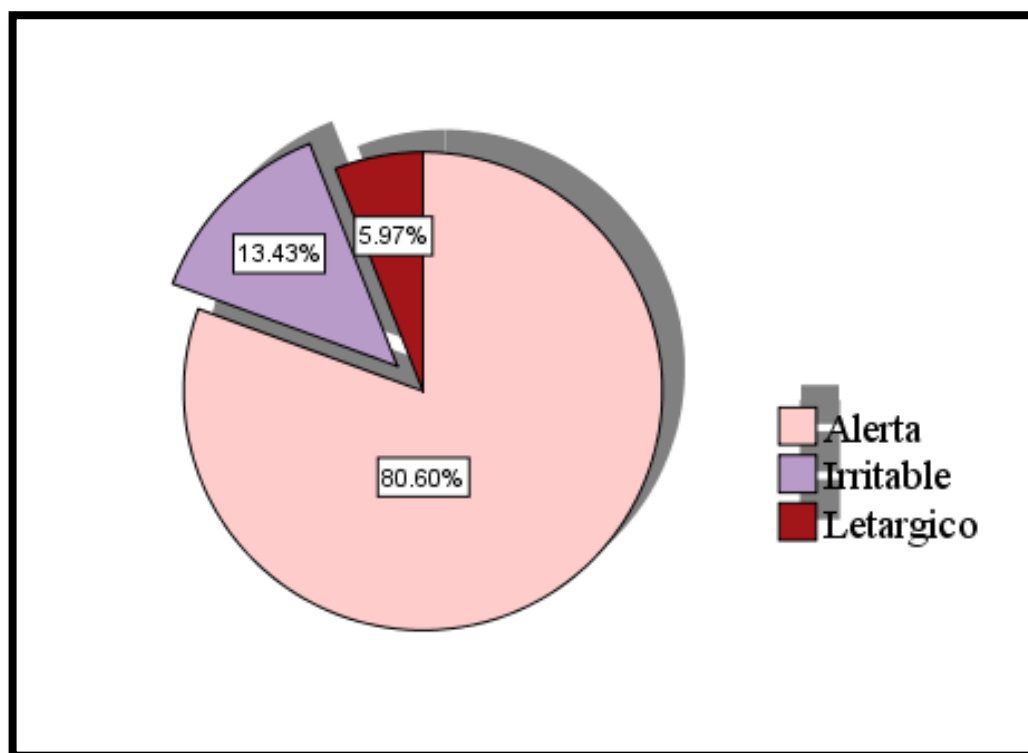
FIGURA Y TABLA 14

FIGURA 15

Estado de conciencia de los pacientes con EDA.

**TABLA 15**

Estado de conciencia de los pacientes con EDA.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Alerta	54	80.6	80.6	80.6
	Irritable	9	13.4	13.4	94.0
	Letárgico	4	6.0	6.0	100.0
	Total	67	100.0	100.0	

FIGURA 16

Clasificación de la EDA, según AIEPI.

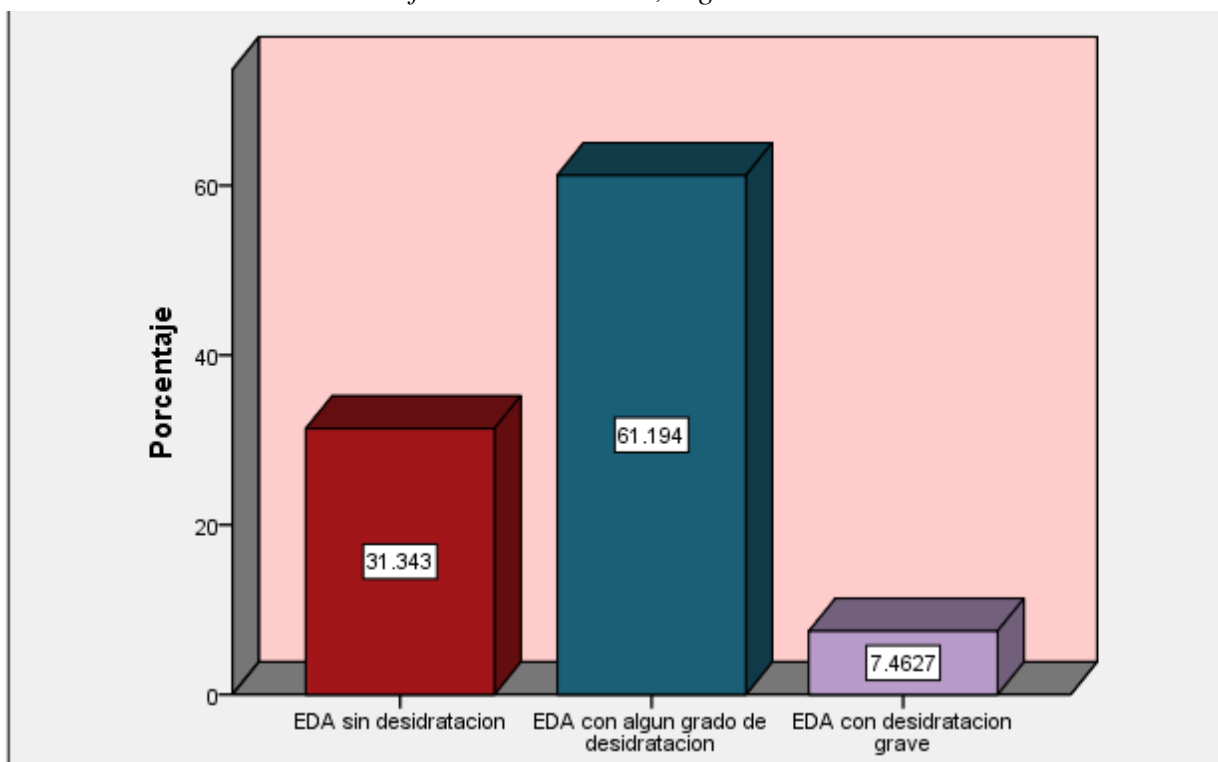


TABLA 6

Clasificación de la EDA, según AIEPI.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	EDA sin deshidratación	21	31.3	31.3	31.3
	EDA con algún grado de deshidratación	41	61.2	61.2	92.5
	EDA con deshidratación grave	5	7.5	7.5	100.0
	Total	67	100.0	100.0	

FÍGURA Y TABLA 17

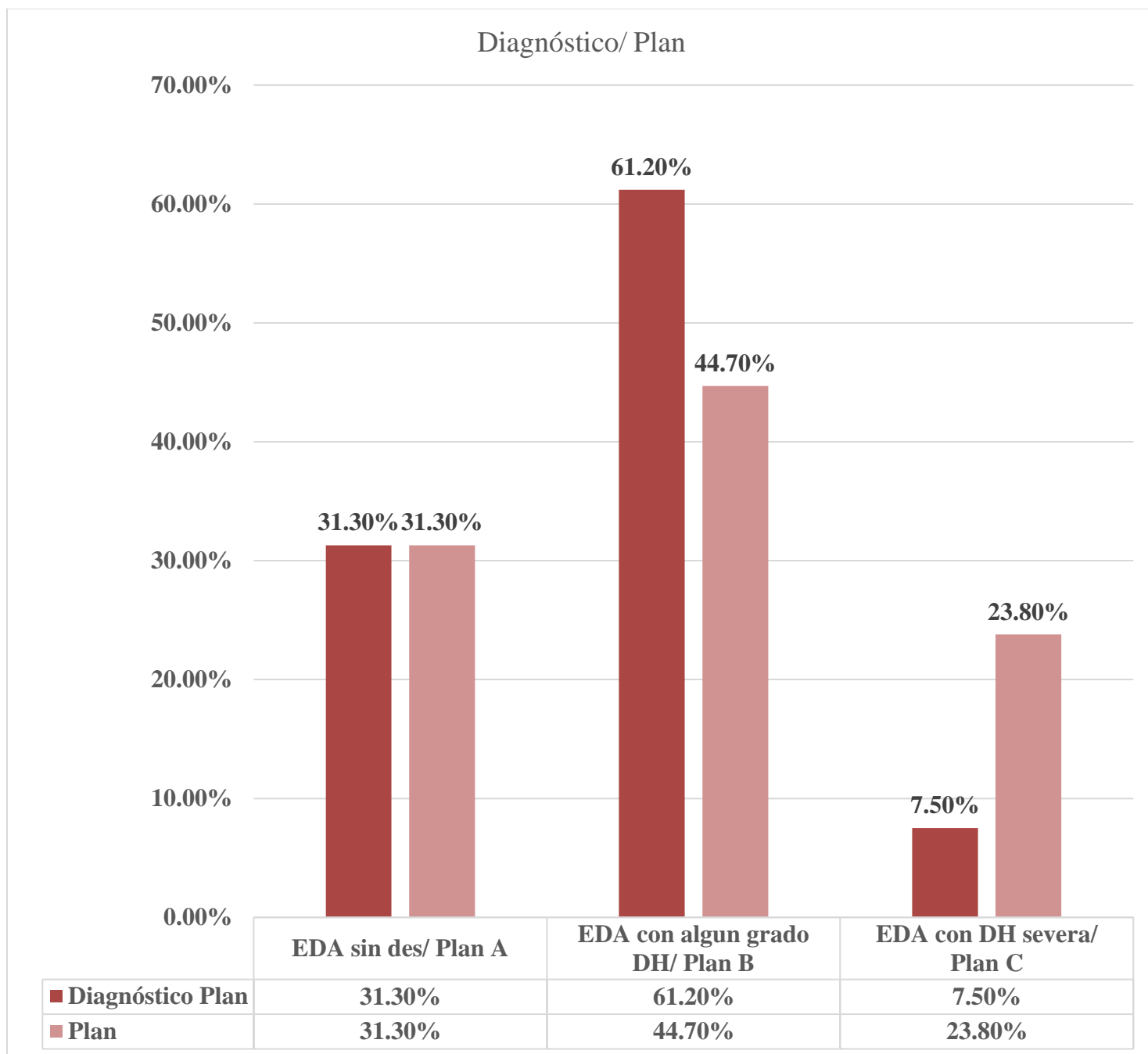


FIGURA 18

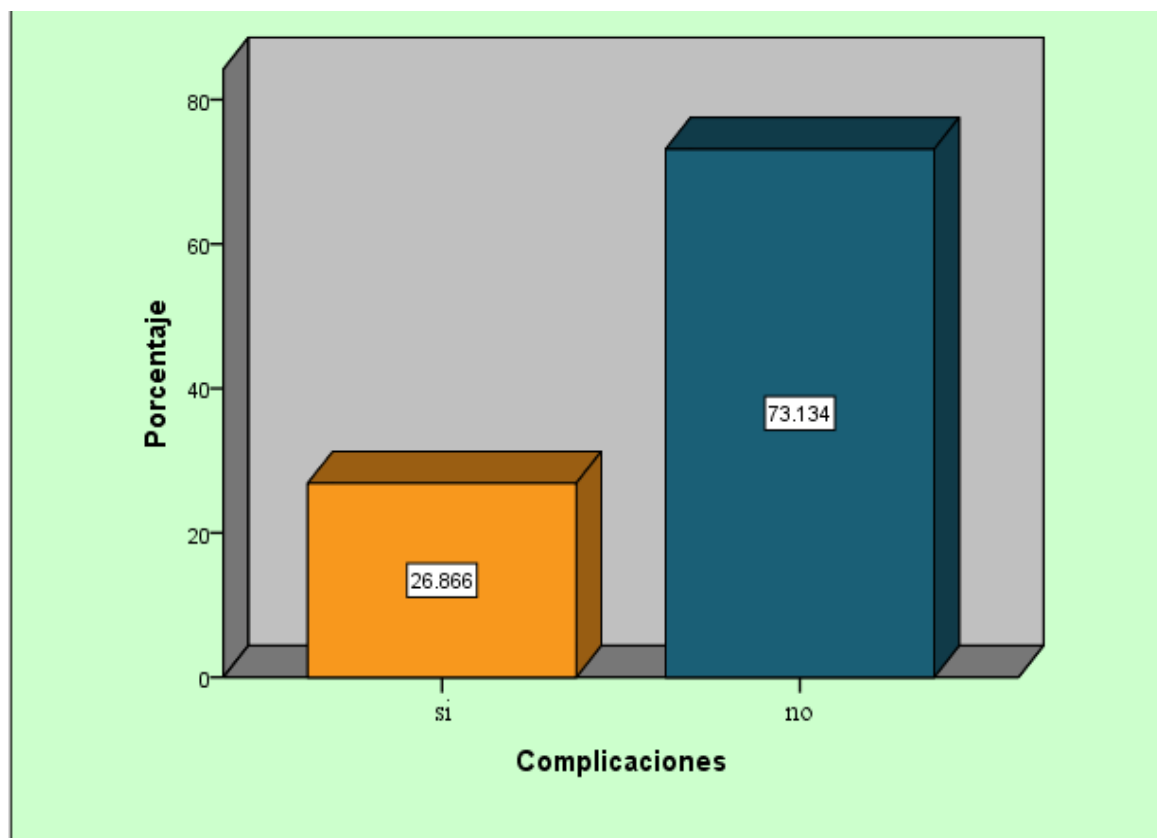
Complicaciones.

TABLA 18

Complicaciones.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	18	26.9	26.9	26.9
	no	49	73.1	73.1	100.0
	Total	67	100.0	100.0	

FIGURA 19

Complicaciones de los niños con EDA.

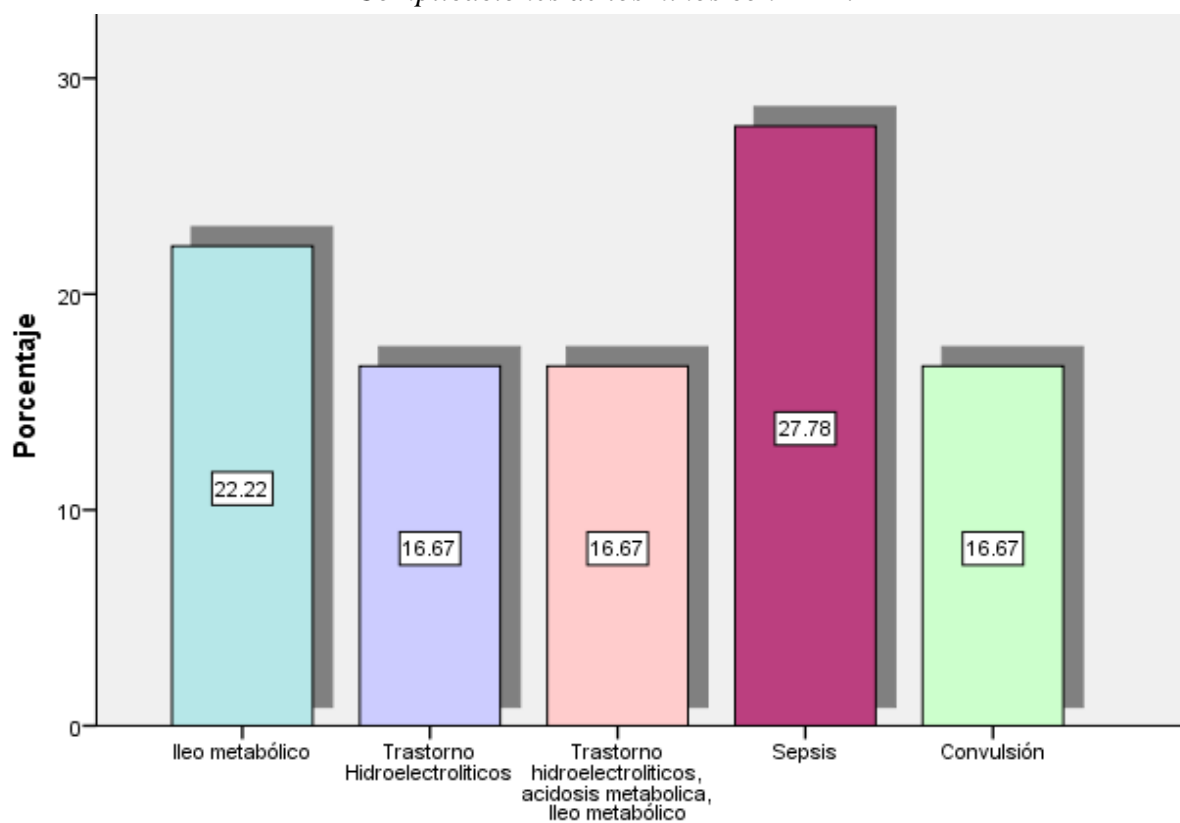


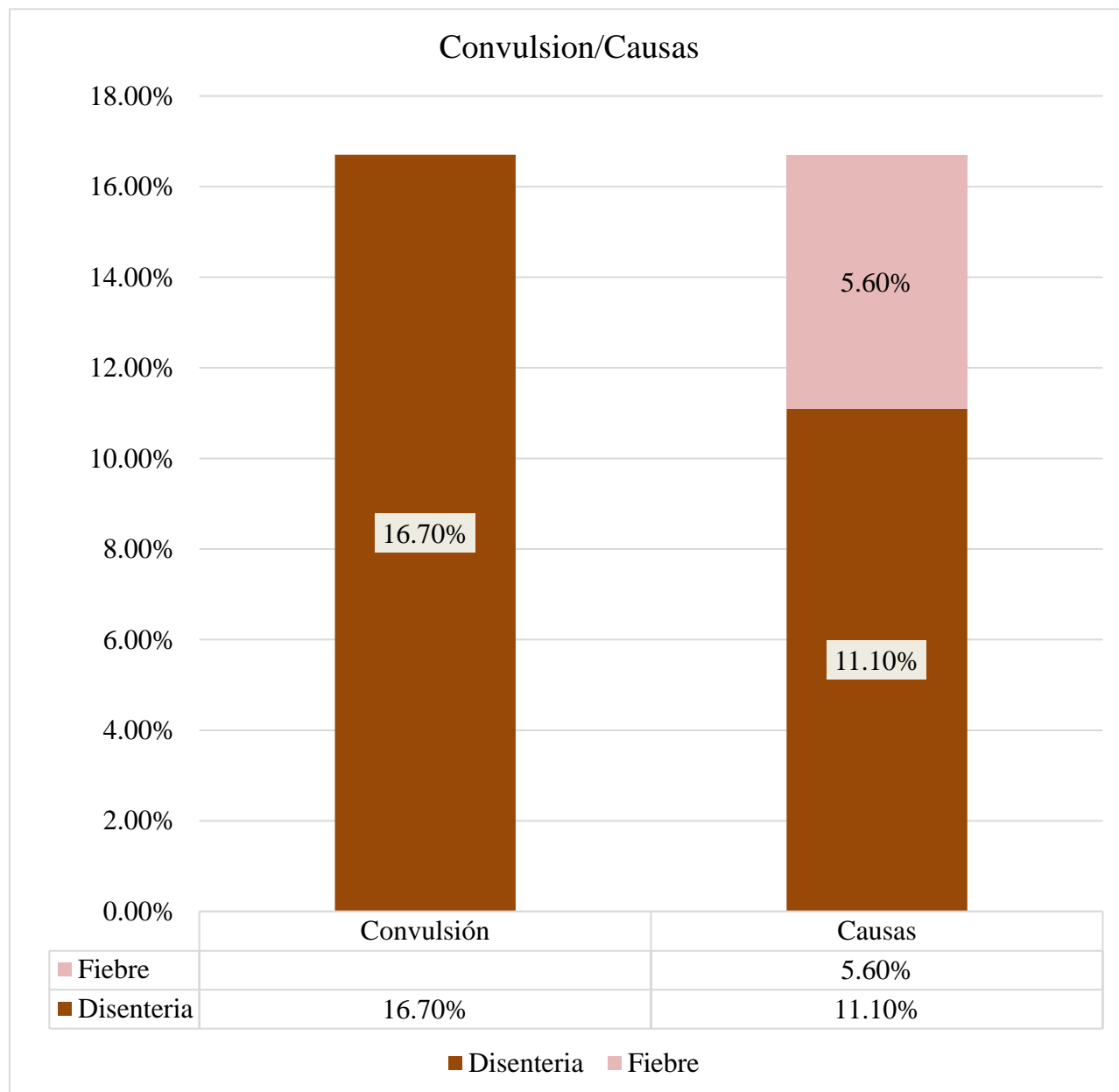
TABLA 19

Complicaciones de los niños con EDA.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Íleo metabólico	4	6.0	22.2	22.2
	Trastorno Hidroelectrolíticos	3	4.5	16.7	38.9
	Trastorno hidroelectrolíticos, acidosis metabólica, Íleo metabólico	3	4.5	16.7	55.6
	Sepsis	5	7.5	27.8	83.3
	Convulsión	3	4.5	16.7	100.0
	Total	18	26.9	100.0	
	No aplica	Sistema	49	73.1	

FÍGURA Y TABLAS 20

Causas de las convulsiones



FUGURA 21

Causas parenterales y enterales de la EDA.

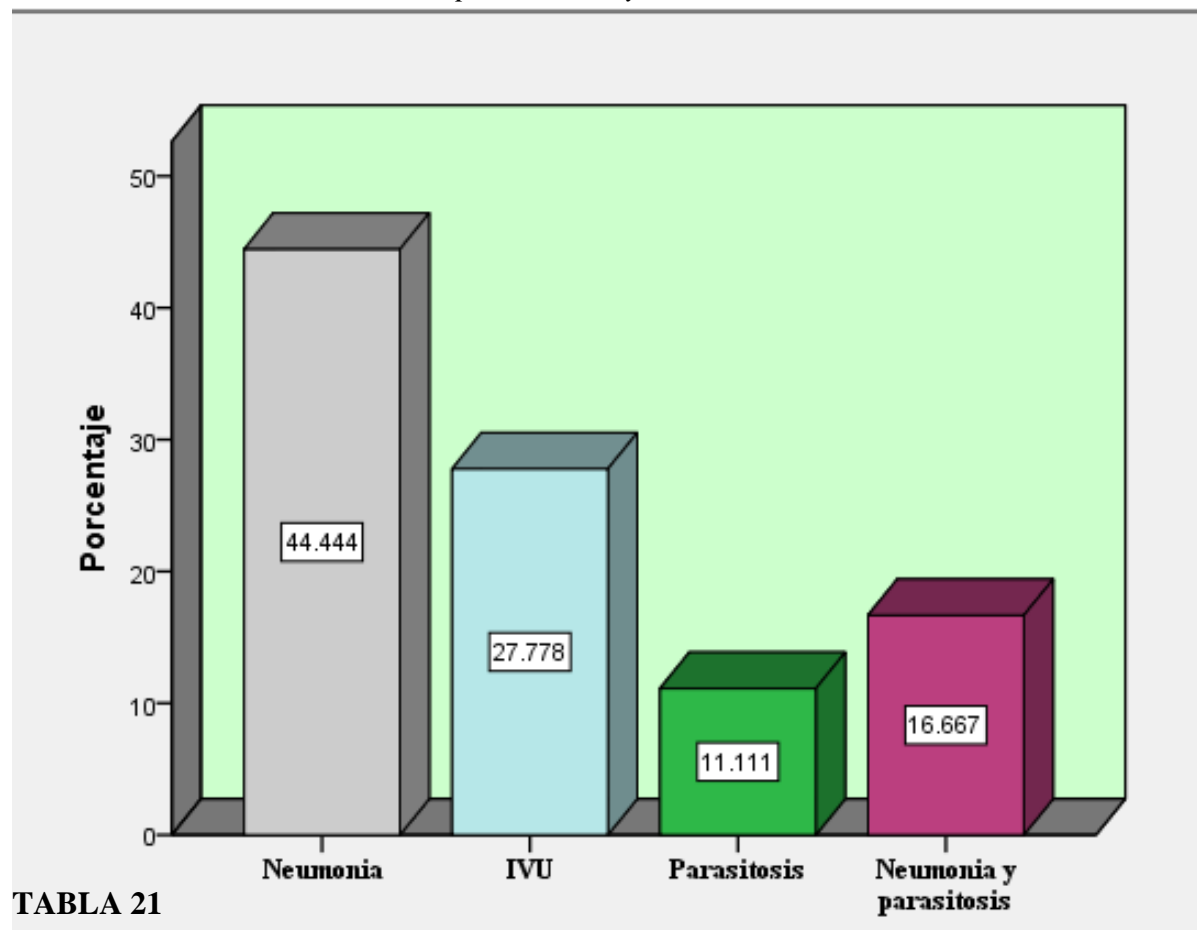


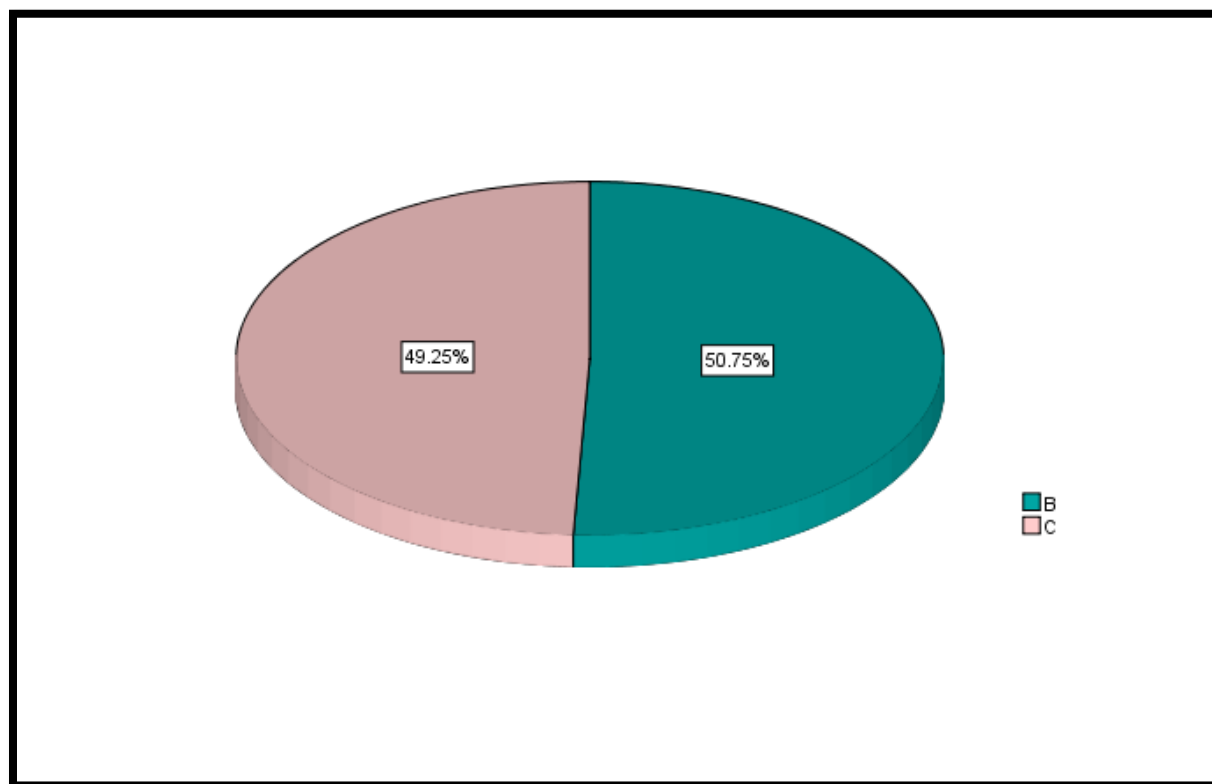
TABLA 21

Patologías asociadas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Neumonía	8	11.9	44.4	44.4
	IVU	5	7.5	27.8	72.2
	Parasitosis	2	3.0	11.1	83.3
	Neumonía y parasitosis	3	4.5	16.7	100.0
	Total	18	26.9	100.0	
No aplica	Sistema	49	73.1		
Total		67	100.0		

FIGURA 22

Condición de ingreso de los pacientes con EDA.

**TABLA 22**

Condición de ingreso de los pacientes con EDA.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	B	34	50.7	50.7	50.7
	C	33	49.3	49.3	100.0
	Total	67	100.0	100.0	

FIGURA Y TABLA 23.

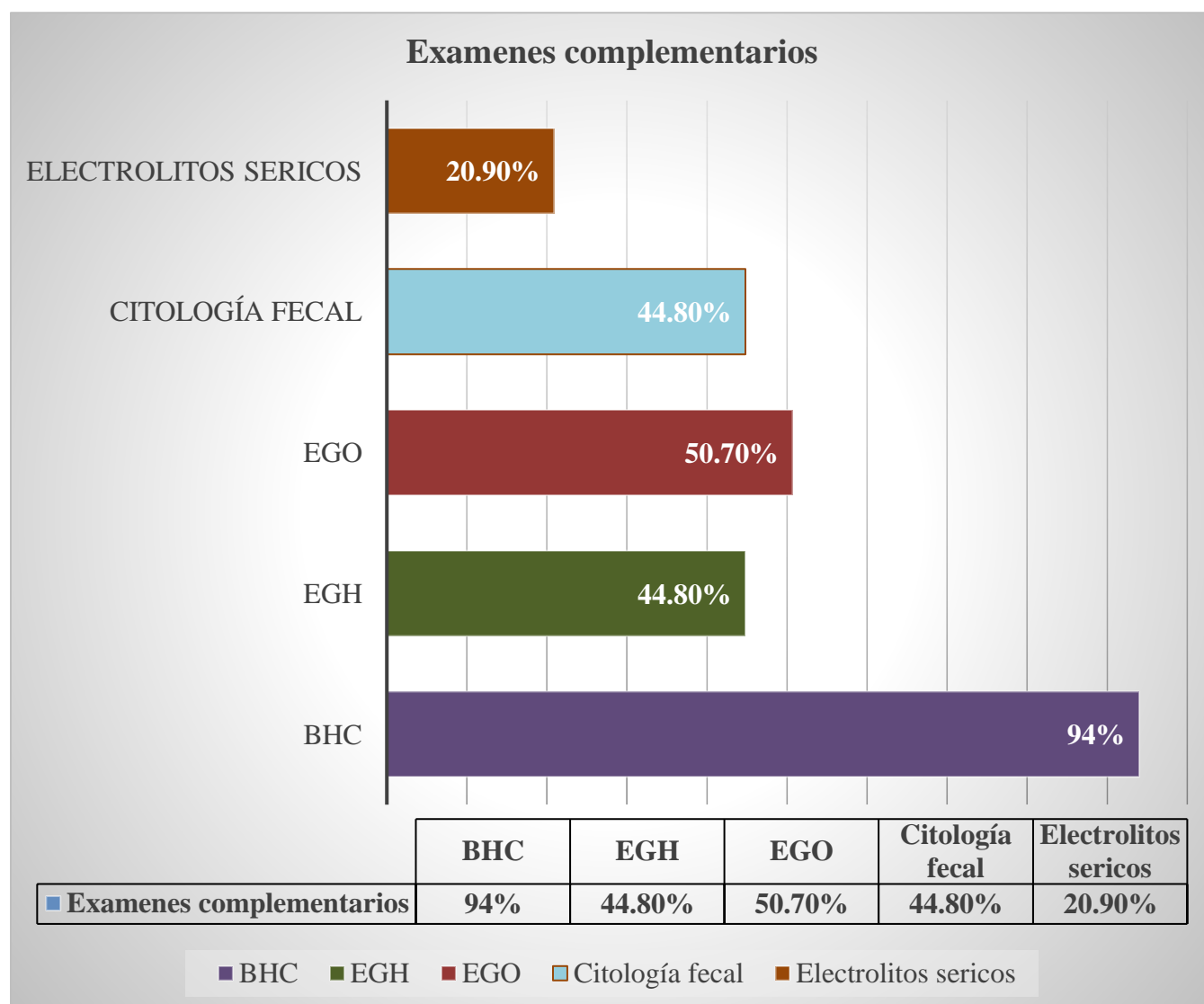
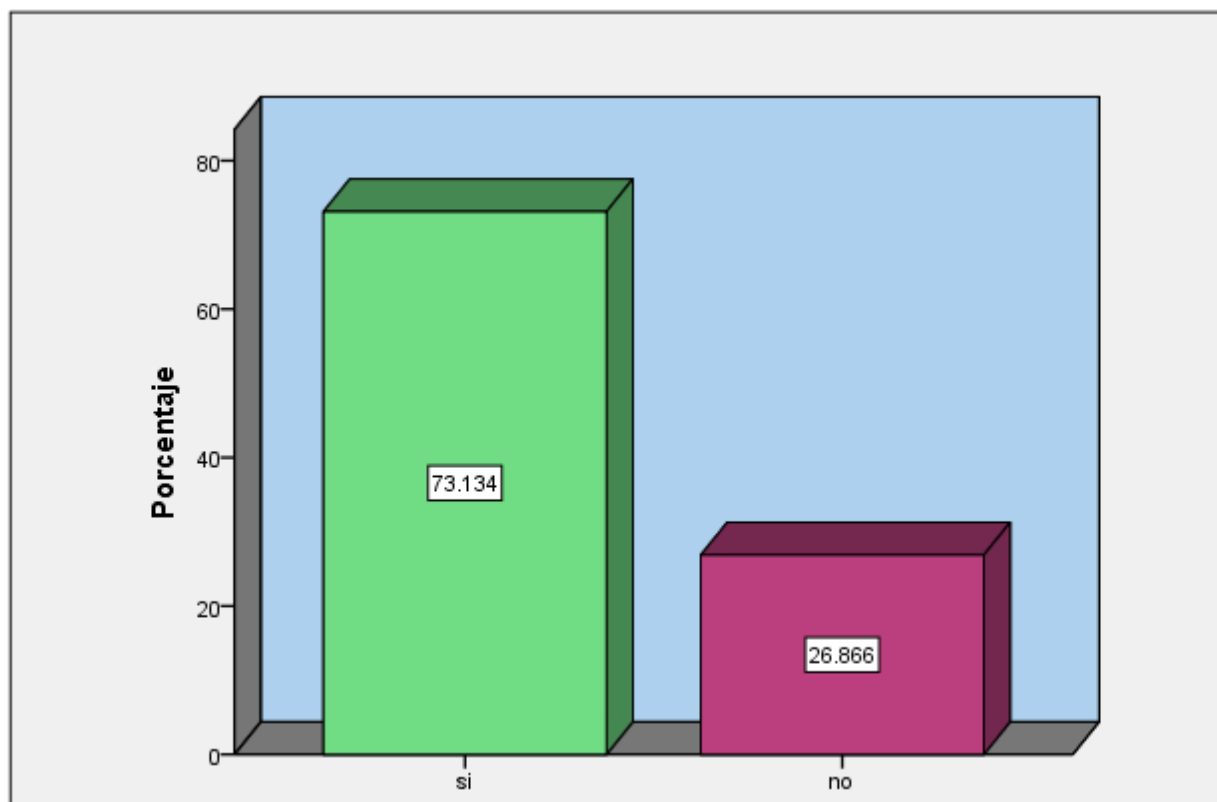
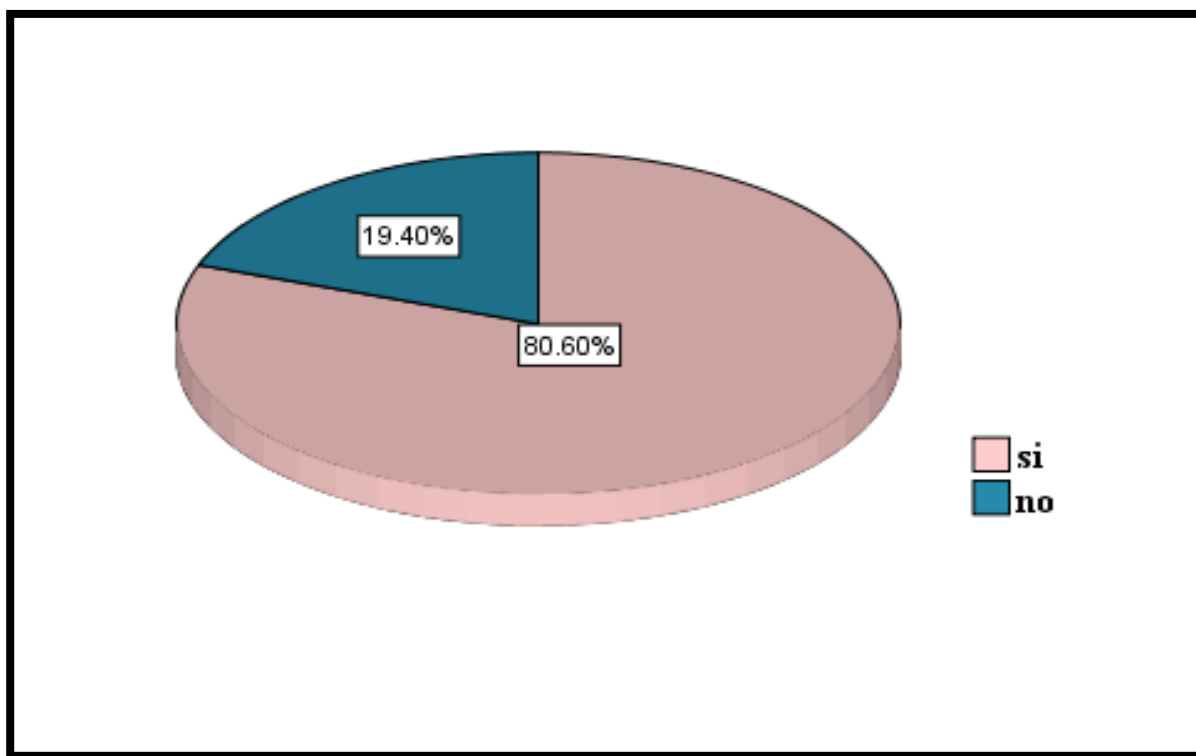
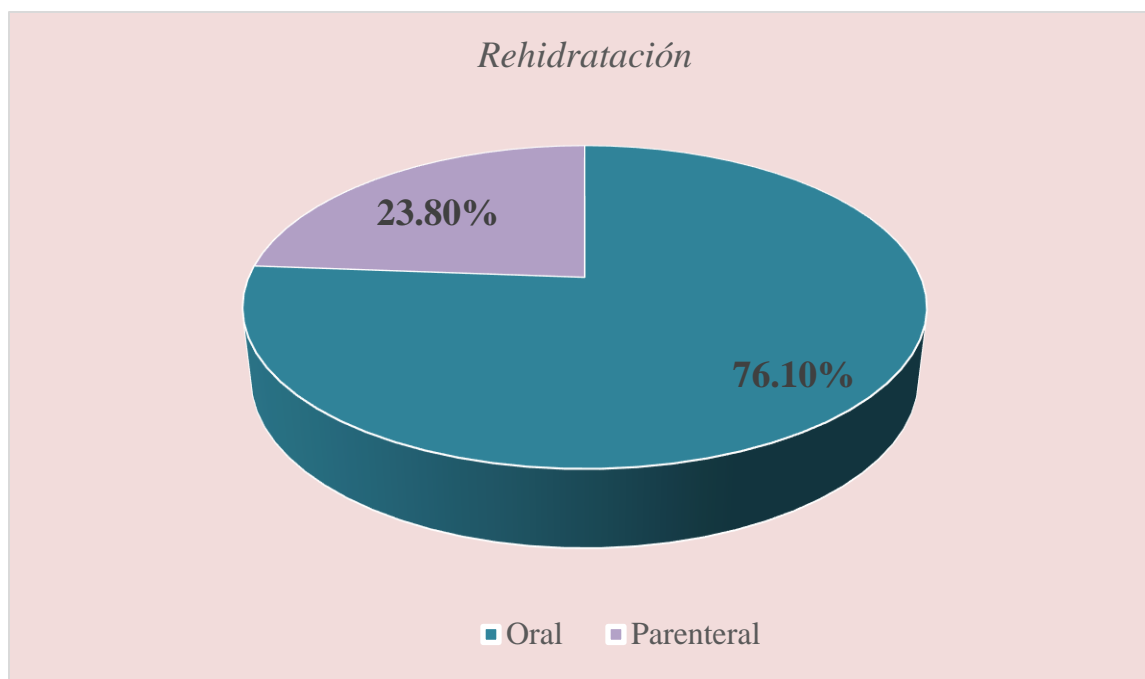


FIGURA 24*Continuaron alimentación.***TABLA 24***Continuaron alimentación.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	49	73.1	73.1	73.1
	no	18	26.9	26.9	100.0
	Total	67	100.0	100.0	

FIGURA 25*Uso de sulfato de zinc.***TABLA 25***Uso de sulfato de zinc.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	54	80.6	80.6	80.6
	no	13	19.4	19.4	100.0
	Total	67	100.0	100.0	

FIGURA 26**TABLA 26**

Rehidratación de los niños con EDA.

Oral	51 (76.1%)	Plan A 21 (31.3%)
		Plan B 30 (44.7%)
Parenteral	16 (23.8%)	Plan C 16 (23.8%)

FIGURA 27

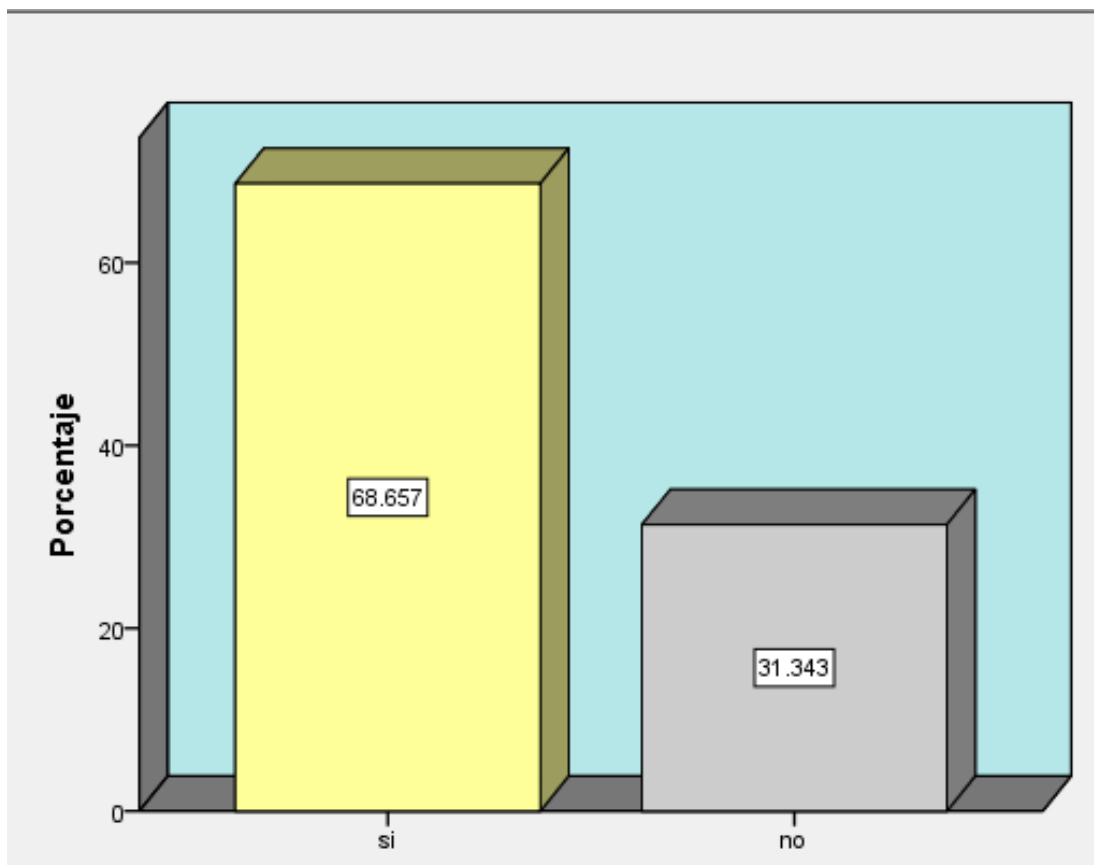
Antibioticoterapia.

TABLA 27

Antibioticoterapia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	46	68.7	68.7	68.7
	no	21	31.3	31.3	100.0
	Total	67	100.0	100.0	

FIGURA 28

Antibióticos utilizados.

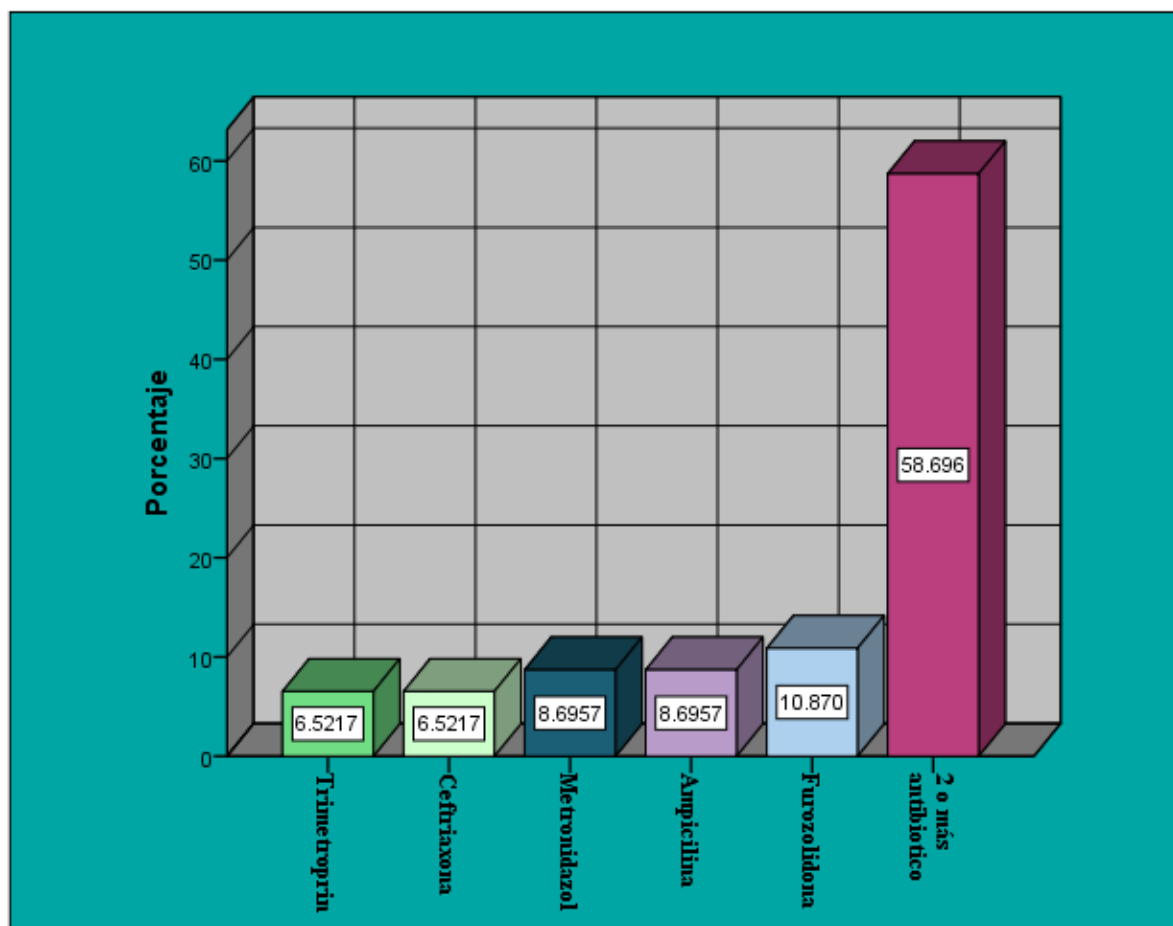


TABLA 28

Antibióticos utilizados.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Metronidazol	4	6.0	8.7	8.7
	Trimetoprim	3	4.5	6.5	15.2
	Furozolidona	5	7.5	10.9	26.1
	Ampicilina	4	6.0	8.7	34.8
	Ceftriaxona	3	4.5	6.5	41.3
	2 o más antibiótico	27	40.3	58.7	100.0
	Total	46	68.7	100.0	
No aplica	Sistema	21	31.3		
Total		67	100.0		

FÍGURA Y TABLA 29

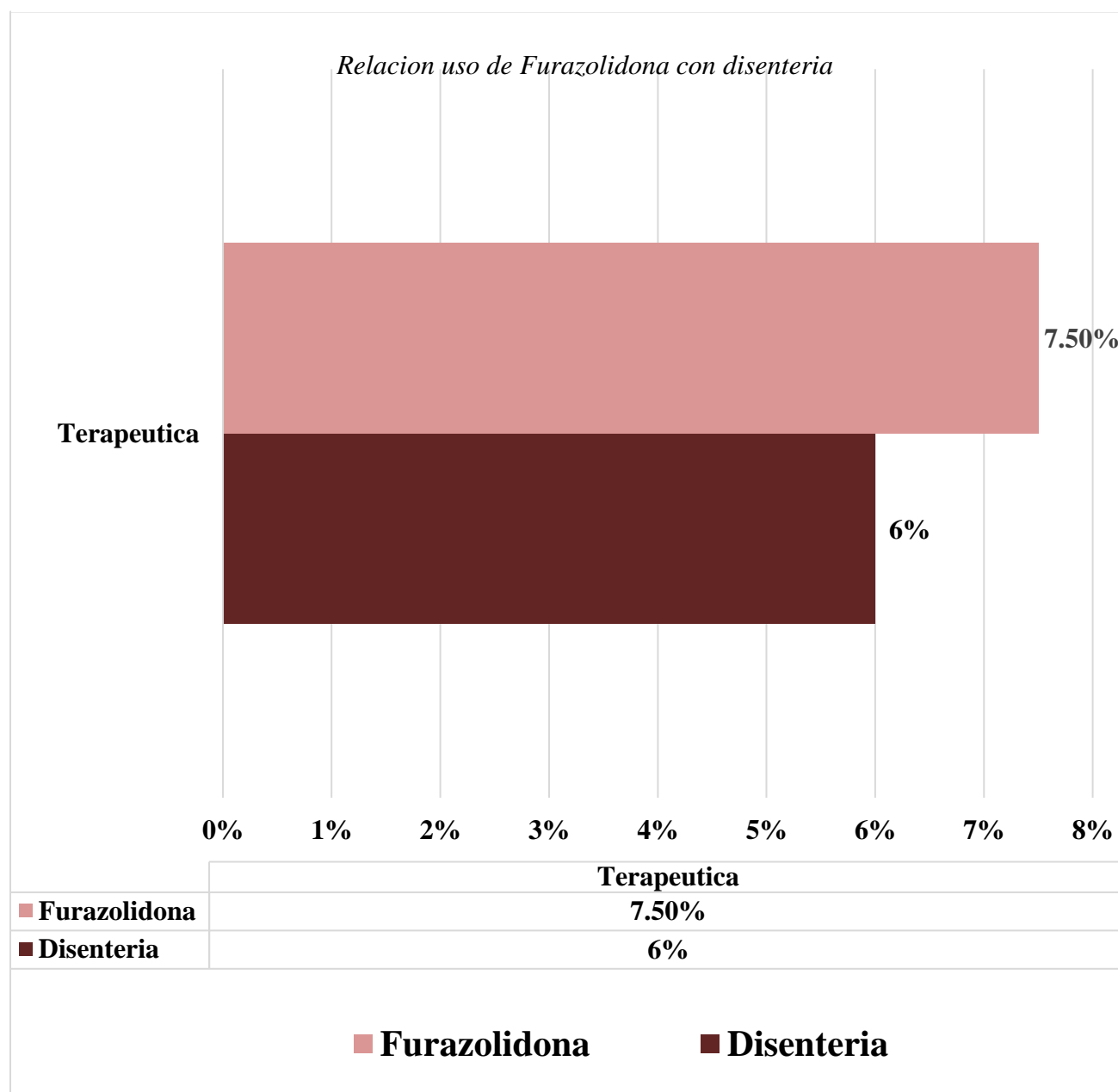


FIGURA 30

¿Estaba justificado el uso de antibiótico?

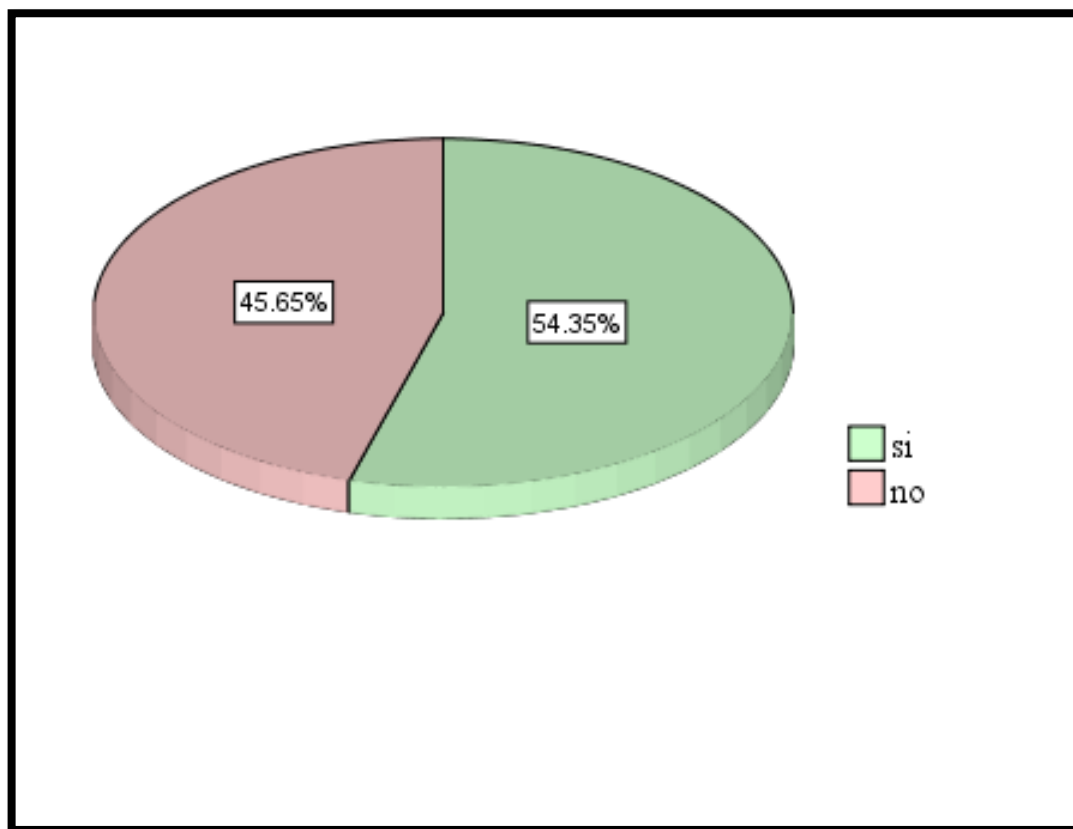
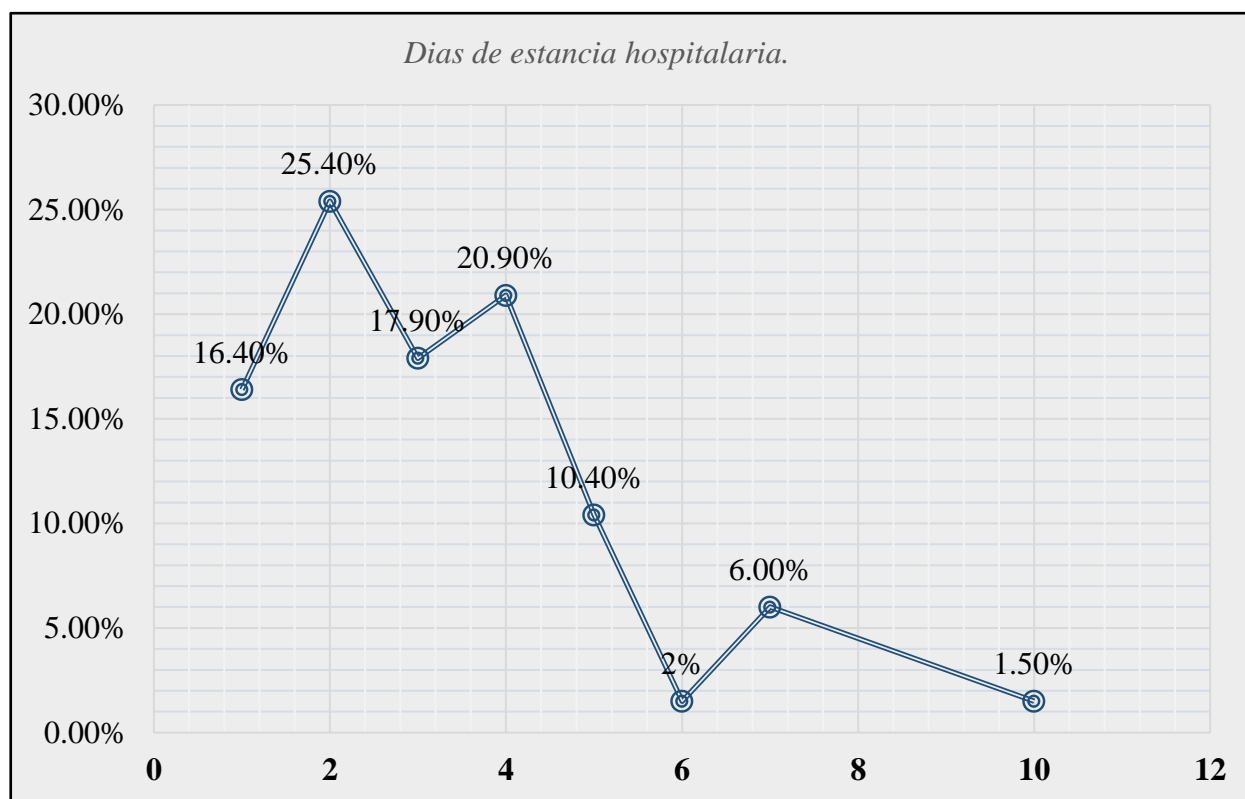


TABLA 30

¿Estaba justificado el uso de antibiótico?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	25	37.3	54.3	54.3
	no	21	31.3	45.7	100.0
	Total	46	68.7	100.0	
No aplica	Sistema	21	31.3		
Total		67	100.0		

FIGURA 31**TABLA 31***Días de estancia intrahospitalaria*

DIAS	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	11	16.4	16.4
	2	17	25.4	41.8
	3	12	17.9	59.7
	4	14	20.9	80.6
	5	7	10.4	91.0
	6	1	1.5	92.5
	7	4	6.0	98.5
	10	1	1.5	100.0
	Total	67	100.0	100.0

FIGURA 32

Egreso.

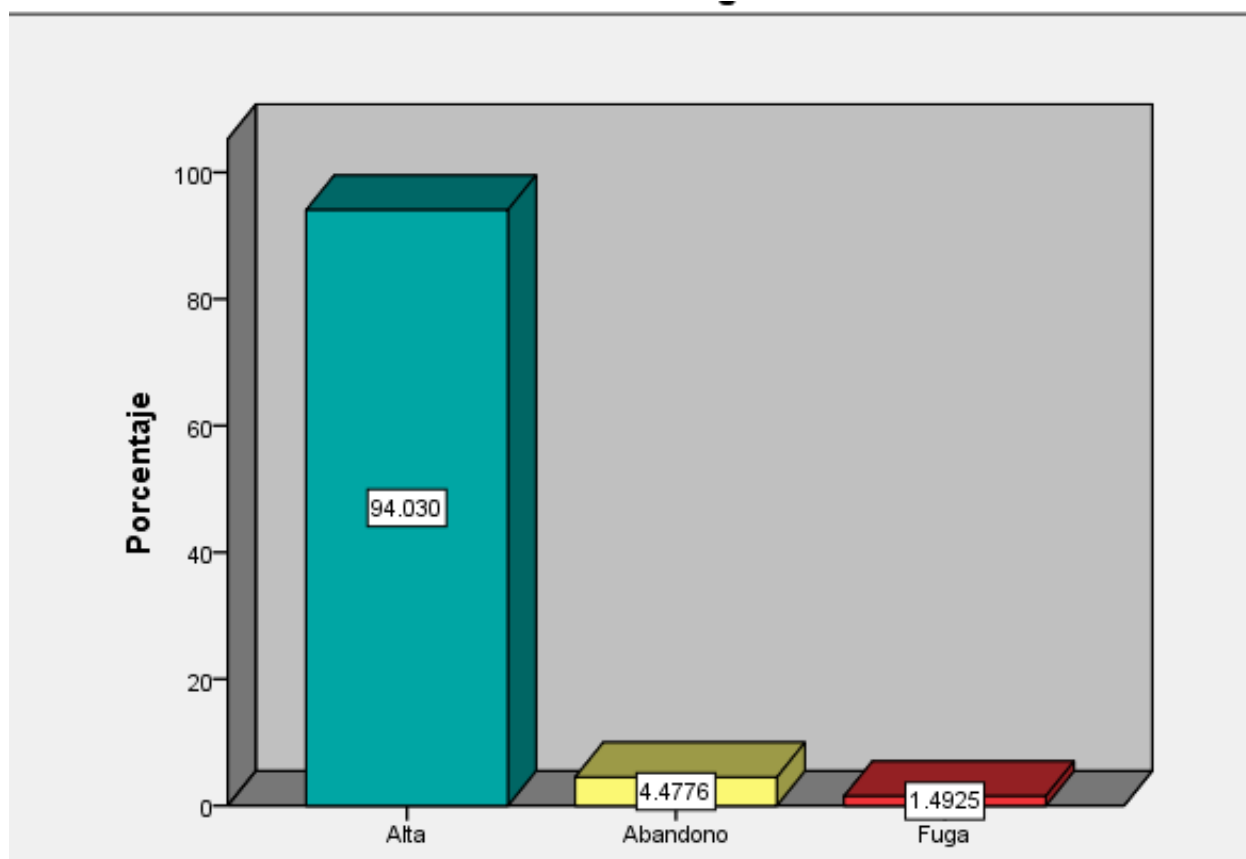


TABLA 32

Egreso.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Alta	63	94.0	94.0	94.0
	Abandono	3	4.5	4.5	98.5
	Fuga	1	1.5	1.5	100.0
	Total	67	100.0	100.0	

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA

FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA DE CHONTALES

“Cornelio Silva Arguello”



Guia de revision Documental

1. Características.

Procedencia. Urbana Rural

Sexo. Masculino: Femenino:

Edad:

Lactante menor (1 mes-1 año) Lactante mayor (1-2 años) Preescolar (3-5 años)

Vacunas Completas Incompletas No documentadas

Estado nutricional

Eutrófico Sobre peso Obesidad Bajo peso Emaciado Emaciado severo

Alimentación

Lactancia materna exclusiva: Si No Formula: Si No Mixta: Si No

Otros _____

Inicio de ablactación: < 6 meses > 6 meses No aplica

Consumo de agua

Potable Pozo Otros _____

Uso de catárticos Si No

Camíbar Leche Magnesia Aceite Fino Otros: _____

2. Diagnostico

Manifestaciones clínicas:

Tiempo de inicio de cuadro diarreico. Días _____

Nº de deposiciones ≤ 4 5-9 > 10

Disentería: Si No . Vómitos: Si No . Distensión abdominal: Si No . Fiebre:

Si No . Estado conciencia: Alerta Irritable Letárgico

Diagnostico según grado de hidratación.

EDA sin deshidratación EDA con algún grado de deshidratación

EDA con deshidratación grave

Complicaciones Si No ¿Cuál? _____

Causas parenterales o enterales. Si No ¿Cuál? _____

Condición de ingreso. B C

Exámenes complementarios:

BHC EGH EGO Citología fecal Electrolitos séricos

3. Tratamiento y condición de egreso.

Se siguió alimentado: Sí No

Rehidratación: Oral Parenteral

Plan A Plan B Plan C

Sulfato de Zinc: Si No

Antibioticoterapia: Si No ¿Cuál? _____

Está justificado Si No

Estancia intrahospitalaria _____

Condición de egreso. Alta Traslado Abandono Fuga Fallecimiento



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

FAREM- CHONTALES

"Cornelio Silva Argüello"

Carta de solicitud de permiso

Juigalpa, Enero, 2022

Hospital Escuela Regional Asunción Juigalpa.

Director: Dr. Ochoa

Subdirectora: Dra. Cruz

Cordiales saludos:

Por este medio nos dirigimos a ustedes las estudiantes V año de medicina de la UNAN-FAREM- CHONTALES. Br. Fátima Karina Duarte Duarte (Nº de carnet 17800261), Br. Keyla Dayana Fernández Bonilla (Nº de carnet 17803946), realizando formal solicitud de permiso, para llevar a cabo la revisión de expediente clínico, en el área de estadística para la aplicación de nuestro estudio para optar al título en Medicina y cirugía titulado: Cumplimiento de la guía de AIEPI en el abordaje diagnóstico y terapéutico de la enfermedad diarreica aguda en niños de 1 mes a 5 años de edad ingresados en el servicio de pediatría del HERAJ, en el periodo de enero-Dic. del año 2021.

Agradecidas de antemano y esperando una respuesta positiva.

Dr. Fernando Suarez Diaz
MÉDICO GENERAL
ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA
C.O.D. MINSA 59357

Dr. Fernando Suarez -Tutor Clínico.
Médico General- Pediatra del HERAJ.

DOCD INLD
PROV SEGURO
SO HERAJ

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL
HOSPITAL ESCUELA REGIONAL ASUNCIÓN

Hoja de validación de instrumento.

Estimado (a) docente reciba usted nuestros más cordiales saludos. Esta ficha es diseñado para la validación del instrumento del proceso investigativo titulado: “Abordaje diagnóstico y terapéutico de la enfermedad diarreica aguda en niños mayores de un mes y menores de 5 años ingresados en el servicio de pediatría del Hospital Escuela Regional Asunción Juigalpa, en el periodo de Agosto - Noviembre del año 2021” con finalidad de conocer su percepción, calificación y sugerencias sobre dicho tema, para identificar los errores de dicho instrumento y así mejorar la calidad del proyecto de investigación, muchas gracias por su colaboración.

Datos personales.

Nombre y apellidos: _____

Profesión: _____

Especialidad: _____

Datos de calificación

1. ¿El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema y objetivo de la investigación?
 - a) Si
 - b) No

Si su respuesta es no, diga porque

-
2. ¿La estructura del instrumento es adecuado?
 - a) Si
 - b) No

Si su respuesta es no, diga porque

3. ¿Los ítems del instrumento están correctamente formulados (claros y entendibles)?

- a) Si
- b) No

Si su respuesta es no, diga porque

4. ¿Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de variables?

- a) Si
- b) No

Si su respuesta es no, diga porque

5. ¿La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento?

- a) Si
- b) No

Si su respuesta es no, diga porque

6. ¿Las categorías de cada ítem son suficientes?

- a) Si
- b) No

Si su respuesta es no, diga porque

7. ¿El número de ítem es adecuado para su aplicación?

- a) Si
- b) No

Si su respuesta es no, diga porque

8. ¿Usted agregaría algún ítem?}

- a) Si
- b) No

Si su respuesta es sí, diga porque

9. ¿Usted eliminaría algún ítem?

- a) Si
- b) No

Si su respuesta es no, diga porque

10. Recomendaciones y/o sugerencias para mejorar el instrumento.

Hoja de validación de instrumento.

Estimado (a) docente reciba usted nuestros más cordiales saludos. Esta ficha es diseñado para la validación del instrumento del proceso investigativo titulado: "Abordaje diagnóstico y terapéutico de la enfermedad diarreica aguda en niños mayores de un mes y menores de 5 años ingresados en el servicio de pediatría del Hospital Escuela Regional Asunción Juigalpa, en el periodo de Agosto - Noviembre del año 2021" con finalidad de conocer su percepción, calificación y sugerencias sobre dicho tema, para identificar los errores de dicho instrumento y así mejorar la calidad del proyecto de investigación, muchas gracias por su colaboración.

Datos personales.Nombre y apellidos: Linnat Hernández LópezProfesión: Médico PediatraEspecialidad: Pediatría**Datos de calificación**

1. ¿El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema y objetivo de la investigación?

 a) Si

b) No

Si su respuesta es no, diga porque

2. ¿La estructura del instrumento es adecuado?

 a) Si

b) No

Si su respuesta es no, diga porque

3. ¿Los ítems del instrumento están correctamente formulados (claros y entendibles)?

 a) Si

b) No

Si su respuesta es no, diga porque

4. ¿Los ítems del instrumento responden a la Operalización de variables?

- a) Si
 b) No

Si su respuesta es no, diga porque

5. ¿La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento?

- a) Si
 b) No

Si su respuesta es no, diga porque

6. ¿Las categorías de cada ítem son suficientes?

- a) Si
 b) No

Si su respuesta es no, diga porque

7. ¿El número de ítem es adecuado para su aplicación?

- a) Si
 b) No

Si su respuesta es no, diga porque

8. ¿Usted agregaría algún ítem?}

- a) Si
 b) No

Si su respuesta es **si**, diga porque

Agregar complicaciones

9. ¿Usted eliminaría algún ítem?

- a) Si
 b) No

Si su respuesta es no, diga porque

10. Recomendaciones y/o sugerencias para mejorar el instrumento.

Agregar implicación para poder relacionar en el testamento en el caso de uso de liquidación

Dra. Linnet Rodríguez Trigo
CENTRO DE INVESTIGACIONES
CODIGO UNS 1300

Hoja de validación de instrumento.

Estimado (a) docente reciba usted nuestros más cordiales saludos. Esta ficha es diseñado para la validación del instrumento del proceso investigativo titulado: "Abordaje diagnóstico y terapéutico de la enfermedad diarreica aguda en niños mayores de un mes y menores de 5 años ingresados en el servicio de pediatría del Hospital Escuela Regional Asunción Juigalpa, en el periodo de Agosto - Noviembre del año 2021" con finalidad de conocer su percepción, calificación y sugerencias sobre dicho tema, para identificar los errores de dicho instrumento y así mejorar la calidad del proyecto de investigación, muchas gracias por su colaboración.

Datos personales.Nombre y apellidos: Ana Carbo LópezProfesión: Medicina F. GeneralEspecialidad: Pediatría**Datos de calificación**

1. ¿El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema y objetivo de la investigación?

- a) Si
 b) No

Si su respuesta es no, diga porque

2. ¿La estructura del instrumento es adecuado?

- a) Si
 b) No

Si su respuesta es no, diga porque

3. ¿Los ítems del instrumento están correctamente formulados (claros y entendibles)?

- a) Si
 b) No

Si su respuesta es no, diga porque

4. ¿Los ítems del instrumento responden a la Operalización de variables?

- a) Si
b) No

Si su respuesta es no, diga porque

5. ¿La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento?

- a) Si
b) No

Si su respuesta es no, diga porque

6. ¿Las categorías de cada ítem son suficientes?

- a) Si
 b) No

Si su respuesta es no, diga porque

En el aspecto clínico, es importante incluir signos y síntomas asociados

7. ¿El número de ítem es adecuado para su aplicación?

- a) Si
b) No

Si su respuesta es no, diga porque

8. ¿Usted agregaría algún ítem?}

- a) Si
 b) No

Si su respuesta es no, diga porque

Están bastante completos. En exámenes es importante asociar Coprocultivo - Electrolitos de coagulantes

9. ¿Usted eliminaría algún ítem?

- a) Si
 b) No

Si su respuesta es no, diga porque

Los ítems descritos son de importancia en su estudio ^{tema en}

10. Recomendaciones y/o sugerencias para mejorar el instrumento.

Completar en abreviatura clara
y concisas.

Hoja de validación de instrumento.

Estimado (a) docente reciba usted nuestros más cordiales saludos. Esta ficha es diseñado para la validación del instrumento del proceso investigativo titulado: "Abordaje diagnóstico y terapéutico de la enfermedad diarreica aguda en niños mayores de un mes y menores de 5 años ingresados en el servicio de pediatría del Hospital Escuela Regional Asunción Juigalpa, en el periodo de Agosto - Noviembre del año 2021" con finalidad de conocer su percepción, calificación y sugerencias sobre dicho tema, para identificar los errores de dicho instrumento y así mejorar la calidad del proyecto de investigación, muchas gracias por su colaboración.

Datos personales.

Nombre y apellidos:

Ramón A. Pérez Rivas

Profesión:

Pediatra / Médico.

Especialidad:

Pediatra

Datos de calificación

1. ¿El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema y objetivo de la investigación?

- a) Si
 b) No

Si su respuesta es no, diga porque

2. ¿La estructura del instrumento es adecuado?

- a) Si
 b) No

Si su respuesta es no, diga porque

3. ¿Los ítems del instrumento están correctamente formulados (claros y entendibles)?

- a) Si
 b) No

Si su respuesta es no, diga porque

4. ¿Los ítems del instrumento responden a la Operalización de variables?

- a) Si
 b) No

Si su respuesta es no, diga porque

5. ¿La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento?

- a) Si
 b) No

Si su respuesta es no, diga porque

6. ¿Las categorías de cada ítem son suficientes?

- a) Si
 b) No

Si su respuesta es no, diga porque

7. ¿El número de ítem es adecuado para su aplicación?

- a) Si
 b) No

Si su respuesta es no, diga porque

8. ¿Usted agregaría algún ítem?}

- a) Si
 b) No

Si su respuesta es si, diga porque

Agregar EGD y Sintomatología asociada.

9. ¿Usted eliminaría algún ítem?

- a) Si
 b) No

Si su respuesta es no, diga porque

10. Recomendaciones y/o sugerencias para mejorar el instrumento.

Ya realizadas y ya corregidas.



Ramón H. Pérez Pineda
PEDIATRA
Medicina Crítica Pediátrica
Cód. MINSA 38369

Hoja de validación de instrumento.

Estimado (a) docente reciba usted nuestros más cordiales saludos. Esta ficha es diseñado para la validación del instrumento del proceso investigativo titulado: "Abordaje diagnóstico y terapéutico de la enfermedad diarreica aguda en niños mayores de un mes y menores de 5 años ingresados en el servicio de pediatría del Hospital Escuela Regional Asunción Juigalpa, en el periodo de Agosto - Noviembre del año 2021" con finalidad de conocer su percepción, calificación y sugerencias sobre dicho tema, para identificar los errores de dicho instrumento y así mejorar la calidad del proyecto de investigación, muchas gracias por su colaboración.

Datos personales.Nombre y apellidos: Franco Obeudo LopezProfesión: MedicoEspecialidad: Pediatría**Datos de calificación**

1. ¿El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema y objetivo de la investigación?

- a) Si
 b) No

Si su respuesta es no, diga porque

Hay que aceptar otros datos.

2. ¿La estructura del instrumento es adecuado?

- a) Si
 b) No

Si su respuesta es no, diga porque

3. ¿Los ítems del instrumento están correctamente formulados (claros y entendibles)?

- a) Si
 b) No

Si su respuesta es no, diga porque

4. ¿Los ítems del instrumento responden a la Operalización de variables?

- a) Si
b) No

Si su respuesta es no, diga porque

5. ¿La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento?

- a) Si
b) No

Si su respuesta es no, diga porque

6. ¿Las categorías de cada ítem son suficientes?

- a) Si
b) No

Si su respuesta es no, diga porque

7. ¿El número de ítem es adecuado para su aplicación?

- a) Si
b) No

Si su respuesta es no, diga porque

Hay que completar y captar referencias

8. ¿Usted agregaría algún ítem?}

- a) Si
b) No

Si su respuesta es **SI**, diga porque

9. ¿Usted eliminaría algún ítem?

- a) Si
b) No

Si su respuesta es no, diga porque

10. Recomendaciones y/o sugerencias para mejorar el instrumento.

*Sugiero: incluir criterios de ingreso.
y síntomas acompañantes.*

Dr. Francis Obando Laz.
MÉDICO Y CIRUJANO
PEDIATRIA
TOXICOLOGIA
COD. MMSA 3785



Hoja de validación de instrumento.

Estimado (a) docente reciba usted nuestros más cordiales saludos. Esta ficha es diseñado para la validación del instrumento del proceso investigativo titulado: "Abordaje diagnóstico y terapéutico de la enfermedad diarreica aguda en niños mayores de un mes y menores de 5 años ingresados en el servicio de pediatría del Hospital Escuela Regional Asunción Juigalpa, en el periodo de Agosto - Noviembre del año 2021" con finalidad de conocer su percepción, calificación y sugerencias sobre dicho tema, para identificar los errores de dicho instrumento y así mejorar la calidad del proyecto de investigación, muchas gracias por su colaboración.

Datos personales.

Nombre y apellidos: Maribel del Socorro Urbina
 Profesión: Médica Pediatra
 Especialidad: Pediatría

Datos de calificación

1. ¿El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema y objetivo de la investigación?

a) Si
 b) No

Si su respuesta es no, diga porque

2. ¿La estructura del instrumento es adecuado?

a) Si
 b) No

Si su respuesta es no, diga porque

Pero seguro agregar y modificar algunos ítem

3. ¿Los ítems del instrumento están correctamente formulados (claros y entendibles)?

a) Si
 b) No

Si su respuesta es no, diga porque

4. ¿Los ítems del instrumento responden a la Operalización de variables?

- a) Si
 b) No

Si su respuesta es no, diga porque

5. ¿La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento?

- a) Si
 b) No

Si su respuesta es no, diga porque

6. ¿Las categorías de cada ítem son suficientes?

- a) Si
 b) No

Si su respuesta es no, diga porque

Siguro agregar 1 ítem para hacer un abordaje completo del tema a estudiar.

7. ¿El número de ítem es adecuado para su aplicación?

- a) Si
 b) No

Si su respuesta es no, diga porque

Falta agregar algunos ítem para dar respuesta completa a los objetivos planteados.

8. ¿Usted agregaría algún ítem?

- a) Si
 b) No

Si su respuesta es ~~si~~, diga porque

ya los describí en Hoja anexa repropuesta de ítem por objetivos.

9. ¿Usted eliminaría algún ítem?

- a) Si
 b) No

Si su respuesta es no, diga porque

Los ítem planteados están bien, solo reformulé algunos y agregué algunos que considere importantes.

10. Recomendaciones y/o sugerencias para mejorar el instrumento.

~~Haga la sugerencia de clasificar variables según los~~
~~objetivos planteados y hacer una reformulación de la~~
~~matriz de operacionalización de variables según las~~
~~observaciones hechas. La variable edad estadísticamente~~
~~en la actualidad ya no se describe por grupos etáreos,~~
~~ya que se saca la media, límite superior, límite~~
~~inferior y error estándar y se realiza gráficos de~~
~~caja y bigotes, lo cual permite interpretar~~
~~rangos intercuantílicos (Q1 - Q4), ya no se~~
~~utilizan gráficos de barras ni pastiles, el~~
~~mismo concepto aplica para denominaciones~~
~~numerales.~~

Dra. Maribel Urbina
MEDICO Y CIRUJANO
ESPECIALISTEN PEDIATRIA
UNIVERSIDAD MANAGUA
CARRERA 10065

Puntaje de validación de los jueces.

	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Suma	Probabilidad
Items 1	1	1	1	0	1	4	0.96875
Items 2	1	1	1	1	1	5	1
Items 3	1	1	1	1	1	5	1
Items 4	1	1	1	1	1	5	1
Items 5	1	1	1	1	1	5	1
Items 6	1	0	1	1	0	3	0.8125
Items 7	1	1	1	0	0	3	0.8125
Items 8	0	0	0	1	0	1	0.1875
Items 9	1	1	1	1	1	5	1
items10	1	1	1	1	1	5	1
						Suma	8.78125
						Total P=	0.878125

Menor a 0.53	Validez nula
0.54- 0.59	Validez baja
0.60- 0,65	Valida
0.66- 0.71	Muy valida
0.72- 0.99	Excelente validez
1	Validez perfecta

Escala de puntuación para valoración de expedientes

	punto 1	punto 2	punto 3	punto 4	punto 5	Sumatoria
Exp: #1	1	1	1	1	1	5
Exp: #2	1	1	1	1	1	5
Exp: #3	1	1	1	1	1	5
Exp: #4	1	1	1	1	1	5
Exp: #5	1	1	1	1	1	5
Exp: #6	1	1	1	1	0	4
Exp: #7	1	1	1	1	1	5
Exp: #8	1	1	1	1	1	5
Exp: #9	1	1	1	0	1	4
Exp: #10	1	1	1	1	1	5
Exp: #11	1	1	1	1	1	5
Exp: #12	1	1	1	1	0	4
Exp: #13	1	1	1	0	1	4
Exp: #14	0	0	1	1	0	2
Exp: #15	1	1	1	1	1	5
Exp: #16	1	1	1	1	0	4
Exp: #17	0	0	1	0	1	2
Exp: #18	1	1	1	1	0	4
Exp: #19	1	1	1	1	1	5
Exp: #20	1	1	1	1	0	4
Exp: #21	0	0	1	0	1	2
Exp: #22	1	1	1	1	0	4
Exp: #23	1	1	1	1	1	5
Exp: #24	1	1	1	1	0	4
Exp: #25	0	0	1	0	1	2
Exp: #26	1	1	1	1	0	4
Exp: #27	1	1	1	1	1	5
Exp: #28	0	0	1	1	1	3
Exp: #29	1	1	1	0	0	3
Exp: #30	1	1	1	1	1	5
Exp: #31	0	0	1	1	1	3
Exp: #32	1	1	1	0	0	3
Exp: #33	1	1	1	1	1	5
Exp: #34	1	1	1	1	1	5
Exp: #35	1	1	1	1	1	5
Exp: #36	0	0	1	1	0	2
Exp: #37	1	1	1	0	1	4
Exp: #38	1	1	1	1	1	5
Exp: #39	1	1	1	1	0	4

Exp: #40	1	1	1	1	1	5
Exp: #41	0	0	1	1	1	3
Exp: #42	1	1	1	0	0	3
Exp: #43	1	1	1	1	1	5
Exp: #44	1	1	1	1	1	5
Exp: #45	1	1	1	1	0	4
Exp: #46	1	1	1	0	1	4
Exp: #47	0	0	1	1	1	3
Exp: #48	1	1	1	1	0	4
Exp: #49	1	1	1	1	1	5
Exp: #50	1	1	1	0	1	4
Exp: #51	0	0	1	1	1	3
Exp: #52	1	1	1	1	0	4
Exp: #53	1	1	1	0	1	4
Exp: #54	1	1	1	1	1	5
Exp: #55	1	1	1	1	0	4
Exp: #56	1	1	1	1	1	5
Exp: #57	1	1	1	1	1	5
Exp: #58	1	1	1	0	0	3
Exp: #59	1	1	1	1	1	5
Exp: #60	1	1	1	1	1	5
Exp: #61	1	1	1	1	1	5
Exp: #62	0	0	1	1	0	2
Exp: #63	1	1	1	1	1	5
Exp: #64	1	1	1	1	1	5
Exp: #65	1	1	1	1	1	5
Exp: #66	1	1	1	1	1	5
Exp: #67	1	1	1	1	0	4
					Total	279 ÷ 335 = 0.83
						83%

De los 67 expedientes, se multiplica por los 5 puntos que se evalúan = 335.

La sumatoria del puntaje de los expedientes= 279. Se divide entre 335= 0.83

Para obtener su porcentaje se multiplica x 100= 83% de cumplimiento.

Puntos valorados según AIEPI

Punto 1: Clasificación de la EDA

Punto 2: Rehidratación según clasificación y planes.

Punto 3: Alimentación.

Punto 4: Indicación de sulfato de zinc.

Punto 5: Uso de antibióticos justificados.

LISTA DE CHEQUEO

Enfermedad diarreica aguda en niños de 1 mes- 5 años de edad.

A continuación se mencionan una serie de indicaciones de cumplimiento obligatorio de la N-017, para el diagnóstico y manejo de estos pacientes conforme a cada expediente clínico. El puntaje se obtendrá de la suma de todos los ítems divididos entre ellos y multiplicados por 100 (equivalente al porcentaje de cumplimiento).

Parámetros a evaluar		0 punto	1 punto
1	<p>Se clasifico la EDA según criterios clínicos, establecidos en la N-017.</p> <p>Sin deshidratación: No hay suficientes signos para clasificar el estado de deshidratación.</p> <p>Algún grado de deshidratación: Dos de los siguientes signos: bebe con avidez, sediento, irritable, ojos hundidos pliegue cutáneo se regresa lentamente (3-5 segundos)</p> <p>Deshidratación severa: Uno de los siguientes signos; letargia o inconsciencia, incapacidad para beber o bebe mal, pliegue cutáneo se regresa muy lentamente (más de 5 segundos).</p>		
2	<p>La rehidratación se realizó acorde a la clasificación clínica y planes correspondientes al diagnóstico.</p> <p>Plan A. Para tratar la diarrea en casa sin deshidratación, aconsejar a la madre las 4 reglas de tratamiento en el hogar.</p> <p>Plan B. Pacientes con algún grado de deshidratación.</p> <p>Plan C. Tratar la deshidratación grave y el shock tanto en niños con o sin desnutrición severa.</p>		
3	<p>¿Se continuo la alimentación a como lo especifica la normativa de acuerdo a la edad del paciente?</p> <p>Si es menor de 6 meses: y el niño recibe lactancia materna, continúe dándole pero más seguido y por más tiempo en cada toma.</p>		

	Si es mayor de 6 meses: ofrezca siempre el pecho materno, dar comidas con mayor valor nutritivo.		
4	¿Se indicó el uso de sulfato de zinc? Tabletas de 20 mg. Niños de 2 a 6 meses: medio comprimido al día durante 14 días, niños de 6 meses o más: 1 comprimido al día durante 14 días.		
5	¿Se hizo uso de antibiótico? ¿Está justificado? Nota: Si no se realizó uso de antibiótico omitir ítems.		

0 punto: inadecuado

1 punto: adecuado

Porcentaje de cumplimiento: _____

Porcentaje de cumplimiento	Referencia cualitativa
0-25	Cumplimiento muy deficiente.
26-50	Cumplimiento deficiente.
51-70	Cumplimiento medio.
71-90	Buen cumplimiento.
91-100	Excelente cumplimiento.