

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
UNAN-MANAGUA

RECINTO UNIVERSITARIO "RUBEN DARIO"
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



Tesis monográfica para optar al título de médico general y cirujano

"Comportamiento clínico de la disentería en niños menores de 5 Años
Hospital Fernando Vélez Paiz 2012"

AUTORES:

- Bra. Louis Roxana Torres Monge
- Br. Mariano Ernesto Vargas Genie

TUTORA:

Dra. Alicia Rivas

MSc Salud Pública

MANAGUA, NICARAGUA

Enero del 2015

DEDICATORIA

A Dios Padre Todopoderoso, creador nuestro y de todas las cosas que nos rodean, por habernos dado paciencia en el transcurrir de nuestros estudios y fortaleza ante todos los obstáculos encontrados en nuestro largo caminar y por las aventuras que aún quedan por venir. A Jesucristo nuestro hermano y salvador, por todas las obras que ha realizado en nosotros y a la Virgencita María, gran abogada nuestra.

A nuestras familias que al ver los momentos difíciles por los que cursamos en nuestra carrera nos animaron para nunca claudicar, así como el apoyo que nos brindaron, sin el cual no hubiese sido posible realizar muchas de las actividades necesarias para nuestra formación académica.

AGRADECIMIENTOS

A nuestra tutora, **MSc. MD. Alicia del Carmen Rivas Miranda**, por su amistad, paciencia y dedicación a guiarnos en el desarrollo de este trabajo, que a través de su sabiduría y personalidad, nos orientó paso a paso en la construcción y culminación de esta obra por lo que siempre tendrá nuestro eterno agradecimiento, cariño y amistad.

Al Dr. Freddy Meynard, que a través de su esfuerzo y sabiduría ha impulsado el desarrollo de nuestra facultad y ha motivado a los estudiantes a ser cada día más activos en la búsqueda de información, para el desarrollo de éstos como futuros médicos al servicio de la comunidad Nicaragüense.

A nuestros docentes por transmitirnos sus experiencias profesionales y guiarnos a través del mundo del aprendizaje durante todos éstos años, para lograr un adecuado desenvolvimiento profesional en el ámbito de la salud.

Al personal docente del Hospital Fernando Vélez Paiz, quienes nos permitieron acceder a la información necesaria para la culminación de este documento investigativo.

Al personal de estadísticas del Hospital en estudio quienes nos orientaron en la búsqueda de los expedientes necesarios para recopilar la información del presente estudio.

OPINIÓN DEL TUTOR

El tema de investigación sobre disentería, siempre constituye un problema de salud pública. Aunque en la actualidad se han logrado grandes avances, en la prevención del síndrome diarreico agudo causado por rotavirus, aún persisten cuadros disentéricos que afectan a nuestra población infantil, por tanto, se hace necesario indagar el comportamiento y etiología, así mismo en proponer estrategias constantes en la prevención de esta enfermedad.

Los investigadores motivados y comprometidos con este tema de investigación, han demostrado una gran dedicación, apropiándose de la metodología, aplicando los conocimientos con calidad y entereza.

Me es grato felicitar a los investigadores por haber realizado este gran logro, debo reconocer que han demostrado su iniciativa y autenticidad en el documento. Quisiera a la vez motivarlos a que continúen estos procesos que son de gran necesidad en países como los nuestros, pues mediante este proceso aportamos información y avanzamos por el camino del conocimiento científico.

Dra. Alicia Rivas Miranda

RESUMEN

La presente investigación, es un estudio descriptivo de corte transversal, cuyo objetivo general fue Describir el Comportamiento clínico de la Disentería en niños (as) menores de 5 años. Hospital Fernando Vález Paiz, 2012.

La fuente de información fueron 161 expedientes clínicos de los niños (as) que presentaron el diagnóstico de disentería en el servicio de Gastroenterología, que cumplieron con los criterios de inclusión.

En los resultados se observó que la procedencia de los niños fue del área urbana en el 92.5% (149) de los casos. Con respecto a la edad de los niños, la mayor frecuencia se encontró en el grupo comprendido entre 1 y 2 años cumplidos con el 46% (74), seguido por el grupo de 3 y 4 años con el 23.6% (38) de casos. Hubo predominio del sexo femenino 52.8% (85) en relación al masculino 47.2% (76).

Entre las características clínicas más frecuentes, fue la fiebre y evacuaciones líquidas con moco y sangre, con episodios de 5 a 10 veces en 24 horas. En relación a la etiología, las evacuaciones disentéricas se caracterizaron por los siguientes hallazgos en la citología fecal: bacterias abundantes, Entamoeba histolytica e infecciones gastrointestinales mixtas.

El comportamiento clínico de la disentería en los niños (as) estudiados se presentó de manera clásica, siendo la etiología más frecuente la bacteriana, con evacuaciones líquidas, con moco y sangre, episodios menor de 10 veces en 24 horas y fiebre. Se observó que la mayoría de los casos necesitaron hospitalización menor de 5 días, egresando a los infantes, en su mayoría, con el problema de salud resuelto, sin complicaciones propias de la enfermedad.

ACRÓNIMOS

AIEPI: Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia

EDA: Enfermedad Diarreica Aguda

ENDESA: Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud

HFVP: Hospital Fernando Vélez Paiz

IMC: Índice de Masa Corporal

LM: Lactancia Materna

LME: Lactancia Materna Exclusiva

MINSA: Ministerio de Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

SILAIS: Sistema Local de Atención Integral en Salud

STEC: Escherichia coli productor de Toxina Shiga

UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund (Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia, en español)

CONTENIDO

I. INTRODUCCION	1
II. ANTECEDENTES	2
III. JUSTIFICACION	6
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
V. OBJETIVOS	8
Objetivo General	8
Objetivos Específicos	8
VI. MARCO DE REFERENCIA.....	9
VII. MATERIAL Y MÉTODO	17
VIII. RESULTADOS	27
IX. DISCUSIÓN	30
X. CONCLUSIONES	33
XI. RECOMENDACIONES	34
XII. BIBLIOGRAFIA	36
ANEXOS.....	39

I. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades diarreicas constituyen un problema de salud pública a nivel mundial, especialmente en los países en vías de desarrollo, donde representan una importante causa de morbilidad y mortalidad en niños menores de 5 años. (Cermeño, y otros, 2008)

El boletín publicado por la OMS en Septiembre del 2008, reportó que la mortalidad mundial por diarrea entre la población menor de cinco años se estimó en 1,87 millones, aproximadamente el 19% de la mortalidad total en la niñez. (Boschi-Pinto, Velebit, & Shibuya, 2008)

De acuerdo a datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se ha estimado que un billón de episodios de Diarrea ocurre anualmente en todo el mundo, en niños menores de cinco años, resultando en cinco millones de casos fatales. En África, Asia y América Latina cada año mueren alrededor de 3,3 millones de niños menores de cinco años por diarrea y ocurren más de mil millones de episodios diarreicos. (Cermeño, y otros, 2008)

Las características epidemiológicas, agentes etiológicos y presentación clínica de las diarreas son muy variables, dependiendo del país, religión y comunidad. Siendo más comunes entre sus causas las Shigella, Salmonella, Campylobacter, Escherichia coli enteroinvasiva, Yersinia enterocolítica, Vibrio parahemolyticus, o parásitos como Entamoeba histolytica. (Aguilar Rojas, Segura Schulz, & Boscá Crespo, 2005)

El presente estudio tuvo como objetivo conocer el comportamiento clínico de la disentería en los niños (as) menores de 5 años, a fin de encontrar hallazgos relevantes que permitieran aportar datos para mejorar las estrategias de prevención, de tal forma que logremos mejorar la calidad de vida de nuestros niños (as) nicaragüenses.

Se encontró que la etiología bacteriana sigue representando la principal causa de disentería con la presentación de las evacuaciones de características líquidas, con moco y sangre, con menos de 10 episodios diarios. Los niños (as) estudiados requirieron menos de 5 días de estancia intrahospitalaria para poder optar al alta, sin complicaciones propias de la enfermedad disentérica.

II. ANTECEDENTES

La organización mundial de la salud (OMS), durante el año 2005, estimó que alrededor de 164,7 millones de episodios de diarrea por Shigella ocurrieron a nivel global cada año, de los cuáles la mayoría fue en países en desarrollo (99%), principalmente en niños (69%). De las 1,1 millones de muertes debidas a Shigella, el 69% afectó a niños menores de cinco años. Las muertes vinculadas con disentería ocurren con mayor frecuencia en los menores de un año de edad, registrándose el mayor número entre los dos y seis meses, debido a esto el riesgo se incrementó 24 veces en los pacientes desnutridos. En los últimos años, las diarreas han representado la novena causa de muerte en la población general y la segunda en los niños (as) menores de 4 años de edad, siendo la disentería una de las causas más frecuentes. (OMS; UNICEF, 2004)

La revista española de salud pública, en el artículo “Brote de Shigellosis en un barrio de nivel social bajo”, elaborado por José Luis Chover Lara, Antonio Salazar Cifre, Miriam Gallego Cruz, M^a Luisa Camaró, Consuelo Segarra Martínez y M^a Carmen Peñalver Blasco, publicado en 1999, reportó que, los brotes epidémicos debidos a Shigella se hallaron asociados frecuentemente a guarderías y colegios de educación primaria. El objeto del estudio fue identificar la fuente de infección, modo de transmisión, características de los afectados y valorar la pertinencia de las medidas adoptadas. El brote afectó a 218 personas, de las cuales 110 (50,45%) eran varones y 108 (49,54%) mujeres; sin diferencias de riesgo por sexo. (Chover Lara, y otros, 1999)

El total de afectados supusieron el 5,46 % de la población del barrio, y 11 de los casos precisaron hospitalización. La mayor frecuencia por edad se dio en el grupo de 0-4 años con el 43,6% de los casos, seguido del grupo 5-9 con el 24,3%. Los menores de 2 años alcanzaron el 14,7%, mientras que el 67,9 % de los casos fueron menores de 10 años y 79,8% menos de 15 años. Considerado globalmente el nivel social del barrio, enfermaron el 34,05 % de todos los sujetos pertenecientes al grupo de edad más afectado. (Chover Lara, y otros, 1999)

En el estudio “Síndrome disentérico en niños menores de 5 años” elaborado en la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” Valencia, Estado de Carabobo, Venezuela, realizado por María Tomat, Patricia Remartini, Belén Salinas, Mercedes R. de Materan, Rosabel González, María A. Rosas y Mariana Materan, durante el año 2003, se encontró que los lactantes entre 1 y 5 meses fueron los más afectados representando el 86,8%, predominaron los niños con estado nutricional normal. Las manifestaciones clínicas como vómito, fiebre, evacuaciones con moco y sangre duraron menos de 3 días como media de aparición. Los agentes etiológicos más frecuentes encontrados fueron *Shigella flexneri* con el 51%, seguido de *Campylobacter* spp 14% y *Shigella sonnei* 10%. (Tomat, y otros, 2009)

En la ciudad de la Habana, Cuba, se realizó un estudio titulado “Etiología de Diarrea con sangre en menores de 5 años”, elaborado por Fernández García Mercedes, Fernández Rodríguez Celia, Martínez Furé Gilda, Pérez Ramos Elvira, Cuza Arribas Celia, Acosta López Josefina en el año 2004, donde se reportó que durante este año se hospitalizaron 960 niños menores de 5 años por diarrea aguda y 120 de éstos se diagnosticaron con diarrea aguda con sangre. Con este grupo de niños seleccionados se realizó un estudio clínico epidemiológico descriptivo, donde se encontró que 56% eran menores de 1 año y 44% entre 1 y 5 años. Se determinaron los leucocitos polimorfonucleares en moco fecal en 96.7% de los niños estudiados. Al aislarse los enteropatógenos por grupos de edad, se encontró que la *Salmonella* predominó en los menores de 1 año (32.3%), la cual fue frecuente en las comunidades donde se consumen alimentos procesados industrialmente. La *Shigella* predominó en el grupo etario de 1 a 5 años (30.7%) y está reportada como la causa más importante y frecuente de disentería. (Fernández Carcía, y otros, 2004)

En un artículo publicado en el 2010, por la Revista Argentina de Microbiología, con el tema de “Patógenos bacterianos asociados a diarrea con sangre en niños uruguayos”, elaborado por M. I. Mota, M. P. Gadea, S. González, G. González, L. Pardo, A. Sirok, M. Rivas, G. Algorta, F. Schelotto, G. Varela, buscó determinar las bacterias asociadas a diarrea sanguinolenta e identificar la sensibilidad a los antimicrobianos en cada etiología, los periodos de estudio fueron entre junio de 2001 y enero de 2008, observando a 249

niños con diarrea sanguinolenta. Las bacterias aisladas, *Shigella* y *Escherichia coli* productor de toxina Shiga (STEC) se encontraron en una frecuencia de 48 (19,3%) y 3 (1,2%) de los casos, respectivamente. En una subpoblación de 49 niños se aislaron *Shigella* (14,3%), *Campylobacter jejuni* (14,3%), *Salmonella* spp. (4,1%) y *Aeromonas* spp. (2%). (Mota, y otros, 2010)

En 2012 en la revisión sistemática de “Los pacientes con disentería aguda” elaborado por Margaret L. Pfeiffer, Herbert L. DuPont, Theresa J. Ochoa, buscaron determinar la etiología, presentación clínica de patógenos específicos de disentería en niños y adultos en los países industrializados y de las regiones en desarrollo, con el fin formular recomendaciones para la terapia de esta enfermedad; se analizaron literaturas publicadas entre enero del año 2000 y junio de 2011 para determinar la frecuencia de aparición de patógenos específicos, encontrándose que *Shigella*, *Salmonella*, *Campylobacter* siguen siendo las causas más frecuentes de disentería bacteriana en el mundo. Se halló que *Escherichia coli* productor de toxina Shiga es potencialmente importante en los países industrializados, y *Entamoeba histolytica* en los países en desarrollo en las zonas rurales y periurbanas. (Pfeiffer, DuPont, & Ochoa, 2012)

Durante el estudio se encontraron las limitaciones de falta de datos precisos sobre diarrea disentérica. Cada uno de los estudios realizados se centró en poblaciones únicas, diferentes métodos de vigilancia o microbiología, lo que hizo muy difícil llegar a datos que puedan ser generalizados y extrapolables. Se necesita el apoyo de estudio sobre la etiología de la diarrea en diversas poblaciones con sintomatología variable incluyendo diarrea aguda, la disentería, diarrea persistente y fatalidad de la enfermedad diarreica para definir mejor los aspectos globales de las enfermedades entéricas. (Pfeiffer, DuPont, & Ochoa, 2012)

En el estudio “Impacto de la Estrategia AIEPI Hospitalario en el Abordaje Médico e Indicadores de las Enfermedades Diarreicas en Niños de 1 mes a 4 Años, Hospital Fernando Vélez Paiz, II Semestre del 2004 y 2006” Managua, Nicaragua, reveló que el diagnóstico de ingreso más frecuente fue diarrea aguda con o sin deshidratación, presentando los pacientes desnutridos cuadros de mayor gravedad. A pesar de

describirse los signos y síntomas, no se registra la clasificación diagnóstica adecuada en casos de diarrea persistente. Posterior a la implementación de la estrategia AIEPI hospitalario, se encontró importante disminución en la indicación de cultivos para cólera, uso de antimicrobianos intrahospitalario y discretamente disminuyó el uso de probióticos para el manejo de la diarrea. Con respecto a la disentería, reveló que en los niños de 1 a 11 meses hubo una reducción del 57% de casos; y en los niños de 1-4 años fue del 25% posterior a la aplicación estratégica del AIEPI. (Bove Urbina, 2006)

De la estancia intrahospitalaria de los niños ingresados por disentería en el Hospital Fernando Vélez Paiz, previo a la aplicación del AIEPI fue de 33.3% los que permanecieron de 1 a 3 días. 53.3% entre 4 y 7 días y 13.4% los que tardaron más de 7 días en egresar. Posterior a la implementación de la estrategia AIEPI se encontró que los niños con enfermedad disentérica, 66.7% tuvieron una estancia de 1 a 3 días y el restante 33.3% de 4 a 7 días. El estudio concluyó que la implementación del AIEPI a nivel hospitalario tuvo un impacto positivo para el manejo de niños hospitalizados con Enfermedades diarreicas agudas, se presentó disminución discreta en la mortalidad hospitalaria causada por diarrea aguda. (Bove Urbina, 2006)

III. JUSTIFICACION

En el 2010 el Ministerio de Salud registró 264,848 casos a la semana epidemiológica número 49 habiendo una reducción a la misma fecha en el 2011 de 4,946 con un total de 259,902 según los boletines informativos que publica el Ministerio de Salud. Lo que indica que a pesar de su disminución sigue siendo un problema de salud pública importante que se deba vigilar y tratar de prevenir. Los SILAIS que más casos reportan son: Managua, León y Chinandega. (Ministerio de Salud de Nicaragua, 2011).

La Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) 2011/2012 reveló que el 15.4% de los niños (as) presentaron enfermedad diarreica aguda, dos semana antes según la información proporcionada por las madres. (Instituto Nacional de Información de Desarrollo; Ministerio de Salud, 2013)

Por la importancia que en la práctica y en la labor diaria del médico tiene el tema en cuestión, y teniendo en cuenta que constituye un problema de salud frecuente, se decide indagar aspectos clínicos de la disentería, siendo una de las principales causas prevenibles en la mortalidad infantil, atribuibles a las condiciones socioeconómicas y culturales imperantes en cada hogar nicaragüense.

Por consiguiente, se requiere informar a la comunidad, especialmente a los padres y madres de familia o tutores de la niñez nicaragüense, al personal destinado al cuidado de estos pacientes y a las autoridades respectivas, como se está comportando actualmente esta enfermedad, su manejo y evolución de los niños (as). Con este fin se podrá evidenciar su importancia, planificar, destinar recursos e implementar acciones y/o programas de prevención, evaluación y control para disminuir y evitar las complicaciones y secuelas de la enfermedad diarreica aguda disentérica.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La disentería es una de las principales causas de morbimortalidad en niños (as) menores de 5 años, pese a la disminución de casos de Enfermedad Diarreica Aguda, desde la implementación de la vacuna contra el Rotavirus, es necesario indagar otras causas que están afectando a nuestra niñez nicaragüense.

El número de casos diagnosticados con Enfermedad Diarreica Aguda en niños (as) menores de 5 años en el Hospital Fernando Vélez Paiz, fue de 1300, de los cuales el 12% de los niños (as) con esta enfermedad, presentó el diagnóstico de Disentería durante el 2012 y dado que el servicio sólo reporta datos estadísticos de frecuencia de casos, se desconoce el comportamiento clínico actual de la enfermedad diarreica disentérica por lo que surge la siguiente pregunta:

¿Cuál es el comportamiento clínico de la disentería en niños (as) menores de 5 años del Hospital Fernando Vélez Paiz durante el año 2012?

V. OBJETIVOS

Objetivo General

Describir el comportamiento clínico de la disentería en niños (as) menores de 5 años del Hospital Fernando Vélez Paiz durante el año 2012.

Objetivos Específicos

1. Identificar las características generales de los niños (as) menores de 5 años, hospitalizados con diagnóstico de disentería.
2. Señalar el cuadro clínico al ingreso, de los niños (as) menores de 5 años, hospitalizados con diagnóstico de disentería.
3. Determinar el abordaje diagnóstico y evolución de los niños (as) menores de 5 años, en estudio hospitalizados por disentería.

VI. MARCO DE REFERENCIA

La disentería es una de las presentaciones clínicas de la enfermedad diarreica aguda la cual puede ser producida por diferentes entes etiológicos, los cuales comparten el mecanismo de transmisión fecal oral en común o bien la ingesta de productos contaminados.

Se le conoce como disentería a la presencia de expulsiones de excrementos acuosos o laxos acompañados de sangre, la cual esta puede verse acompañada o no de síntomas generales mínimos.

La etiología más frecuente son las *Shigella* spp (*dysenteriae*, *sonnei*, *boydii* y *flexneri*), *Salmonellas*, *Campylobacter jejuni*, *Escherichia coli* (enteroinvasiva y enterohemorrágica) entre los parásitos la *Entamoeba histolytica* y *Giardia lamblia*.

Manifestaciones Clínicas

Shigella: El periodo de incubación desde la ingesta de las *Shigella* oscila entre 12 horas y varios días. Característicamente se puede encontrar dolor abdominal intenso, fiebre elevada, vomito, anorexia, toxicidad generalizada, tenesmo y defecación dolorosa. (Behrman, 2004)

A la exploración física se revela distensión abdominal con hipersensibilidad, ruidos intestinales aumentados y el tacto rectal doloroso (Behrman, 2004).

Inicialmente la diarrea es acuosa y de gran volumen, para luego evolucionar a un ritmo de deposiciones frecuentes y de menor volumen con heces mucoides y sanguinolentas. Suele ocasionar cuadros y complicaciones graves, que incluyen megacolon tóxico y síndrome urémico hemolítico. La tasa de letalidad ha llegado hasta un 20% de los casos entre los hospitalizados. (Ramírez, 2002)

Salmonella: Luego de un periodo de incubación de 6 a 72 horas se instaura de forma súbita un cuadro de náuseas, vómitos y dolor abdominal espasmódico de predominio periumbilical y en la fosa iliaca derecha, seguido de una diarrea acuosa moderada o grave

con moco y sangre. Alrededor del 70% de los pacientes presentan fiebre moderada (38.5-39°C). (Behrman, 2004)

Campylobacter: El periodo de incubación es de 1 a 7 días. Las deposiciones suelen ser sueltas y acuosas o sanguinolentas y con moco. La sangre aparece en las heces luego de 2 a 4 días después del comienzo de los síntomas. La fiebre, los vómitos y las mialgias son hallazgos frecuentes. La fiebre puede ser la única manifestación inicial. Los retortijones pueden persistir después que las heces se vuelvan normales. El dolor abdominal puede simular una apendicitis. La mayor parte de los pacientes se recuperan en 1 semana. (Behrman, 2004)

Escherichia Coli: Los signos y síntomas típicos incluyen diarrea acuosa de forma explosiva y mucoide, febrícula y ausencia o escasa frecuencia de vómitos. (Behrman, 2004)

Entamoeba Histolytica: El inicio suele ser gradual con dolores abdominales de tipo cólico y aumento del número de deposiciones (6- 8/ día). A menudo se asocia con tenesmo. Las heces están teñidas de sangre y contienen una cantidad apreciable de moco, con pocos leucocitos. De forma característica, los signos y síntomas constitucionales suelen estar ausentes; se documenta fiebre en solo 1/3 de los pacientes. La disentería amebiana afecta principalmente al grupo de edad de 1-5 años. (Behrman, 2004)

Giardia Lamblia: El periodo de incubación es de 1- 2 semanas, pero puede ser más largo. Se produce un amplio espectro de manifestaciones clínicas, que depende de la interacción de Giardia Lamblia y el huésped. Los niños expuestos a Giardia Lamblia pueden presentar una excreción asintomática del parásito, diarrea aguda infecciosa o diarrea crónica con signos y síntomas gastrointestinales persistentes, incluido el retraso del crecimiento. Generalmente no hay diseminación extraintestinal, pero en ocasiones los trofozoítos migran a la bilis o a los conductos pancreáticos. (Behrman, 2004)

La mayoría de los pacientes sintomáticos presentan febrícula, náuseas, anorexia, distensión abdominal, flatulencia. Inicialmente las heces son y acuosas luego se vuelven grasientas mal olientes contienen moco y sangre. Existe mala absorción de azúcares

grasas y vitaminas liposolubles y puede ser la causa notable de pérdida de peso. (Behrman, 2004)

Diagnóstico Diferencial

Colitis ulcerosa inflamatoria crónica: La colitis ulcerosa es una enfermedad inflamatoria crónica de patogenia todavía poco conocida, que afecta a la mucosa del colon. La lesión se inicia en el recto, pudiendo alcanzar una extensión variable de forma proximal y continua hasta el ciego. El curso de la enfermedad suele ser en forma de brotes de actividad (durante los cuales el grado de inflamación aumenta y se agudiza), siendo imprevisible el número, la periodicidad y la gravedad de estos. El síntoma más característico de la colitis ulcerosa es la diarrea con sangre, aunque no está siempre presente. Pueden añadirse otros síntomas, como fiebre (especialmente en las formas extensas), dolor abdominal, síndrome rectal (tenesmo, urgencia deposicional y esputo rectal de sangre y moco) y pérdida de peso. (E. Domenech Morral, 2011)

Fisura anal: Es la causa más común de sangrado rectal en los primeros 2 años de vida. La sangre generalmente se presenta por fuera de la materia fecal y es rojo brillante. La fisura a menudo es posterior, debajo de la línea dentada. La fisura anal resulta de un desgarramiento superficial de la cubierta escamosa del canal anal usualmente causado por el paso de materia fecal voluminosa y constipada. (A.K.C Leung, 2002)

Divertículo de Meckel: La manifestación clínica más frecuente del divertículo de Meckel es el síndrome hemorrágico, el cual se da casi siempre en niños menores de 5 años. Se presenta como enterorragia episódica o masiva y anemia oculta, en un niño por lo demás en muy buen estado general. Es especialmente importante destacar que cuando el divertículo de Meckel sangra, no se asocia con dolor abdominal, lo cual permite distinguirlo de otras patologías. El sangrado se produce por erosión de la mucosa intestinal normal ante la agresión del ácido producido por las células gástricas heterotópicas tanto en el divertículo mismo como en la mucosa vecina al mismo. (Luzia Toselli, 2009)

Intususcepción Intestinal: Es el deslizamiento del intestino dentro de otra. Se caracteriza por deposiciones sanguinolentas y con apariencia de moco, dolor abdominal intenso, fiebre, vómitos. (Intususcepción en los niños, 2012)

Exámenes de laboratorio

Para el diagnóstico y manejo de la disentería se deben realizar los siguientes exámenes de laboratorio: (Ministerio de Salud de Nicaragua, 2009)

Amebas al fresco: con la finalidad de detectar la presencia de trofozoítos de Entamoeba histolytica.

Coprocultivo: es un examen, que requiere personal especializado. El rendimiento oscila entre 3- 5 % (detección Shigella, Salmonella, Yersinia) hasta 35% con técnicas microbiológicas ampliadas.

Hemograma: sólo está indicado en la evaluación de un paciente con síndrome disentérico en busca de anemia hemolítica, trombocitopenia o en un niño de aspecto séptico.

Examen parasitológico directo y seriado: Puede ser útil si el coprocultivo es informado negativo en un síndrome disentérico o frente a antecedentes de viajes a zonas de riesgo de enteroparasitosis. El número de muestras mejora el rendimiento. Se puede solicitar análisis de muestra directa pero si ésta es negativa, se debe completar con estudio seriado con 3 muestras más.

Otros exámenes

Electrólitos plasmáticos y gases en sangre: sólo deben ser solicitados en pacientes con Diarrea Aguda y deshidratación grave. (Ministerio de Salud de Nicaragua, 2009)

Determinación de pH y sustancias reductoras en deposiciones: no están indicados ya que con frecuencia resultan positivos por malabsorción parcial y transitoria de hidratos de carbono propios de la DA. (Ministerio de Salud de Nicaragua, 2009)

Leucocitos polimorfonucleares fecales: no son de utilidad en la toma de decisiones. Habitualmente el examen es francamente positivo (+++) cuando ya se puede apreciar

sangre y/o pus en las deposiciones a simple vista. Cuando entrega resultados (+) o (++), suele carecer de especificidad. (Ministerio de Salud de Nicaragua, 2009)

Prevención

La disentería se propaga mayormente debido a las malas medidas de higiene, así como a los malos servicios básicos con que constan una gran mayoría de personas en los países en desarrollo.

Para minimizar el riesgo de incidencia de la enfermedad se puede seguir estas recomendaciones:

- Alimentar al niño con leche materna durante el primer año de vida, factor protector de enfermedades prevalentes. Entre las múltiples ventajas de la lactancia está la de proporcionar defensas contra las infecciones gastrointestinales. (Maria Camila Alzate, 2011),
- Uso de las estrategias de agua segura, lo cual reduce de manera importante los casos de diarrea. (OMS, 2013)
- Cocinar bien todos los alimentos y mantenerlos tapados en la heladera. Una vez preparado el alimento o la leche, se deberán consumir en una hora, luego de ese lapso descartarlos. (OMS, 2013)
- Mantener los alimentos bien tapados y refrigerados, ya que los microorganismos pueden ser transportados por insectos o por el polvo. (OMS, 2013)
- Lavarse cuidadosamente las manos con agua y jabón después de ir al baño, de cambiar pañales y antes de comer o manipular alimentos crudos.
- No consumir alimentos elaborados en la vía pública y en condiciones de higiene no confiable. (OMS, 2013)
- Controlar a los niños, que no se lleven a la boca ningún objeto encontrado en el suelo, sobre todo en los patios o parques. (OMS, 2013)
- Uso de los protocolos estandarizados para la identificación y tratamiento de los diferentes tipos de diarreas reduce de manera importante la mortalidad en los niños (as). (OMS, 2013)
- Promoción sanitaria en la comunidad. (OMS, 2013)

Según la norma Nacional del AIEPI Hospitalario, los criterios de hospitalización en el caso de disentería son:

- Presencia de signos generales de peligro
- Diarrea persistente grave
- Deshidratación
- Desnutrido
- Prolapso rectal
- Fiebre elevada
- Mal estado general
- Menor de 12 meses de edad
- Diarrea con sangre en las heces

A la vez, la normativa de AIEPI implementa los siguientes criterios de alta médica de los pacientes ingresados:

- Tolera Vía Oral
- Buen Estado General
- Gasto Fecal Bajo
- Ausencia de Fiebre
- Ausencia de Evacuaciones Diarreicas Sanguinolenta
- Cumplir al menos 3 días de antibióticos intrahospitalario.

(Ministerio de Salud de Nicaragua, 2009)

Complicaciones

- *Infecciones asociadas:* si no hay ningún mejoramiento después de dos días, verifique la presencia de otras infecciones, interrumpa el primer antibiótico y administre al niño(a) un antibiótico de segunda línea cuya eficacia sea contra *Shigella*. Si el paciente presenta alteración de estado general, es necesario hospitalizarlo. Si no tiene signos que requieran de hospitalización, trate al niño(a)

como paciente ambulatorio con una posible amibiasis, si es posible, envíe un examen de amebas al fresco. Si en el resultado de examen general de heces muestra que hay evidencia de trofozoítos, agregar al tratamiento furazolidona 8 mg/kg/día vía oral, dividido en 3 dosis por 5 días. (Ministerio de Salud de Nicaragua, 2009)

- *Convulsiones:* si el niño(a) convulsiona, trate con anticonvulsivante diazepam 0.3 mg/kg/dosis previa canalización para pasarse por vía intravenosa, descartar la presencia de neuroinfección por medio de una punción lumbar y/o toma de glucemia en sangre para verificar si hay hipoglucemia. (Pickering, 2003)
- *Perforación intestinal:* Las salmonellas son bacterias invasoras y enterotoxigénicas. La infección se localiza principalmente en el íleo terminal y en el intestino grueso. Las salmonellas tíficas y paratíficas normalmente invaden la circulación, mientras que las otras están limitadas a la mucosa intestinal. Algunas como la *S. Dublín* y *S. panamá* invaden la circulación. El mecanismo de producción de la diarrea, está relacionado más directamente con el de las diarreas de tipo secretorio, en el que la respuesta inflamatoria debida a la penetración de la salmonella produce liberación de prostaglandinas, que a su vez estimulan la producción de AMP cíclico y como consecuencia, secreción activa de líquidos. El papel de las enterotoxinas es aún discutible. (Behrman, 2004)
- *Enterocolitis necrotizante:* No se ha aclarado cuál es la causa de la Enterocolitis necrotizante. Se cree que un episodio isquémico lesiona el revestimiento intestinal, lo que interrumpe la producción de moco, haciendo que el intestino se haga más sensible a la invasión bacteriana. Cuando comienza la alimentación enteral, se añade un sustrato que permite la proliferación de las bacterias existentes en la luz, que entonces pueden penetrar en la pared intestinal, donde comienzan a producir hidrógeno, que se acumula y provoca el característico aspecto de neumatosis intestinal visible en las radiografías. El gas puede penetrar también en el sistema venoso portal, de forma que en las radiografías simples de abdomen o en las ecografías hepáticas puede apreciarse gas intraportal sobre el hígado. La progresión de la enfermedad puede causar la necrosis de la totalidad del grosor

de la pared intestinal, con perforación, peritonitis, sepsis y muerte del paciente. (Pickering, 2003)

- *Íleo metabólico*: Es un fallo en la propulsión intestinal que aparece de forma aguda en ausencia de obstrucción mecánica; es secundario a diversas causas y afecta a la contractilidad intestinal. (A. Accarino Garaventa)
- *Síndrome urémico hemolítico*: Es una entidad clínica y anatomopatológica caracterizada por la aparición brusca de anemia hemolítica, compromiso renal agudo y trombocitopenia, consecuencia de una microangiopatía de localización renal predominantemente. El síndrome urémico hemolítico puede desarrollarse en el transcurso de 1 semana tras la aparición de la diarrea y es considerado como la causa más común de insuficiencia renales niños. (Behrman, 2004)

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

Área de estudio

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Fernando Vélez Paiz, el cual funcionaba en la región occidental del Departamento de Managua en el periodo comprendido por el año 2012.

Tipo de estudio

El presente estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo, obteniéndose los datos de los expedientes clínicos posterior al alta del paciente y de corte transversal

Universo y Muestra

En esta investigación el universo lo conformaron todos los niños (as) menores de 5 años que ingresaron al servicio de Gastroenterología del Hospital Fernando Vélez Paiz, con el diagnóstico de disentería durante el 2012. El total de los casos registrados para ese año fue de 161 niños (as) menores de 5 años.

Tomando en consideración que la población en estudio es reducida, y se encontró disponible la fuente de todos los casos, se estudió la totalidad del universo para evitar el sesgo de selección.

Criterios de inclusión

- Pacientes que ingresaron al servicio de Gastroenterología del HFVP.
- Pacientes menores de 5 años de edad.
- Pacientes diagnosticados con “Disentería”.

Criterios de exclusión

- Pacientes que no cumplan con los criterios de inclusión antes mencionadas.

Técnicas de recolección de la información

La técnica de recolección de información se realizó mediante la observación y revisión de los expedientes clínicos con diagnóstico de Disentería. Cada expediente fue revisado retomando los datos según el instrumento de recolección de información diseñada por los investigadores de acuerdo a los objetivos propuestos en el estudio (Ver Anexo 1. Instrumento de recolección de información)

La información fue recolectada por los investigadores de este estudio directamente del expediente clínico garantizando una adecuada y completa colecta de datos. La revisión de expedientes se ejecutó durante el mes de febrero 2013, en horario de 8:00 am a 3:00 pm, de lunes a viernes. Una vez que finalizada la recolección de la información de los 161 expedientes, se procedió a la digitación de los datos.

Procedimientos

Para la realización de la investigación, previo a la recolección de datos, se solicitó permiso a las autoridades del hospital. Posteriormente se procedió a revisar los expedientes clínicos con los casos reportados de enfermedad diarreica aguda, de los cuales se seleccionaron los expedientes de niños (as) menores de 5 años con diagnóstico de *“Disentería”* (registrado en el expediente clínico).

Se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión. La prueba de confiabilidad alfa de Cronbach, sobre las variables en estudio resultó de 0.615, lo cual evidencia que se puede utilizar el instrumento. Finalmente se procedió con el llenado del instrumento de recolección de la información obtenida del expediente clínico de los niños y niñas en estudio. (Ver Anexo 1. Instrumento de recolección de información)

Plan de tabulación y análisis de los resultados

Todos los datos obtenidos fueron digitados en el Paquete Estadístico SPSS 20.0 Se siguió un procedimiento descriptivo de resumir la información contenida en los datos mediante distribuciones de frecuencia y porcentuales, graficas circulares y de barras.

Enunciado de Variables

Características generales de la población en estudio.

- Procedencia del niño(a)
- Edad del niño(a)
- Sexo del niño (a)
- Antecedentes patológicos personales
- Tiempo de Lactancia
- Tipo de lactancia
- Dieta actual
- Estado nutricional
- Inmunizaciones

Cuadro clínico al ingreso al servicio de gastroenterología.

- Signos y Síntomas clínicos
- Características de las evacuaciones

Abordaje diagnóstico y evolución

- Etiología
- Sangre en citología fecal
- Resultado del Hematocrito
- Estancia Intrahospitalaria de los niño/as
- Complicaciones
- Tipo de Complicación
- Condición de Egreso del niño (a)

Operacionalización de Variables

Variable	Descripción	Indicador	Escala / Valor
Procedencia	Punto de origen de una persona según distancia a que se encuentra el casco urbano.	Procedencia	Urbana Rural
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad.	Meses y Años	Menor de 1 año De 1 año a 2 años De 3 a 4 años
Sexo	Condición fenotípica que diferencia si el género del individuo es femenino o masculino.	Género	Masculino Femenino
Antecedentes patológicos personales	Antecedentes patológicos personales, enfermedades que ha presentado o presenta el niño (a) al antes del ingreso.	Antecedentes patológicos personales	Enfermedades respiratorias Hospitalizaciones por EDA Hospitalizaciones por disentería Otros Ningún antecedente patológico
Tiempo de Lactancia	Tiempo transcurrido desde el inicio de alimentación con lactancia materna ya sea exclusiva o no, hasta la actualidad.	Meses	Más de 6 meses Menos de 6 meses Todavía está lactando Lactancia artificial

Variable	Descripción	Indicador	Escala / Valor
Tipo de lactancia	Tipo de Lactancia según acompañamiento de otros alimentos mientras el niño (a) se encuentre ingiriendo leche procedente del pecho materno, o condiciones en el que la procedencia de la leche no sea natural.	Tipo	Materna Exclusiva Artificial Mixta
Dieta Actual	Sustancia que toma o recibe el niño (a) para su nutrición y satisfacer las necesidades calóricas	Dieta actual	Lactancia Materna Exclusiva Lactancia Materna Complementaria Dieta General Leche Artificial
Estado nutricional	Relación entre el peso y la talla que se utiliza para identificar el sobrepeso y la obesidad. Se utilizará la tabla de Índice de Masa Corporal para la Edad de la OMS para clasificar a los niños, dado que los valores normales varían según edad. (Ver Anexos 2 y 3)	IMC Kg/mts ²	Muy bajo peso Bajo Peso Normal Sobrepeso Obesidad
Inmunizaciones	Proceso por el cual un ser humano adquiere anticuerpos para combatir infecciones las cuales algunas se pueden adquirir de forma artificial a través de la vacuna.	Inmunización	Completas para la edad Incompletas para la edad

Variable	Descripción		Indicador	Escala / Valor
Signos y síntomas clínicos	Signo de pliegue cutáneo	Signo de hidratación que se valora pellizcando la piel.	Signo de pliegue	Positivo Negativo
	Llenado capilar	Prueba rápida que se realiza sobre los lechos ungueales para vigilar la deshidratación y la cantidad de flujo sanguíneo el tejido.	Llenado capilar	Menor de 2 segundos Mayor de 2 segundos
	Fontanela anterior	Son separaciones que, durante aproximadamente los primeros 12 a 18 meses, de vida del recién nacido se observan, como parte del desarrollo normal.	Fontanela hundida	Hundida Normotensas Abombada
	Fiebre	Aumento de la temperatura corporal por encima de los valores que se consideran normales (Temperatura mayor a 37.9° C.)	Grados centígrados.	Sin Fiebre Con Fiebre
	Dolor abdominal	Dolor que se percibe en la región abdominal.	Dolor abdominal	No Si
	Vomito	Expulsión del contenido del estómago a través de la boca.	Vómito	No Si
	Sed	Ansias de beber líquidos con mayor frecuencia de lo considerado normal para un individuo.	Sed	No Si

Variable	Descripción		Indicador	Escala / Valor
Características de las evacuaciones	Moco	Sustancia viscosa secretada por células mucosas.	Presencia de moco	No Si
	Consistencia	Propiedad física relacionada con la rigidez de los cuerpos.	Consistencia	Líquida Chingastosa Pastosas
	Frecuencia de las evacuaciones en 24 horas	Número de evacuaciones realizadas en 24 horas.	Frecuencia de evacuaciones	Menos de 5 De 5 a 10 Más de 10
	Cantidad por evacuación.	Cantidad por evacuación, expresada de forma subjetiva por el tutor.	Cantidad de evacuaciones	Poca cantidad Regular cantidad Abundante cantidad
	Sangre en heces	Presencia de sangre en las evacuaciones visible a la inspección del clínico.	Sangre en heces	Con sangre macroscópica Sin sangre macroscópica

Variable	Descripción	Indicador	Escala / Valor
Etiología	Agente causal del episodio de disentería que presenta el niño, el cual es realizado con citología fecal.	Resultado de la citología fecal	Bacterias Entamoeba histolytica Giardia lamblia Giardia lamblia y Entamoeba histolytica Bacterias y Giardia lamblia Bacterias y Entamoeba histolytica
Sangre en citología fecal	Realización de citología fecal, en el cual el bioanalista o técnico de laboratorio reporta la presencia de sangre microscópica o macroscópica.	Presencia de sangre	Sangre macroscópica Sangre microscópica
Complicaciones	Evolución negativa esperada o no de una enfermedad.	Aparición de Complicaciones	No Si,
Tipo de complicaciones	Complicaciones presentadas por los niños (as) estudiados durante la hospitalización de éstos en el servicio de gastroenterología.	Tipo de complicación	Íleo metabólico Invaginación intestinal
Resultado de Hematocrito	Valor del hematocrito tomando como referencia mínimo normal 33%.	Sin anemia >=33% Con anemia <33%	Con anemia Sin anemia

Variable	Descripción	Indicador	Escala / Valor
Estancia Intrahospitalaria	Tiempo en días transcurridos desde el ingreso a la unidad hospitalaria hasta que el individuo deja la unidad de salud en las distintas condiciones posibles.	Días	2 días o menos 3-5 días Mayor a 5 días
Condición de Egreso	Estado o condición de salida en la cual el paciente deja la unidad hospitalaria.	Estado al egreso	En Resolución Resuelto Trasferido Abandono Fallecido

Control de sesgos

Sesgo de selección: Para controlar el sesgo de selección, se incorporó a toda la población con diagnóstico de disentería en el año 2012.

Sesgo de información: La información se obtuvo por los investigadores, con el instrumento de recolección previamente diseñado para el estudio, basados en los objetivos específicos planteados, que son: las características generales de la población, cuadro clínico al ingreso y el abordaje y evolución de los niños (as) estudiados. El número de ítems o preguntas fueron nueve, dos y siete respectivamente. La validación consistió en la lectura y crítica sobre la pertinencia y coherencia de las preguntas, así como la redacción de las mismas.

Consideraciones Bioéticas

Respeto a las personas y protección de la confidencialidad: Se garantizó privacidad de los individuos, ya que no fueron extraídos los datos de identificación del paciente ni familiares. El instrumento de recolección de la información solo recopiló número de expediente, a fin de no evidenciar el nombre del paciente. Los datos solo fueron manejados por los investigadores, tanto en su recolección, digitación y análisis. La realización de este estudio se basó exclusivamente en la obtención de datos provenientes del Expediente Clínico.

Beneficencia: La investigación no causa ningún daño a las personas, los objetivos obedecen a la revisión del expediente clínico y no somete a ninguna prueba que atente contra la integridad del paciente.

Justicia: Se manejó la información de los expedientes sin manipulación de los datos. La investigación no pretendió sacar provecho de la condición en la que se encontraron los pacientes. La utilidad de los resultados permitió mostrar la situación actual, a fin de que se puedan realizar estrategias o acciones para mejorar la atención y prevención de esta enfermedad.

VIII. RESULTADOS

Se realizó el estudio con un total de 161 expedientes de niños y niñas, ingresados con diagnóstico de Disentería en el servicio de gastroenterología del Hospital “Fernando Vélez Paiz”

Del total de casos estudiados, el 92.5% correspondieron al área urbana y solo el 7.5% de ellos eran de procedencia rural. Con respecto a la edad de los niños, la mayor frecuencia se encontró en el grupo comprendido entre 1 a 2 años cumplidos con el 46%, seguido por los menores de 1 año en el 30.4% y con el 23.6% se encontraron aquellos de 3 a 4 años de vida. Hubo predominio del sexo femenino con 52.8%, el 47.2% fueron de sexo masculino. (Ver Anexo 4, Tabla 1)

Dentro de los antecedentes patológicos personales de los niños (as) estudiados, el 77.64% de ellos se presentaron sin antecedentes de enfermedades previas, 12.42% tuvo enfermedad respiratoria, a 3.1% se habían hospitalizado por enfermedad diarreica aguda anteriormente, el 0.6% de los pacientes registró hospitalización por disentería dentro de sus antecedentes y otras comorbilidades representaron el 6.21% de los antecedentes patológicos personales precedentes al momento del ingreso. (Ver Anexo 4, Tabla 2)

En cuanto al tiempo de lactancia, el 50.3% de los niños (as) investigados recibieron lactancia materna exclusiva, 24.8% del total de los ingresados aún recibían pecho materno, 14.9% solamente lo recibió menos de 6 meses y 9.9% había sido alimentado mediante lactancia artificial. El tipo de lactancia recibida fue materna exclusiva en el 60.2% de los casos, mixta en el 29.9% y artificial 9.9%. Al momento de la hospitalización, el 57.2% de los niños (as) recibía dieta general, 23.6% se hallaba con lactancia materna exclusiva, 14.9% se encontraba con lactancia materna complementaria y 4.3% leche artificial. (Ver Anexo 4, Tabla 3)

Se encontró que 93.2% de los pacientes presentaron un estado nutricional normal y solamente 6.8% presentó una clasificación de bajo peso. (Ver Anexo 4, Tabla 4). Sobre las inmunizaciones, el 73.9% de ellos tenía su esquema completo para la edad y el 26.1% incompletas para la edad. (Ver Anexo 4, Tabla 5)

En los signos y síntomas clínicos, el signo del pliegue cutáneo positivo se presentó en un 4.3%, y negativo en el 95.7% de los ingresados. El llenado capilar fue menor de 2 segundos en el 98.8% los niños (as) y mayor a 2 segundos en 1.2%. El 100% de los casos se encontraron con fontanelas anteriores normotensas (niños menores de 18 meses) (Ver Anexo 4, Tabla 6)

Según los datos obtenidos del expediente clínico, el 54% de los episodios disentéricos se presentaron con fiebre, el 46% no presentó fiebre. Hubo dolor abdominal en 32.3% de los casos y en el 67.7% de ellos no se manifestó este síntoma. Apareció vómito en 21.7% de los casos, en el restante 78.3% no se dio. Se manifestó sed en 1.9% de los niños (as), mientras que el 98.1% no lo tuvo. (Ver Anexo 4, Tabla 6)

En las características de las evacuaciones, 80.7% de pacientes que presentaron moco en las deposiciones y 19.3% sin moco. La consistencia que predominó fue la líquida con el 60.9%, seguido por las evacuaciones chingastosa en 32.3% y pastosas únicamente en 6.8% de los casos. La frecuencias de las evacuaciones fueron de 5 a 10 episodios diarios con 48.4%, seguido de los pacientes que presentaron menos de 5 evacuaciones en 24 horas con 41.6% y en menor cantidad los que presentaron más de 10 evacuaciones en el mismo lapso de tiempo. Respecto a la cantidad, las de poca y regular cantidad en el volumen de las deposiciones con 43.5% y 40.4% respectivamente, se observó abundante cantidad únicamente en el 16.1% de los niños (as) ingresados. La presencia de sangre macroscópica se evidenció en el 77% de los pacientes y el 23% de éstos no se observó a simple vista. (Ver Anexo 4, tabla 7)

En relación a la etiología, se encontró que el 68.9% fue bacteriana, en el 20.5% de los casos se observó coinfección en bacterias y Entamoeba histolytica, el 5% presentó monoinfección con Entamoeba histolytica, 4.3% coexistieron Bacterias y Giardia lamblia, 0.6% de la infecciones fue solo con giardiasis y en la coinfección Giardia lamblia y Entamoeba histolytica 0.6%. (Ver Anexo 4, Tabla 8)

La búsqueda de sangre en citología fecal reveló que 77% de los casos de disentería eran macroscópica y el 23% de los resultados fue microscópica. (Ver Anexo 4, Tabla 9)

Se presentaron solamente dos complicaciones en los niños estudiados de las cuales una fue Invaginación intestinal y la otra Íleo metabólico. (Ver Anexo 4, Tablas 10 y 11)

Se observó anemia en el 65.8% y 34.2% de los niños (as) con hematocrito normal. (Ver Anexo 4, Tabla 12)

La estancia intrahospitalaria que predominó fue dentro del rango de 3 a 5 días, 60.2%, seguido de los niños (as) que estuvieron hospitalizados 2 días o menos, 25.5% y en menor proporción aquellos que permanecieron en la unidad de salud por más de 5 días, 14.3%. La mayoría de los casos fueron egresados con su problema resuelto en el 69.6%, 23% de los pacientes fueron dados de alta con la enfermedad disentérica en resolución y solamente el 0.6% fue transferido a otra unidad de salud. (Ver Anexo 4, Tabla 13).

IX. DISCUSIÓN

La Disentería en niños (as) menores de 5 años puede ser causada por una variedad de microorganismos. Esta variante de la enfermedad diarreica aguda, puede presentar consecuencias clínicas más severas por el mayor daño a la mucosa intestinal que se presenta en este padecimiento, por tanto es aconsejable se realice la búsqueda activa del diagnóstico etiológico para un abordaje adecuado.

Los resultados de la presente investigación, muestra predominio en los niños (as) de 1 a 2 años, lo que podría estar relacionado a la lactancia materna en el primer año de vida, como un factor protector de enfermedades prevalentes tal como es la disentería. Es sabido que las propiedades de la Lactancia Materna Exclusiva proporcionan defensas contra las infecciones gastrointestinales, producto del paso de la inmunoglobulina M y otros elementos protectores presentes en su composición. (Maria Camila Alzate, 2011). Existe amplia promoción de la Lactancia Materna en nuestro país, sin embargo esta tiene que competir con los medios publicitarios, los cuales promueven fórmulas y biberones no adecuados para la niñez nicaragüense. Aún prevalece la falta de sensibilización sobre las ventajas de leche materna, siendo la ya antes mencionada protección inmunológica, alto contenido nutritivo, prevención de la desnutrición, apego emocional del binomio madre hijo y la disminución del gasto económico familiar e institucional por parte del MINSA, importantes en la prevención de enfermedades.

La mayoría de los pacientes presentó un estado nutricional normal, a como se muestra en los estudios “Síndrome disentérico en niños menores de 5 años” e “Impacto de la Estrategia AIEPI Hospitalario en el Abordaje Médico e Indicadores de las Enfermedades Diarreicas en Niños de 1 mes a 4 Años, Hospital Fernando Vélez Paiz, II Semestre del 2004 y 2006”. Los resultados de ambas investigaciones mostraron que predominaron los niños con estado nutricional normal, lo que podría decir que los agentes etiológicos de estas patologías pueden afectar tanto a los niños con estado nutricional normal como a los que tienen una alteración en su nutrición. (Bove Urbina, 2006) (Tomat, y otros, 2009)

Las manifestaciones clínicas coincidieron con la bibliografía consultada, encontrando que los signos y síntomas como la fiebre, dolor abdominal y vómito estuvieron presentes en

la enfermedad, así se mostró en el estudio de “Síndrome disentérico en niños menores de 5 años” y el Tratado de Pediatría de Nelson en su edición 17, lo que indica que continua prevaleciendo la sintomatología clásica de acuerdo al agente etiológico. (Behrman, 2004) (Tomat, y otros, 2009)

En la mayoría de los casos las evacuaciones eran de característica líquida, de poca a regular cantidad y con presencia de moco y sangre, lo cual se relaciona con la etiología, siendo en su mayoría bacteriana y mixtas, que incluye parásitos y bacteria, (Behrman, 2004)

Tener claro las características de las evacuaciones permite al clínico realizar un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, ya que al prevalecer múltiples microorganismos causales, las alternativas terapéuticas varían de acuerdo a la etiología. En el caso de la terapia anti-infecciosa, debe iniciarse precozmente cuando este indicado, con el fin de reducir la duración y gravedad de la enfermedad, así mismo se logra la prevención de complicaciones, disminución de la excreción del agente infeccioso y se evita la transmisión del patógeno a otro huésped susceptible.

De las etiologías encontradas en las evacuaciones disentéricas, se observó en la citología fecal, que el origen bacteriano fue la principal causa de los episodios de diarrea con sangre, como lo demuestra también la revisión sistemática de “Los pacientes con disentería aguda”; sin embargo, no se especificó el agente etiológico en los exámenes de los niños (as) afectados con esta variante de la diarrea. La literatura reporta que la especie *Shigella* predomina en este padecimiento. (Pfeiffer, DuPont, & Ochoa, 2012)

Siendo una de las causas etiológicas más frecuentes, es relevante conocer la gravedad de la infección, ya que la enfermedad al no ser manejada a tiempo, puede ocasionar cuadros y complicaciones graves, dentro de los que se menciona el megacolon tóxico y síndrome urémico-hemolítico. (Ramírez, 2002)

Otros microorganismos causantes de disentería encontrados en la presente investigación, fueron la *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia* y las infecciones mixtas, se observaron en menor proporción en los niños hospitalizados, patógenos que son frecuentes en los países en vías de desarrollo, en especial zonas periurbanas y rurales y causantes de

desnutrición crónica, si no se trata de manera adecuada (Behrman, 2004; Pfeiffer, DuPont, & Ochoa, 2012)

La anemia observada en los niños (as) del estudio, no necesariamente obedece a la presencia de la enfermedad aguda, puede explicarse por la ingesta pobre en hierro, así como por una probable infección subclínica por parásitos como los encontrados en los resultados de citología fecal. Estas infecciones subclínicas pueden pasar desapercibidas, sin cuadro clínico de diarrea, y causar alteración en la absorción de micronutrientes como el hierro y otros precursores utilizados en la hematopoyesis. (Behrman, 2004)

La mayoría de niños (as) permaneció en el hospital menos de 5 días, 8 de cada 10 niños fueron dados de alta con su problema en resolución o resuelto. La brevedad de la estancia intrahospitalaria puede deberse a una adecuada respuesta al tratamiento, lo que reduce la presencia de signos y síntomas e incluso resolución completa de la enfermedad. Según la literatura, la resolución de la disentería oscila aproximadamente 7 días, sin embargo, el estudio de Tomat y col registró un promedio de resolución de 3 días, de igual manera, Bove describe una estancia intrahospitalaria de 1 a 3 días en la mayoría de los casos con disentería, posterior a la aplicación del AIEPI. Pese a esta diversidad, se debe tomar en cuenta el estado con el que ingresan los niños(as), los antecedentes patológicos personales, antecedentes de automedicación entre otros aspectos. (Behrman, 2004; Bove Urbina, 2006; Ministerio de Salud de Nicaragua, 2009; Tomat, y otros, 2009)

Las complicaciones solo se observaron en dos casos, no siendo propias de los agentes etiológicos en esta enfermedad.

Dado que la disentería sigue afectando a la niñez nicaragüense, a pesar de la reducción de los casos con respecto a años anteriores, e imperante mantener la vigilancia y promover las medidas sanitarias adecuadas en la comunidad y enfatizar la promoción de la lactancia materna. (Ministerio de Salud de Nicaragua, 2011)

X. CONCLUSIONES

1. El presente estudio mostró que la mayoría de los casos ingresados con diagnóstico de disentería, fueron niños (as) de 1 a 2 años, de procedencia urbana, predominando el sexo femenino con un ligera diferencia porcentual de 5.6. Los antecedentes patológicos personales más importantes fueron las infecciones respiratorias. En cuanto a los antecedentes alimenticios, la mitad de los niños recibieron lactancia materna, de estos 6 de cada 10 niños recibió Lactancia Materna Exclusiva. La mayoría de los niños (as) se encontró con estado nutricional normal. La inmunización completa para la edad se presentó en tres cuarto de la población aproximadamente.
2. Entre las características clínicas más frecuentes, la fiebre y evacuaciones líquidas con moco y sangre, con episodios de 5 a 10 veces en 24 horas fueron las más presentadas. Se observaron escasos pacientes con datos de deshidratación.
3. La etiología más frecuente fue la de origen bacteriano. Se evidenció en la citología fecal la presencia de sangre macroscópica, utilizándose tanto el diagnóstico clínico como de laboratorio para definir esta enfermedad. Las complicaciones solamente se presentaron en dos casos, sin embargo, estas no pertenecen a las complicaciones propias de la disentería. El periodo de estancia intrahospitalaria predominó en 3 a 5 día y la mayor parte de los pacientes fue dado de alta con su problema resuelto.

En conclusión se puede afirmar que el comportamiento clínico de la disentería en los niños (as) estudiados se presentó de manera clásica, siendo la etiología más frecuente la bacteriana, con evacuaciones líquidas, con moco y sangre, episodios menor de 10 veces en 24 horas y fiebre. Se observó que de manera global los casos de disentería necesitaron hospitalización menor de 5 días, egresando a los infantes, en su mayoría, con el problema de salud resuelto, sin complicaciones propias de la enfermedad.

XI. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud

1. Realizar actualizaciones periódicas de la normativa del AIEPI, basada en evidencia científica nacional e internacional, dado que la última edición se realizó en el año 2009.
2. Promover estudios de coprocultivo y antibiogramas para conocer la prevalencia y que microorganismo son los más frecuentes como causa de diarreas disintéricas, así como para conocer la resistencia y sensibilidad a los antibióticos, en lugares donde no se estén realizando.
3. Implementar una ficha estándar a nivel nacional que abarque el estado de hidratación, compromiso hemodinámico, características de las evacuaciones llenadas estrictamente al ingreso de los pacientes con enfermedad diarreica disintérica o no disintérica, lo que vendría a facilitar la recopilación de la información para otros estudios.

A jefes de servicio de las unidades del segundo nivel de atención y personal de salud que atiende a la niñez nicaragüense

1. Formar un grupo de supervisión y acompañamiento a los médicos que están en contacto directo con estos pacientes y así continúen brindando una atención especializada con calidad y calidez
2. Mantener la educación continua de AIEPI hospitalario a todo el personal de salud.
3. Realizar actividades docentes sobre el manejo de AIEPI, principalmente para el personal de salud nuevo y en aquellos en los que se encuentre las debilidades.
4. Vigilar y evaluar sistemáticamente el llenado del expediente clínico con letra legible y el adecuado conocimiento y cumplimiento de la normativa Del AIEPI.
5. Llenar adecuadamente el expediente clínico detallando el estado de hidratación del paciente de toda EDA disintérica o no disintérica.

A los Gabinete Familiar Comunidad y Vida

1. Solicitar capacitación y acompañamiento sobre temas relacionados a disentería en sus unidades de salud correspondientes.
2. Realizar Jornadas de sensibilización a la población sobre la enfermedad, y con énfasis en los grupos de riesgo.
3. Organizar Jornadas de limpieza de manera periódica en sus comunidades.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. A. Accarino Garaventa, F. A. (s.f.). Seudobstrucción intestinal, íleo y obstrucción. Obtenido de Elsevier Instituciones: <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/booktemplate/9788475927220/files/Capitulo13.pdf>
2. A.K.C Leung, A. w. (2002). Sangrado gastrointestinal bajo en niños . (D. C. Scharf, Trad.) Cánada . Obtenido de http://www.sap.org.ar/staticfiles/publicaciones/correo/cor2_03/1051.pdf
3. Aguilar Rojas, A., Segura Schulz, C., & Boscá Crespo, A. (2005). Gastroenteritis Agudas. Malaga, España. Obtenido de <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/gea.pdf>
4. Behrman, K. J. (2004). *Tratado De Pediatría* (17 ed.). España: Elsevier.
5. Boschi-Pinto, C., Velebit, L., & Shibuya, K. (2008). Estimating mortality due to diarrhoea in developing countries. Obtenido de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862008000900015&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0042-96862008000900015>
6. Bove Urbina, S. (2006). Impacto de la estrategia AIEPI Hospitalario en el abordaje medico e indicadores de las enfermedades diarreicas en niños de 1 mes a 4 años. Managua, Managua, Nicaragua. Obtenido de <http://cedoc.cies.edu.ni/digitaliza/t419/doc-contenido.pdf>
7. Cermeño, J. R., Hernández de Cuesta, I., Camirapano, M., Medina, N., Guevara, A., & Hernández Rivero, C. (Junio de 2008). Etiología de diarrea aguda en niños menores de 5 años. Ciudad Bolívar, Venezuela. Obtenido de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-25562008000100011&lng=es
8. Chover Lara, J. L., Salazar Chifre, A., Gallego Cruz, M., Camaró Sala, M. L., Segarra Martínez, C., & Peñalver Blasco, M. C. (Mayo de 1999). Brote de Shigellosis en un barrio de nivel social bajo. España. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271999000300008&lng=es
9. E. Domenech Morral, F. C. (2011). Colitis Ulcerosa. España: Elsevier Instituciones. Obtenido de

<http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/booktemplate/9788475927220/files/Capitulo24.pdf>

10. Fernández Carcía, M., Fernández Rodríguez, C., Martínez Furé, G., Pérez Ramos, E., Cuza Arribas, C., & Acosta López, J. (Diciembre de 2004). Etiología Diarrea con sangre en menores de 5 años. Habana, Cuba. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475312004000400006&lng=es
11. Instituto Nacional de Información de Desarrollo; Ministerio de Salud. (2013). Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud. Nicaragua. Obtenido de http://www.inide.gob.ni/endesa/Endesa11_12/HTML/endesa11/assets/common/downloads/Informe preliminar.pdf
12. *Intususcepción en los niños*. (16 de 05 de 2012). (University of Maryland) Obtenido de umm.edu/health/medical/spanishency/articles/intususcepcion-en-los-ninos
13. Luzia Toselli, P. L. (2009). Divertículo de Meckel. Buenos Aires , Argentina. Obtenido de www.scielo.org.ar/pdf/aap/v107n4/v107n4a17.pdf
14. Maria Camila Alzate, C. A. (Enero- Marzo de 2011). Lactancia Materna Como Factor protector De Enfermedades Prevalentes En niños Hasta De 5 Años. Colombia. Obtenido de www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol62No1_Enero_Marzo_2011/v62n1a07.pdf
15. Ministerio de Salud de Nicaragua. (2009). Guía para el abordaje de las infecciones más comunes de la infancia y la desnutrición (Para atención de niños (as) de 1 mes a 4 años de edad. AIEPI-Hospitalario[Norma]). Managua, Nicaragua. Obtenido de <http://www.minsa.gob.ni/index.php/repository/Descargas-MINSA/Direcci%C3%B3n-General-de-Regulaci%C3%B3n-Sanitaria/Normas-Protocolos-y-Manuales/Normas-2009/normativa---017-Gu%C3%ADa-para-el-Abordaje-de-las-Enfermedades-Infeciosas--m%C3%A1s-C>
16. Ministerio de Salud de Nicaragua. (15 de Diciembre de 2011). Notificaciones recibidas al jueves 15 de diciembre de 2011, Hasta la semana epidemiológica 49. Managua, Nicaragua. Obtenido de http://minsa.gob.ni/index.php?option=com_remository&Itemid=52&func=select&id=1486
17. Mota, M. I., Gadea, M. P., González, S., González, G., Prado, L., Sirok, A., . . . Varela, G. (2010). Patógenos bacterianos asociados a diarrea con sangre en niños uruguayos. Buenos Aires, Argentina. Obtenido de

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-75412010000200009

18. OMS. (2013). Ending Preventable Child Deaths from Pneumonia and Diarrhoea by 2025. The integrated Global Action Plan for Pneumonia and Diarrhoea (GAPPD). Ginebra, Suiza. Obtenido de <http://defeatdd.org/sites/default/files/node-images/gappd-full-report.pdf>
19. OMS; UNICEF. (2004). Tratamiento clínico de la diarrea. Ginebra, Suiza. Obtenido de http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_FCH_CAH_04.7_spa.pdf
20. Pfeiffer, M., DuPont, H., & Ochoa, T. (Abril de 2012). The patient presenting with acute dysentery - A systematic review. *Journal of Infection*, 64(4). Obtenido de [http://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453\(12\)00007-2/pdf](http://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453(12)00007-2/pdf)
21. Pickering, L. K. (2003). Libro rojo de pediatría. Panamericana.
22. Ramírez, S. L. (1 de 4 de 2002). Shigelosis. 8. Tabasco, Mexico. Obtenido de www.redalyc.org/pdf/487/48708106.pdf
23. Secretaría Nacional de Salud, USAID, OPS/OMS, UNICEF. (1995). Disentería, Diarrea persistente y Diarrea asociada a otras enfermedades. Bolivia. Obtenido de <http://www.ops.org.bo/textocompleto/rnsbp95340208.pdf>
24. Tomat, M., Remartini, P., Salinas, B., de Materan, M. R., González, R., Rosas, M. A., & Materan, M. (Abril de 2009). *Síndrome disentérico en niños menores de 5 años*. Obtenido de http://salus-online.fcs.uc.edu.ve/disenterico_menores_cinco.pdf

ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de recolección de la información para el estudio: “Comportamiento Clínico De La Disentería En Niños Menores De 5 Años Hospital Fernando Vélez Paiz. 2012”.

Exp: _____ Código: _____ Código del recolector _____

Fecha de llenado ____/____/____/ Hora: /____/____/

i. Características generales de la población en estudio:

1. Procedencia: ___Urbana ___Rural
2. Edad: ___Menor de 1 año___ De 1 a 2 años ___ De 3 a 4 años
3. Sexo: ___Masculino ___Femenino
4. APP: ___Enfermedades respiratorias ___Hospitalización por EDA ___Hospitalización por disentería___ Otras___ Ninguna
5. Tiempo de lactancia: ___más 6 m ___menos 6 m ___todavía está lactando ___Lactancia Artificial
6. Tipo de lactancia: ___materna exclusiva ___artificial ___mixta ___ninguna
7. Dieta Actual: ___LME ___LM complementaria ___Dieta General
8. Estado Nutricional: ___Muy bajo peso___ Bajo peso ___Normal ___Sobrepeso ___Obesidad.
9. Inmunizaciones: ___Completas ___Incompletas para la edad.

ii. Cuadro clínico al ingreso

10. Signos y síntomas clínicos

- a. Signo de pliegue cutáneo: ___Positivo ___Negativo
- b. Llenado capilar: ___Menor de 2 segundos ___Mayor de 2 segundos

- c. Fontanela anterior (menores de 18 meses): ___Hundida ___Normo tensa ___Abombada ___No Aplica
- d. Fiebre: ___ Sin fiebre ___Con Fiebre
- e. Dolor abdominal: ___No ___Si
- f. Vómito: ___No ___Si
- g. Sed: ___No ___Si

11. Características de las evacuaciones:

- a. Moco: ___No ___Si
- b. Consistencia: ___Líquida ___Chingastosa ___Pastosa
- c. Frecuencia de las evacuaciones en 24 horas: ___Menos de 5 evacuaciones ___De 5 a 10 evacuaciones ___Más de 10 evacuaciones
- d. Cantidad por evacuación: ___Poca cantidad ___Regular cantidad ___Abundante cantidad
- e. Presencia de Sangre en heces: ___No ___Si

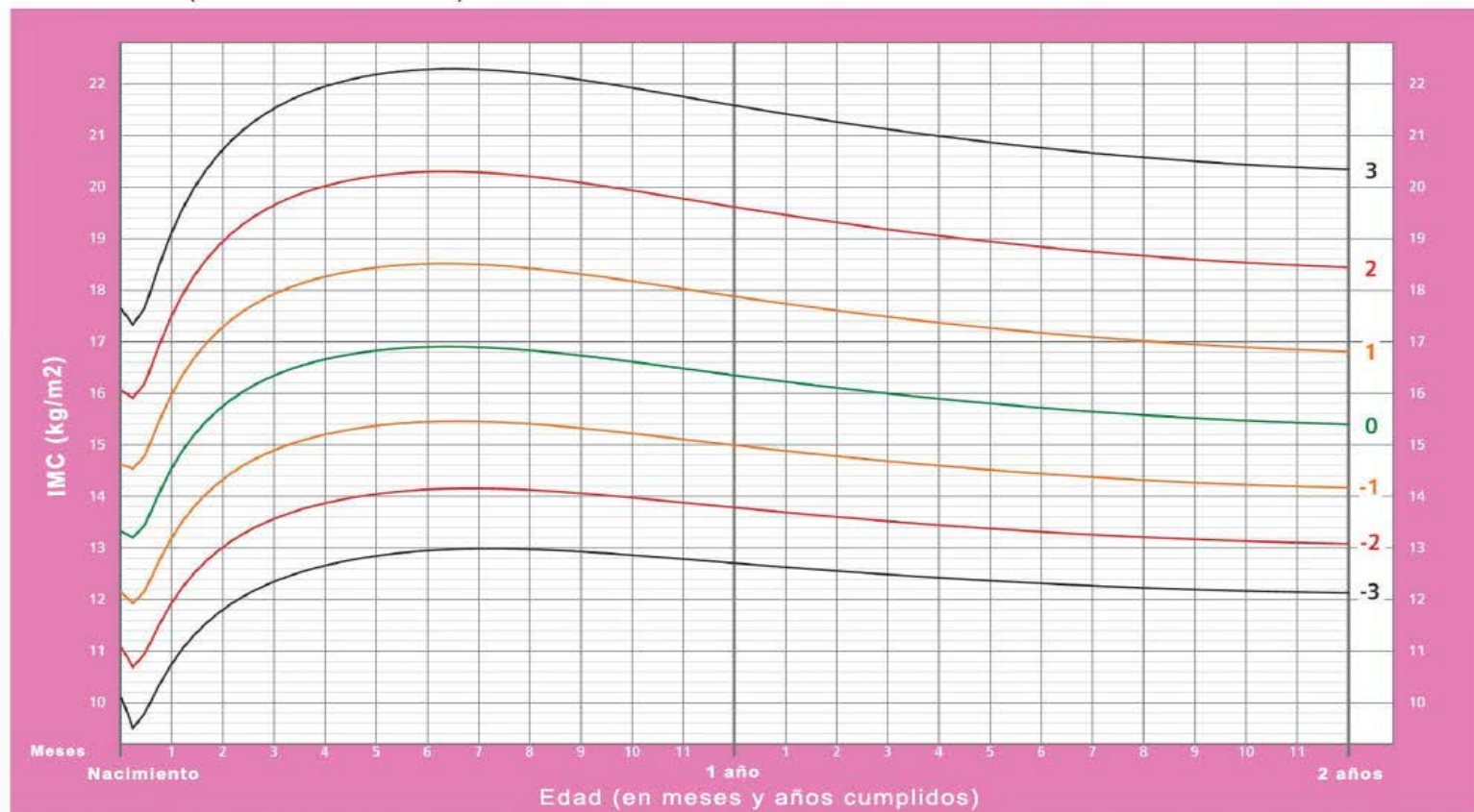
iii. Abordaje diagnóstico y evolución

12. Etiología: ___Bacterias ___Hongos ___Parásitos (Cual?)___
13. Sangre en citología fecal: ___Macroscópica ___Microscópica
14. Resultado del hematocrito: ___Con anemia ___Sin anemia
15. Estancia intrahospitalaria: ___ 2 d o menos ___3 a 5 d ___Más de 5 días
16. Complicaciones: ___No ___Si
17. Tipo de Complicación: _____
18. Condición De Egreso: ___En Resolución ___Resuelto ___Transferido ___Abandono ___Fallecido.

Anexo2. Tabla de índice de masa corporal para la edad de los niños

IMC para la edad Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)



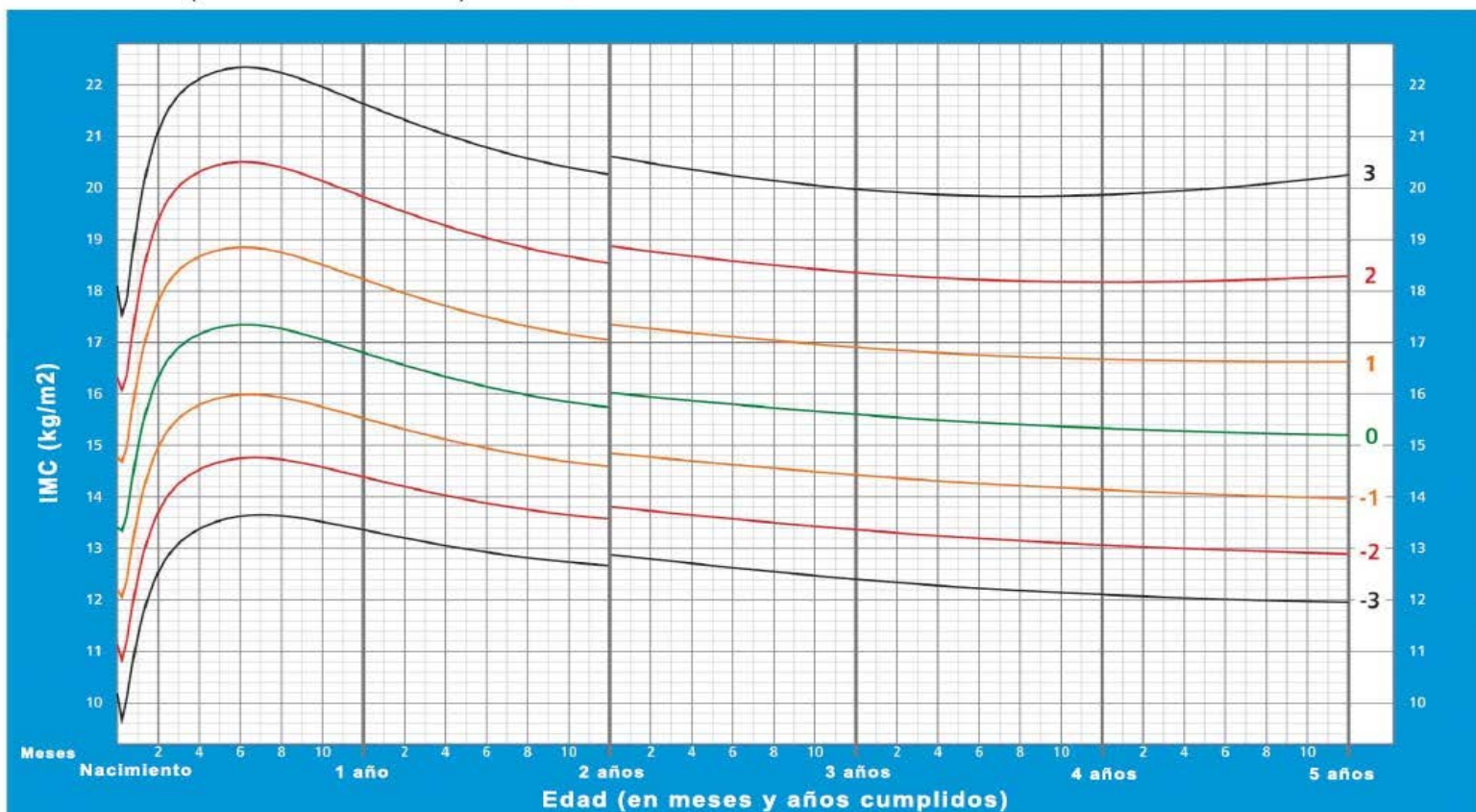
Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Fuente: (Ministerio de Salud de Nicaragua, 2009)

Anexo 3. Tabla de índice de masa corporal para la edad de los niños

IMC para la edad Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Fuente: (Ministerio de Salud de Nicaragua, 2009)

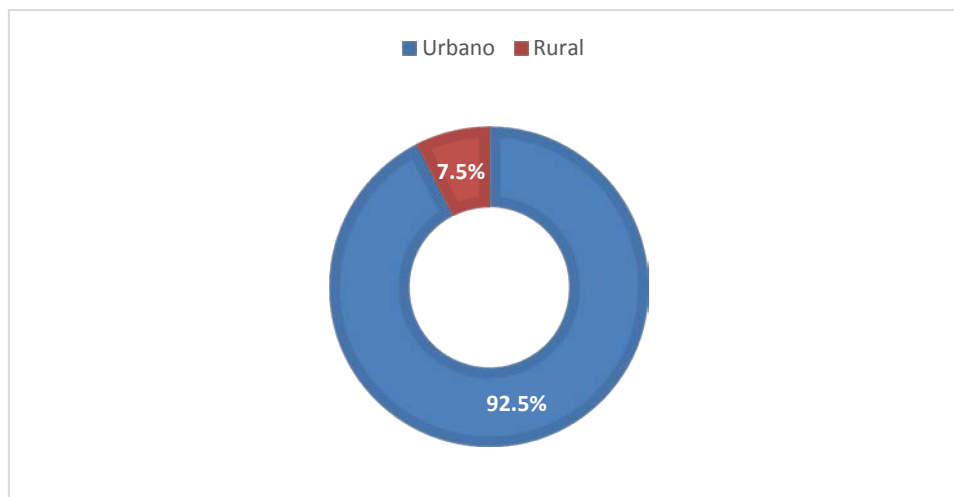
Anexo 4. Tablas y Gráficos

Tabla 1: Procedencia, edad y sexo de los niños (as) en estudio. Hospital Fernando Vélez Paiz. 2012

Procedencia		
	Frecuencia	Porcentaje
<i>Urbano</i>	149	92.5
<i>Rural</i>	12	7.5
<i>Total</i>	161	100
Edad		
	Frecuencia	Porcentaje
<i>Menor de 1 año</i>	49	30.4
<i>De 1 año a 2 años</i>	74	46
<i>De 3 a 4 años</i>	38	23.6
<i>Total</i>	161	100
Sexo		
	Frecuencia	Porcentaje
<i>Masculino</i>	76	47.2
<i>Femenino</i>	85	52.8
<i>Total</i>	161	100

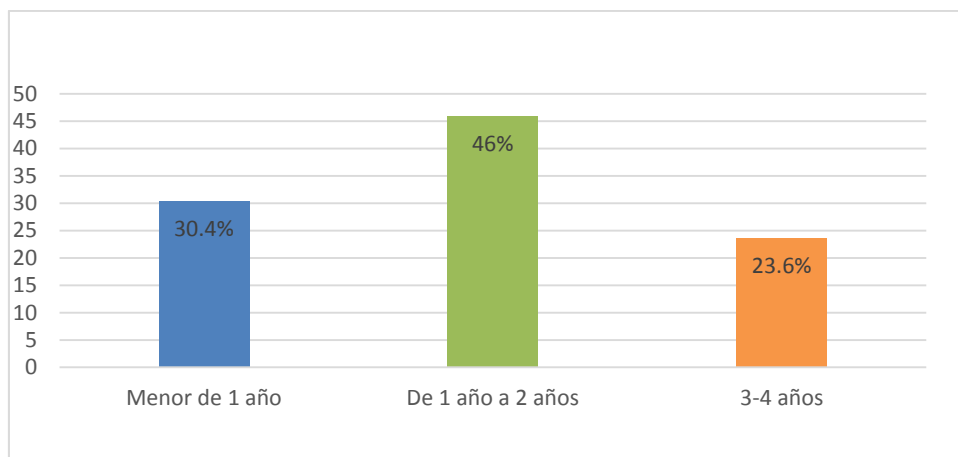
Fuente: Instrumento de recolección de la información del estudio “comportamiento clínico de la disentería en niños (as) menores de 5 años del Hospital Fernando Vélez Paiz durante el año 2012”.

Grafico 1: Procedencia de los niños (as) en estudio. Hospital Fernando Vélez Paiz. 2012



Fuente: Tabla 1

Grafico 2: Edad de los niños (as) en estudio. Hospital Fernando Vélez Paiz. 2012



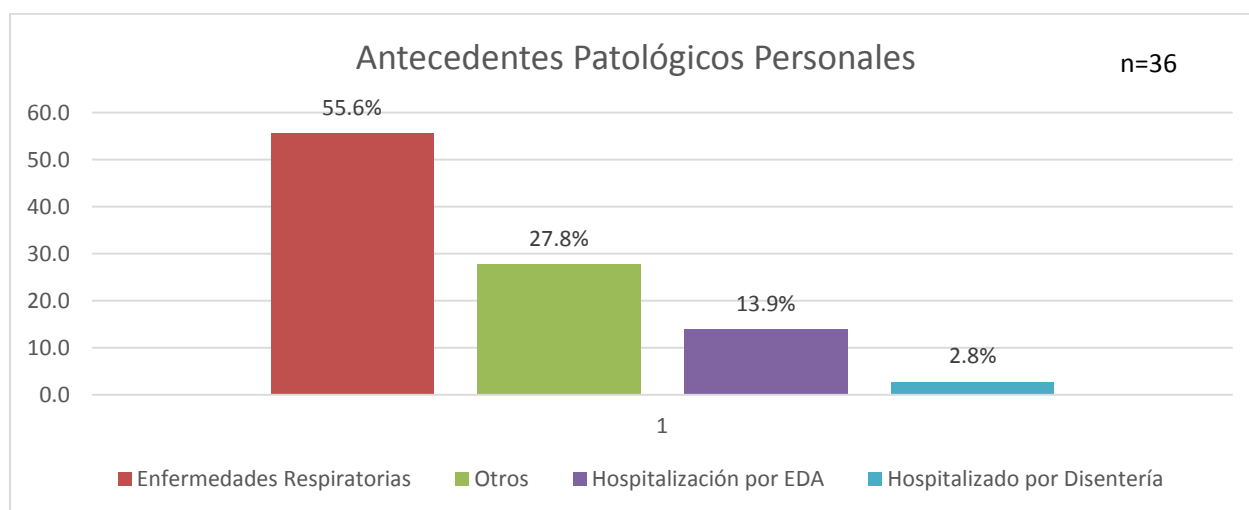
Fuente: Tabla 1

Tabla 2: Antecedentes Patológico Personales de los niños (as) en estudio. Hospital Fernando Vález Paiz. 2012

	Frecuencia	Porcentaje
<i>Enfermedades Respiratorias</i>	20	12.42
<i>Hospitalización por EDA</i>	5	3.1
<i>Hospitalizado por Disentería</i>	1	0.63
<i>Otros</i>	10	6.21
<i>Ningún antecedente patológico</i>	125	77.64
<i>Total</i>	161	100

Fuente: Instrumento de recolección de la información del estudio “comportamiento clínico de la disentería en niños (as) menores de 5 años del Hospital Fernando Vález Paiz durante el año 2012”.

Gráfico 3: Antecedentes personales patológicos de los niños (as) en estudio. Hospital Fernando Vález Paiz. 2012



Fuente: Tabla 2

Tabla 3: Tiempo de lactancia, tipo de lactancia y dieta actual de los niños (as) en estudio. Hospital Fernando Vález Paiz. 2012

Tiempo de Lactancia Materna		
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Más de 6 meses</i>	81	50.3
<i>Menos de 6 meses</i>	24	14.9
<i>Todavía está lactando</i>	40	24.8
<i>Lactancia artificial</i>	16	10.0
<i>Total</i>	161	100
Tipo de Lactancia		
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Materna Exclusiva</i>	97	60.2
<i>Artificial</i>	16	9.9
<i>Mixta</i>	48	29.9
<i>Total</i>	161	100
Dieta Actual		
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Dieta General</i>	92	57.2
<i>Lactancia Materna Exclusiva</i>	38	23.6
<i>Lactancia Materna Complementaria</i>	24	14.9
<i>Leche Artificial</i>	7	4.3
<i>Total</i>	161	100

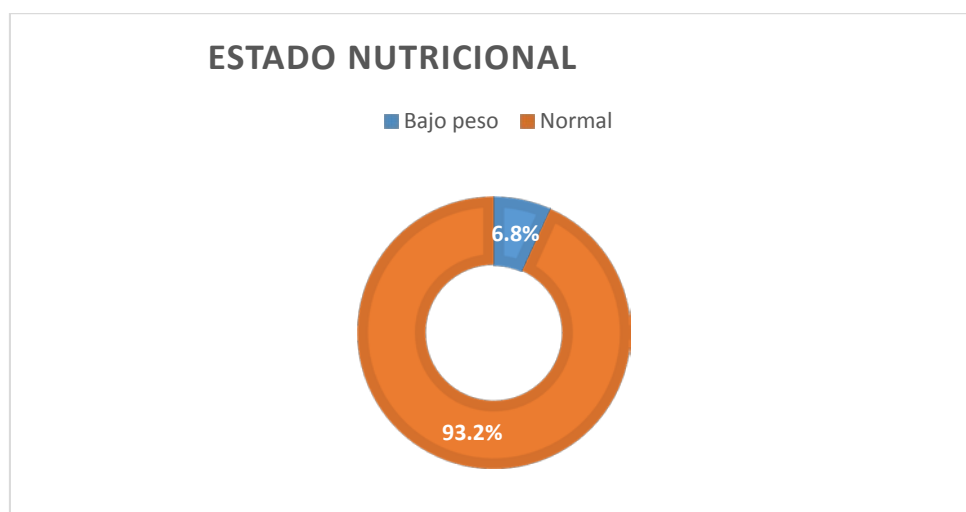
Fuente: Instrumento de recolección de la información del estudio "comportamiento clínico de la disentería en niños (as) menores de 5 años del Hospital Fernando Vález Paiz durante el año 2012".

Tabla 4: Estado nutricional de los niños (as) en estudio. Hospital Fernando Vélez Paiz. 2012

Estado Nutricional		
	Frecuencia	Porcentaje
<i>Bajo peso</i>	11	6.8
<i>Normal</i>	150	93.2
<i>Total</i>	161	100

Fuente: Instrumento de recolección de la información del estudio “comportamiento clínico de la disentería en niños (as) menores de 5 años del Hospital Fernando Vélez Paiz durante el año 2012”.

Gráfico 4: Estado nutricional de los niños (as) en estudio. Hospital Fernando Vélez Paiz. 2012



Fuente: Tabla 4

Tabla 5: Inmunizaciones de los niños (as) en estudio. Hospital Fernando Vélez Paiz. 2012

Inmunizaciones		
	Frecuencia	Porcentaje
<i>Completas para la edad</i>	119	73.9
<i>Incompletas para la edad</i>	42	26.1
<i>Total</i>	161	100

Fuente: Instrumento de recolección de la información del estudio “comportamiento clínico de la disentería en niños (as) menores de 5 años del Hospital Fernando Vélez Paiz durante el año 2012”.

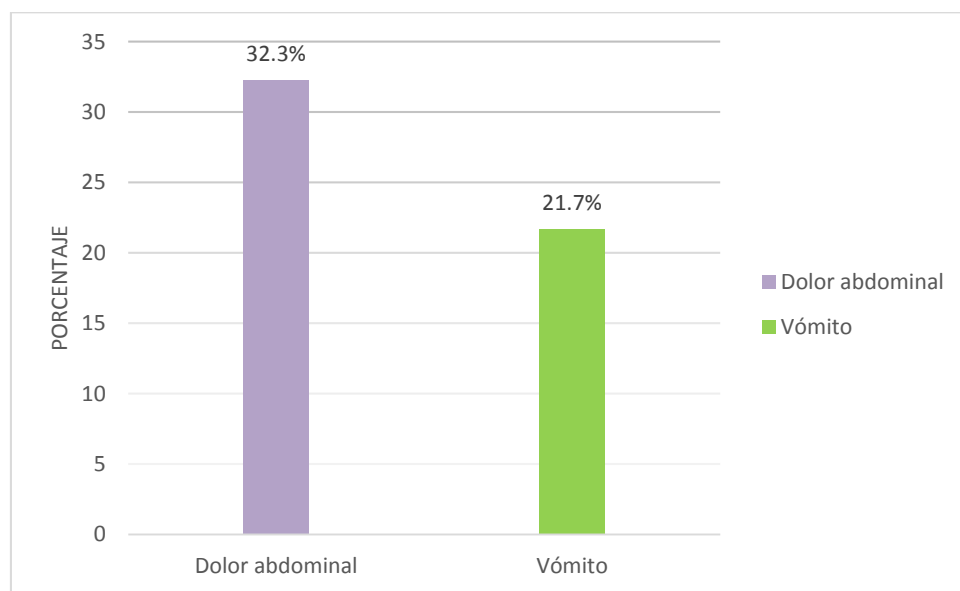
Tabla 6: Signos y síntomas clínicos de los niños (as) en estudio. Hospital Fernando Vélez Paiz. 2012

Signo de pliegue cutáneo		
	Frecuencia	Porcentaje
<i>Positivo</i>	7	4.3
<i>Negativo</i>	154	95.7
<i>Total</i>	161	100
Llenado capilar		
	Frecuencia	Porcentaje
<i>Menor de 2 Segundos</i>	159	98.8
<i>Mayor a 2 Segundos</i>	2	1.2
<i>Total</i>	161	100
Fontanela Anterior		
		N=84
	Frecuencia	Porcentaje
<i>Normotensas</i>	84	100
<i>Total</i>	84	100
Temperatura		
	Frecuencia	Porcentaje
<i>Sin fiebre</i>	74	46
<i>Con fiebre</i>	87	54
<i>Total</i>	161	100
Dolor Abdominal		
	Frecuencia	Porcentaje
<i>No</i>	109	67.7
<i>Si</i>	52	32.3
<i>Total</i>	161	100
Vómito		
	Frecuencia	Porcentaje
<i>No</i>	126	78.3
<i>Si</i>	35	21.7
<i>Total</i>	161	100
Sed		
	Frecuencia	Porcentaje
<i>No</i>	158	98.1
<i>Si</i>	3	1.9
<i>Total</i>	161	100

*Los casos donde se evaluó fontanela anterior fueron los niños (as) menores de 18 meses

Fuente: Instrumento de recolección de la información del estudio "comportamiento clínico de la disentería en niños (as) menores de 5 años del Hospital Fernando Vélez Paiz durante el año 2012".

Gráfico 5: Presencia de dolor abdominal y vómito de los niños (as) en estudio. Hospital Fernando Vález Paiz. 2012



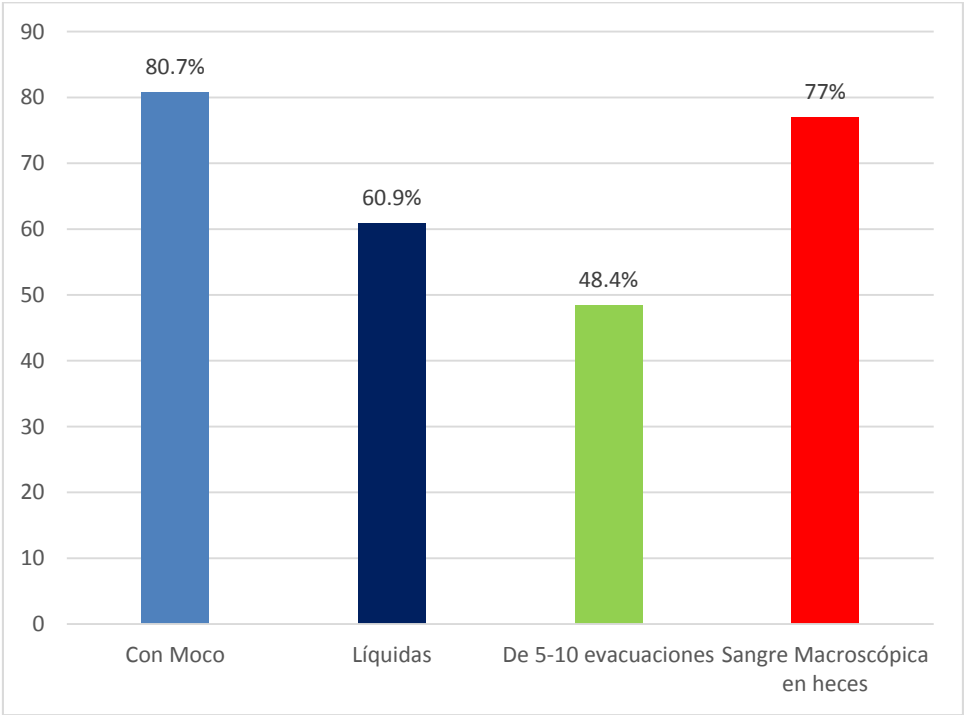
Fuente: Tabla 6

Tabla 7: Características de las evacuaciones de los niños (as) en estudio. Hospital Fernando Vélez Paiz. 2012

Moco		
	Frecuencia	Porcentaje
<i>Si</i>	130	80.7
<i>No</i>	31	19.3
<i>Total</i>	161	100
Consistencia de las Evacuaciones		
	Frecuencia	Porcentaje
<i>Líquidas</i>	98	60.9
<i>Chingastosa</i>	52	32.3
<i>Pastosas</i>	11	6.8
<i>Total</i>	161	100
Frecuencia de las Evacuaciones en 24 horas		
	Frecuencia	Porcentaje
<i>Menos de 5</i>	67	41.6
<i>De 5 a 10</i>	78	48.4
<i>Más de 10</i>	16	9.9
<i>Total</i>	161	100
Cantidad por Evacuación		
	Frecuencia	Porcentaje
<i>Poca cantidad</i>	70	43.5
<i>Regular cantidad</i>	65	40.4
<i>Abundante cantidad</i>	26	16.1
<i>Total</i>	161	100
Sangre en heces		
	Frecuencia	Porcentaje
<i>Con sangre macroscópica</i>	124	77
<i>Sin sangre macroscópica</i>	37	23
<i>Total</i>	161	100

Fuente: Instrumento de recolección de la información del estudio "comportamiento clínico de la disentería en niños (as) menores de 5 años del Hospital Fernando Vélez Paiz durante el año 2012".

Gráfico 6: Características de las evacuaciones de los niños (as) en estudio. Hospital Fernando Vélez Paiz. 2012



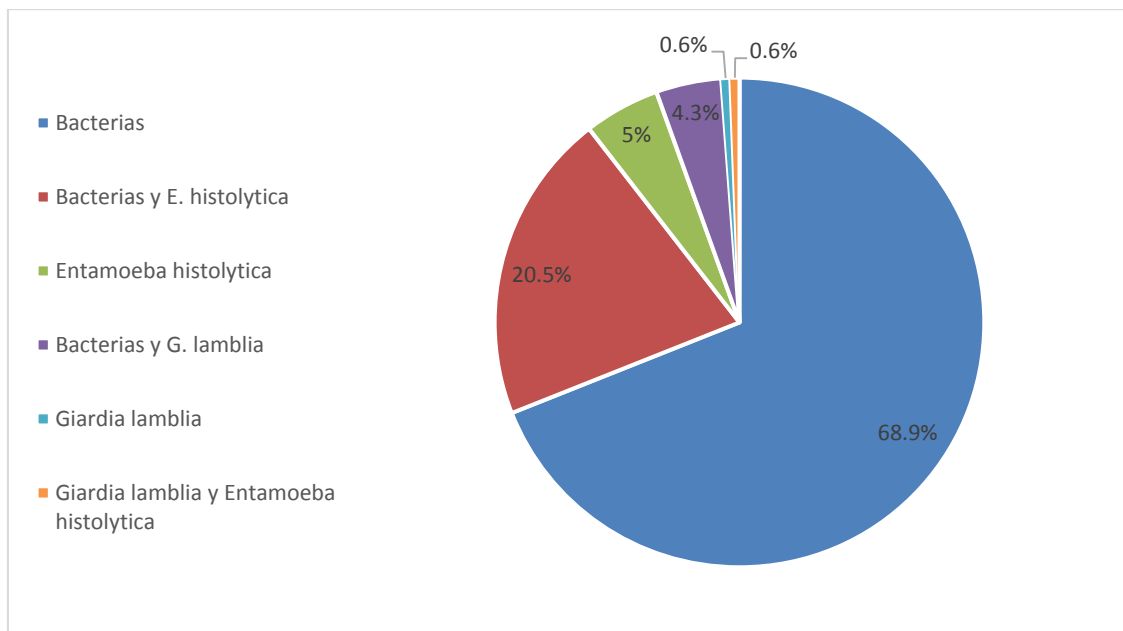
Fuente: Tabla 7

Tabla 8: Etiologías de los niños (as) en estudio. Hospital Fernando Vélez Paiz. 2012

Etiología		
	Frecuencia	Porcentaje
<i>Bacterias</i>	111	68.9
<i>Bacterias y E. histolytica</i>	33	20.5
<i>Entamoeba histolytica</i>	8	5
<i>Bacterias y G. lamblia</i>	7	4.3
<i>Giardia lamblia</i>	1	0.6
<i>Giardia lamblia y Entamoeba histolytica</i>	1	0.6
Total	161	100

Fuente: Instrumento de recolección de la información del estudio “comportamiento clínico de la disentería en niños (as) menores de 5 años del Hospital Fernando Vélez Paiz durante el año 2012”.

Gráfico 7: Etiología de los niños (as) en estudio. Hospital Fernando Vélez Paiz. 2012



Fuente: Tabla 8

Tabla 9: Sangre en citología fecal de los niños (as) en estudio. Hospital Fernando Vélez Paiz. 2012

Sangre en citología fecal		
	Frecuencia	Porcentaje
<i>Macroscópica</i>	124	77
<i>Microscópica</i>	37	23
<i>Total</i>	161	100

Fuente: Instrumento de recolección de la información del estudio “comportamiento clínico de la disentería en niños (as) menores de 5 años del Hospital Fernando Vélez Paiz durante el año 2012”.

Tabla 10: Complicaciones de los niños (as) en estudio. Hospital Fernando Vélez Paiz. 2012

Complicaciones		
	Frecuencia	Porcentaje
<i>No</i>	159	98.8
<i>Si</i>	2	1.2
<i>Total</i>	161	100

Fuente: Instrumento de recolección de la información del estudio “comportamiento clínico de la disentería en niños (as) menores de 5 años del Hospital Fernando Vélez Paiz durante el año 2012”.

Tabla 11: Tipo de Complicaciones de los niños (as) en estudio. Hospital Fernando Vélez Paiz. 2012

n=2

Tipo de complicación	Frecuencia	Porcentaje
<i>Invaginación Intestinal</i>	1	50
<i>Íleo Metabólico</i>	1	50
<i>Total</i>	2	100

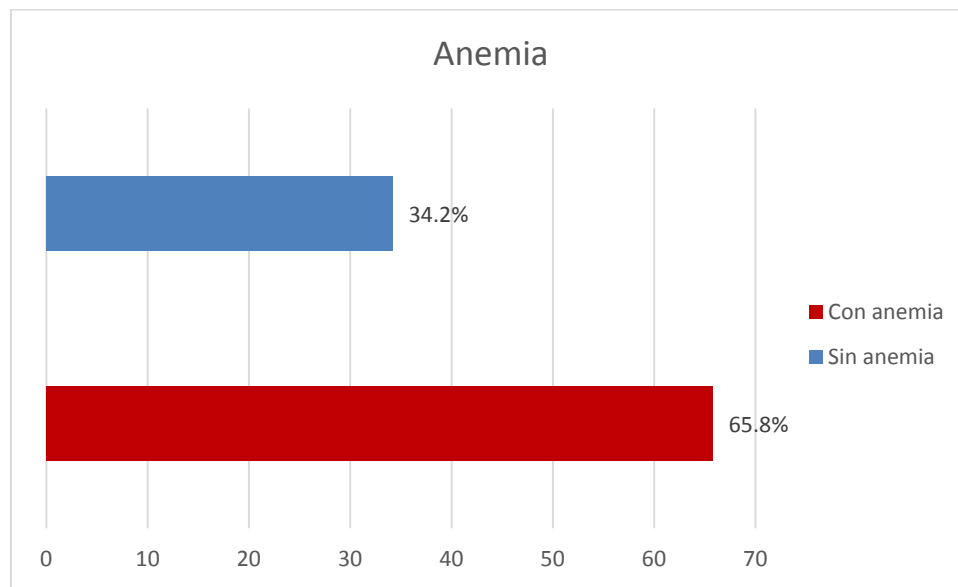
Fuente: Instrumento de recolección de la información del estudio “comportamiento clínico de la disentería en niños (as) menores de 5 años del Hospital Fernando Vélez Paiz durante el año 2012”.

Tabla 12: Resultado del hematocrito de los niños (as) en estudio. Hospital Fernando Vélez Paiz. 2012

Anemia		
	Frecuencia	Porcentaje
<i>Con anemia</i>	106	65.8
<i>Sin anemia</i>	55	34.2
<i>Total</i>	161	100

Fuente: Instrumento de recolección de la información del estudio “comportamiento clínico de la disentería en niños (as) menores de 5 años del Hospital Fernando Vélez Paiz durante el año 2012”.

Gráfico 8: Resultado del hematocrito de los niños (as) en estudio. Hospital Fernando Vélez Paiz. 2012



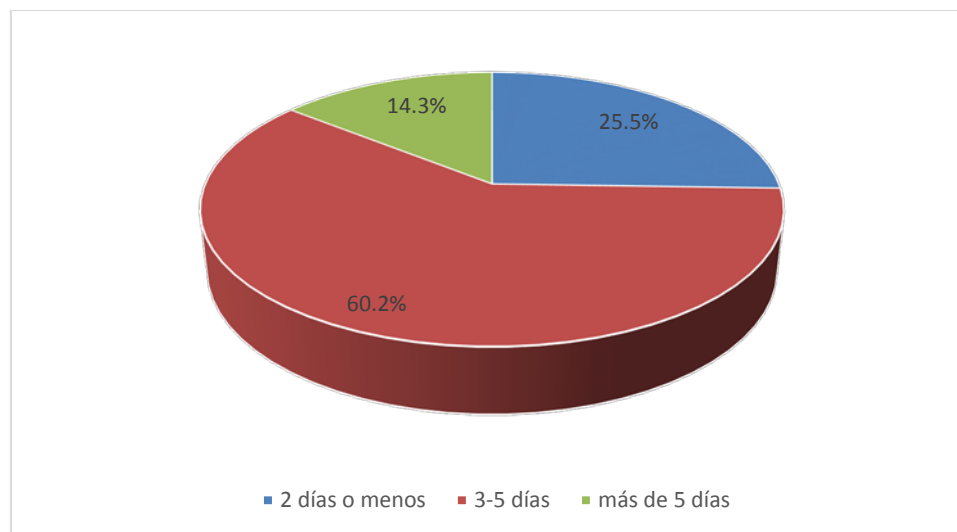
Fuente: Tabla 12

Tabla 13: Estancia Intrahospitalaria y Estado de Egreso de los niños (as) en estudio. Hospital Fernando Vélez Paiz. 2012

Estancia Intrahospitalaria		
	Frecuencia	Porcentaje
<i>2 días o menos</i>	41	25.5
<i>3-5 días</i>	97	60.2
<i>más de 5 días</i>	23	14.3
<i>Total</i>	161	100
Estado de Egreso		
	Frecuencia	Porcentaje
<i>En resolución</i>	37	23
<i>Resuelto</i>	112	69.6
<i>Transferido</i>	1	0.6
<i>Abandono</i>	11	6.8
<i>Total</i>	161	100

Fuente: Instrumento de recolección de la información del estudio “comportamiento clínico de la disentería en niños (as) menores de 5 años del Hospital Fernando Vélez Paiz durante el año 2012”.

Gráfico 9: Estancia Intrahospitalaria de los niños (as) en estudio. Hospital Fernando Vélez Paiz. 2012



Fuente: Tabla 13