

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
UNIDAD CENTRAL  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE MEDICINA



**Universidad de El Salvador**

*Hacia la libertad por la cultura*

:

**ETIOLOGIA MÁS FRECUENTE DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS  
AGUDAS EN MENORES DE 5 AÑOS EN LA ESPERANZA Y CERRO  
GRANDE EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE MARZO Y AGOSTO  
DE 2015.**

INFORME FINAL ELABORADO POR:

Marvin Alejandro Flores Nolasco.

Sofia Elena Flores Valladares.

ASESOR METODOLÓGICO:

Dr. Francisco Garay Cruz.

SAN SALVADOR, OCTUBRE DE 2015

## Índice

---

	<b>Página</b>
<b>I. Resumen</b>	<b>1</b>
<b>II. Introducción</b>	<b>3</b>
<b>III. Objetivos</b>	<b>6</b>
<b>IV. Marco teórico</b>	<b>7</b>
<b>V. Hipótesis</b>	<b>21</b>
<b>VI. Diseño metodológico</b>	<b>21</b>
<b>VII. Resultados</b>	<b>28</b>
<b>VIII. Análisis y discusión de los resultados</b>	<b>38</b>
<b>IX. Conclusiones</b>	<b>42</b>
<b>X. Recomendaciones</b>	<b>44</b>
<b>XI. Bibliografía</b>	<b>47</b>
<b>XII. Anexos</b>	<b>48</b>

---

## I. Resumen.

Las enfermedades diarreicas agudas son eventos epidemiológicos de gran trascendencia por su potencial de causar gran número de morbilidades en todos los grupos etarios, es especialmente relevante durante la edad pediátrica, puesto que puede generar consecuencias agudas que ponen en peligro la vida; y crónicas que pueden comprometer el desarrollo adecuado del infante. Se estima que un lactante puede sufrir hasta tres episodios diarreicos en el año, de este grupo los más expuestos a sus complicaciones son los menores de cinco años.

La investigación recopila información clínica de 25 casos de consulta por diarrea en menores de 5 años, entre ambas unidades; para el año 2014 se registraban a la fecha 54 casos de diarreas en menores de 5 años, por lo que se nota una reducción en la consulta por este motivo, se parte de la hipótesis de que la principal etiología de las diarreas agudas no es viral, por lo que la investigación se desarrolla entre marzo y agosto de 2015, considerando los últimos meses de la época seca y los primeros de la época lluviosa. Según la literatura la principal etiología de estos episodios es viral, describiéndose hasta en un 75% de los casos; sin embargo por las características geográficas y culturales de la población en estudio, se plantea que la etiología puede presentarse en menor frecuencia de lo descrito. Durante los meses de Marzo y Agosto de 2015 en las poblaciones de La Esperanza y Cerro Grande se encuentra que la etiología viral corresponde a un 44% de los casos, 32% parasíticas, y 24% bacteriana; por lo que se sugiere el adecuado tratamiento en base a la sospecha etiológica, sin desestimar el tratamiento sintomático y prevenir la deshidratación. Se encontró además que el 84% de los casos es en niños de 1 a 4 años, lo que puede explicarse por la suspensión de la lactancia materna y el comienzo de la dieta complementaria. En cuanto al

comportamiento clínico de las diarreas agudas en menores de cinco años se determinó que las características clínicas correspondían a patología de la parte alta del intestino, sin embargo el 38% de los casos presento alteración de la parte baja del intestino. También se concluyó que el tratamiento farmacológico establecido en la normativa es altamente efectivo para prevenir complicaciones pero no es específico para eliminar el agente etiológico, por lo que se recomienda al personal médico considerar tratamiento farmacológico extra como antiparasíticos o antibióticos.

Finalmente la educación sigue siendo el pilar central en la prevención de la enfermedad, por lo que se sugiere al personal de salud continuar promoviendo la prevención.

## I. Introducción.

Las enfermedades diarreicas constituyen uno de los principales problemas de salud en los países en vías de desarrollo, según la OMS las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años <sup>(1)</sup>, y ocasionan la muerte de 760 millones de niños cada año. Para el año 2014 representaron el cuarto motivo de consulta a nivel nacional (MINSAL, FOSALUD, ISSS, ISBM, Consulta privada)<sup>1</sup> con un total de 335,830 consultas; de estas MINSAL registró 11,361, de las cuales 5494 (48,3%)<sup>2</sup> fueron en niños menores de 5 años. En el municipio de Tecoluca, departamento de San Vicente, para el año 2014 se contabilizaron un total de 805 consultas por enfermedades diarreicas como municipio y 36 de estas correspondieron a La Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica de La esperanza; de estas 36 consultas 26 correspondieron a menores de 5 años y no se reportó ningún fallecido por esta causa para el año 2014. En Cerro Grande, municipio de Agua Caliente Chalatenango, para el año 2014 se contabilizaron 211 consultas por diarreas como municipio, de estas 24 correspondían a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica Cerro Grande, dividiéndose los casos en 9 menores de un año y 15 de uno a cuatro años, de un total de 42 consultas; a la fecha no se han reportado casos de fallecidos por esta causa.

La mayoría de las personas que fallecen por enfermedades diarreicas mueren por una grave deshidratación y pérdida de electrolitos que alteran la homeostasis del organismo. Los niños con desnutrición o inmunodeficiencias son los que presentan mayor riesgo de enfermedades diarreicas potencialmente mortales. En El Salvador, las enfermedades diarreicas representan la novena causa de consulta por morbilidad hasta marzo de 2015<sup>(2)</sup>.

En el presente trabajo de investigación se describe la etiología y comportamiento de las enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años en las UCSFB de Cerro Grande, Municipio de Agua Caliente en el departamento de Chalatenango y UCSFB La Esperanza, en el municipio de<sup>1</sup> Tecoluca, San Vicente, en el periodo comprendido entre Marzo y Agosto de 2015.

Para desarrollar esta investigación se utilizó como instrumento de recolección de datos una ficha clínica donde previo a consentimiento informado, se indagaba en los datos de identificación (con la finalidad de clasificar la frecuencia por edad y sexo), antecedentes de enfermedad diarreica, el tipo de alimentación, el consumo de agua, prácticas de medidas higiénicas y datos sobre el episodio diarreico actual los cuales permitía formular un diagnóstico basado en las características clínicas, así también se colocaban los resultados del examen general de heces lo que permitía confirmar o denegar la sospecha diagnóstica y de esta manera conocer la etiología más frecuente en los menores de cinco años que consultaron por diarrea en las UCSFB Cerro Grande y UCSFB La Esperanza en el periodo comprendido entre Marzo y Agosto de 2015.

Durante el desarrollo del presente trabajo se identificaron algunas limitantes, dentro de las cuales se puede mencionar: la dificultad para dar seguimiento a los pacientes que habían consultado por diarrea ya que muchos de estos padres al ver que la enfermedad resuelve u observan mejoría en el estado de los niños deciden no llevarlos al seguimiento, por lo cual se optó realizar visitas por parte de promotores de salud para conocer el estado de los pacientes lo cual implica desplazarse a las viviendas de los pacientes las cuales están

---

<sup>1</sup> OMS: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/>

2. MINSAL: [simmow.salud.gob.sv](http://simmow.salud.gob.sv)

3. AIEPI: actualización 2014

ubicadas muchas veces en zonas de difícil acceso (debido a que son áreas rurales). También cabe mencionar que en la UCSFB Cerro Grande los resultados de los exámenes de heces se obtienen una semana posterior a la entrega de la muestra lo que dificulta confirmar oportunamente la sospecha clínica, siendo esto no una dificultad para efectos de la investigación pero si para el tratamiento adecuado, ya este se hace solamente orientado a la sospecha clínica.

## II. Objetivos

### General:

Describir la etiología o las etiologías más frecuentes de las enfermedades diarreicas agudas en los niños menores de 5 años en las de la UCSFB Cerro Grande, municipio de Agua Caliente, Chalatenango y UCSFB La Esperanza, municipio de Tecoluca, San Vicente, en el periodo comprendido entre Marzo y Agosto 2015.

### Específicos:

1. Determinar la etiología principal de las enfermedades diarreicas en niños menores de 5 años por medio de sospecha clínica y exámenes de laboratorio.
2. Confrontar diagnósticos etiológicos (obtenidos con la sospecha clínica y exámenes de laboratorio) con la etiología descrita en la literatura.
3. Describir el comportamiento clínico y evolución de las enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años por medio del seguimiento establecido por normativa del MINSAL.
4. Comprobar efectividad del tratamiento farmacológico reglamentado en la normativa según sospecha etiológica a través de la presencia de complicaciones clínicas.



### III. Marco teórico

#### 1. Definición.

La mejor definición de la diarrea es la pérdida excesiva de líquidos y electrolitos a través de las heces. Un lactante pequeño presenta una eliminación de alrededor de 5g/kg de heces<sup>1</sup>; el volumen aumenta hasta 200g en 24h en el adulto. El intestino delgado absorbe la mayoría del agua, el colon concentra el contenido intestinal frente a un elevado gradiente osmótico. El intestino delgado de un adulto puede absorber 10 a 11L al día, de una combinación de líquido ingerido y secretado, mientras que el colon absorbe aproximadamente 0.5 L. los trastornos que interfieren con la absorción del intestino delgado suelen producir una diarrea voluminosa, mientras que los que comprometen la absorción colónica cursan con una diarrea de menor volumen. La disentería (heces sanguinolentas, frecuentes y de pequeño volumen con moco, tenesmo y urgencia) es el síntoma predominante de la colitis. De acuerdo a la OPS/OMS se considera diarrea aguda a la presencia de deposiciones líquidas u acuosas, generalmente en número mayor de tres en 24 horas, pudiendo acompañarse de fiebre o vómitos y su duración debe ser menor a 14 días<sup>2</sup>.

#### 2. Epidemiología.

La diarrea es la cuarta causa de morbilidad de egreso hospitalario, y la tercera de mortalidad en el menor de 1 año, así mismo es la segunda causa de morbilidad y la tercera causa de mortalidad en el menor de 5 años, para el año 2010<sup>3</sup>. Los trastornos diarreicos en la infancia dan cuenta de una gran proporción (18%) de muertes en la infancia, con 1.8 millones de muertes por año globalmente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) sospecha que hay más de 700 millones de episodios de diarrea anualmente en niños

menores 5 años de edad en los países en desarrollo. Aunque la mortalidad global puede estar disminuyendo, la incidencia global de la diarrea sigue sin cambios en aproximadamente 3.2 episodios por niño/año. En Estados Unidos, hay aproximadamente 1.5 millones de consultas ambulatorias por gastroenteritis, 200.000 hospitalizaciones y 300 muertes al año. Globalmente, se estimó en 1999 que las infecciones por *Shigella* pueden llevar a 600.000 muertes por año de niños menores de 5 años de edad, o de un cuarto a un tercio de la mortalidad relacionada con la diarrea en este grupo de edad. Las tasas de hospitalización y de muertes debidas a infecciones por *Shigella*, especialmente *S. dysenteriae* tipo 1, la forma más grave de shigelosis, pueden estar disminuyendo; cálculos recientes son de 160.000 muertes. Las infecciones por rotavirus (la causa vírica identificable más común que provoca gastroenteritis en todos los niños) dan cuenta de al menos el 35% de los episodios de diarrea acuosa graves y potencialmente mortales, con una estimación de 500.000 muertes por año en todo el mundo debidas a infecciones por rotavirus. El declinar en la mortalidad por diarrea, a pesar de la ausencia de cambios significativos en la incidencia, es el resultado de una mejora en el tratamiento de los casos, así como de una mejor nutrición de los lactantes y niños. Estas intervenciones han incluido el tratamiento de rehidratación oral generalizado en el domicilio y en el hospital, así como un mejor tratamiento nutricional de los niños con diarrea. Son de particular interés las tasas persistentemente elevadas de diarrea en los niños jóvenes, a pesar de los esfuerzos intensivos por su control. Hay una muy escasa información sobre las consecuencias a largo plazo de las enfermedades diarreicas, especialmente la diarrea y malnutrición persistente o prolongada. Las enfermedades diarreicas pueden tener un impacto significativo sobre el desarrollo psicomotor y cognitivo en los niños jóvenes. Los episodios tempranos y repetidos de diarrea en la infancia durante los períodos del desarrollo crítico, especialmente cuando se asocian con malnutrición,

coinfecciones y anemia, pueden tener efectos a largo plazo sobre el crecimiento longitudinal, así como sobre las funciones físicas y cognitivas.

### 3. Etiología.

Dentro de las etiologías infecciosas de acuerdo a los datos aportados por OPS/OMS entre el 85 y el 90% son de etiología viral. La gastroenteritis se debe a infección adquirida por la vía feco-oral o por ingestión de alimentos o agua contaminados. Las gastroenteritis se asocian con pobreza, ambiente higiénico deficiente y escasos índices de desarrollo. Los enteropatógenos que son infecciosos en un pequeño inóculo (*Shigella*, *Escherichia coli*, norovirus, rotavirus *Giardia lamblia*, *Cryptosporidium parvum*, *Entamoeba histolytica*) pueden ser transmitidos por contacto de persona a persona, mientras que otros, como el cólera son generalmente consecuencia de la contaminación del alimento o del abastecimiento de aguas. Los brotes de diarrea vehiculados por alimentos en Estados Unidos se deben más comúnmente a especies de *Salmonella* y *Campylobacter*, seguidos con mucha menor frecuencia por especies de *Shigella*, *Cryptosporidium*, *E. coli* 0157:H7, *Yersinia*, *Listeria*, *Vibrio* y *Cyclospora*, en dicho orden. Los organismos *Salmonella*, *Shigella* y, muy notablemente, los diversos organismos de *E. coli* productores de diarrea son los patógenos más comunes en los países en desarrollo. *Clostridium difficile* (por la producción de toxina) se halla ligado a la diarrea asociada a antibióticos y a la colitis pseudomembranosa, aunque la mayoría de los casos de diarrea asociada a antibióticos en niños no se deben a *C. difficile*. La colitis hemorrágica asociada con antibióticos negativa a *C. difficile* en adultos puede ser debida a *Klebsiella oxytoca* productora de citotoxina. En los países desarrollados pueden producirse episodios de diarrea infecciosa por exposición estacional a organismos como rotavirus o exposición a patógenos en los marcos de un contacto íntimo (p. ej., guarderías). Los niños de los

países en desarrollo se infectan con un diverso grupo de patógenos bacterianos y parasitarios, mientras que todos los niños de los países tanto desarrollados como en desarrollo adquieren rotavirus y, en muchos casos, otros enteropatógenos víricos, así como *G. lamblia* y *C. parvum*, en los primeros 5 años de vida.

#### 4. Fisiopatogenia.

La causa de cualquier diarrea es el trastorno del transporte de solutos a través de la pared intestinal; el movimiento del agua a través de las membranas intestinales es pasivo y está determinado por los flujos activos y pasivos de los solutos, sobre todo de sodio, el cloro, y la glucosa. La patogenia de la mayor parte de los episodios de diarrea se puede explicar mediante alteraciones secretoras, osmóticas o de la motilidad, o por cualquier combinación de ellas.

La diarrea secretora, suele estar causada por algún secretagogo, como la toxina del cólera, que se une a un receptor en el epitelio de la superficie intestinal y que, por tanto, estimula acumulación intracelular de AMPc o GMPc. Algunos ácidos grasos y sales biliares intraluminales hacen que la mucosa del colon secrete mediante este mecanismo. La diarrea no asociada con un secretagogo exógeno también puede presentar un componente secretor (enfermedad de inclusión microvellositaria congénita). La diarrea secretora suele ser acuosa y de gran volumen, la osmolaridad de las heces se puede explicar con la presencia de electrolitos. La diarrea secretora persiste generalmente incluso aunque no se administren alimentos por vía oral.

La diarrea osmótica aparece tras la ingestión de solutos mal absorbidos. El soluto puede ser cualquiera que normalmente no se absorbe bien (magnesio, fosfato, lactulosa o sorbitol), o que presenta dificultades de absorción por algún

trastorno del intestino delgado (lactosa en el déficit de lactasa o glucosa en la diarrea por rotavirus). Los carbohidratos mal absorbidos fermentan típicamente en el colon y producen ácidos grasos de cadena corta. Aunque los ácidos grasos de cadena corta se pueden absorber en el colon y utilizar como fuente de energía, el efecto neto que produce es el incremento de la carga osmótica del soluto. Esta forma de diarrea suele tener un volumen menor que la diarrea secretora y desaparece con el ayuno. La osmolalidad de las heces no se explica por su contenido electrolítico, dado que existe otro componente osmótico; la diferencia entre el contenido de electrolitos (suma de sodio, potasio y los aniones asociados) y la osmolalidad de las heces es mayor de 50 mOsm. Los trastornos de la motilidad se pueden asociar con un tránsito rápido o lento, y generalmente no se acompañan de una diarrea de gran volumen. La motilidad con tránsito lento se puede asociar con un crecimiento bacteriano excesivo como causa de diarrea.

El término gastroenteritis denota infecciones del tracto gastrointestinal causadas por patógenos bacterianos, víricos o parasitarios. Muchas de estas infecciones son enfermedades vehiculadas por alimentos. Las manifestaciones más comunes son diarrea y vómitos, que pueden estar también asociadas con características sistémicas tales como dolor abdominal y fiebre. El término gastroenteritis captura el grueso de los casos infecciosos de diarrea. El término trastornos diarreicos se utiliza más comúnmente para denotar diarrea infecciosa en el ámbito de la salud pública, aunque varias causas no infecciosas de enfermedad gastrointestinal con vómitos y/o diarrea están bien reconocidas

La patogenia y la gravedad de la enfermedad bacteriana dependen de si los organismos tienen toxinas preformadas (*Staphylococcus aureus*, *Bacillus cereus*), producen toxinas o son invasivos y de si se replican en el alimento.

Los enteropatógenos pueden llevar a una respuesta inflamatoria o no inflamatoria en la mucosa intestinal.

Los enteropatógenos provocan una diarrea no inflamatoria por la producción de enterotoxinas por algunas bacterias, destrucción de las células de las vellosidades (superficie) por virus, adherencia por parásitos y adherencia y/o translocación por bacterias. La diarrea inflamatoria suele estar causada por bacterias que directamente invaden el intestino o producen citotoxinas, con la consiguiente entrada de líquidos, proteínas y células (hematíes, leucocitos) en la luz intestinal. Algunos enteropatógenos poseen más de una propiedad de virulencia. Algunos virus, como los rotavirus, seleccionan como objetivo las puntas de las microvellosidades de los enterocitos y pueden penetrar en las células por invasión directa o por endocitosis dependiente del calcio. Esto puede dar lugar a un acortamiento de la vellosidad y a la pérdida de la superficie absorptiva del enterocito por el acortamiento celular y la pérdida de las microvellosidades. La mayoría de los patógenos bacterianos elaboran enterotoxinas; la proteína NSP4 del rotavirus actúa como enterotoxina vírica.

Las enterotoxinas bacterianas pueden activar selectivamente la transducción de señales intracelulares del enterocito y pueden afectar también a las redistribuciones citoesqueléticas, con posteriores alteraciones en los flujos de agua y electrolitos a través de los enterocitos. El aumento por regulación de estas vías da lugar a la inhibición del transporte acoplado al NaCl y a un aumento de la salida de cloruro, lo que da lugar, a su vez, a una secreción neta y pérdida de agua a la luz intestinal.

El transporte acoplado de sodio-glucosa y aminoácidos no se ve afectado en gran medida. La vía del óxido nítrico puede estar también implicada, ya que la producción endógena de óxido nítrico es significativamente mayor en la diarrea

infecciosa que en la no infecciosa. *E. coli* enterotoxigénico (ETEC) coloniza y se adhiere a los enterocitos del intestino delgado por las fimbrias de su superficie (pili) e induce la hipersecreción de líquidos y electrólitos al intestino delgado por una de estas dos toxinas: la enterotoxina termolábil (LT) o la enterotoxina termoestable. La LT es estructuralmente similar a la toxina de *Vibrio cholerae* y activa la adenilato ciclasa, dando lugar a un aumento del guanosina monofosfato cíclico intracelular (GMPc.)

En contraste, las especies de *Shigella* causan gastroenteritis por una invasión superficial de la mucosa del colon, que invaden a través de las células M localizadas sobre las placas de Peyer. Después de la fagocitosis se producen una serie de acontecimientos, incluida la apoptosis de macrófagos, multiplicación y diseminación de bacterias al interior de células adyacentes, liberación de mediadores inflamatorios (interleucina [IL]-1 e IL-8), trasmigración de neutrófilos a la luz del colon, necrosis y desgranulación de neutrófilos, una mayor rotura de la barrera epitelial y destrucción de la mucosa.

##### 5. Factores de riesgo para eventos diarreicos.

Los factores de riesgo incluyen la contaminación y un aumento de la exposición a enteropatógenos. Otros factores incluyen una edad joven, inmunodeficiencia, sarampión, malnutrición y ausencia de alimentación a pecho exclusiva o predominante. La malnutrición aumenta en varias veces el riesgo de diarrea y de mortalidad asociada. La fracción de tales muertes por diarrea infecciosa que son atribuibles a deficiencias nutricionales varía con la prevalencia de las deficiencias; las fracciones atribuibles más elevadas se dan en el África subsahariana, sudeste asiático y Latinoamérica andina. Los riesgos son particularmente mayores con la malnutrición en micronutrientes; en niños con deficiencia de vitamina A, el riesgo de fallecer por diarrea,

sarampión y malaria aumenta en un 20-24%. La deficiencia en zinc aumenta el riesgo de mortalidad por diarrea, neumonía y malaria en un 13-21%. La mayoría de los casos de diarrea se resuelven en el transcurso de la primera semana de la enfermedad. Una menor proporción de enfermedades diarreicas no se resuelve y persisten durante más de 2 semanas.

**La diarrea persistente** se define como episodios que comenzaron de forma aguda pero con una duración de al menos 14 días. Tales episodios dan cuenta del 3% y del 20% de todos los episodios diarreicos en niños menores de 5 años de edad y de hasta el 50% de todas las muertes relacionadas con diarrea. Muchos niños (especialmente lactantes y niños pequeños) en los países en desarrollo tienen episodios frecuentes de diarrea aguda. Aunque pocos episodios individuales persisten más de 14 días, los episodios frecuentes de diarrea aguda pueden dar lugar a compromiso nutricional y pueden predisponer a estos niños al desarrollo de diarrea persistente, malnutrición proteína-caloría e infecciones secundarias.

#### 6. Manifestaciones clínicas de la diarrea.

La mayoría de las manifestaciones clínicas y de síndromes clínicos de diarrea se relacionan con el patógeno infectante y con la dosis/inóculo. Otras manifestaciones dependen del desarrollo de complicaciones (tales como deshidratación y desequilibrio electrolítico) y de la naturaleza del patógeno infectante. Por lo general, la ingestión de toxinas preformadas (como las de *Staphylococcus aureus*) se asocia con el rápido comienzo de náuseas y vómitos en menos de 6 horas, con posible fiebre, cólicos abdominales y diarrea en 8-72 h. La diarrea acuosa y los cólicos abdominales después de un período de incubación de 8-16 h se asocian con *Clostridium perfringens* y *Bacillus cereus* productores de enterotoxina. Los cólicos abdominales y la diarrea



acuosa después de un período de incubación de 16-48 h pueden asociarse con norovirus, varias bacterias productoras de enterotoxina, *Cryptosporidium* y *Cyclospora*. Varios organismos, como *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter jejuni*, *Yersinia enterocolitica*, *E. coli* enteroinvasivo y *Vibrio parahaemolyticus*, producen diarrea que puede contener sangre, así como leucocitos fecales en asociación con cólicos abdominales, tenesmo y fiebre; estas características sugieren disentería bacilar y fiebre. La diarrea sanguinolenta y los cólicos abdominales después de un período de incubación de 72-120 h se asocian con infecciones debidas a *Shigella* y también con *E. coli* producto de toxina Shiga, como *E. coli* 0157:H7. Los organismos asociados con disentería o diarrea hemorrágica pueden causar también diarrea acuosa sola sin fiebre o que precede a un curso más complicado que da lugar a disentería. Aunque muchas de las manifestaciones de gastroenteritis aguda en niños son inespecíficas, algunas características clínicas pueden ayudar a identificar las principales categorías de diarrea y permitir una rápida clasificación para un tratamiento antibiótico o dietético específico. Hay una considerable superposición en la sintomatología. Los valores predictivos positivos en relación con las características de la disentería son muy pobres; sin embargo, la predictibilidad negativa en relación con los patógenos bacterianos es mucho mejor en ausencia de signos de disentería. En casos justificados y si las instalaciones y recursos económicos lo permiten, puede comprobarse la etiología por pruebas de laboratorio apropiadas.

## 7. Complicaciones.

La mayoría de las complicaciones asociadas con gastroenteritis se relacionan con retrasos en el diagnóstico y retrasos en la instauración de un tratamiento apropiado. Sin una temprana y apropiada rehidratación, muchos niños con diarrea aguda podrían deshidratarse con las complicaciones acompañantes.

Éstas pueden ser potencialmente mortales en lactantes y niños jóvenes. Un tratamiento inapropiado puede llevar a la prolongación de los episodios diarreicos, con la consiguiente malnutrición y complicaciones tales como infecciones secundarias y deficiencias en micronutrientes (hierro, zinc). En los países en desarrollo, las bacteriemias asociadas son complicaciones bien reconocidas en niños malnutridos con diarrea. Patógenos específicos se asocian con manifestaciones y complicaciones extraintestinales. No son éstas patognomónicas de la infección ni se producen siempre en una estrecha asociación temporal con el episodio diarreico.

#### 8. Diagnóstico.

El diagnóstico de gastroenteritis se basa en el criterio clínico en primera instancia y determinación del estado de hidratación. Examen general de heces, si por clínica no se puede determinar etiología y prueba de azul de metileno (si está disponible). Esto es recomendable para que se realice por el personal de ECOS especializados en pacientes en plan B. El coprocultivo está indicado en pacientes con choque por diarrea, o ante falla terapéutica del antibiótico inicial cuando corresponde. El hisopado rectal para detección de cólera y pruebas para virus en heces son importantes en casos graves o cuando el centro de atención sea sitio centinela.

#### 9. Tratamiento.

El tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas esta normado en base a la clasificación que realiza el médico. Así podemos dividir el tratamiento en:

##### 1. Diarrea con deshidratación grave:

- a. Referir urgentemente al hospital de la red más cercano, en las mejores condiciones hemodinámicas posibles. Canalizar vena e iniciar rehidratación con SSN o Hartmann a dosis de 20ml/kg en 5 a 20 minutos en número de 3; si es necesario se repiten las cargas.
  - b. Acompañar a la niña o al niño al hospital y esperar que sea recibido por el médico según lineamientos técnicos de referencia.
  - c. Considerar administrar suero oral (con cucharita) mientras el traslado es efectivo.
2. Diarrea con deshidratación:
- a. Aplicar plan B de tratamiento para la diarrea (rehidratación oral en la URO del establecimiento).
  - b. Evaluar riesgo social.
  - c. Dar zinc en niños hasta los 5 meses 10mg/día (5ml); por 14 días. Y en niños de 6 meses a 59 meses 20mg/día (10ml) por 14 días.
  - d. Cita en 24 horas para seguimiento.
3. Diarrea sin deshidratación:
- a. Aplicar plan A de tratamiento para la diarrea (tratar la diarrea en casa para poder prevenir la deshidratación).
  - b. Dar zinc en niños hasta los 5 meses 10mg/día (5ml); por 14 días. Y en niños de 6 meses a 59 meses 20mg/día (10ml) por 14 días.
  - c. Cita en 24 horas.
4. Diarrea persistente:
- a. Interconsulta con pediatra del ECO especializado u hospital de la red.
  - b. Dar recomendaciones a la madre sobre la alimentación de un niño con diarrea (según plan A).
  - c. Dar zinc en niños hasta los 5 meses 10mg/día (5ml); por 14 días. Y en niños de 6 meses a 59 meses 20mg/día (10ml) por 14 días.

- d. Vitamina A 100 000 UI de 6 meses a 11 meses, y 200 000 UI de 11 a 59 meses, cita en cinco días.

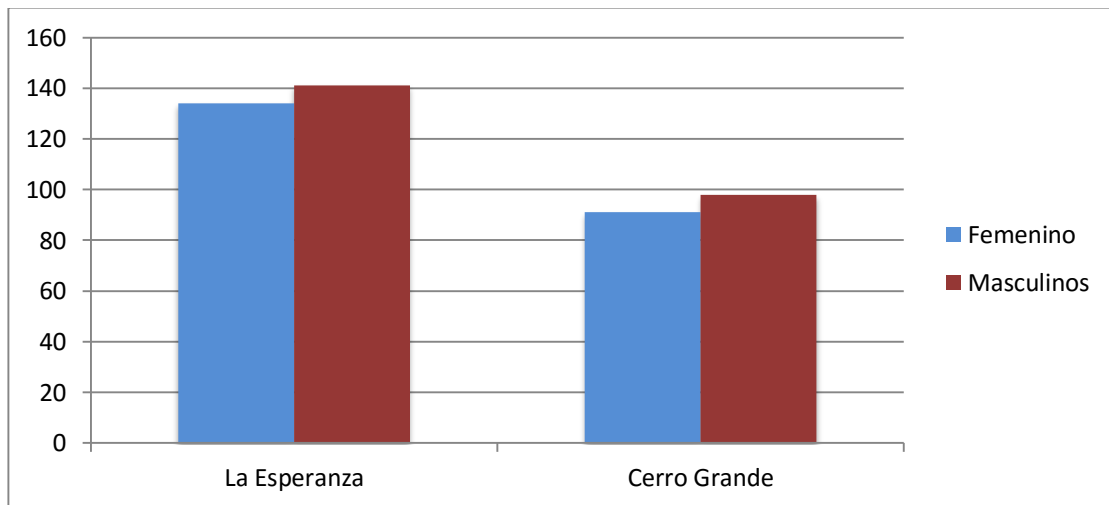
5. Disentería:

- a. Indicar examen general de heces, dar tratamientos según hallazgos. Si no tiene laboratorio iniciar tratamiento con Trimetropin/Sulfametoxazol (a dosis de 10 mg/kg/día cada 12 horas, durante 5 días, también aplica para diarrea bacteriana) o Metronidazol (50mg/kg/día cada 8 horas, durante 10 días, por sospecha de amibiasis intestinal). Hacer cita de reevaluación en 2 días.

10. Datos demográficos:

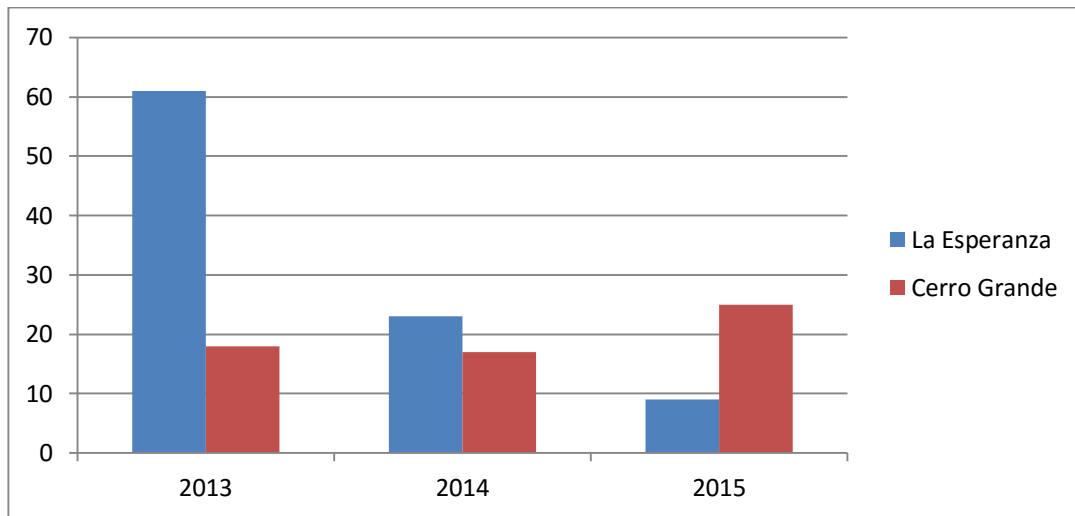
El objetivo de la presentación de datos demográficos es la completa comprensión de los resultados descritos en la sección siguiente.

Grafico A: Población de niños y niñas menores de 5 años en UCSF La Esperanza y Cerro grande para el año 2015.



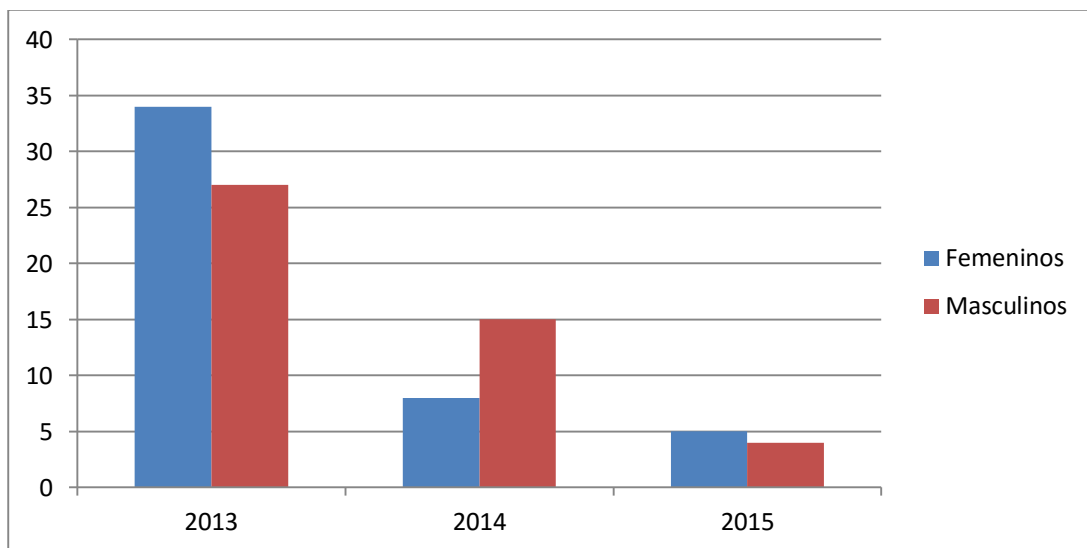
Fuente: Proyección operativa anual 2015 UCSF La Esperanza, y UCSF Cerro Grande.

Grafico B: Total de consultas por diarreas en menores de 5 años en UCSF La Esperanza y Cerro Grande, en los últimos tres años hasta Agosto.



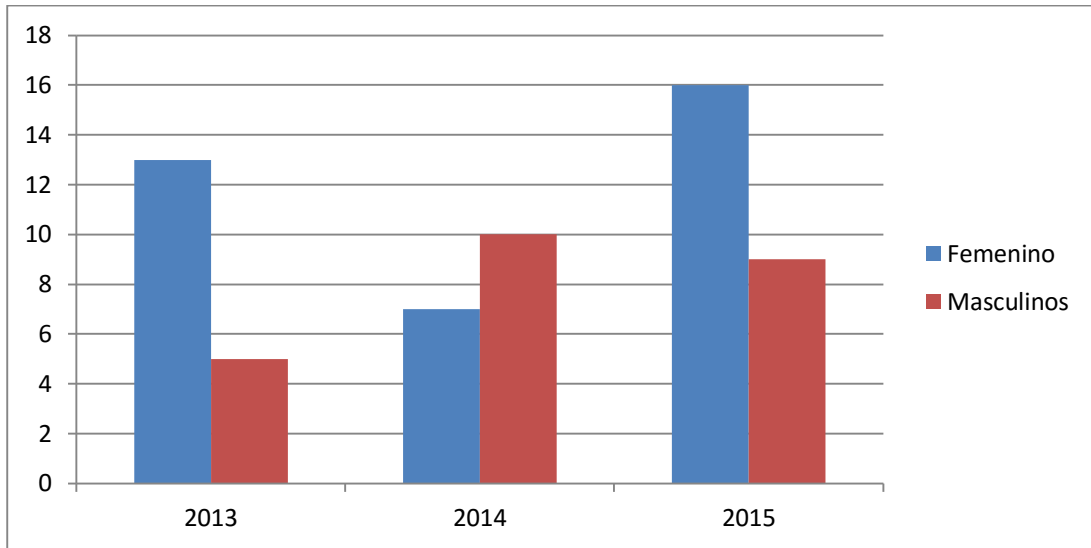
Fuente:[http://vigepes.salud.gob.sv/vmonitor2\\_dvs.php?FormName=patenfe&FormAction=search&sano=2015&sema=29&spat=37&senfe=218&s\\_te=1&s\\_ins=1&s\\_na1=4&s\\_na2=12&s\\_est=993&s\\_dep=0&s\\_mun=0&grupo=218](http://vigepes.salud.gob.sv/vmonitor2_dvs.php?FormName=patenfe&FormAction=search&sano=2015&sema=29&spat=37&senfe=218&s_te=1&s_ins=1&s_na1=4&s_na2=12&s_est=993&s_dep=0&s_mun=0&grupo=218)

Grafico C: Relación de consultas por diarrea por año y sexo en UCSF La Esperanza.



Fuente:[http://vigepes.salud.gob.sv/vmonitor2\\_dvs.php?FormName=patenfe&FormAction=search&sano=2015&sema=29&spat=37&senfe=218&s\\_te=1&s\\_ins=1&s\\_na1=4&s\\_na2=12&s\\_est=993&s\\_dep=0&s\\_mun=0&grupo=218](http://vigepes.salud.gob.sv/vmonitor2_dvs.php?FormName=patenfe&FormAction=search&sano=2015&sema=29&spat=37&senfe=218&s_te=1&s_ins=1&s_na1=4&s_na2=12&s_est=993&s_dep=0&s_mun=0&grupo=218)

Grafico D: Relación de consultas por diarrea por año y sexo en UCSF Cerro grande.



Fuente:[http://vigepes.salud.gob.sv/vmonitor2\\_dvs.php?FormName=patenfe&FormAction=search&sano=2015&sema=29&spat=37&senfe=218&s\\_te=1&s\\_ins=1&s\\_na1=4&s\\_na2=12&s\\_est=993&s\\_dep=0&s\\_mun=0&grupo=218](http://vigepes.salud.gob.sv/vmonitor2_dvs.php?FormName=patenfe&FormAction=search&sano=2015&sema=29&spat=37&senfe=218&s_te=1&s_ins=1&s_na1=4&s_na2=12&s_est=993&s_dep=0&s_mun=0&grupo=218).

#### IV. Hipótesis

La principal etiología de las enfermedades diarreicas en menores de 5 años en La Esperanza, municipio de Tecoluca, San Vicente y Cerro Grande, municipio de Agua Caliente, Chalatenango no es de origen viral en el periodo comprendido entre Marzo y Agosto.

#### V. Diseño metodológico

##### 1. Tipo de investigación:

Descriptiva – transversal y de campo: puesto que se pretende describir las características propias de las diarreas, nos referimos a su etiología, cuadro clínico, evolución, complicaciones y tratamientos, en un tiempo delimitado y un espacio y población delimitadas (en el periodo comprendido entre marzo y agosto de 2015).

##### 2. Población a estudiar:

Universo:

Habitantes de las comunidades asignadas a las UCSFB La Esperanza y UCSFB Cerro Grande.

Muestra:

Niños y niñas menores de 5 años que consulten por diarrea en UCSFB La Esperanza y Cerro Grande entre los meses de Marzo y Agosto de 2015.

Tipo de muestro:

No probabilístico, intencional o conveniencia y discrecional; debido a la especificidad del grupo etario a investigar y la especificidad de la patología así como de su método diagnóstico; se incluirá al 100% de pacientes menores de 5 años con diarrea en el estudio que consulte en las unidades ya mencionadas y cumplan criterios de inclusión. Para el año 2015 en la UCSFB La Esperanza se estiman 276 menores de 5 años y 243 para UCSB Cerro Grande, según datos de proyección operativa anual (POA).

### 3. Variables de la investigación:

Variables independientes:

1. Episodios diarreicos en menores de 5 años.
2. Época del año en el que se presentan los episodios diarreicos.
3. Área geográfica en el que se presentó el episodio diarreico.
4. Edad cronológica a la que consulta el niño.

Variables dependientes:

1. Método diagnóstico (historia clínica y examen general de heces) de las enfermedades diarreicas.
2. Tratamiento médico de las enfermedades diarreicas en menores de 5 años.
3. Complicaciones asociadas a posibles etiologías de episodios diarreicos en menores de 5 años.
4. Acciones preventivas para evitar el contagio y reinfección.
5. Episodios diarreicos recurrentes.



#### 4. Operacionalización de variables.

Variable	Definición	Indicadores	Valor
Enfermedades diarreicas en menores de 5 años	deposiciones líquidas o acuosas, generalmente en número mayor de tres en 24 horas, pudiendo acompañares de fiebre o vómitos y su duración debe ser menor a 14 días	Motivo de consulta.	Historia clínica positiva a enfermedad diarreica.  Historia clínica negativa a enfermedad diarreica.
Época del año en el que se presentan los episodios diarreicos	Estación climática durante la que ocurre el episodio diarreico.	Fecha calendario	Fecha de consulta en la historia clínica.
Área geográfica en el que se presentó el	Dirección o lugar de procedencia	Lugar de procedencia	Lugar de procedencia

episodio diarreico.	del paciente con diarrea		según Historia clínica
Edad cronológica con la que consulta durante el episodio diarreico	Tiempo transcurrido hasta el momento de consulta por un episodio diarreico	Edad cronológica por fecha de nacimiento	Edad según fecha de nacimiento en Historia clínica
Método diagnostico de las enfermedades diarreicas	Proceso de análisis clínico y de laboratorio que confirma sospecha etiológica de la enfermedad	Examen general de heces. Hisopado rectal. Coprocultivo.	EGH positivo o negativo a infección bacteriana o parasitaria.  Hisopado rectal positivo o negativo para rotavirus o cólera.  Coprocultivo positivo a crecimiento de microorganismo patógeno.
Complicaciones	Condición clínica asociada al deterioro general	Alteración del estado hemodinámico en alteraciones	Diarrea sin deshidratación. Diarrea con deshidratación

	secundario a evento diarreico.	como frecuencia cardiaca, llenado capilar, presión arterial, frecuencia respiratoria, diuresis, deterioro del estado general y de conciencia asociados a evento diarreico.	Diarrea con deshidratación grave.
Prevención de episodios diarreicos y reinfección	Acciones encaminadas a la educación que conlleven conductas de prevención y recuperación.	Charlas preventivas. Acciones de seguimiento.	Numero de charlas preventivas que se recibieron antes del episodio diarreico.  Numero de seguimientos posterior al episodio diarreico.
Episodios diarreicos recurrentes.	Numero de episodios diarreicos que han	Número de consultas por diarrea en el último año.	Número de consultas por diarreas registradas en el

	sobrepasado el estimado de eventos determinados por OMS (3 episodios por año)		expediente clínico.
--	---	--	------------------------

5. Método de recolección de la información:

Criterios de Inclusión:

1. Niñas y niños menores de 5 años que consulten por Diarrea y cuyos padres o responsables acepten participar en la investigación (a través del consentimiento informado).

Criterios de exclusión:

1. Niños y niñas que ya hayan cumplido los 5 años de edad.
2. Pacientes que cumplan con la definición según normativa de disentería.
3. Pacientes que cumplan con la definición según normativa de diarrea persistente.
4. Niños y niñas que consultan por diarrea pero que ya consultaron otro centro de atención previamente.
5. Pacientes cuyos padres o responsables no acepten participar en la investigación.

6. Estructura y diseño del instrumento:

El instrumento que se utilizara para recolección de la información será ficha clínica, donde previo a consentimiento informado se registrarán: Lugar de

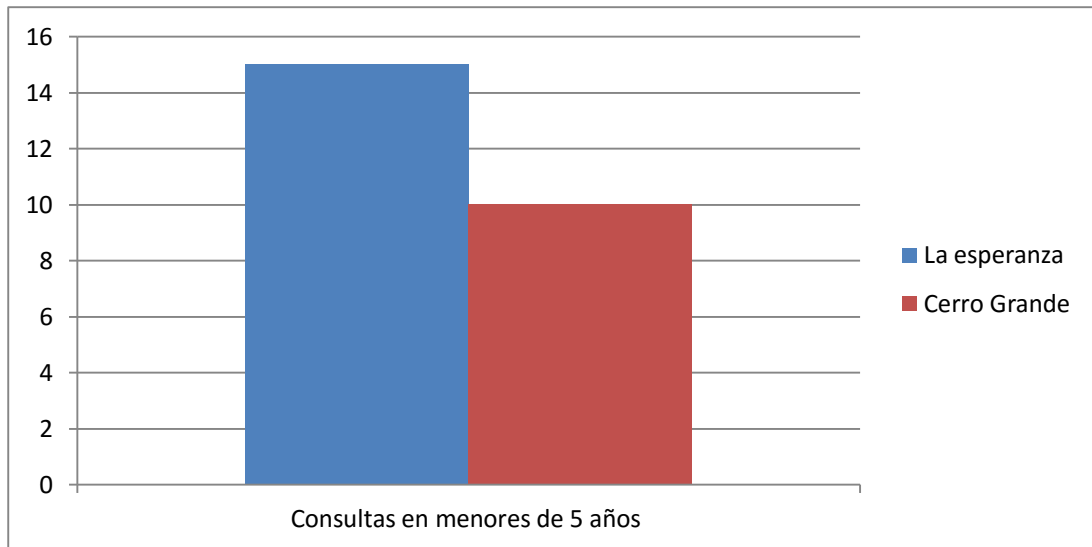
procedencia, edad, fecha de consulta, número de expediente clínico, consulta de primera vez o de seguimiento (se pretende descartar que el paciente no haya recibido atención previa y tratamiento que modifique los métodos diagnósticos y resultados de la investigación) tipo de episodio diarreico (agudo, disentería, o persistente) según definición teórica, número de episodios previos en el último año, sospecha etiológica según historia clínica, sospecha etiológica según examen general de heces, hisopado rectal o coprocultivo; complicaciones y número de seguimientos (defínase seguimiento como acciones que promuevan la prevención y eviten la reinfección) por personal de salud. Nota: cabe lugar a especificar la falta de seguimientos si los hubiese.

#### 7. Método de procesamiento y análisis:

A través de la revisión de fichas clínicas y datos obtenidos se analizarán comparativamente los resultados desde tres perspectivas: el diagnóstico más probable según lineamientos, el diagnóstico sospechado según historia clínica y el agente etiológico en base a examen de laboratorio. Además se correlacionará las complicaciones con las sospechas etiológicas, así como eficacia del tratamiento según sospecha etiológica. Se realizó procesamiento de los datos a través de Microsoft Excel 2015.

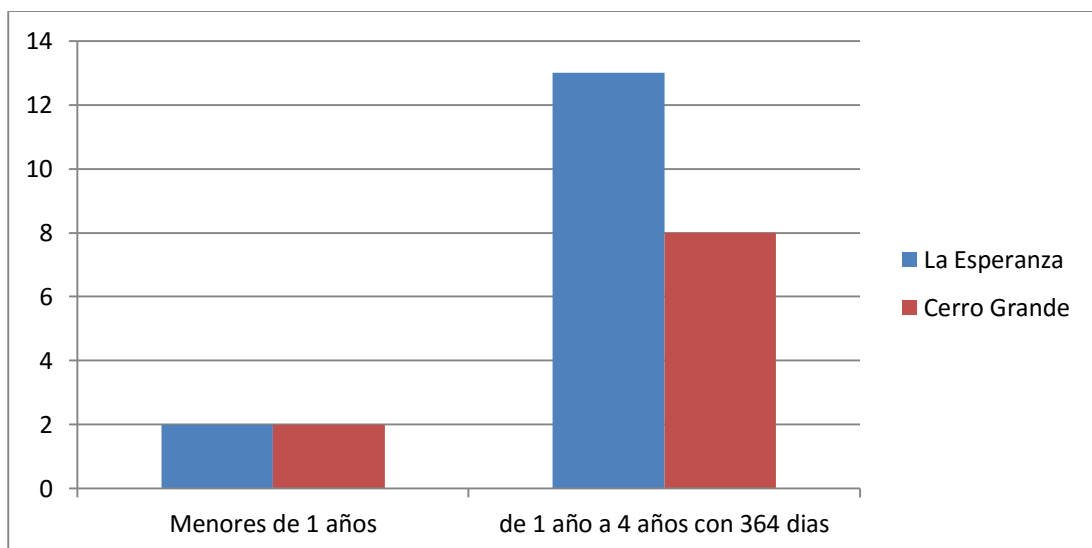
## VI. Resultados

Grafico 1: Consulta por diarrea en menores de 5 años en UCSF La Esperanza y UCSF Cerro Grande entre marzo 2015 y Agosto 2015.



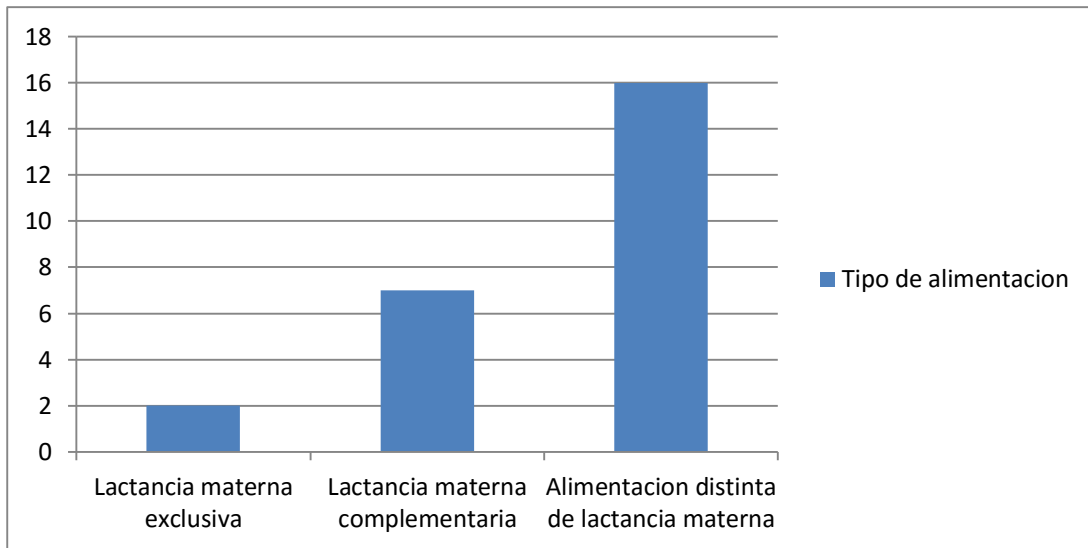
Fuente: Ficha clínica (instrumento de recopilación de la información).

Grafico 2: Pacientes menores de 5 años que consultaron por diarreas entre Marzo y Agosto de 2015, agrupados por edad.



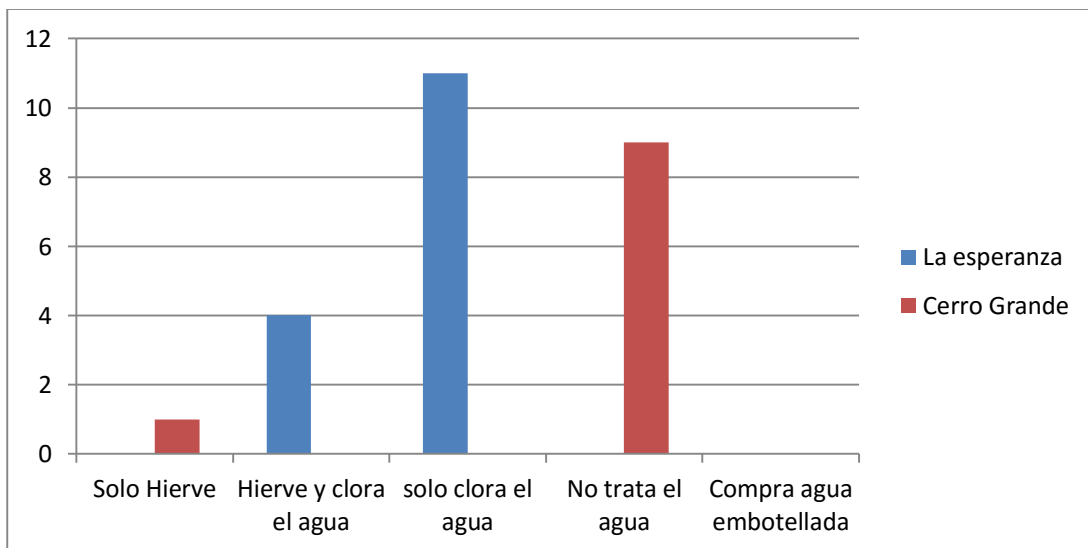
Fuente: Fuente: Ficha clínica (instrumento de recopilación de la información).

Grafico 3: Tipo de alimentación en menores de 5 años que consultaron por diarrea entre Marzo y Agosto de 2015.



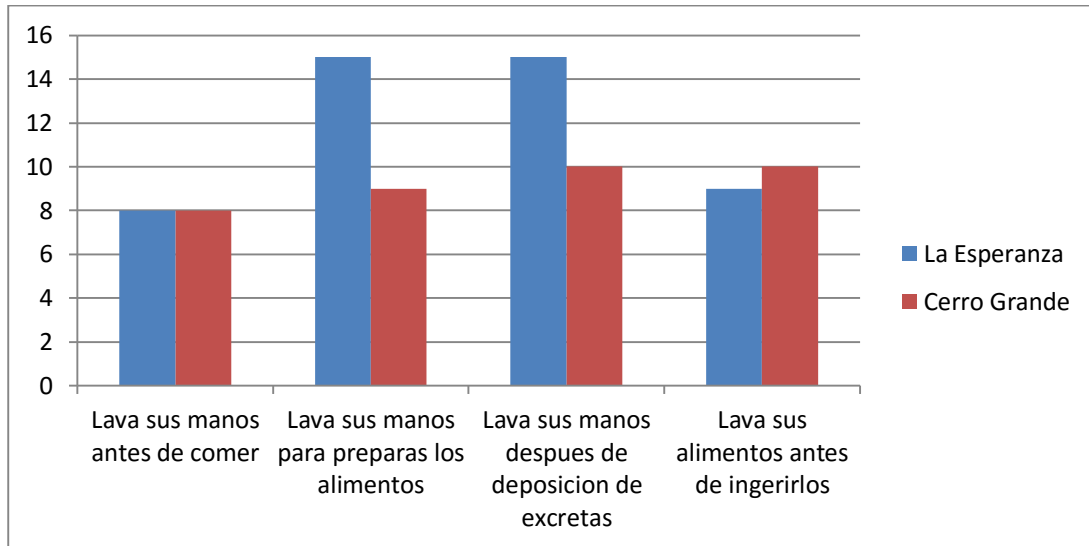
Fuente: Fuente: Ficha clínica (instrumento de recopilación de la información).

Grafico 4: Tratamiento del agua de consumo en pacientes menores de 5 años que consultaron por diarrea entre Marzo y Agosto.



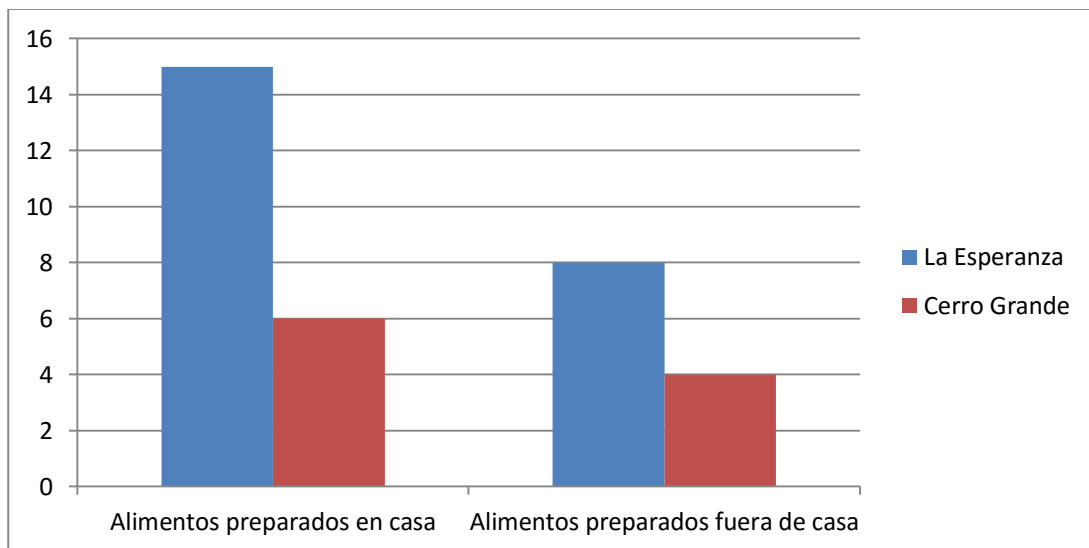
Fuente: Fuente: Fuente: Ficha clínica (instrumento de recopilación de la información).

Grafico 5: Medidas higiénicas de pacientes menores de 5 años que consultaron por diarrea entre Marzo y Agosto de 2015.



Fuente: Fuente: Ficha clínica (instrumento de recopilación de la información).

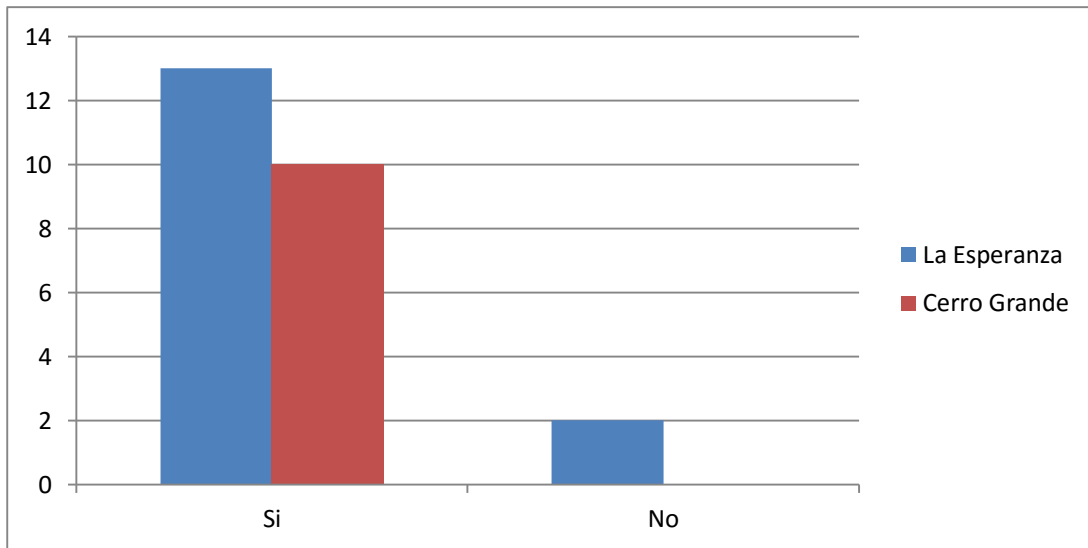
Grafico 6: Procedencia en la preparación de los alimentos ingeridos de pacientes menores de 5 años que consultaron por diarrea entre Marzo y Agosto de 2015.



Fuente: Ficha clínica (instrumento de recopilación de la información).

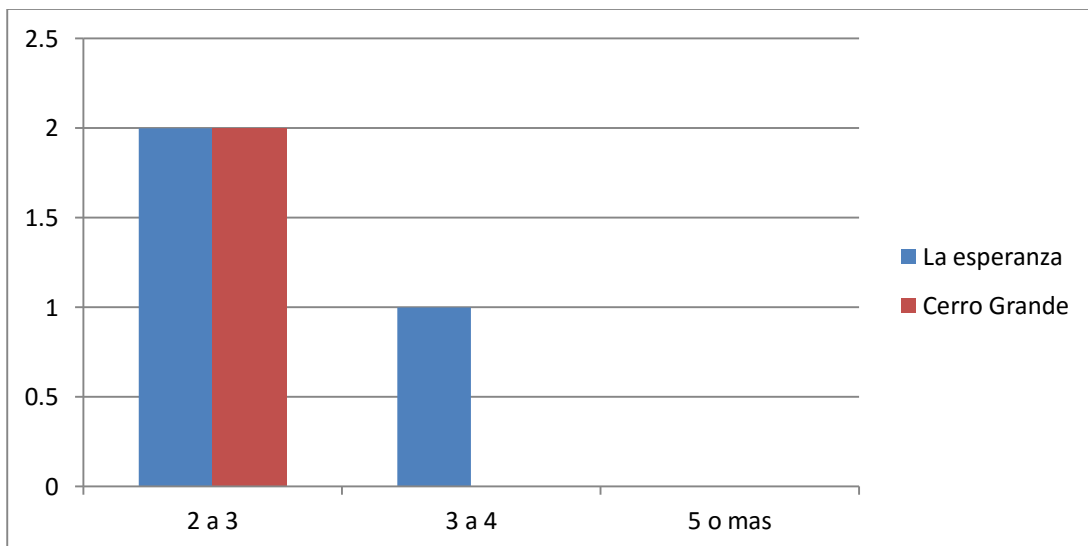


Grafico 7: Presencia de vectores cerca de los alimentos de consumo de pacientes menores de 5 años que consultaron por diarrea entre Marzo y Agosto de 2015.



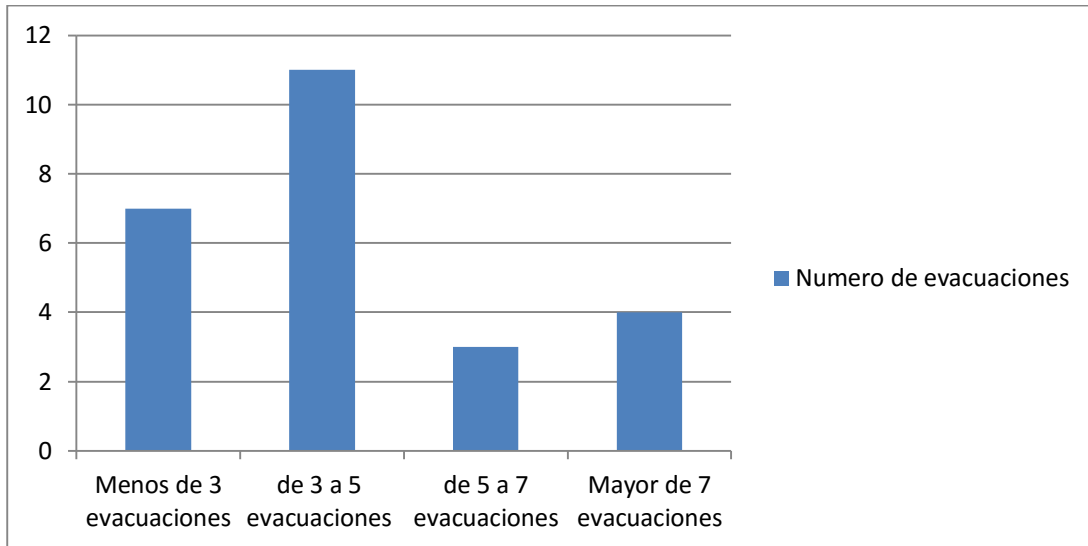
Fuente: Ficha clínica (instrumento de recopilación de la información).

Grafico 8: Dos o más episodios diarreicos en el último año en niños menores de 5 años que consultaron por diarrea entre Marzo y Agosto de 2015.



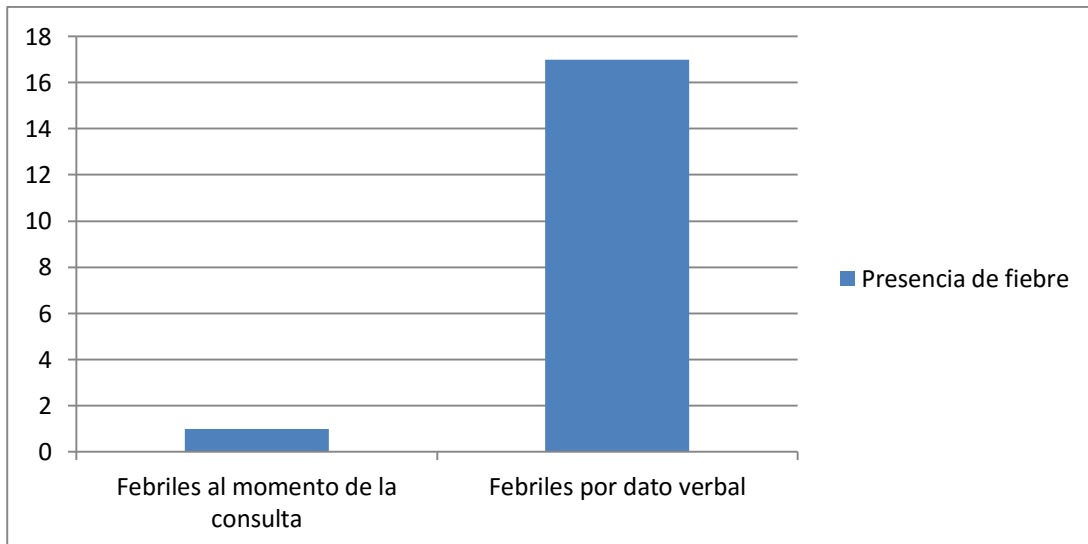
Fuente: Ficha clínica (instrumento de recopilación de la información).

Grafico 9: Número de evacuaciones en las últimas 24 h de pacientes menores de 5 años que consultaron por diarrea entre Marzo y Agosto.



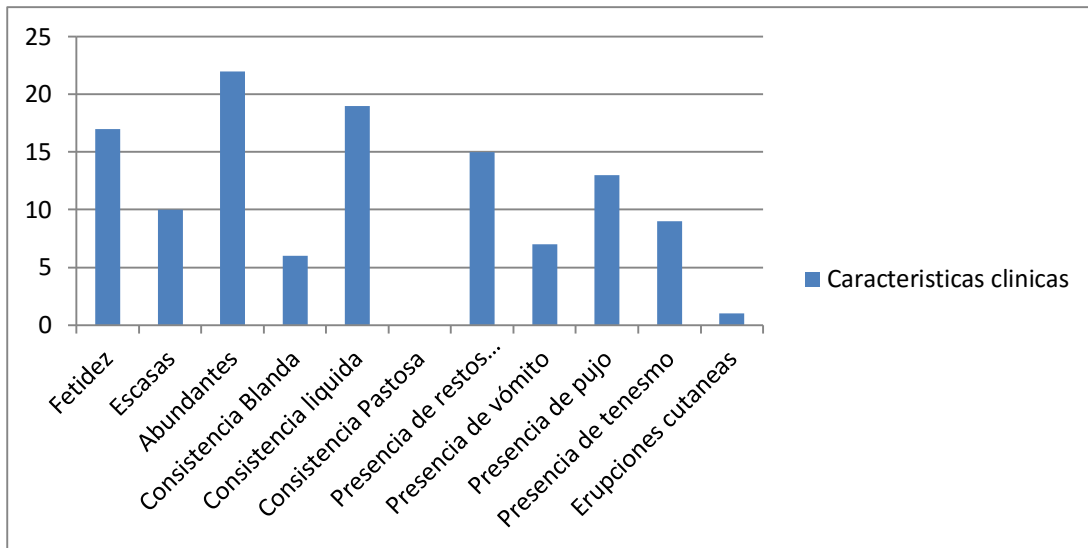
Fuente: Ficha clínica (instrumento de recopilación de la información).

Grafico 10: Pacientes menores de 5 años que consultaron por diarrea y con historia de fiebre entre Marzo y Agosto de 2015.



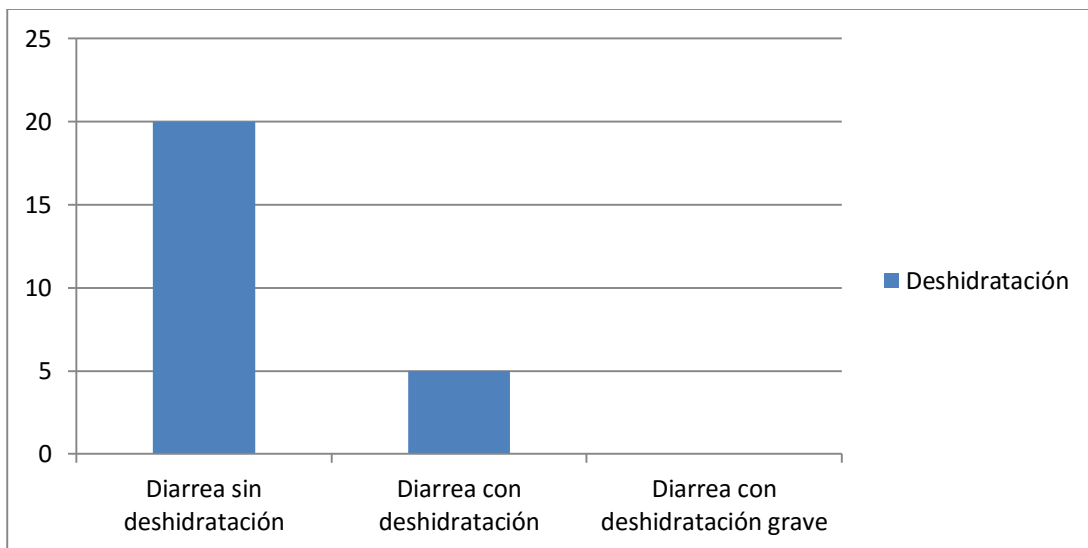
Fuente: Ficha clínica (instrumento de recopilación de la información).

Grafica 11: Características clínicas de las evacuaciones diarreicas en pacientes menores de 5 años que consultaron por diarrea entre Marzo y Agosto de 2015.



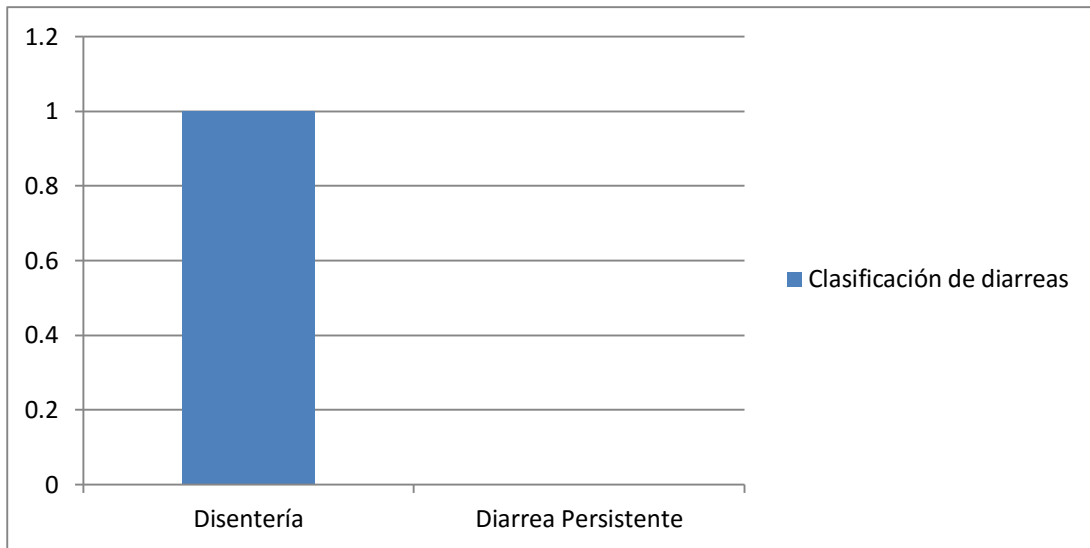
Fuente: Ficha clínica (instrumento de recopilación de la información).

Grafica 12: Estado de hidratación en pacientes menores de 5 años que consultaron por diarrea entre Marzo y Agosto.



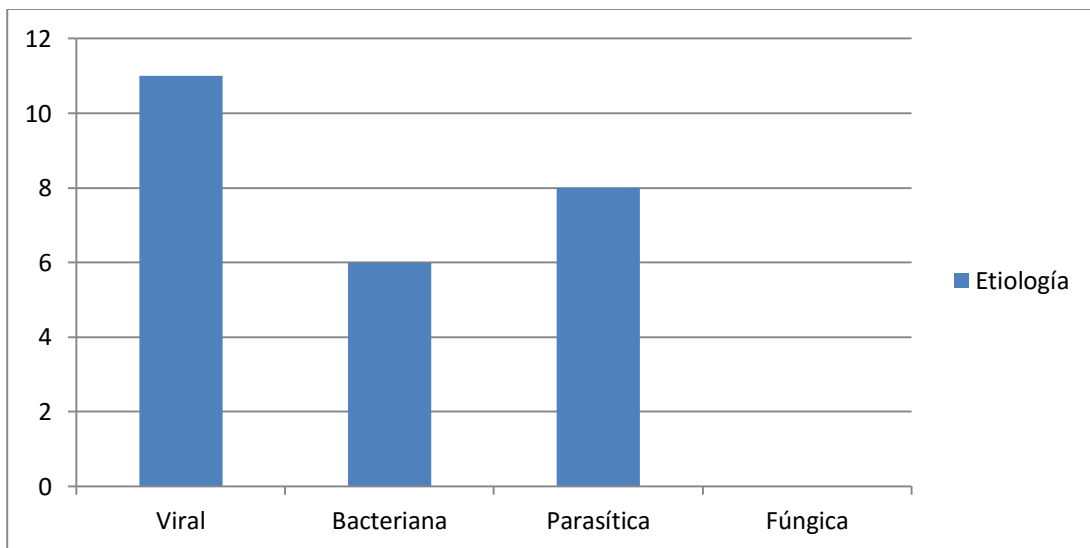
Fuente: Ficha clínica (instrumento de recopilación de la información).

Grafico 13: Episodio diarreico con características disentéricas y clasificadas como diarreas recurrentes en pacientes menores de 5 años que consultaron entre Marzo y Agosto 2015.



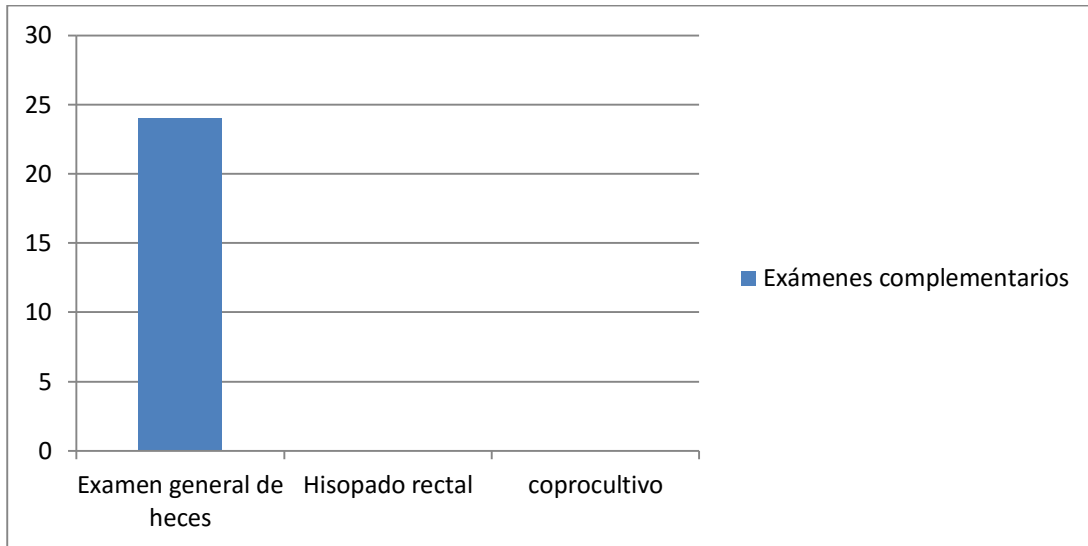
Fuente: Ficha clínica (instrumento de recopilación de la información).

Grafica 14: Sospecha etiológica más probable según historia clínica de pacientes menores de 5 años que consultaron entre Marzo y Agosto de 2015.



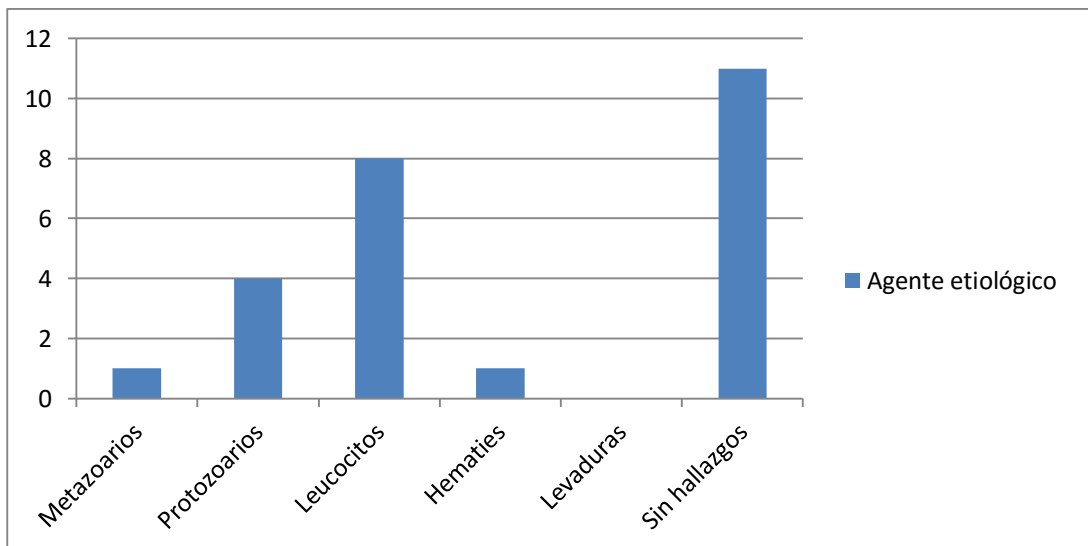
Fuente: Ficha clínica (instrumento de recopilación de la información).

Grafica 15: Número de pacientes menores de 5 años con estudios complementarios que consultaron por diarrea entre Marzo y Agosto.



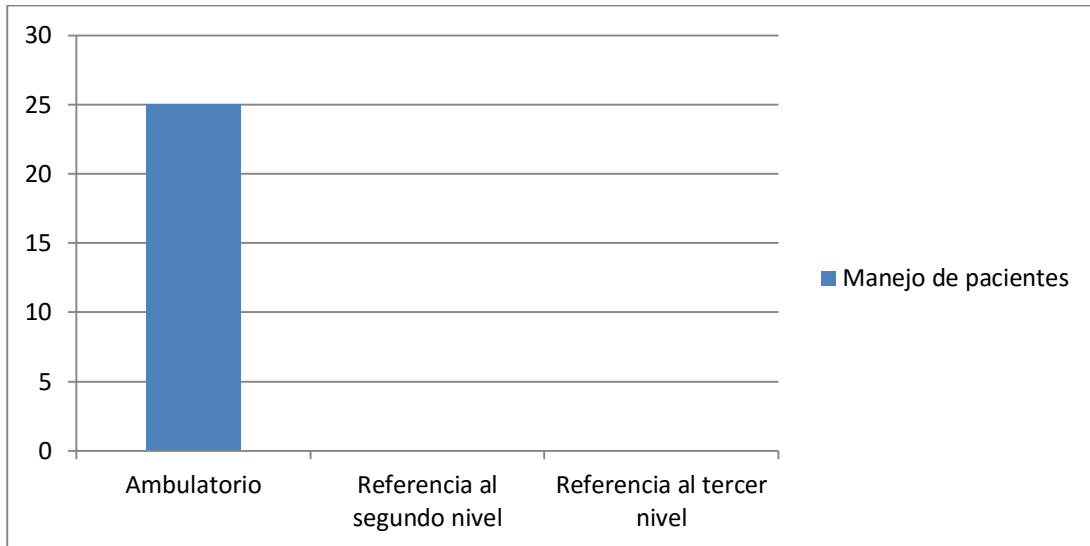
Fuente: Ficha clínica (instrumento de recopilación de la información).

Grafico 16: Resultados del examen general de heces en pacientes que consultaron por diarrea entre Marzo y Agosto.



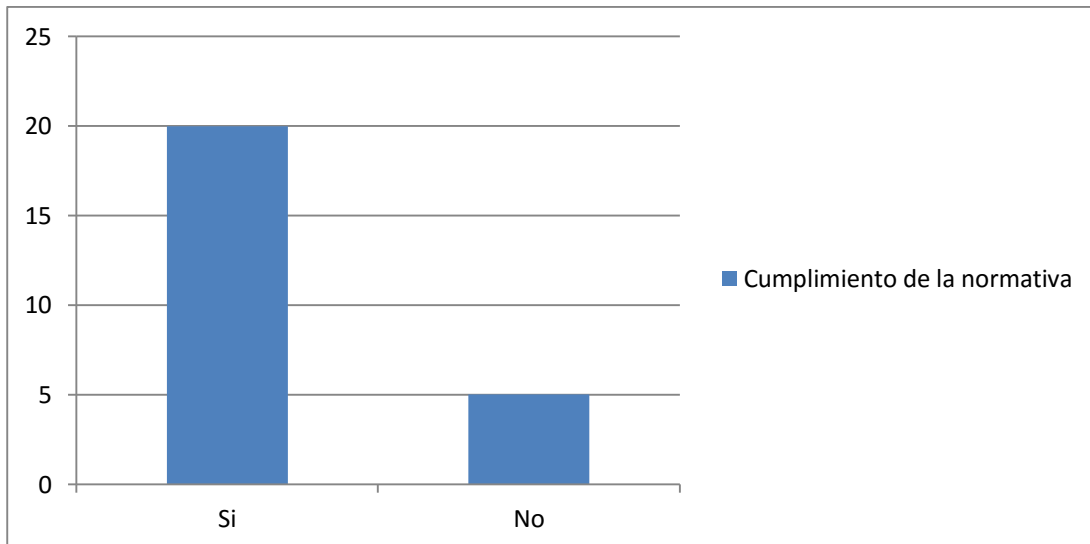
Fuente: Ficha clínica (instrumento de recopilación de la información).

Grafica 17: Manejo de pacientes menores de 5 años que consultaron por diarrea entre Marzo y Agosto de 2015.



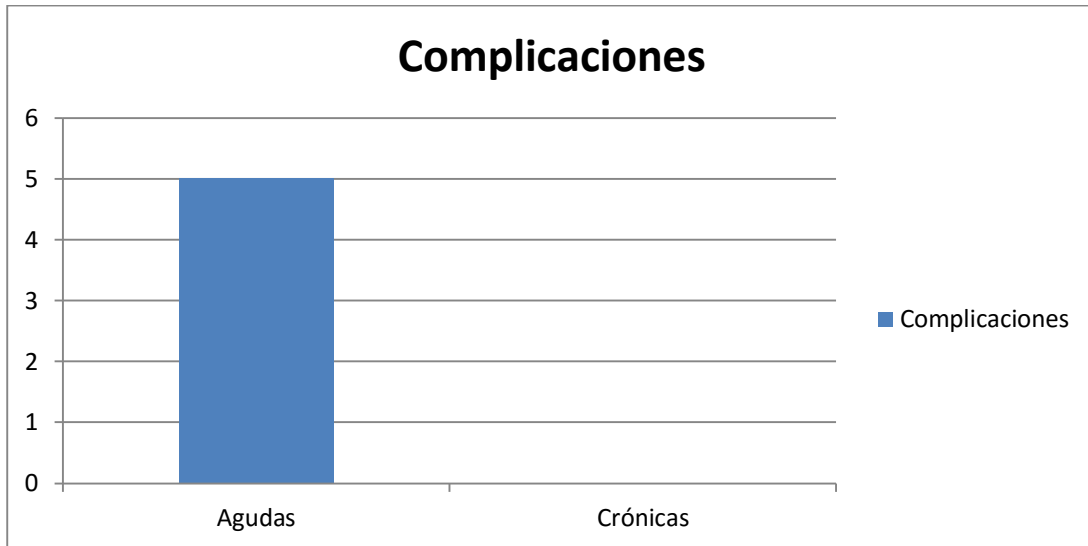
Fuente: Ficha clínica (instrumento de recopilación de la información).

Grafico 18: Tratamiento de pacientes menores de 5 años que consultaron por diarrea, según normativa.



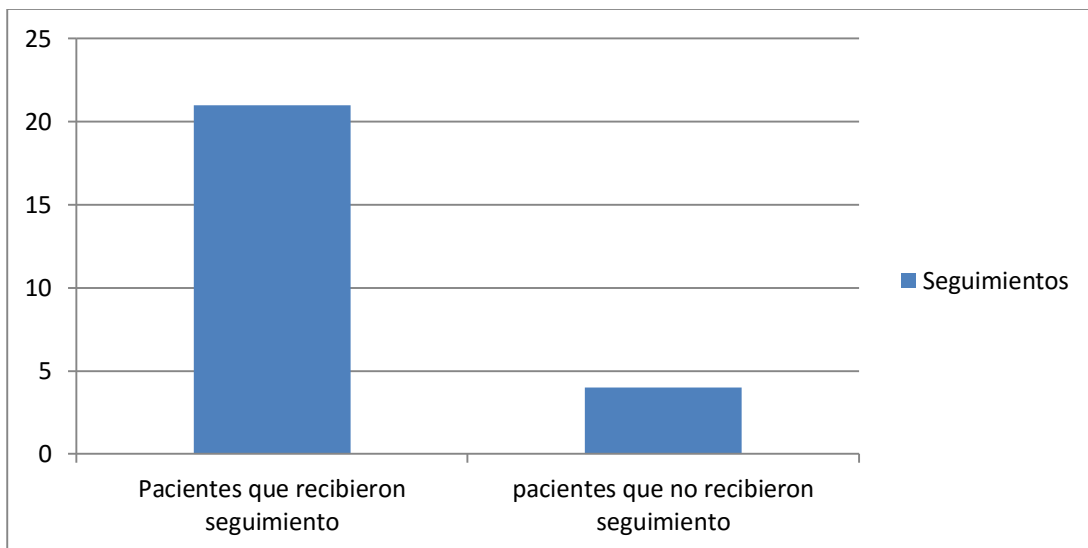
Fuente: Ficha clínica (instrumento de recopilación de la información).

Grafico 19: Pacientes menores de 5 años que presentaron complicaciones secundarias a episodio diarreico entre Marzo y Agosto de 2015.



Fuente: Ficha clínica (instrumento de recopilación de la información).

Grafico 20: pacientes menores de 5 años que consultaron por diarrea que recibieron seguimiento y acciones preventivas posteriores a la consulta entre Marzo y Agosto de 2015.



Fuente: Ficha clínica (instrumento de recopilación de la información).

## VII. Análisis y discusión de resultados

Las enfermedades diarreicas agudas representaron una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en niños menores de 5 años en los últimos tres años, en las unidades de salud comunitaria de Cerro Grande, Agua Caliente, Chalatenango y La Esperanza, Tecoluca, San Vicente. Para la UCSF La Esperanza la tendencia de consultas en menores de 5 años por esta morbilidad es decreciente en comparación con Cerro Grande en los últimos tres años, donde se reporta un ligero aumento por esta causa consulta, otra característica resaltante es que el sexo femenino es predominante ligeramente por esta causa de consulta, con relación de 1.9:1, lo que se vuelve llamativo al analizar la pirámide poblacional de ambas unidades, donde ambas poblaciones presentan mayor número de menores masculinos respecto a los femeninos. Para Agosto del año 2015 UCSF La Esperanza presentó más consultas en menores de 5 años por diarrea respecto a Cerro Grande, haciendo un total de 25 consultas entre ambas unidades, de las cuales 15 correspondieron a La Esperanza y 10 a Cerro Grande; de estos 4 pacientes correspondieron a menores de 1 año y el resto entre 1 y 4 años, lo que refleja la importancia de la lactancia materna para el primer grupo de edad; no hubo consulta de menores de 6 meses, lo que se explica por el éxito de la estrategia de lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses.

En cuanto a la determinación de la etiología principal de las enfermedades diarreicas en niños menores de 5 años por medio de sospecha clínica y exámenes de laboratorio, se encontró que la principal sospecha etiológica en base a la clínica es: viral (44%), parasítica (32%), bacteriana (24%). En perspectiva podemos determinar que este resultado es compatible con la literatura que reporta la principal etiología de las diarreas como viral (75%); sin embargo, cabe destacar que la frecuencia de esta etiología no es coincidente



con la sospecha clínica de las poblaciones en estudio. El diagnóstico de diarrea es en base a evidencia clínica, las guías nacionales y estrategia AIEPI, indican que el manejo de la diarrea es principalmente sintomático, por lo que la importancia de la investigación radica en que: se debe considerar la posibilidad de que el agente etiológico no es viral, esto ya que el manejo de diarrea es el mismo, sin embargo la cura del agente causante no.

Los parámetros empleados para determinar en base a evidencia clínica la etiología más probable del episodio diarreico está fundamentado en los textos de semiología pediátrica y clínica pediátrica. Así pues las características del episodio orientan al agente causal. En base a la teoría podemos destacar que los episodios diarreicos con abundantes deposiciones, sin distinguir entre fetidez o color tienen origen en la parte alta del intestino, lo que nos orienta a una posible etiología viral, pues son las células de las vellosidades y criptas las receptoras de estos tipos de virus. En contrástate, una etiología de origen parasítica presentará deposiciones escasas, sin distinguir entre fetidez o no, sin embargo casi siempre se acompañan de sintomatología colónica características pujo y tenesmo. Las características de las diarreas causadas por bacterias, cursa con fetidez de las deposiciones, flatulencias, dolor abdominal y fiebre, sin distinguir entre la cantidad de la deposición. Los resultados obtenidos en la investigación resaltan que la característica clínica predominante en los episodios diarreicos estudiados fue: de cantidad abundante (60%), consistencia líquida (76%), fetidez (64%), presencia de pujo y tenesmo (48%), escasas (40%), y el 64 % dio historia de fiebre. En cuanto al número de evacuaciones la frecuencia que acumulo mayor número de casos fue la de 3 a 5 deposiciones con el 44%, seguido de menos de 3 deposiciones con el 28%, y el 16 % reporto más de 7 deposiciones en las últimas 24 horas.

Al confrontar diagnósticos etiológicos (obtenidos con la sospecha clínica y exámenes de laboratorio) con la etiología descrita en la literatura, se encontró que el 96% de pacientes que consultaron por esta causa, se les realizó estudio complementario con examen general de heces, 0% con hisopado rectal y coprocultivo y el 4% se negó a la realización de examen de laboratorio. De estos resultados 46% de las muestras resultaron sin hallazgos, 33% con presencia de leucocitos, el 21% con presencia de parásitos (entre protozoarios – en su forma quística y libre- y metazoarios), tan solo 1 caso se encontró presencia de hematíes que coincidía con características clínicas de disentería. Los pacientes con hallazgos positivos a infecciones bacterianas y parasíticas fueron tratados según normativa y recomendaciones de la literatura.

Al describir el comportamiento clínico y evolución de las enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años por medio del seguimiento establecido por normativa del MINSAL, se encontró que el 80% de los casos fue clasificada como diarrea sin deshidratación y 20% fue clasificada como diarrea con deshidratación, ningún paciente presentó diarrea con deshidratación grave, se reportó un paciente con disentería. De estos casos ninguno presentó complicaciones crónicas, como estancamiento en la ganancia de peso, o estatura, ni presencia de anemia secundaria u otras patologías asociadas. En cuanto al tratamiento por diarrea establecido en la normativa, el 100% de los casos fueron manejados satisfactoriamente ambulatoriamente o en el primer nivel, y no hubo referencias al segundo y tercer nivel por esta causa. Según lo establecido en los reglamentos, los episodios diarreicos demandan 1 seguimiento por médico en 24 a 48 horas, y 3 seguimientos por promotor en los próximos tres días. Respecto a lo anterior, se brindaron el 84% de seguimientos por médico a estos pacientes, y solo el 24% de los casos cumplió satisfactoriamente la norma de seguimientos por promotor, sin embargo el 80% de los tratamientos cumplieron

satisfactoriamente la normativa, es importante mencionar que el acceso a estos pacientes es limitado debido a las características demográficas principalmente en Cerro Grande.

Respecto a comprobar efectividad del tratamiento farmacológico reglamentado en la normativa según sospecha etiológica a través de la presencia de complicaciones clínicas; y de acciones preventivas que pretenden evitar episodios diarreicos recurrentes, el 20% de los casos presento complicaciones agudas ya mencionadas, clasificadas como deshidratación, no se reportaron más complicaciones. En total 4 pacientes de 25 consultaron en más de una ocasión por episodio diarreico durante el último año, dos en La Esperanza y dos en Cerro Grande, y solo un paciente de La Esperanza consulto 3 veces durante el último año, lo que refleja el efecto positivo pero cuestionable de las acciones preventivas al cargo de salud comunitaria, es decir, que la mayoría de pacientes no presento episodios recurrentes en el último año, sin embargo el mismo grupo de pacientes ya identificados si reincide en estos, al estudiar las características sociales particulares de estos pacientes se determina conductas culturales arraigadas dentro de su modo de vida, sin embargo se rescata que estos pacientes siempre consultan establecimientos de salud. Respecto a medir la efectividad de las acciones preventivas es de mucho valor resaltar la tendencia a la disminución de esta causa de consulta en los últimos tres años.

## VIII. Conclusiones.

1. Las enfermedades diarreicas agudas representan una de las principales causas de morbilidad en menores de 5 años, significan un serio daño a la salud del menor y frena el adecuado desarrollo y crecimiento del mismo, también pueden presentar serio compromiso del estado general al presentar complicaciones asociadas y poner en peligro la vida
2. La principal etiología teórica de las enfermedades diarreicas agudas es viral, hecho comprobado a través de la investigación, sin embargo, la frecuencia en que se presenta esta etiología es cuestionable en las poblaciones de La Esperanza y Cerro Grande, por lo que se debe considerar otro posible agente etiológico a la hora de evaluar al paciente, para dar el tratamiento adecuado.
3. En el diagnóstico de las enfermedades diarreicas, el interrogatorio y el examen físico son herramientas de gran valor para determinar el origen etiológico, además orientan al médico al tratamiento adecuado. No debe perderse la pericia clínica puesto que si solo se basa al diagnóstico en lo establecido en las guías clínicas se limita la efectividad curativa del tratamiento.
4. Los hábitos de higiene de las poblaciones de Cerro Grande y la Esperanza son inadecuados, se puede distinguir entre factores intrínsecos a la familia como el hábito del lavado de manos y extrínsecos como contar con agua segura para su consumo. Además debe mantenerse el empeño por el uso de lactancia materna exclusiva

en menores de 6 meses, pues ha demostrado que esta patología es poco frecuente por causas infecciosas en pacientes con este tipo de alimentación.

5. En general se puede concluir que la efectividad del tratamiento sintomático es alta, puesto que no se presentaron complicaciones agudas que comprometieran la vida y el estado general del paciente. Los pilares del tratamiento siguen siendo la hidratación oportuna, el antibiótico o antiparasítico adecuado y el uso de zinc.
6. Es un pilar importante en la prevención de nuevos episodios la consejería y el seguimiento a los casos. Esta debe ser orientada al grupo de estudio, puesto que este grupo de pacientes tienen características particulares del desarrollo.

## IX. Recomendaciones.

### A La comunidad:

1. Se insta a la organización comunal, para la creación de comités de salud a través de sus representantes, capacitación en identificación de signos de peligro y acciones preventivas y educativas encaminadas a la disminución de la morbilidad y mortalidad por diarreas en menores de 5 años.
2. Se recomienda a la población de Cerro Grande y La Esperanza trabajo conjunto con las unidades de salud comunitaria para la creación de unidades de rehidratación oral en la comunidad por medio de sus representantes y comités de salud.
3. Es necesaria la creación de un comité comunal que supervise la calidad de agua de consumo en cada comunidad, con el objetivo de reportar a las autoridades sanitarias las acciones necesarias para la mejora de la calidad de la misma.
4. Se debe crear una cultura sanitaria que permita a los habitantes de las comunidades empoderarse de su salud, consultar oportunamente y realizar las acciones de prevención recomendadas por el personal de salud.

Al personal de las unidades familiares de salud comunitaria La Esperanza y Cerro Grande:

1. Se recomienda continuar capacitándose y actualizándose en las medidas de prevención y tratamiento oportuno de las enfermedades diarreicas.
2. Atender prioritariamente a los menores de 5 años por su labilidad metabólica a la deshidratación y sus consecuencias.
3. Cumplir la normativa para un efectivo sistema de referencias y evitar complicaciones potencialmente mortales.
4. Adecuar las unidades de rehidratación oral en los establecimientos.
5. Trabajar en conjunto con comités de salud de las comunidades para orientación y creación de unidades de rehidratación oral comunal, así como crear o fortalecer el sistema de traslado de pacientes menores de 5 años graves.

A las autoridades:

1. Actualizar periódicamente los esquemas de tratamiento etiológico instaurados en la normativa.
2. Promover el consumo de agua segura por medio de apoyos intersectoriales en la comunidad, alcaldía, ANDA y personal de salud.
3. Realizar estudios completos sobre calidad de agua en comunidades rurales y dar a conocer resultados a los actores sociales.

4. Fortalecer la RIIS en los municipios involucrados para prevenir mortalidad en este grupo en estudio.
5. Aumentar la capacidad de laboratorios regionales con la finalidad de contar con variedad de métodos de confirmación diagnóstica, como coprocultivos, y métodos moleculares.



## X. BIBLIOGRAFÍA

1. Dirección de apoyo a la gestión y programación sanitaria, Lineamientos técnicos para la atención integral de niños menores de cinco años; programa editorial MINSAL, Graficolor S.A. de C.V, cuarta edición, 2014; apartado: diarreas, paginas: 65 – 70.
2. Dirección de regulación y legislación en salud Dirección Nacional de Hospitales, Guías clínicas de pediatría, programa editorial MINSAL, San Salvador, El Salvador, Febrero 2012, apartado: Diarrea y tratamiento de la deshidratación; paginas: 89 – 96.
3. Kilegman, Berhman, Jenson, Stanton; Nelson tratado de pediatría, vol. II.; ELSEVIER, 18ª ed.; Barcelona, España, 2009; parte XVII El Sistema digestivo, capitulo: 337, paginas: 1605 – 1626.
4. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/>, San Salvador, Abril 2015, 08:30.
5. [simmow.salud.gob.sv](http://simmow.salud.gob.sv), San Salvador, Abril 2015, 08:30
6. [vigepes.salud.gob.sv](http://vigepes.salud.gob.sv), San Vicente, Abril 2015, 17:43
7. MINSAL, Libro De Diarreas 2015, UCSF La Esperanza, Tecoluca, San Vicente, mayo 2015, 13:00.
8. MINSAL, Libro De Diarreas 2014, UCSF La Esperanza, Tecoluca, San Vicente, mayo 2015, 14:20
9. MINSAL, Libro De Diarreas 2015, UCSF Cerro Grande, Agua Caliente, Chalatenango, mayo 2015, 09:35.
10. MINSAL, Libro De Diarreas 2014, UCSF Cerro Grande, Agua Caliente, Chalatenango, Abril 2015, 10:55.

XI. Anexos.

ANEXO 1.

TRATAMIENTO PARA LA DIARREA SIN DESHIDRATACION. PLAN A.

Fuente: AIEPI 2014.

**TRATAMIENTO PARA LA DIARREA SIN DESHIDRATACION** PLAN "A"

**TODA NIÑA - NIÑO MENOR DE 2 MESES CON DIARREA DEBE REFERIRSE URGENTEMENTE AL ECOS ESPECIALIZADO O AL HOSPITAL DE LA RED**

Dar consejería a la madre o cuidador de las cuatro reglas del tratamiento en la casa para prevenir la deshidratación

**1 DARLE MAS LIQUIDOS DESPUES DE CADA EVACUACION (Todo lo que el niño - niño acepta)**

- **DAR LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES A LA MADRE O CUIDADOR:**
  - ✓ Darle el pecho con más frecuencia y durante más tiempo cada vez.
  - ✓ Darle uno o varios de los siguientes líquidos: solución de SRO, líquidos caseros en stock (como agua de arroz, agua de papa, refresco natural) o agua segura.
  - ✓ NO dar bebidas gaseosas, ni líquidos azucarados, ni bebidas hidratantes para deportistas.
  - ✓ Lavarse las manos y frotárselas con agua y jabón. Antes de preparar los alimentos, antes de alimentarlo, después de usar la tierra, después de cambiar el pañal.
- **ENSEÑAR A LA MADRE O CUIDADOR A PREPARAR Y DAR SRO. (ENTREGABLE DOS SOBRES DE SRO PARA USAR EN CASA Y DESECHAR EL SUERO ORAL QUE NO UTILIZO EN 24 HRS)**

- **EXPLICAR A LA MADRE O CUIDADOR LA CANTIDAD DE LIQUIDOS QUE DEBE DARLE EN CASA.**
  - ✓ Como preparar el SRO (diluendo un sobre en un litro de agua segura, recordándole como medir un litro).
  - ✓ Si no acepta el suero, no debe preocuparse y ofrecer los otros líquidos recomendados, de la siguiente manera:
    - Menor de 1 año: 30 a 100 ml (1/2 taza) después de cada evacuación.
    - Mayor de 1 año: 100 a 200 ml (1 taza) después de cada evacuación.
  - ✓ Administrar frecuentemente pequeños sorbos de líquido con una taza y cucharita.
  - ✓ Si evienta, esperar 20 minutos y después continuar, pero más lentamente. Si presenta dos o más vómitos en una hora, consultar URGENTEMENTE al establecimiento de salud.
  - ✓ Continuar dando más líquidos mientras tenga fuerza.

**2 CONTINUAR DÁNDOLE PECHO Y ALIMENTACIÓN SEGÚN SU EDAD**

- ✓ Dar alimentos suaves que le gustan. No pastillas.
- ✓ Evitar alimentos azucarados y grasosos.
- ✓ Recomendado a la madre agregar un sorbo más de comida durante dos semanas después de haberse recuperado de la enfermedad.

**4 CUÁNDO REGRESAR INMEDIATAMENTE AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

- **CUANDO PRESENTE LOS SIGUIENTES SIGNOS DE PELIGRO DE LA DESHIDRATACIÓN**
  - ✓ No puede beber o tomar el pecho
  - ✓ Letárgico o inconsciente
  - ✓ Ojos hundidos, signos de pliegue
  - ✓ Vómito todo
  - ✓ Aumento las evacuaciones
  - ✓ Presenta heces con sangre

**3 NO AUTOMEDICAR**

- ✓ NO automedicar (no dar antibióticos ni antidiarreicos) y otros líquidos que no sean recomendados por el personal de salud.
- ✓ No usar Antibióticos sin prescripción médica.
- ✓ No llevarlos a los curanderos o vuduberos.

**Evaluar el riesgo social, notificar y referir a la UCSF según lineamientos de referencia y retorno**

- 1 Cita en 24 horas cuando en cuenta el grupo de alto riesgo o riesgo familiar.
- 2 Hacer entrega a la madre o cuidador de la importancia de llevar al niño al promotor de salud para darle seguimiento.
- 3 Dar suplemento de ZINC por 14 días.
  - Menor de 6 meses: 20 mg. al día.
  - De 6 meses a 5 años: 20 mg. al día.
- 4 Entregar a la madre el folio recordatorio de COIN sobre los signos de peligro en la diarrea.
- 5 Recordar a la madre que la diarrea puede durar entre 5 a 7 días.

NO UTILIZAR ANTIEMÉTICOS, NI ANTIDIARRÉICOS

## ANEXO 2.

### TRATAMIENTO PARA LA DIARREA CON DESHIDRATACION. PLAN B

Fuente: AIEPI 2014

## TRATAMIENTO PARA LA DIARREA CON DESHIDRATACION **PLAN "B"**






**TODA NIÑA - NIÑO MENOR DE 2 MESES CON DIARREA DEBE REFERIRSE URGENTEMENTE AL ECOS ESPECIALIZADO O AL HOSPITAL DE LA RED**

**Tratar la deshidratación en las Unidades de Rehidratación Oral (URO) de los establecimientos de salud**

Administrar durante cuatro horas en el establecimiento de salud, la cantidad recomendada de SRO, evaluándolo cada hora y posteriormente dos horas más con Plan "A" para asegurar que se encuentre hidratado y pueda ser enviado a su casa.

- 1 PESARLO Y DETERMINAR LA CANTIDAD APROXIMADA DE SRO QUE DEBERÁ ADMINISTRARSE DURANTE CUATRO HORAS**
  - La cantidad aproximada de SRO necesaria en ml para administrar en 4 horas, se calcula multiplicando el peso de la niña-niño en Kg, por 75 ml y se divide entre 4.
  - Hacer la demostración de la preparación y administración del SRO a la madre o cuidador, dando con frecuencia pequeños sorbos de SRO con una taza y cuchara.
  - Verifique que ingiera la cantidad administrada de SRO por hora.
- 2 EVALUAR LOS SIGNOS VITALES Y LOS SIGNOS DE LA DESHIDRATACIÓN DE ACUERDO AL ESTADO CLÍNICO CADA HORA**
  - Utilice la Hoja de Evaluación del tratamiento de la deshidratación por diarrea (Plan B)
  - Evalúe cada hora el estado de hidratación tomando signos vitales y evaluando los signos de la deshidratación.
  - Si presenta dos signos de deshidratación grave, REFERIR URGENTEMENTE al Ecos Especializado u hospital de la Red.
  - Si vomita, espera 20 minutos y después continuar; pero más lentamente
  - Si continúa vomitando referirlo inmediatamente al Ecos Especializado u Hospital de la Red.
  - Si es posible canalizar vena e hidratar antes de referir, 20 cc /kg cada 20 minutos en No. de 3.
  - Si cuenta con laboratorio tomar Examen General de Heces (EGH), Prueba de Azul de Metileno (PAM), Hemograma Completo y General de Orina en la primera hora y decidir el tratamiento según resultado.
- 3 REEVALUAR CUATRO HORAS DESPUÉS:**
  - Reevaluar y clasificar la deshidratación, según signos vitales y los signos de la deshidratación.
  - Si continua deshidratado, canalizar acceso venoso y referirlo inmediatamente al Ecos Especializado u Hospital de la Red; no olvidar evaluar el riesgo social.
- 4 Si está hidratado continuar la hidratación oral con Plan A por dos horas más en el establecimiento y evaluar el riesgo social.**
- 5 SI POSTERIOR A LAS SEIS HORAS SE ENCUENTRA HIDRATADO:**
  - Alta y control en 24 horas en el establecimiento.
  - Enseñarle como preparar la solución de SRO en casa.
  - Mostrarle la cantidad de SRO que debe administrar para terminar el tratamiento en casa.
  - Entregarle 2 sobres de SRO.
  - Dar todas las recomendaciones del Plan A de Tratamiento de la Diarrea y verificar que la madre las ha comprendido.

**NO UTILIZAR ANTIEMÉTICOS NI ANTIDIARRÉICOS**



## ANEXO 3.

### LINEAMIENTOS PARA EVALUACION DE PACIENTES Y RIESGO SOCIAL.

Fuente: AIEPI 2014

**Cita para reevaluar a la niña o el niño con diarrea tomando en cuenta la clasificación del riesgo familiar y el grupo dispensarial**

**Diarrea con o sin deshidratación (después de 24 horas)**

En la reevaluación de la niña o el niño, el personal de salud debe verificar:

1. Si ha mejorado.
2. Si está cumpliendo el tratamiento indicado.
3. Evaluar nuevamente el estado de hidratación: los signos de la deshidratación y seleccionando el plan apropiado para continuar el tratamiento de acuerdo a la clasificación.
4. Dar recomendaciones de cuando volver de inmediato.

**Diarrea persistente**  
Después de cinco días preguntar:

- ¿Continúa con diarrea?
- ¿Cuántas evacuaciones acuosas tiene por día?

**Tratamiento**

- Evaluar nuevamente el estado de hidratación con los signos de la deshidratación y seleccionando el plan apropiado para continuar el tratamiento de acuerdo a la clasificación.
- Si la diarrea no ha parado y continua teniendo por lo menos tres evacuaciones acuosas por día, referirlo al Ecos Especializado u hospital para evaluación por pediatra.
- Si la diarrea paró (menos de tres evacuaciones evacuadas por día), decir a la madre que continúe con las indicaciones de alimentación habitual para la edad.

**Disentería**  
Después de 2 días, el personal de salud debe:

- Evaluar con respecto a la diarrea.
- Consultar el cuadro Evaluar y clasificar.
- Preguntar:
  - ¿Disminuyó la diarrea?
  - ¿Persiste la sangre en las heces?
  - ¿Bajó la temperatura?
  - ¿Se alimenta mejor?

**Tratamiento:**

- Evaluar nuevamente el estado de hidratación con los signos de la deshidratación y seleccionando el *Plan* apropiado para continuar el tratamiento de acuerdo a la clasificación.
- Si la cantidad de evacuaciones, sangre en las heces y la fiebre sigue igual o ha empeorado, referir al Ecos Especializado u hospital para evaluación por pediatra.
- Si evacua menos, no hay sangre en las heces, le ha disminuido la temperatura y está comiendo mejor, se debe continuar con el mismo antibiótico hasta terminarlo.
- Referir al promotor de salud para dar seguimiento del caso o citarlo al terminar el tratamiento.

#### ANEXO 4.

#### ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA ESPERANZA Y CERRO GRANDE.

#### ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Fuente: Analisis de la situación en salud de UCSFB La Esperanza y Cerro Grande 2014.

#### CARACTERIZACION DE LA POBLACION.

##### Cerro Grande.

En 1807 Agua Caliente era simplemente una Hacienda de Ganado y Añil de Don Bernardino Aguilar.

En el año de 1819 se constituyó en esa hacienda un valle o aldea que, en cumplimiento de Leyes y Ordenanzas de Indias, se erigió en pueblo con el nombre kilométrico de San José Agua Caliente de las Flores. El nuevo municipio quedó incorporado en el departamento de Tejutla (En esa fecha).

El Municipio de Agua Caliente perteneció de 1824 (12 de junio) a 1833 (13 de mayo) al departamento de San Salvador; de 1833 (13 de mayo) a 1833 (21 de octubre) al departamento de Tejutla; de 1833 (21 de octubre) a 1835 (22 de mayo) al departamento de San Salvador; y de 1835 (22 mayo) a 1855 (14 de febrero) al departamento de Cuscatlán. A partir de esta última fecha ha sido municipio del departamento de Chalatenango, donde ha crecido en la agricultura y ganadería teniendo un desarrollo progresivo.

El municipio lo comprende su Área Urbana y siete cantones siendo:

Ojos de Agua, Cerro Grande, Encumbrado, Agua Fría, Agua Zarca, Obrajuelo y Santa Rosa. El área asignada a ECOSF Cerro Grande Comprende los cantones Encumbrado, Cerro Grande y Ojos de Agua (Zona A, B y C

respectivamente). Esta área principalmente Encumbrado y Cerro Grande fueron los más afectados durante la guerra civil de El Salvador. Como recuerdan sus habitantes, fue una zona en donde se llevaron a cabo muchos de los enfrentamientos entre guerrilla y ejército, ocasionando migraciones masivas hacia Estados Unidos, razón por la cual existe una asociación formada por personas del lugar destinada al desarrollo de la zona, actualmente el cantón Cerro Grande está constituido por 2340 habitantes, siendo su mayor población adolescentes en las edades comprendidas entre 10 a 19 años, seguida por menores de 5 años siendo el total de estos de 157 para el 2015.

#### La Esperanza

El municipio de Tecoluca, tiene un área de 284,65 km<sup>2</sup>, por lo que es el de mayor extensión en el departamento de San Vicente, y de El Salvador; y comprende 24 cantones y 64 caseríos. La cabecera tiene una altitud de 270 msnm.

Posee una cuenca hidrográfica importante, en la que destaca el río Lempa que limita al este; y otra serie de ríos que bajan del volcán de San Vicente y de cerros ubicados al sureste del municipio. También existen las lagunas El Garrobo, Talquezal, y El Matazano.

#### Cultura y sociedad.

Tecoluca celebra sus fiestas patronales en el mes de agosto en honor a San Lorenzo mártir. Otras festividades del calendario católico se realizan en honor a la virgen de Concepción en el mes de diciembre, y el día de la Cruz en mayo.

#### Toponimia

Tecoluca es una palabra de origen náhuatl y significa «La ciudad de los búhos», ya que proviene *teculut* (tecolote, búho) y *ea* (ciudad). A través de los años ha

sido conocida como «Tecoyluca» (1548), «Tocoluca» (1586-1625), «Nuestra Señora de la Concepción Tocoluca» (1770), y «Tocoluca» desde 1807.

El área a estudiar comprende de 11 comunidades: cantón la esperanza, colonia padre Macías, comunidad el carao, colonia san Fernando, comunidad la pampas, comunidad madre tierra, comunidad santa Mónica, comunidad el casino, colonia 19 de junio, con un total de 775 viviendas y 3048 habitantes; de estos 307 corresponde a menores de 5 años para el año 2015. Las características del territorio son variadas entre caminos planos, montañas, ríos, algunos de difícil acceso por las características mencionadas de igual manera en cuanto al clima es variado según la época del año, pero predomina en general el clima cálido.

ANEXO 5.

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
UNIDAD CENTRAL  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE MEDICINA

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTUDIO: ETIOLOGÍA MÁS FRECUENTE DE LAS ENFERMEDADES  
DIARREICAS AGUDAS EN MENORES DE 5 NIÑOS EN LA UCSF LA  
ESPERANZA Y CERRO GRANDE EN EL PERIODO DE MARZO A  
AGOSTO 2015.

El presente estudio tiene como objetivo analizar la causa más común de las enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años, con la finalidad de proveer mejor tratamiento a las diarreas y sus complicaciones así como prevenir futuras re infecciones. No representa un riesgo para el paciente y es de carácter confidencial, tampoco afectará la calidad de su atención.

“Yo: \_\_\_\_\_, padre, madre o responsable de: \_\_\_\_\_; he leído la información o me la han leído. He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de ello y mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Consciente y voluntariamente entiendo que tengo el derecho de retirar mi consentimiento sin que esto afecte el estudio de investigación actual o mi atención medica o de mi representado, por lo que autorizo



a:\_\_\_\_\_ para recopilación de los  
datos solicitados”

Firma:\_\_\_\_\_

Fecha:\_\_\_\_\_

ANEXO 6.

INSTRUMENTO DE RECOPIACION DE LA INFORMACION.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
UNIDAD CENTRAL  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE MEDICINA

FICHA CLINICA

**Objetivo de la investigación:** Describir la etiología o las etiologías más frecuente de las enfermedades diarreicas agudas en los niños menores de 5 años en las de la UCSFB Cerro Grande, municipio de Agua Caliente, Chalatenango y UCSFB La esperanza, municipio de Tecoluca, San Vicente, en el periodo comprendido entre Marzo 2015 y Agosto 2015. Con el fin de mejorar la calidad de atención y tratamientos brindados a estas enfermedades y así disminuir sus complicaciones.

**Indicaciones:** complete el siguiente instrumento con información verídica y verificable en base al expediente clínico.

**I. Datos de identificación.**

1. Fecha:\_\_\_\_\_.

2. Establecimiento:\_\_\_\_\_

—

3. Número \_\_\_\_\_ de expediente:\_\_\_\_\_.

4. Edad del paciente:\_\_\_\_\_

**II. Antecedentes Personales (Marque con una x)**

1. Consulta por primera vez\_\_\_\_\_ Consulta de seguimiento:\_\_\_\_\_

2. Tipo de alimentación:

Lactancia Materna exclusiva\_\_\_\_\_

Lactancia materna y alimentación\_\_\_\_\_

Alimentación distinta a lactancia materna, especifique:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Consumo de agua:

Hierve:\_\_\_\_\_

Compra agua embotellada\_\_\_\_\_

Utiliza cloro:\_\_\_\_\_

No trata el agua \_\_\_\_\_

Otros:\_\_\_\_\_ (especifique).

4. Lavado de manos:

Lava sus manos antes de comer\_\_\_\_\_

Lava sus manos para preparar sus alimentos\_\_\_\_\_

Lava sus manos después de deposición de excretas\_\_\_\_\_

Lava sus alimentos antes de ingerirlos\_\_\_\_\_

5. Consumo de alimentos:

Consume alimentos preparados fuera de su casa\_\_\_\_\_

Hay gran presencia de vectores cerca de los alimentos que consume\_\_\_\_\_

6. Eventos previos: numero de episodios diarreicos en el último año:\_\_\_\_\_

III. Datos sobre episodio diarreico actual.

Complete según corresponda.

1. Numero de evacuaciones en las ultimas 24h : \_\_\_\_\_

2. Presencia de fiebre: \_\_\_\_\_

3. Características de las evacuaciones:

Fetidez:\_\_\_\_\_

Escasas\_\_\_\_\_

Abundantes:\_\_\_\_\_

Consistencia: Blanda: \_\_\_\_ Liquida\_\_\_\_\_ pastosa\_\_\_\_\_

Presencia restos alimenticios: Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

Color:\_\_\_\_\_

4. Presencia de vómitos: \_\_\_\_\_ en número de:\_\_\_\_\_

5. Presencia de pujo\_\_\_\_\_ Tenesmo\_\_\_\_\_

6. Erupciones cutáneas en las últimas 48 horas:\_\_\_\_\_

7. Signos de deshidratación: si:\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_

Cuales:\_\_\_\_\_

---

**IV. Sospecha diagn3stica y clasificaci3n.**

Clasificaci3n segun AIEPI:

1. Diarrea sin deshidrataci3n\_\_\_\_\_
2. Diarrea con deshidrataci3n \_\_\_\_\_
3. Diarrea con deshidrataci3n grave\_\_\_\_\_
4. Disenteria\_\_\_\_\_
5. Diarrea persistente\_\_\_\_\_

**Sospecha etiol3gica m3s probable segun historia cl3nica:**

Viral: \_\_\_\_\_

Bacteriana\_\_\_\_\_

Parasitica\_\_\_\_\_

Fungica: \_\_\_\_\_

**Estudio complementario:**

Examen de general de heces: Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

Fecha de realizaci3n\_\_\_\_\_

Resultado:\_\_\_\_\_

Hisopado rectal: Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

Fecha de realizaci3n: \_\_\_\_\_

Resultado:\_\_\_\_\_

Coprocultivo: si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

Fecha de realización: \_\_\_\_\_

Resultado: \_\_\_\_\_

**V. Manejo y tratamiento.**

1. Manejo en: Establecimiento \_\_\_\_\_ Ambulatorio \_\_\_\_\_  
Referencia \_\_\_\_\_
2. Tratamiento según normativa: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
3. Presento complicaciones:  
Agudas (describa) \_\_\_\_\_  
Crónicas (describa) \_\_\_\_\_

**VI. Seguimientos y acciones preventivas.**

1. Número de seguimientos posterior al episodio: \_\_\_\_\_
2. Acciones preventivas implementadas  
(especifique) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.