



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE MEDICINA

**“ESTRATEGIA AIEPI: SIGNOS DE PELIGRO EN PACIENTES DE
2 MESES A 5 AÑOS, CENTRO DE SALUD MORETE PUYO,
OCTUBRE 2018 – ENERO 2019”**

TRABAJO DE TITULACIÓN
TIPO PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Presentado para optar al grado académico de:
MEDICO GENERAL

**AUTORES: IRMA DEL ROSARIO CALUÑA LÓPEZ, ANDREA
ELÍZABETH QUINTERO TANGUILA**

Riobamba-Ecuador

2019



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE MEDICINA

**“ESTRATEGIA AIEPI: SIGNOS DE PELIGRO EN PACIENTES DE
2 MESES A 5 AÑOS, CENTRO DE SALUD MORETE PUYO,
OCTUBRE 2018 – ENERO 2019”**

TRABAJO DE TITULACIÓN
TIPO PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Presentado para optar al grado académico de:
MEDICO GENERAL

AUTORES: IRMA DEL ROSARIO CALUÑA LÓPEZ, ANDREA
ELÍZABETH QUINTERO TANGUILA

DIRECTOR: Dr. FERNANDO ESCOBAR, **ASESOR:** Dra.
XIMENA BONIFAZ

Riobamba-Ecuador

2019

©2019, Irma del Rosario Caluña López, Andrea Elizabeth QuinteroTanguila

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento, siempre y cuando se reconozca el Derecho de autor.

Nosotras, Irma del Rosario Caluña López y Andrea Elizabeth Quintero Tanguila, declaramos que el presente proyecto de investigación, es de nuestra autoría y que los resultados del mismo son auténticos y originales. Los textos constantes en el documento que provienen de otras fuentes están debidamente citados y referenciados.

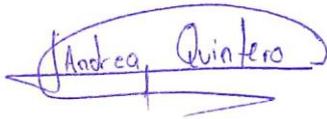
Como autores, asumimos la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este trabajo de titulación. El patrimonio intelectual pertenece a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

Riobamba, 12 de junio de 2019



Irma del Rosario Caluña López

0604593731



Andrea Elizabeth Quintero Tanguila

2200114441

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA
CARRERA DE MEDICINA

El Tribunal del trabajo de titulación certifica que: El trabajo de investigación: Tipo Proyecto de investigación, ESTRATEGIA AIEPI: SIGNOS DE PELIGRO EN PACIENTES DE 2 MESES A 5 AÑOS, CENTRO DE SALUD MORETE PUYO, OCTUBRE 2018 – ENERO 2019, ha sido minuciosamente revisado por los Miembros del Tribunal del trabajo de titulación, el mismo que cumple con los requisitos científicos, técnicos, legales, en tal virtud el Tribunal Autoriza su presentación.

	FIRMA	FECHA
Dr. Carlos Alberto Leyva Proenza PRESIDENTE DEL TRIBUNAL		<u>2019/06/12</u>
Dr. Luis Fernando Escobar Espinoza DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN		<u>2019/06/12</u>
Dra. Ximena de Jesús Bonifaz Guamán MIEMBRO DE TRIBUNAL		<u>2019/06/12</u>

DEDICATORIA

Este trabajo de Titulación y el esfuerzo que conlleva se lo dedicamos a Dios quien nos ha permitido encontrarnos en el camino y emprender juntas este proyecto referente a la medicina comunitaria que formará parte fundamental de nuestro desempeño como médicos de atención primaria durante nuestro año de rural. A nuestras familias que nos brindan a diario su apoyo y son el impulso necesario para continuar a pesar del tiempo y las adversidades que se han presentado durante este periodo, recordándonos siempre que todo comienzo es duro pero la recompensa es satisfactoria. A todos los profesionales de salud que han contribuido con sus conocimientos, y consejos, aquellos profesionales que representan un ejemplo.

Irma y Andrea

AGRADECIMIENTO

A Dios y nuestros padres por el apoyo incondicional diario recibido en todo momento, desde las largas noches de pregrado hasta estos momentos en los que la llegada de tan anhelado título se muestra cercana.

A la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo por brindarnos la posibilidad de obtener una carrera, y ser entes profesionales que contribuyan en la sociedad.

Irma y Andrea

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	xii
SUMMARY	xiii
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	3
OBJETIVOS.....	4
Objetivo General.....	4
Objetivos Específicos	4
CAPÍTULO I.....	5
1. MARCO TEÓRICO	5
1.1. Objetivos de la estrategia AIEPI	5
1.2. Marco conceptual.....	5
1.3. Componentes principales.....	6
1.4. Intervenciones en el hogar	6
1.5. Beneficios de AIEPI	7
1.6. Estructura AIEPI.....	7
1.7. Proceso de manejo integrado de casos.....	7
1.8. Signos de peligro en general	8
1.9. Patologías prevalentes en la infancia.....	9
1.9.1. Presencia de Tos o Dificultad respiratoria.....	9
1.9.1.1. Bronquiolitis.....	9
1.9.1.2. Sibilancia	9
1.9.1.3. Crup	10
1.9.2. Si no hay obstrucción de la vía aérea clasificar la tos o dificultad respiratoria	12
1.9.2.1. Neumonía	12
1.9.3. Diarrea.....	14
1.9.4. Fiebre	20
1.9.4.1. Dengue	21

1.9.4.2. <i>Chikungunya</i>	21
1.9.4.3. <i>Malaria</i>	22
1.9.4.4. <i>Sarampión</i>	24
1.9.5. <i>Problema de oído</i>	25
1.9.5.1. <i>Mastoiditis</i>	25
1.9.5.2. <i>Otitis media aguda</i>	26
1.9.5.3. <i>Otitis media crónica</i>	27
1.9.6. <i>Problemas de Garganta</i>	29
1.9.6.1. <i>Faringoamigdalitis</i>	29
1.9.7. <i>Desnutrición</i>	30
1.9.8. <i>Anemia</i>	31
CAPÍTULO II	33
2. MARCO METODOLÓGICO	33
2.1. Diseño metodológico y tipo de la Investigación	33
2.2. Población de estudio	33
2.3. Criterios de inclusión	33
2.4. Criterios de exclusión	33
2.5. Materiales y Métodos de la Investigación	33
2.6. Caracterización del instrumento	33
2.7. Validación del instrumento	34
2.8. Técnicas de Recolección de Datos	34
2.9. Variables y Operacionalización de las Variables	34
2.10. Técnicas de Procesamiento y Análisis de los Datos	36
2.11. Consideraciones Éticas	36
CAPÍTULO III	37
3. RESULTADOS	37
Distribución de pacientes según la edad	37
Distribución de pacientes según el género	38
Distribución de pacientes según la etnia	38

Distribución de signos de peligro	39
Distribución de pacientes que presentan dificultad para alimentarse	40
Distribución de pacientes que presentan vómito	41
Distribución de pacientes que presentan convulsiones	41
Distribución de pacientes que presentan somnolencia.....	42
Distribución de pacientes según antecedentes patológicos personales	43
Distribución de pacientes que culminan en muerte	43
Cumplimiento de la estrategia AIEPI según el diagnóstico	44
Cumplimiento de la estrategia AIEPI según el tratamiento con antibióticos.....	45
3.1. Discusión y análisis de resultados	46
CONCLUSIONES.....	48
RECOMENDACIONES.....	49
BIBLIOGRAFÍA.....	1
ANEXOS	3
Anexo A: Formulario 028b del AIEPI 2019.....	3
Anexo B: Formulario de Google Drive	4

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1-1: Marco conceptual de la estrategia AIEPI	6
Gráfico 2-1: Plan A para el tratamiento de la diarrea: AIEPI	18
Gráfico 3-1: Plan B para el tratamiento de la diarrea: AIEPI	18
Gráfico 4-1: Plan C para el tratamiento de la diarrea: AIEPI	19
Gráfico 1-3: Distribución de pacientes según la edad.....	37
Gráfico 2-3: Distribución de pacientes según el género	38
Gráfico 3-3: Distribución de pacientes según la etnia	39
Gráfico4-3: Distribución de signos de peligro	40
Gráfico 5-3: Distribución de pacientes con dificultad para alimentarse	40
Gráfico 6-3: Distribución de pacientes que presentan vómito	41
Gráfico 7-3: Distribución de pacientes que presentan convulsiones.....	42
Gráfico 8-3: Distribución de pacientes que presentan somnolencia	42
Gráfico 9-3: Distribución de pacientes según antecedentes patológicos personales.....	43
Gráfico 10-3: Distribución de pacientes que culminan en muerte	44
Gráfico 11-3: Cumplimiento de la estrategia AIEPI según el diagnóstico	45
Gráfico 12-3: Cumplimiento de la estrategia AIEPI según el tratamiento	45

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1-1: Enfermedad muy grave.....	8
Tabla 2-1: Clasificación bronquiolitis, sibilancia, CRUP según AIEPI	10
Tabla 3-1: Clasificación de CRUP según AIEPI	11
Tabla 4-1: Clasificación de Neumonía según AIEPI	13
Tabla 5-1: Dosis de amoxicilina para Neumonía según AIEPI	14
Tabla 6-1: Clasificación del grado de severidad de deshidratación	15
Tabla 7-1: Clasificación según el grado de Deshidratación de AIEPI.....	16
Tabla 8-1: Clasificación AIEPI: Diarrea de más de 14 días	16
Tabla 9-1: Clasificación AIEPI: Presencia de sangre en las heces	16
Tabla 10-1: Clasificación de la fiebre según AIEPI.....	20
Tabla 11-1: Clasificación AIEPI para Dengue, Chikungunya, Malaria.....	20
Tabla 12-1: Tratamiento de la Malaria: AIEPI	23
Tabla 13-1: Tratamiento de la Malaria no grave.....	23
Tabla 14-1: Secuencia patogénica de la infección por virus del Sarampión.....	24
Tabla 15-1: Clasificación según AIEPI para Sarampión	25
Tabla 16-1: Clasificación de Mastoiditis, Otitis media aguda y crónica	29
Tabla 17-1: Clasificación de Faringoamigdalitis según AIEPI.....	30
Tabla 18-1: Clasificación de Desnutrición según AIEPI	31
Tabla 19-1: Clasificación de Anemia según AIEPI	32
Tabla 1-2: Matriz de operacionalización de Variables	34
Tabla 1-3: Distribución de pacientes según la edad.....	37
Tabla 2-3: Distribución de pacientes según el género	38
Tabla3-3: Distribución de pacientes según la etnia.....	38
Tabla 4-3: Distribución de signos de peligro	39
Tabla 5-3: Distribución de pacientes con dificultad para alimentarse	40
Tabla 6-3: Distribución de pacientes que presentan vómito	41
Tabla 7-3: Distribución de pacientes que presentan convulsiones.....	41
Tabla 8-3: Distribución de pacientes que presentan somnolencia	42
Tabla 9-3: Distribución de pacientes según antecedentes patológicos personales.....	43
Tabla10-3: Distribución de pacientes que culminan en muerte	44
Tabla 11-3: Cumplimiento de la estrategia AIEPI según el diagnóstico	44

Tabla 12-3: Cumplimiento de la estrategia AIEPI según el tratamiento con antibióticos 45

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo identificar los signos de peligro en niños de 2 meses a 5 años como lo establece la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia conocida como AIEPI en el Centro de Salud Morete Puyo, para disminuir los niveles de morbi-mortalidad y mejorar la calidad de vida de los niños, la investigación fue de corte transversal, prospectivo, descriptivo; no experimental, según el período de Octubre 2018 – Enero 2019. La fuente primaria la representa el formulario 028B de AIEPI, el cual ha sido modificado en los datos de filiación para desarrollo de la investigación, se realizó una revisión documental de 100 formularios 008 de Emergencias de pacientes de 2 meses a 5 años del Centro de Salud Morete Puyo, utilizando este instrumento u hoja de valoración. Los datos obtenidos se ingresan en un formulario de Google Drive para manejo de datos electrónicamente. Del total de 100 niños/as atendidos en el servicio de Urgencias del Centro de Salud Morete Puyo el mayor número de pacientes corresponde a la edad de 2 a 11 meses con un porcentaje de 32%, de predominio masculino 56%, etnia mestiza 75%, la fiebre se presenta en un 89% en el total de casos siendo el signo de peligro más prevalente. Se concluyó que en la mayoría el motivo de consulta ha sido la fiebre, al tratarse de un grupo poblacional de difícil manejo se debe promover el accionar de los padres, la familia y la comunidad. Se recomienda la identificación precoz de los signos generales de peligro por el personal de salud, realizar estudios en los padres acerca del conocimiento que tienen sobre los signos de peligro, se sugiere que la universidad siga promoviendo la creación de otros estudios similares.

Palabras clave: <AIEPI>, <SIGNOS DE ALARMA EN NIÑOS>, <DIARREA>, <INFECCIONES RESPIRATORIAS>, <FIEBRE>, <ENFERMEDADES TROPICALES>, <OTITIS>, <DESNUTRICIÓN>.

SUMMARY

The objective of the present research work was to identify the signs of danger in children from two months to five years according to what is established by the IMCI strategy at the “Centro de Salud Morete Puyo” to contribute to the reduction of morbidity and mortality levels and improve the quality of life of the children, the present investigation according to the analysis and scope of the results was cross-sectional, prospective, descriptive; not experimental, according to the period of October 2018 - January 2019. The primary source is represented by form 028B of IMCI, which has been modified in the filiation data for the development of the research, a documentary review of 100 forms 008 of Emergencies of patients from 2 months to 5 years of “Centro de Salud Morete Puyo”, using this instrument or assessment sheet. The data obtained is entered into a Google Drive form for data management electronically. Of the total of 100 children treated in the emergency service of the “Centro de Salud Morete Puyo”, the largest number of patients corresponds to the age of 2 to 11 months, with a percentage of 32%, predominantly male, 56%, racially mixed, 75%, the fever appears in 89% in the total of cases being the danger sign more prevalence. It was concluded that for the most part the reason for consultation was fever, since it is a population group that is difficult to manage, the actions of the parents, the family and the community must be promoted. It is recommended the early identification of the general signs of danger by the health personnel, to carry out studies in the parents about the knowledge they have about the danger signs, it is suggested that the university continue promoting the creation of other similar studies.

Keywords: <IMCI>, <SIGNS OF ALARM IN CHILDREN>, <DIARRHEA>, <RESPIRATORY INFECTIONS>, <FEVER>, <TROPICAL DISEASES>, <OTITIS>, <UNDERNUTRITION>



INTRODUCCIÓN

La estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, conocida por sus siglas AIEPI, creada por varias instituciones como la Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia con el propósito de reducir la morbi-mortalidad infantil en menores de 5 años además de optimizar la calidad de atención prestada en los centros de salud, comprende actividades tanto de prevención de enfermedades como de promoción de la salud a través de una diversidad de factores sociales. (Álvarez, 2012)(Carmona, 2018)(Guamán, 2016)

En América cada año mueren aproximadamente 250 000 niños menores de 5 años a causa de patologías prevenibles. En Cuba, existe una tendencia al descenso de la mortalidad infantil en menores de 5 años a través de los años, con una disminución de cerca del 43% en los años 1998 a 2014. En el Ecuador persisten tasas de mortalidad elevadas en la infancia. (Carmona, 2018)(Guamán, 2016)(Suárez, 2017)

Las principales causas son infecciones respiratorias, diarrea, desnutrición. Dentro de las patologías que se presentan con mayor frecuencia en el área de urgencias está la enfermedad diarreica aguda; las patologías respiratorias con una incidencia que varía de 150-1500/100 000 habitantes, así la tasa de mortalidad estimada es de 20 casos/100 000 habitantes. (Suárez, 2017)

En Tanzania, se realizó un estudio de las madres y el reconocimiento de síntomas de las patologías infantiles, se obtuvieron los siguientes porcentajes: fiebre 92,5%, tos 85,3%, dificultad para jugar 83,5%, irritabilidad 81,1%, diarrea 80,8%. Se reconocieron síntomas graves como: convulsiones 92,5%, dificultad para respirar 90%, pérdida del conocimiento 89,8%, dificultad para alimentarse 88%. (Carmona, 2018)

Según datos obtenidos a nivel nacional 9 de cada 10 niños han recibido alguna medicación, antibióticos en un 37,2%, antidiarreicos 53,6%, remedios caseros 45,2%. La terapia de rehidratación oral permite tratar el 95% de los casos de enfermedad diarreica aguda independientemente de la causa, sin el uso de medicamentos. (Guamán, 2016)

Los signos de peligro son señales presentes en el niño cuando enfermedades prevalentes en la infancia no han sido tratadas a tiempo y ponen en riesgo la vida del paciente, por lo que su reconocimiento es indispensable para establecer la relación de los signos de peligro con las patologías y optar por una temprana y adecuada conducta de salud. (Álvarez, 2012)

Por lo expuesto, se ve la necesidad de realizar un proyecto que consiste en identificar los signos de peligro de patologías prevalentes en pacientes de 2 meses a 5 años, con la finalidad de contribuir a la disminución de los niveles de morbi-mortalidad y mejorar la calidad de vida de los niños, al ser un grupo de población susceptible a enfermedades es competencia de los profesionales de salud mantener un rol activo en su atención. La prevención y tratamiento oportunos previenen futuras complicaciones, requieren intervenciones simples de bajo costo.

JUSTIFICACIÓN

En el Ecuador, una gran cantidad de padres visitan a curanderos, farmacéuticos, sanadores que emplean las prácticas tradicionales para erradicar las enfermedades, en la mayoría de casos dichos dispensadores de salud no realizan una evaluación completa y adecuada de los niños.

A los servicios de salud de primer nivel llegan pacientes en mal estado, donde es mínimo o inexistente el apoyo de exámenes complementarios como laboratorio y radiología, carecen de medicamentos y tienen equipos en malas condiciones, lo que minimiza las posibilidades para que los médicos de atención primaria puedan aplicar procedimientos clínicos más específicos y complejos. Es necesario aprovechar al máximo la historia clínica y un buen examen semiológico.

La estrategia AIEPI nace en respuesta a los elevados niveles de mortalidad infantil evitables, que al ser atendidos de forma oportuna reducen las complicaciones y muertes innecesarias. Ésta es una estrategia que ofrece un apoyo para asegurar el cumplimiento de los derechos de los niños y niñas: derecho a la vida, supervivencia y desarrollo, derecho a vivir en condiciones de bienestar y sano desarrollo integral, derecho a una vida libre de violencia y a la integridad personal, derecho a la protección de la salud y seguridad social. (Álvarez 2012)(Carmona 2018)(Guamán 2016)

El desarrollo de la investigación tiene como propósito práctico identificar los signos de peligro de patologías prevalentes en pacientes de 2 meses a 5 años, tomando en cuenta que este problema de salud afecta a más del 50% de los niños menores de 5 años. Además, el valorar el llenado e interpretación de la hoja de AIEPI es de importancia ya que se verifica de qué forma el personal de salud está aplicando el manual de AIEPI durante la atención integral del niño o la niña, en el Centro de Salud Morete Puyo, durante el periodo de Octubre 2018 a Enero 2019.

El reconocimiento oportuno de los signos de peligro en el niño es fundamental ya que permite reducir la morbi-mortalidad infantil, al identificar dichos signos se puede brindar un diagnóstico y tratamiento apropiado, además se halla la necesidad de identificar los signos de peligro que se presentan en mayor proporción y su relación con las patologías que presentan cuando acuden al servicio de urgencias. De esta manera se busca que la atención brindada en el centro de Salud sea integral con un enfoque holístico; de aquí la importancia de la realización del presente estudio.

OBJETIVOS

Objetivo General

Identificar los signos de peligro en niños de 2 meses a 5 años según como lo establece la estrategia AIEPI en el Centro de Salud Morete Puyo, para contribuir a la disminución de los niveles de morbi-mortalidad y mejorar la calidad de vida de los niños.

Objetivos Específicos

- 1.- Evaluar la calidad del llenado e interpretación del formulario 028B del AIEPI 2019 que realiza el personal médico y enfermería mediante la revisión de expedientes clínicos.
- 2.- Verificar el cumplimiento en la aplicación de la mencionada estrategia en términos de diagnóstico y tratamiento, en especial el tratamiento con antibióticos.
- 3.- Explicar las bases teóricas y conceptuales esenciales en la atención de las enfermedades prevalentes de la infancia.

CAPÍTULO I

1. MARCO TEÓRICO

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), es una estrategia que se maneja en base a un enfoque integral de salud con el objetivo de reducir la morbilidad, mortalidad, y de esta manera minimizar la discapacidad en la población menor a 5 años, además de promover un crecimiento y desarrollo adecuado. Su aplicación demanda el accionar de las familias y los servicios de salud. (Carmona, 2018)

La estrategia fue propuesta en el año 1992 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Su ejecución se inició en Latinoamérica en 1996. La estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia aparece con la finalidad de promover las acciones que facilitan una mejor calidad de atención a los niños y enfatiza los problemas más comunes y graves que afectan la salud de dicho grupo poblacional. (OPS, 2008)

1.1. Objetivos de la estrategia AIEPI

- 1.- Disminuir la tasa de mortalidad en los niños/as menores de 5 años
- 2.- Disminuir la incidencia y la gravedad de las enfermedades prevalentes en la infancia
- 3.- Asegurar una atención adecuada en los servicios de salud, el hogar y la comunidad en los menores de 5 años.
- 4.- Fortificar la promoción y prevención, ayudar a mejorar el crecimiento, desarrollo y la calidad de atención del niño a nivel de servicios de salud, hogar y comunidad. (MPS, 2010)

1.2. Marco conceptual

Utilizado en la evaluación de esta estrategia y su impacto, se basa en la implementación de 3 componentes, con la finalidad de proveer una mejor atención de salud, integrando a la familia y a la comunidad. (OPS, 2008)

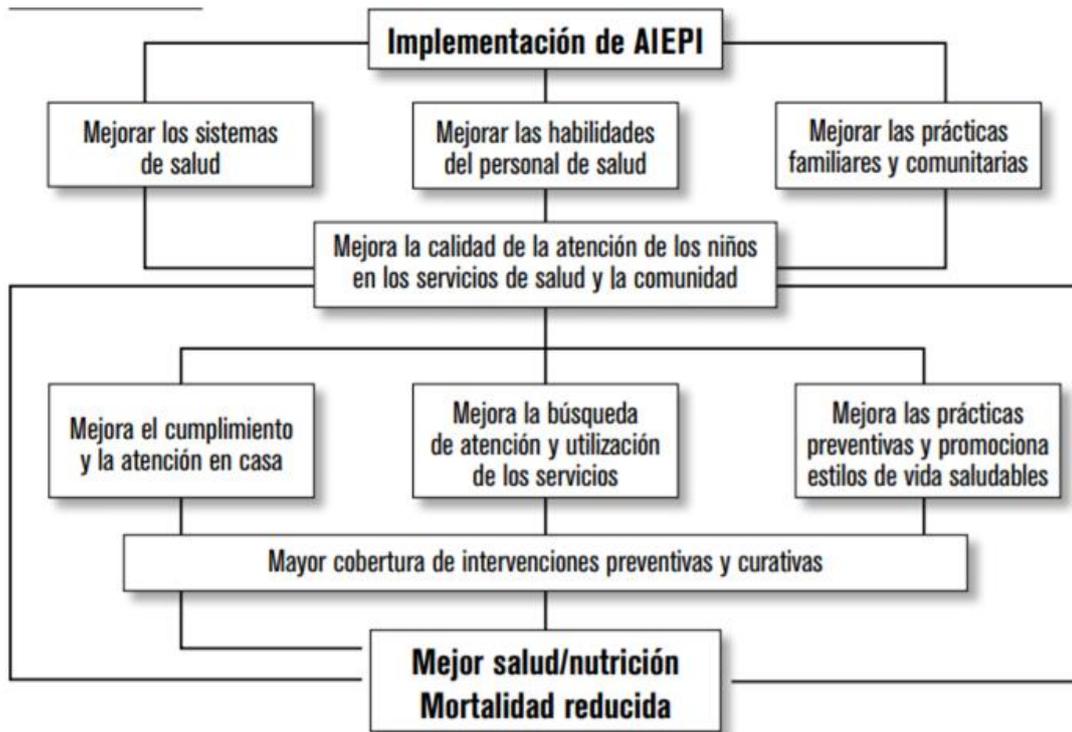


Gráfico 1-1: Marco conceptual de la estrategia AIEPI

Fuente:(OPS, 2008)

1.3. Componentes principales

AIEPI integra diversas actividades: coordinación, planificación, intervención del Estado, la familia y la comunidad. Los componentes de operacionalización son:

- Mejorar el desempeño de los profesionales de salud, con actividades de capacitación, seguimiento con el fin de controlar las patologías infantiles.
- Mejorar los sistemas de salud, a través de la organización para garantizar una atención integral de salud.
- Mejorar las prácticas de la familia y la comunidad, por medio del conocimiento mejorar el cuidado de las madres a sus hijos en el hogar, se busca promover hábitos saludables que benefician a los niños y las familias. (OPS, 2008)

1.4. Intervenciones en el hogar

Educar a los responsables del cuidado del niño cuáles son los signos generales de peligro para una identificación oportuna, atención precoz, acudir de forma temprana en búsqueda de asistencia, asegurar un seguimiento para valorar la evolución del paciente y funcionalidad del tratamiento. (MPS, 2010)

1.5. Beneficios de AIEPI

- Políticos, donde los actores sociales tienen un papel activo en la gestión para la mejora de la salud. (OPS, 2008)
- Económicos, la aplicación adecuada de AIEPI permite ahorrar recursos por medio del uso racional de antibióticos y medios de diagnóstico. (OPS, 2008)
- Sociales, influye en el bienestar del paciente, la madre, la familia y la comunidad. Fomenta el respeto por las culturas, el respeto a los derechos, la participación de la comunidad y diversos actores sociales. (OPS, 2008)

1.6. Estructura AIEPI

AIEPI se estructura bajo 2 enfoques destinados a evaluar, clasificar, decidir y tratar las enfermedades: en neonatos a menores de 2 meses de edad y en niños de 2 meses a 5 años.

1.7. Proceso de manejo integrado de casos

EVALUAR al niño: valorar signos de peligro, síntomas principales, verificar la nutrición, vacunación, crecimiento y desarrollo. Indagar otros problemas. (Guamán, 2016)

CLASIFICAR: las enfermedades al reconocer los colores e **IDENTIFICAR** el tratamiento. Rojo significa gravedad, requiere atención de: urgencia, referencia, hospitalización. Amarillo, significa tratamiento en casa con: antipiréticos, antibióticos, antiparasitarios, antimaláricos, suplementos de hierro o vitaminas. Verde significa que el tratamiento en casa se basa en medidas generales, no requiere medicamentos. (Guamán, 2016)

Si el niño requiere referencia se administra el tratamiento esencial previa transferencia, si el tratamiento es en casa administrar la primera dosis de medicamento en consulta.

TRATAMIENTO: enseñar a la madre la administración de medicamentos, alimentos y líquidos, indicaciones de regreso ante signos de alarma y seguimiento en una fecha determinada en el Centro de Salud. (Guamán, 2016)

ALIMENTACIÓN: Evaluar la lactancia materna, si se identifica un problema de alimentación proveer consejería. (Guamán, 2016)

1.8. Signos de peligro en general

Son señales presentes en el niño cuando las enfermedades prevalentes en la infancia aún no reciben tratamiento, indican si debe referirse al niño a una unidad de Servicios de Salud más compleja y evitar complicaciones. (Guamán, 2016)

Son signos de peligro de morir: succión débil, vómito, convulsiones, somnolencia o inconsciencia. Si el niño presenta alguno de estos signos requiere atención urgente en el hospital para salvarle la vida. (Guamán, 2016)

"Cada año en América, más de 250 000 niños y niñas mueren antes de los 5 años por enfermedades que podrían prevenirse fácilmente".(Guamán, 2016)

Tabla 1-1: Enfermedad muy grave

Evaluar	Clasificar	Decidir y tratar
Cualquier de los siguientes signos: <ul style="list-style-type: none">• No puede beber o tomar el seno• Vomita todo lo que ingiere• Ha tenido o tiene convulsiones• Está letárgico o inconsciente	Enfermedad muy grave	<ul style="list-style-type: none">➤ Completar de inmediato la evaluación y examen físico y administrar medicamentos indicados antes de referir.➤ Si está convulsionando administrar diazepam intrarectal (p. 24)➤ Referir URGENTE, al hospital aplicando medidas de estabilización "REFIERA" (p.60)

Fuente: (MSP, 2019)

Síntomas principales: Bajo los cuales se clasifican las distintas patologías:

- Tos o dificultad para respirar
- Diarrea
- Fiebre
- Problemas de oído
- Problemas de garganta

Además, siempre es necesario verificar:

- Crecimiento, longitud/talla
- Anemia
- Maltrato infantil
- Desarrollo psicomotor
- Esquema de vacunas
- Salud oral

1.9. Patologías prevalentes en la infancia

A continuación, se realiza una breve descripción de las patologías prevalentes en la infancia descritas en AIEPI, poniendo especial énfasis en verificar la certeza de la información presente en dicha estrategia. (Guamán, 2016)

1.9.1. Presencia de Tos o Dificultad respiratoria

1.9.1.1. Bronquiolitis

Es la patología más común durante el primer año de vida que afecta el tracto respiratorio inferior, se asocia con patologías crónicas como el asma, pero se desconoce si las causa. (NICE Guidelines, 2015)

Manifestaciones clínicas: Esfuerzo respiratorio, dificultad para alimentarse. Dicha condición puede confundirse con un resfriado común, aunque existen a la auscultación signos de patología del tracto respiratorio inferior, como sibilancias, crepitantes. Los síntomas son leves y duran varios días, en algunos casos progresa a grave. (NICE Guidelines, 2015)

Diagnóstico: Pródromo de cuadro gripal de 1 a 3 días que es seguido de una tos persistente, taquipnea, sibilancias o crepitantes a la auscultación pulmonar. Referencia inmediata si el paciente presenta: apnea, taquipnea, cianosis central, saturación de oxígeno por debajo de 92% al aire ambiente. (NICE Guidelines, 2015)

Manejo: No utilizar antibióticos, solución salina hipertónica, adrenalina nebulizada, salbutamol, montelukast, bromuro de Ipratropio, corticosteroides sistémicos o inhalados. No realizar radiografía de tórax de rutina ya que los cambios pueden asemejar una neumonía, no debe emplearse como indicación para administrar antibióticos. Administrar oxígeno si la saturación es inferior al 92%, administrar líquidos. (Ralston, 2014)

1.9.1.2. Sibilancia

Definición: Sonido audible a la auscultación pulmonar que ocurre cuando el aire se desplaza en los conductos respiratorios de pequeño calibre. (Aguilera, 2016)

Clasificación:

- Recurrente: paciente que presenta cuadro de sibilancias más de 3 episodios en el lapso de un año. (Aguilera, 2016)
- Temprana o precoz: los eventos se presentan antes de los 3 años de edad. (Aguilera, 2016)
- Permanente: los eventos se presentan aún después de los 3 años de edad. (Aguilera, 2016)
- Transitorio: los eventos remiten antes de los 3 años de edad. (Aguilera, 2016)
- Inicio tardío: inicio de los eventos después de los 3 años de edad. (Aguilera, 2016)

Tabla 2-1: Clasificación bronquiolitis, sibilancia, CRUP según AIEPI

Evaluar	Clasificar	Decidir y tratar
Primer episodio de sibilancias en una niña o niño < 2 años con antecedente de cuadro gripal 1 a 3 días antes y uno de los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> • Tiraje subcostal • Respiración rápida • Edad menor de tres meses • Antecedente de prematuridad • Apnea • Cianosis • Dificultad para beber o tomar el seno • Signos de deshidratación (p.8) • Saturación de oxígeno <90% • Riesgo social (p.90) 	Bronquiolitis grave	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Administrar oxígeno si es posible ➤ Si tolera la vía oral aumentar ingesta de líquidos y leche materna. ➤ Referir URGENTE al hospital según las normas de estabilización y transporte "REFIERA" (p.60)
Primer episodio de sibilancias en una niña o niño < 2 años y mayor de 3 meses con antecedentes de cuadro gripal 1 a 3 días antes, y: <ul style="list-style-type: none"> • No presenta los signos de la clasificación anterior 	Bronquiolitis	<ul style="list-style-type: none"> ➤ En caso de obstrucción nasal, limpieza nasal con suero fisiológico cada 3-4 h. ➤ Aumentar ingesta de líquidos y leche materna ➤ Explicar a la madre como cuidar a la niña/o en casa ➤ Enseñar a la madre signos de alarma para regresar de inmediato al establecimiento de salud (p. 29) ➤ No administrar NI antibiótico NI salbutamol NI corticoides(no están indicados) ➤ Consulta de seguimiento en dos días (p.30)
Primer episodio de sibilancias y no cumple criterios para clasificarse como bronquiolitis	Sibilancia	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tratar con broncodilatador de acción rápida (p. 19) ➤ Volver a clasificar una hora después de terminado el ciclo según el cuadro de clasificación para la niña o niño con SIBILANCIA PRIMER EPISODIO (p. 19)
<ul style="list-style-type: none"> • Sibilancias, y • Antecedente de episodio previo de sibilancias 	Sibilancia recurrente	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Clasificar la severidad de la crisis de sibilancia recurrente o la crisis de asma e iniciar el tratamiento según esta clasificación (p. 19)
<ul style="list-style-type: none"> • Estridor agudo 	CRUP	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Clasificar el CRUP y tratar de acuerdo a la severidad de la obstrucción (p. 21)

Fuente: (MSP, 2019)

1.9.1.3. Crup

Etiología, epidemiología: El crup es causado por una infección viral del tracto respiratorio, causa edema, inflamación de la mucosa del tracto respiratorio superior, se produce el estrechamiento de la región subglótica. El agente etiológico más común es el virus parainfluenza humano (1 y 3), otros agentes causales: virus de influenza A y B, virus sincitial respiratorio, rinovirus, coronavirus, adenovirus, metaneumovirus humano. (Bjornson, 2013)

La razón niños: niñas es 1,4:1, las edades más frecuentes son: entre 6 meses a 3 años. (Bjornson, 2013)

Manifestaciones clínicas: El crup es precedido por un cuadro clínico de tos inespecífica, rinorrea, coriza, fiebre, con inicio repentino de voz ronca, estridor inspiratorio. Se clasifica como:

- **Leve:** La tos de Barky es ocasional, estridor ausente o limitado en el reposo. Tiraje ausente o leve. (Bjornson, 2013)
- **Moderado:** Tos de Barky frecuente, estridor audible en reposo, tiraje visible en reposo, angustia o agitación ausente o limitada. (Bjornson, 2013)
- **Grave:** Tos de Barky frecuente, estridor inspiratorio, en ocasiones espiratorio. Tiraje marcado o severo, angustia o agitación sustancial. Puede estar presente el letargo. (Bjornson, 2013)
- **Insuficiencia respiratoria inminente:** Tos de Barky no prominente debido a la fatiga. Estridor audible, en ocasiones difícil de escuchar. Tiraje no marcado, letargo, cianótico. (Bjornson, 2013)

Tabla 3-1: Clasificación de CRUP según AIEPI

EVALUAR	CLASIFICAR	DECIDIR Y TRATAR
<p>Uno de los signos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agitación o letárgico • Estridor inspiratorio marcado • Retracción torácica severa • Entrada de aire muy limitada • Cianosis • Saturación de oxígeno <90% 	CRUP GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Minimizar las situaciones que causan angustia a la niña o niño como separarlo de sus padres o realizar exámenes innecesarios ➤ Administrar oxígeno si hay cianosis ➤ Administrar 1 dosis de corticoide preferiblemente por vía oral, si no es posible, usar la IM, IV o nebulizada ➤ Nebulizar con adrenalina ➤ REFERIR al hospital según normas de estabilización y transporte
<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de conciencia normal • Y uno de los siguientes signos <ul style="list-style-type: none"> - Estridor inspiratorio leve a moderado - Retracción torácica leve - Entrada de aire disminuida pero audible 	CRUP MODERADO	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si no es posible supervisar a la niña por 4-5 horas en el establecimiento de salud, o si existe riesgo social, manejar como CRUP grave ➤ Si es posible supervisar a la niña o niño por 4-5 horas y los padres pueden regresar fácilmente al establecimiento de salud en caso de deterioro, actuar de la manera siguiente: <ul style="list-style-type: none"> - Minimizar las situaciones que causan angustia a la niña o al niño como separarlo de sus padres o realizar exámenes innecesarios - Administrar una dosis de corticoide preferiblemente por vía oral, si no es posible usar la vía IM o IV - Si no existe mejoría después de 2 horas o si el estridor está empeorando: Nebulizar con adrenalina (Si no se puede realizar este procedimiento REFERIR URGENTE al hospital) - Si después de dos nebulizaciones con adrenalina con 15 minutos de intervalo, no hay mejoría REFERIR URGENTE al hospital aplicando normas de estabilización

		para el transporte - Si después de 4 horas de observación o mínimo 3 horas después de la administración de adrenalina nebulizada, la niña o niño se mantiene estable (sin estridor en reposo, ni retracción torácica), enviar a casa: - Entregar una dosis de corticoide oral a administrarse el siguiente día - Explicar a los padres el curso de la enfermedad - Explicar cuando regresar de inmediato
<ul style="list-style-type: none"> No tiene estridor en reposo (estridor solamente cuando la niña o niño esta agitado) No tiene retracción torácica Tiene tos perruna ocasional 	CRUP LEVE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Administrar corticoide (dexametasona una dosis única, o bien prednisona o prednisolona 1 dosis por día por 2 días) ➤ Explicar a los padres el curso de la enfermedad ➤ Aumentar la ingesta de líquidos, pero sin forzar a la niña o niño ➤ Explicar cuando regresar de inmediato

Fuente: (MSP, 2019)

Tratamiento: Los corticosteroides representan un beneficio a los niños con crup leve a severo. Un metanálisis de datos de 10 ensayos clínicos de niños con crup grave, tratados en la unidad de cuidados intensivos, los corticosteroides redujeron la intubación endotraqueal al menos 5 veces. (Proporción de probabilidades [OR] 0,21, intervalo de confianza del 95% [IC] 0,05 a 0,84). (Bjornson, 2013)

La dosis estándar de la dexametasona es de 0,6 mg/kg (MSP 2019), dosis bajas como 0,15mg/kg se han estudiado en 4 ensayos aleatorios, no se han encontrado diferencias significativas al administrar ambas dosis. En 3 estudios aleatorizados se demuestra que no existe beneficio de la dexametasona intramuscular en relación al corticosteroide oral a las 4 horas en la puntuación del crup clínico. (Bjornson, 2013)

Se respalda el uso rutinario de epinefrina nebulizada en niños con crup, con el fin de brindar una atención rápida de la dificultad respiratoria grave. (Bjornson, 2013)

El agonista β_2 selectivo, salbutamol, no revierte el estrechamiento del tracto respiratorio superior debido a que no contiene músculo liso. Tampoco se recomienda el uso de antibióticos ya que el crup es una infección de tipo viral. (Bjornson, 2013)

1.9.2. Si no hay obstrucción de la vía aérea clasificar la tos o dificultad respiratoria

1.9.2.1. Neumonía

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son la primera causa de atención médica en el servicio de urgencias, en los países en desarrollo e industrializados. (Suárez, 2017)

Etiología y epidemiología: La etiología de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en los menores de 2 años es viral, sin embargo, la causa más frecuente de mortalidad es bacteriana. El agente etiológico de NAC bacteriana a partir de los 3 meses es el *Streptococcus pneumoniae*, por lo que se emplean betalactámicos como tratamiento empírico. (Suárez, 2017)

A nivel mundial, se registraron 6,3 millones de muertes en el año 2013 en menores de 5 años, las enfermedades infecciosas representan el 51,8%, encabezado por la neumonía con un 14,9% que equivale a 935000 muertes/año. Ningún patrón radiológico orienta sobre la etiología al no poder descartarse una sobreinfección bacteriana en casos de neumonía viral, los virus producen daño ciliar que predispone a la invasión y diseminación bacteriana. La infección mixta o coinfección se presenta en aproximadamente el 23% de niños menores de 2 años, según el Consenso de la Sociedad Latinoamericana de Infectología. (Suárez, 2017)

Tabla 4-1: Clasificación de Neumonía según AIEPI

Evaluar	Clasificar	Decidir y tratar
<p>Si además de la tos o dificultad respiratoria tiene uno de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cualquier signo de peligro en general (p. 6) • Saturación de oxígeno < 90% 	<p>Enfermedad muy grave o neumonía grave</p>	<p>→ Dar la primera dosis de un antibiótico apropiado (p. 24)</p> <p>→ Administrar oxígeno si es posible</p> <p>→ Referir URGENTE al hospital, siguiendo las normas de estabilización y transporte (p.60)</p>
<p>No tiene ninguno de los signos anteriores pero tiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiraje subcostal • Respiración rápida 	<p>Neumonía</p>	<p>→ Valorar el riesgo social (ver p. 90) para decidir tratamiento ambulatorio, observación en el establecimiento de salud o referencia</p> <p>→ Dar amoxicilina a dosis altas por 5 días si existe tiraje y por 3 días si solamente existe respiración rápida (a) (p. 22)</p> <p>→ Recomendar a los padres o cuidadores como tratar la fiebre (p. 23)</p> <p>→ Si la tos persiste por más de 21 días referir para valorar posible asma, tosferina, tuberculosis u otra patología.</p> <p>→ Indicar a la madre o cuidador los signos de alarma para regresar de inmediato (p. 29)</p> <p>→ Hacer seguimiento 3 días después (p. 30)</p>
<p>Ningún signo de enfermedad muy grave o neumonía</p>	<p>TOS o resfriado</p>	<p>→ Si la tos persiste por más de 21 días referir para valorar posible asma, tosferina, tuberculosis u otra patología.</p> <p>→ Aliviar los síntomas como la obstrucción nasal y la tos con un remedio casero (p. 27)</p> <p>→ Indicar a los padres o cuidadores los signos de alarma para regresar al establecimiento de salud de inmediato (p. 29)</p> <p>→ Indicar a los padres o cuidadores que regresen al establecimiento de salud en 5 días si la niña o niño no mejora.</p>

Fuente: (MSP, 2019)

Tratamiento: La amoxicilina puede ser usada como antibiótico de primera línea en la NAC, leve o moderada. Dosis bajas de betalactámicos, y su empleo por más de 5 días se relaciona con portadores de *Streptococcus pneumoniae* resistente a la penicilina. (NICE Guidelines, 2015)

La duración del tratamiento se puede reducir de forma segura, sin embargo, la farmacodinamia difiere entre medicamentos por lo que es difícil establecer a todos criterios de duración, además

los estudios realizados han tomado en cuenta pacientes con NAC leves y moderadas, son necesarios más estudios. (NICE Guidelines, 2015)

Tabla 5-1: Dosis de amoxicilina para Neumonía según AIEPI

AMOXICILINA				
Dosis: 80-90 mg/kg/día, dividida en dos dosis por día (cada 12 horas)				
Peso	SUSPENSIÓN 250 mg/5 mL	SUSPENSIÓN 500 mg / 5 mL	TABLETA 500 mg	Frecuencia
4-6 kg	4-5 mL	3 mL		Cada 12 horas
7-9 kg	6-8 mL	4 mL		
10-12 kg	9-10 mL	5 mL	1	
13-15 kg	11-13 mL	6 mL	1	
16-18 kg	14-16 mL	7 mL	1 ½	
19-21 kg	18 mL	9 mL	2	

Duración:

- Neumonía con tiraje (sin signos de peligro), desnutrición aguda severa sin complicaciones: 5 días
- Neumonía con respiración rápida, sin signos de peligro, ni tiraje: 3 días
- Otitis media aguda: 5-10 días

En caso de alergia comprobada a amoxicilina se puede administrar azitromicina oral 10 mg/kg/día 1 dosis por día por 3 días.

Fuente: (MSP, 2019)

1.9.3. Diarrea

Definición: Deposición con una frecuencia mayor a la normal (3 o más), de consistencia líquida. Puede acompañarse de náuseas, vómito, fiebre, cólico abdominal. No es diarrea una deposición frecuente de heces consistentes o la deposición suelta en lactantes. (Diaz, 2014)

Epidemiología: Es la segunda causa de muerte en menores de 5 años, aproximadamente 525000 niños mueren cada año. Además, es una causa importante de malnutrición en este grupo poblacional. (Diaz, 2014)

Etiopatogenia: La causa más frecuente en niños es de tipo infeccioso, tiene como agentes causales:

- Virus: Rotavirus, Adenovirus, Calicivirus, Astrovirus. Causa importante de gastroenteritis aguda especialmente en los países en desarrollo. (Diaz, 2014)
- Bacterias: Salmonella, Shigella, Campylobacter, Yersinia. Tienen relación con la época del año y se presentan en niños de más edad. Causa de diarrea en países en desarrollo. (Diaz, 2014)

- Parásitos: Giardia lamblia, altera la absorción y secreción de agua y de electrolitos en el intestino. (Diaz, 2014)

Tres mecanismos explican la diarrea:

- Enterotóxico: (Vibrio cholerae, Escherichia coli) se liberan toxinas que promueven la secreción e inhiben la absorción intestinal. Relacionada con pérdidas de electrolitos y riesgo de deshidratación. (Mosquera, 2011)
- Enteroinvasivo: (Salmonella, Shigella, Campylobacter) desencadenan una reacción inflamatoria a nivel de íleon distal y colon. Las deposiciones pueden estar acompañadas de sangre, con menor riesgo de deshidratación. (Mosquera, 2011)
- Osmótico: (virus) la invasión de los enterocitos impide una adecuada absorción de agua y electrolitos produciendo una diarrea acuosa, además de una malabsorción de nutrientes. (Mosquera, 2011)

Son causas de diarrea infecciones no intestinales como otitis media aguda, infecciones del tracto urinario. Causas no infecciosas: dietéticas y nutricionales (intolerancia a la proteína de la leche, gluten, dietas hiper-hipocalóricas).

La diarrea, el sudor, vómito, la orina, la respiración se acompaña de pérdida de agua y electrolitos. Si las pérdidas no son restituidas esto produce deshidratación.

Tabla 6-1: Clasificación del grado de severidad de deshidratación

	Deshidratación mínima o ausente (<3% de pérdida de peso)	Deshidratación leve a moderada (3-9% de pérdida de peso)	Deshidratación severa (>9% de pérdida de peso)
<i>Estado mental</i>	Bien, alerta	Normal, fatigado o inquieto, irritable	Letárgico, nivel de conciencia disminuida
<i>Sed</i>	Bebe normalmente, podría rechazar líquidos	Sediento, avidez por los líquidos	Bebe con dificultad, incapaz de beber
<i>Frecuencia cardíaca</i>	Normal	Normal a aumentada	Taquicardia, bradicardia en los casos más severos
<i>Calidad del pulso</i>	Normal	Normal a disminuido	Débil, filiforme o no palpable
<i>Patrón respiratorio</i>	Normal	Normal a rápido	Profundo
<i>Ojos</i>	Normal	Levemente hundidos	Profundamente hundidos
<i>Lágrimas</i>	Presentes	Disminuidas	Ausentes
<i>Boca y lengua</i>	Húmedas	Secas	Agrietadas
<i>Pliegue cutáneo</i>	Recuperación instantánea	Recuperación en <2 segundos	Recuperación en >2 segundos
<i>Llene capilar</i>	Normal	Prolongado	Prolongado, mínimo
<i>Extremidades</i>	Tibias	Frías	Frías, moteadas, cianóticas
<i>Flujo urinario</i>	Normal a disminuido	Disminuido	Mínimo

Fuente: (Yalda, 2014)

Tabla 7-1: Clasificación según el grado de Deshidratación de AIEPI

<p>Dos de los signos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Letárgico o inconsciente • Ojos hundidos. • Bebe mal o no puede beber. • Signo del pliegue cutáneo: la piel vuelve muy lentamente a su estado anterior 	<p>Deshidratación grave</p>	<p>Si la niña o niño no tiene otra clasificación grave → Administrar Plan C en la unidad de salud (p.26) Si la niña o niño tiene otra clasificación grave: → Después de iniciar el plan C, Referir URGENTE al hospital según recomendaciones de estabilización y transporte (p.60) con la madre o cuidadores dándole sorbos de solución de SRO frecuentemente en el trayecto si la condición de la niña o niño lo permite (p. 26) → Recomendar a la madre que continúe dándole el seno. Si la niña o niño tiene 2 años o más y vive en una zona con cólera, administrar primera dosis de antibiótico recomendado por el MSP para cólera (p. 22) tan pronto como sea posible, cuando ya se hayan controlado los vómitos.</p>
<p>Dos de los signos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intranquilo, irritable. • Ojos hundidos. • Bebe ávidamente, con sed • Signo del pliegue cutáneo: la piel vuelve lentamente al estado anterior 	<p>Deshidratación</p>	<p>Si la niña o niño no tiene otra clasificación grave: → Administrar Plan B (p. 25) → Dar zinc por 14 días (p.23) → Indicar a los padres o cuidadores cuándo deben regresar de inmediato (p. 29) → Citar a consulta de seguimiento a los 5 días si la niña o niño no mejora (p. 30) Si la niña o niño tiene otra clasificación grave o riesgo social (p.90) → Referir URGENTE al hospital, con los padres o cuidadores dándole frecuentemente al niño o niña sorbos de solución de SRO en el trayecto → Recomendar a la madre que continúe dándole el seno</p>
<p>• No hay suficientes signos para clasificar como deshidratación grave o deshidratación.</p>	<p>No tiene deshidratación</p>	<p>→ Recomendar aplicación del Plan A en casa incluyendo zinc (p 25) → Indicar a la madre/cuidadores cuándo debe regresar de inmediato (p. 29) → Citar a consulta de seguimiento 5 días después, si la niña/o no mejora (p. 30)</p>

Fuente: (MSP 2019)

Tabla 8-1: Clasificación AIEPI: Diarrea de más de 14 días

<p>• Con signos de deshidratación</p>	<p>Diarrea persistente grave</p>	<p>→ Clasificar la deshidratación según cuadro anterior y tratarla antes de referir a la niña / niño, salvo que tenga otra clasificación grave. → Referir al hospital siguiendo recomendaciones para el transporte (p.60) → Recomendar a la madre que siga dando el pecho → Si no es posible referir al niño/a, luego de tratar la deshidratación seguir recomendaciones del cuadro DIARREA PERSISTENTE (color amarillo)</p>
<p>• No hay signos de deshidratación</p>	<p>Diarrea persistente</p>	<p>→ Dar vitamina A (p. 28) excepto si ya recibió una megadosis en el pasado mes. → Dar zinc por 14 días (p. 23) → Explicar a los padres o cuidadores como deben alimentar a la niña o niño con diarrea persistente sin deshidratación (p.37) → Recomendar la madre que siga dándole el seno → Indicar a la madre los signos de alarma para regresar de inmediato (p. 29) → Hacer el seguimiento 5 días después en el establecimiento de salud (p. 30)</p>

Fuente: (MSP, 2019)

Tabla 9-1: Clasificación AIEPI: Presencia de sangre en las heces

<p>Si además de sangre en las heces tiene uno de los signos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre alta • Cólicos abdominales • Dificultad o dolor al orinar o defecar 	<p>Disenteria grave</p>	<p>→ Clasificar la deshidratación y tratarla antes de referir a la niña o niño → Aplicar una dosis de un antibiótico apropiado antes de referir (p.22) → REFERIR al hospital aplicando normas "REFIERA" (p. 60)</p>
<p>tiene sangre en las heces pero ninguno de los signos anteriores</p>	<p>Disenteria^(a)</p>	<p>→ Clasificar la deshidratación, tratarla y administrar zinc por 14 días (p. 23) → Dar recomendaciones para la alimentación de la niña o niño enfermo (p.37) → Explicar que la sangre probablemente desaparecerá después de algunos días. → Indicar a la madre los signos de alarma para regresar de inmediato (p. 29) → Hacer seguimiento a los 3 días (p. 30) ^(a)</p>

Fuente: (MSP, 2019)

Tratamiento: El objetivo es evitar la deshidratación. Se centra en la reposición de líquidos y electrolitos más no en la administración de antimicrobianos. (Yalda, 2014)

Una revisión de Cochrane recomienda la rehidratación oral como primera elección en la deshidratación leve y moderada. Esta terapia se basa en la administración de volúmenes frecuentes y en poca cantidad. Como ventajas: es menos invasiva, se reducen costos y la eficacia clínica es equivalente a la administración endovenosa de líquidos en estos pacientes. (Yalda, 2014)

En la deshidratación severa se indica la hospitalización para reponer líquidos por vía endovenosa o enteral. (Yalda, 2014)

En pacientes sin deshidratación la alimentación es a tolerancia, excluir la fibra no reduce la duración de la diarrea. Se debe mantener la lactancia materna en lactantes. Si hay deshidratación se suspende inicialmente la alimentación, se debe reiniciar cuando el paciente tolere la vía oral y se encuentre estable: 4 horas deshidratación leve a moderada y cuando se estabilice en la deshidratación severa. (Yalda, 2014)

En países en desarrollo donde prevalece la desnutrición, se recomienda la suplementación de zinc a dosis 10-40 mg/d según la edad del paciente, lo que contribuye a reducir la frecuencia y duración de la diarrea, disminuyendo el riesgo de producir diarrea prolongada. (MSP, 2019)

1. Darle más líquidos de lo habitual (todo lo que la niña o niño acepte)

- **Dar las siguientes instrucciones:**
 - Si la niña o niño recibe el seno: darle el seno con más frecuencia y por más tiempo cada vez. Si recibe exclusivamente leche materna, dar además agua limpia o solución de Sales de Rehidratación Oral (SRO), usando preferiblemente SRO de baja osmolaridad ^(a).
 - Si la niña o niño ya recibe alimentación complementaria, darle uno o varios de los siguientes líquidos: agua limpia, sopas, agua de arroz, agua de canela, jugo de frutas frescas u otros líquidos de uso corriente en el hogar sin excesiva azúcar o solución de SRO (usando preferiblemente SRO de baja osmolaridad ^(a)).
- **Es especialmente importante dar SRO en casa si:**
 - Durante esta consulta la niña o niño fue tratado con plan B o C
 - La niña o niño no podrá volver fácilmente a un establecimiento de salud si la diarrea empeora
- **Explicar cómo preparar la solución de SRO y entregar 2 sobres para usar en casa**
 - Para preparar la solución de SRO, lavarse las manos, echar 1 litro de agua limpia en un recipiente, echar todo el contenido del sobre en el recipiente, mezclar bien hasta que el polvo se disuelva completamente. Insistir en la medición correcta del litro de agua usando recipientes con medida disponibles en casa.
 - Se debe preparar una nueva solución cada día, en un recipiente limpio, mantenerlo cubierto y desechar lo que haya quedado de la solución del día anterior.
 - No se recomienda el uso de suero "casero" por el peligro de preparar solución hipotónica o hipertónica
- **Mostrar a la madre o cuidador la cantidad aproximada de líquido que debe dar en casa, además de los líquidos que habitualmente le da**

Menores de 2 años	50 a 100 mL (más o menos ¼ a ½ taza) después de cada deposición acuosa
Mayores de 2 años	100 a 200 mL (más o menos ½ a 1 taza) después de cada deposición acuosa

Explicar a la madre o cuidadores:

 - Que deben dar frecuentemente a la niña o niño pequeños sorbos de líquido con taza.
 - Si la niña o niño vomita, esperar 10 minutos. Continuar dando sorbos pero más despacio

2. Dar suplementación con zinc (a partir de los 2 meses de edad)

- Explicar a la madre o acompañante cuanto zinc debe dar según la edad (p.23)

3. Continuar alimentando a la niña o niño

- En el caso de niñas o niños lactantes: apoyar la lactancia materna (exclusiva si es menor de 6 meses; prolongada si es mayor de 6 meses)
- En niñas o niños mayores: continuar con la alimentación habitual, de manera fraccionada, dando alimentos que le apetecen a la niña o niño. Evitar alimentos muy dulces, grasosos o condimentados
- Recomendar a la madre y/o cuidador(a) de agregar una comida adicional al día por 1 semana después de finalizado el episodio de diarrea.
- No darle a la niña o niño ni colas, ni dulces, ni jugos artificiales

4. Indicar signos de alarma para regresar de inmediato (p.29)

Gráfico 2-1: Plan A para el tratamiento de la diarrea: AIEPI
Fuente: (MSP, 2017)

Administrar durante 4 horas, en el establecimiento de salud, la cantidad recomendada de SRO.

- **Determinar la cantidad de SRO que deberá administrar durante las primeras 4 horas.**

Peso	< 6 kg	6 - < 10 kg	10 - < 12 kg	12 - 19 kg
Edad *	< 4 meses	4 a 11 meses	12 meses a < 2 años	2 a 5 años
En mL	200 – 450 mL	450 – 800 mL	800 – 960 mL	960 – 1600 mL

* Tomar en cuenta la edad solamente si no conoce el peso de la niña o niño. La cantidad aproximada de SRO necesaria (en mL) también puede calcularse multiplicando el peso del niño o niña (en kg) por 75 (dar de 50 a 100 mL/kg/4 horas)

 - Si la niña o niño quiere más SRO que la cantidad indicada, darle más.
 - Para menores de 6 meses que no reciben el seno, dar también 100-200 mL de agua limpia durante este periodo si utiliza SRO tradicionales. Esto no es necesario si utiliza SRO de baja osmolaridad (a).

En niñas o niños con **desnutrición aguda severa**: hidratar con solución de SRO de **baja osmolaridad** a la cual se añade 10 mL de cloruro de potasio por cada litro de solución de SRO.
- **Mostrar a los padres o cuidadores cómo preparar y administrar la solución de SRO**
 - Proponer a los padres o cuidadores que preparen la solución de SRO con supervisión nuestra: *Lavarse las manos, echar 1 litro de agua, la más limpia posible en un recipiente, echar todo el contenido del sobre en el recipiente, mezclar bien hasta que el polvo se disuelva completamente.*
 - Dar con frecuencia pequeños sorbos de SRO con taza o cuchara.
 - Si la niña o el niño vomita, esperar 10 minutos y después continuar, pero más lentamente.
 - Continuar dándole el seno tanto como la niña o el niño lo desee.
- **Después de 4 horas**
 - Reevaluar a la niña o niño y clasificar la deshidratación (p. 8)
 - Seleccionar el plan adecuado para continuar el tratamiento.
 - Comenzar a alimentar a la niña o niño, según tolerancia.
- **Si la madre o acompañante tienen que irse antes que se termine de administrar el tratamiento:**
 - Enseñarle a preparar la solución de SRO en casa.
 - Mostrarle la cantidad de SRO que debe administrar para terminar las 4 horas de tratamiento en la casa.
 - Entregarle suficientes sobres de SRO para terminar la rehidratación de 4 horas.
 - Entregarle también dos sobres de SRO tal como se recomienda en el plan A.
 - Explicarle las 4 reglas del tratamiento en casa:
 1. DARLE MÁS LÍQUIDOS
 2. DARLE ZINC
 3. CONTINUAR ALIMENTÁNDOLE
 4. INDICAR SIGNOS DE ALARMA PARA REGRESAR DE INMEDIATO (p.29)

Gráfico 3-1: Plan B para el tratamiento de la diarrea: AIEPI
Fuente: (MSP, 2017)

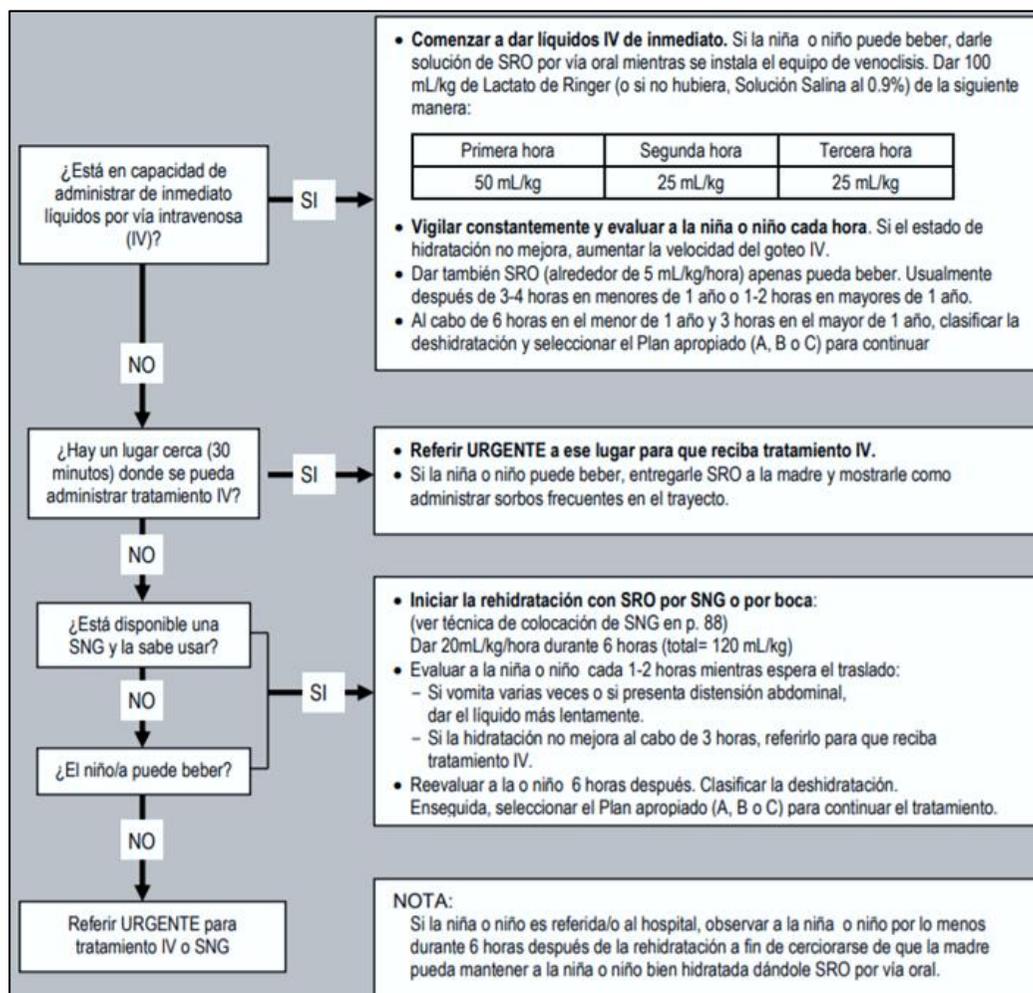


Gráfico 4-1: Plan C para el tratamiento de la diarrea: AIEPI

Fuente: (MSP, 2017)

1.9.4. Fiebre

Es un síntoma común en la infancia, causado en su mayoría por infecciones benignas. (Bertille, 2013)

Tabla 10-1: Clasificación de la fiebre según AIEPI

Evaluar	Clasificar	Decidir y tratar
<ul style="list-style-type: none"> Fiebre que no cumple con las clasificaciones de la página anterior 	Fiebre	<ul style="list-style-type: none"> → Dar paracetamol para la fiebre alta > 38.5 °C (p. 23) o si la fiebre causa malestar y orientar el tratamiento de la fiebre en casa (p. 23) → Dar tratamiento apropiado para la condición que causa fiebre → Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato (p. 29) → Hacer seguimiento 3 días después en el establecimiento de salud si persiste la fiebre (p. 31) → Si tiene fiebre cada día por más de 7 días, referir para evaluación en el establecimiento de salud.

Fuente: (MSP, 2019)

Tabla 11-1: Clasificación AIEPI para Dengue, Chikungunya, Malaria

<ul style="list-style-type: none"> Cualquier signo de peligro en general (p. 6) y/ o cualquier de los signos siguientes: <ul style="list-style-type: none"> Rigidez de nuca Aspecto tóxico (letargia, mala perfusión, hiper o hipoventilación, o cianosis) o apariencia de enfermo grave para el profesional Edad < 3 meses y fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ Edad de 3 a 6 meses y fiebre $\geq 39^{\circ}\text{C}$ 	Enfermedad febril muy grave	<ul style="list-style-type: none"> → Dar la primera dosis de un antibiótico apropiado (p.24) → Si la niña o niño vive o ha estado en una zona con alto riesgo de malaria en los últimos 14 días y el resultado de gota gruesa es positiva, clasificar como MALARIA GRAVE. Llenar formulario de notificación correspondiente y dar una dosis de antimalárico IM o IV apropiada (p.24) → Dar una dosis de paracetamol para la fiebre alta (>38.5 °C) (p. 23) → Referir URGENTE al hospital aplicando normas de estabilización y transporte (p. 60) 				
<p>Si tiene uno de los siguientes signos de GRAVEDAD :</p> <ul style="list-style-type: none"> Choque, hemorragia masiva, ascitis, derrame pleural, edemas, arritmia o fallo cardiaco, signos clínicos y/o de laboratorio de afección hepática importante (transaminasas ≥ 1000 UI) Alteración de la conciencia <p>Si tiene uno de siguientes signos de ALARMA :</p> <ul style="list-style-type: none"> Dolor abdominal intenso y continuo o abdomen doloroso a la palpación, o distensión abdominal Vómito persistente Sangrado de mucosas Letargia, irritabilidad Hepatomegalia dolorosa > 2 cm por debajo del reborde costal Laboratorio: aumento progresivo del Htc 	Dengue grave Dengue con signos de alarma (DCSA)	<ul style="list-style-type: none"> → Iniciar hidratación IV según plan de hidratación de dengue (con lactato de Ringer o suero fisiológico al 0.9%) <table border="1"> <tbody> <tr> <td>DCSA</td> <td>Dosis de carga: 10 mL/kg/ en una hora, repetir 1 o 2 veces más si persisten signos de alarma y la diuresis es menor de 1 mL/kg/h</td> </tr> <tr> <td>Dengue grave</td> <td>20mL/kg en 15-30 minutos. Si desaparecen los signos de choque disminuir el volumen de líquido a 10 mL/kg/h, continuar por 1-2 h</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> → Administrar oxígeno si hay disponible → No administrar ningún medicamento por vía IM ni rectal → Notificar inmediatamente al responsable de epidemiología → Referir URGENTE al hospital según las normas de estabilización y transporte "REFIERA" acompañado por personal de salud (p. 60) 	DCSA	Dosis de carga: 10 mL/kg/ en una hora, repetir 1 o 2 veces más si persisten signos de alarma y la diuresis es menor de 1 mL/kg/h	Dengue grave	20mL/kg en 15-30 minutos. Si desaparecen los signos de choque disminuir el volumen de líquido a 10 mL/kg/h, continuar por 1-2 h
DCSA	Dosis de carga: 10 mL/kg/ en una hora, repetir 1 o 2 veces más si persisten signos de alarma y la diuresis es menor de 1 mL/kg/h					
Dengue grave	20mL/kg en 15-30 minutos. Si desaparecen los signos de choque disminuir el volumen de líquido a 10 mL/kg/h, continuar por 1-2 h					
<ul style="list-style-type: none"> No cumple con los criterios para clasificar como Dengue grave o dengue con signos de alarma. 	Dengue sin signos de alarma (DSSA) o Chikungunya	<ul style="list-style-type: none"> • Si la niña o niño presenta riesgo social (ver p. 90) , es menor de 1 año o tiene comorbilidad asociada, supervisar durante el día en el establecimiento de salud o REFERIR al hospital • Si la niña o niño no tiene lo anterior se puede manejar de manera ambulatoria: <ul style="list-style-type: none"> → Recomendar reposo y uso de mosquitero durante la fase febril → Administrar paracetamol para la fiebre y el dolor (p. 23) → Dar abundantes líquidos orales → Dar información oral y escrita sobre signos de alarma (p.29), medidas de prevención, cuidado y contraindicaciones. → Explicar evolución natural de la enfermedad → Explicar la importancia de NO usar antiinflamatorios no esteroides como ibuprofeno, diclofenaco, etc. No usar ningún medicamento por vía IM o vía rectal, No usar NI corticoides NI antibióticos. → Control cada 24-48 horas (p.31), anotar dirección por si no acude a la cita. → Notificar y seguir indicación de vigilancia en salud pública 				
<ul style="list-style-type: none"> • Si la niña o niño vive o ha estado en una zona con alto de riesgo de malaria en los últimos 14 días, no tiene signos de enfermedad febril muy grave y tiene uno de las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> Resultado de gota gruesa o PDR positiva (en caso de PDR (+) , hacer gota gruesa) Fiebre sin causa aparente 	Malaria	<ul style="list-style-type: none"> → Llenar formulario de notificación correspondiente → Dar una dosis de paracetamol si la fiebre alta (> 38.5 ° C) o si causa malestar (p. 23) → Indicar a la madre que le dé el tratamiento antimalárico completo a la niña o niño (p. 23) y cuándo debe volver de inmediato al establecimiento de salud (p. 29) → Hacer el seguimiento el establecimiento de salud en 3 días si la fiebre persiste (p.31) → Si tiene fiebre cada día por más de 7 días, referir para evaluación. (Probablemente no sea malaria) → Dar recomendaciones para la alimentación de la niña o niño enfermo (p.37) 				

Fuente: (MSP, 2019)

El siguiente apartado está enfocado en las enfermedades tropicales donde la fiebre toma un papel de importancia.

El término enfermedades tropicales se refiere a enfermedades de tipo infeccioso presentes en los climas cálidos y húmedos. (Bertille, 2013)

1.9.4.1. Dengue

Etiología y epidemiología: Arbovirosis causada por el virus dengue perteneciente al género *Flavivirus*. Existen 4 serotipos DENV-1, DENV-2, DENV-3, DENV-4 el vector de transmisión es el *Aedes aegypti*. Endémica en países tropicales y subtropicales de América, Asia, África. Período de incubación de 3 a 7 días. (Martínez, 2008)

Fases:

La **fase febril**, se presenta fiebre elevada, cefalea, mialgias, artralgias, dolor retroorbitario, anorexia, vómito, exantema maculopapular eritematoso, hiperemia conjuntival. Dura de 3 a 7 días, el dolor abdominal y los vómitos persistentes predicen una evolución a dengue grave. (Martínez, 2008)

La **fase crítica**, la fiebre está en remisión, cerca del 55% evoluciona a la forma grave. El incremento de la permeabilidad capilar lleva a una extravasación de plasma, lo que produce hipovolemia, ascitis, derrame pleural, derrame pericárdico. Puede evolucionar con una hipoperfusión a coagulación intravascular diseminada y shock. (Martínez, 2008)

Tratamiento: De soporte, rehidratación oral, reposo, vigilancia. No administrar AINES (antiinflamatorios no esteroideos), aumentan el riesgo de sangrado. Las formas graves requieren ingreso hospitalario para tratar la hipovolemia, shock o complicaciones hemorrágicas. (Martínez, 2008)

1.9.4.2. Chikungunya

Etiología: Arbovirosis, pertenece al género *Alphavirus*, familia *Togaviridae*, el vector de transmisión es el mosquito *Aedes aegypti*, y *Aedes albopictus*. (Aguilera, 2016)

Cuadro clínico: El 40% de infecciones en la infancia tienen una presentación asintomática, el período de incubación es de 2 a 4 días con un máximo de 12 días. El paciente presenta fiebre elevada, mialgias, artralgias, exantema maculopapular, cefalea, vómitos. Puede asociarse con meningoencefalitis y síndrome de Guillain-Barré. (Aguilera, 2016)

Se han documentado casos de transmisión vertical, es más frecuente si la patología se presenta una semana antes del parto. La clínica en los recién nacidos abarca: fiebre, exantema maculopapular, petequias, incluso fallo multiorgánico. (Aguilera, 2016)

Tratamiento: Sintomático, de soporte. Para artralgias crónicas pueden indicarse AINES o corticosteroides. (Aguilera, 2018)

1.9.4.3. Malaria

Etiología: El agente causal es el parásito Plasmodium, el vector trasmisor el mosquito Anopheles hembra. La transmisión puede ser vertical, por transfusiones sanguíneas, trasplantes, pinchazos. El ser humano puede afectarse por: Plasmodium falciparum, Vivax, Malariae. (Aguilera, 2016)

El período de incubación es de 8 a 30 días, según la especie el tiempo varía, más corto para el P. falciparum y se puede prolongar en el caso de P. vivax u ovale, inclusive años para el P. malariae. (Aguilera, 2016)

Clasificación:

- Malaria no grave: pródromos inespecíficos, seguido de la crisis palúdica con fiebre elevada mayor a 39°C, cefalea, escalofríos, síntomas digestivos o respiratorios. Al examen físico piel pálida, hepatoesplenomegalia, si el agente causal es el P. vivax y ovale presentan fiebre e hiperesplenismo. El P. falciparum produce un cuadro clínico más grave, con mayor número de complicaciones. (Aguilera, 2016)
- Malaria grave: en relación con P. falciparum, en ocasiones P. vivax. Se presentan alteraciones del nivel de conciencia, somnolencia, convulsiones, deterioro mental progresivo, anemia normocítica normocrómica, hipoglicemia grave, acidosis metabólica. Entre otras complicaciones: coagulación intravascular diseminada, shock, edema pulmonar agudo no cardiogénico, insuficiencia renal aguda (la hipotensión lleva a un bajo flujo renal y necrosis tubular aguda). (Aguilera, 2016)

Diagnóstico: Basado en la clínica, antecedentes epidemiológicos, confirmación con: gota gruesa, frotis de sangre periférica, PCR, técnicas inmunocromatográficas (test rápidos). (Aguilera, 2018)

Tratamiento:

Tabla 12-1: Tratamiento de la Malaria: AIEPI

Para falciparum no complicado:

Primera línea: 3 días de ARTEMÉTER 20 mg/LUMEFANTRINA 120 mg + 1 día de PRIMAQUINA

Peso en Kg	Edad en años	Número de tabletas de arteméter 20mg/lumefantrina 120 mg y tiempo aproximado de dosificación *						Total tabletas	PRIMAQUINA (7.5 mg-15 mg) 4to día	
		1er día		2do día		3er día			Edad	Número de tabletas
		0h	8h	24h	36h	48h	60h		<6 meses	No administrar
5-14 kg	<3 años	1	1	1	1	1	1	6	6 a 11 meses	1 infantil (7.5 mg)
15-24 kg	3-8 años	2	2	2	2	2	2	12	1 a 2 años	1½ infantil (11.25 mg)
									3-6 años	1 tabletas de adulto

* Alternativa: primera dosis al momento del diagnóstico, segunda dosis 8 a 12 horas después de la primera dosis. La dosificación en el 2do y 3er día se administra dos veces al día (mañana y tarde)

Segunda línea: QUININA + CLINDAMICINA + PRIMAQUINA (con la misma dosificación que en el tratamiento de primera línea)

Medicamento y presentación	Dosis y vía de administración niños > 2 años
Quinina	10 mg / kg/ dosis, tres veces al día por 7 días
Clindamicina	10 mg/kg dosis, dos veces al día por 7 días

Para malaria vivax

CLOROQUINA + PRIMAQUINA (3 primeros días cloroquina más primaquina, 4 últimos días sólo primaquina)

Edad	Cloroquina 25 mg/kg dividida en 3 días Tableta de 150 mg			Primaquina 0.5 mg/kg/día Tableta de 7.5 mg y 15 mg						
	Día 1	Día 2	Día 3	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7
< 6 meses	¼	¼	¼							
6 a 11 meses	½	½	½	1	1	1	1	1	1	1
1 a 2 años	1	½	½	1	1	1	1	1	1	1
3 a 6 años	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2

Fuente: (MSP, 2019)

Tabla 13-1: Tratamiento de la Malaria no grave

Especie de <i>Plasmodium</i> y procedencia	Tratamiento
<i>P. falciparum</i>, <i>P. vivax</i> o especie no identificada procedente de área sensible a cloroquina (América Central al este del Canal de Panamá, Haití, República Dominicana y Oriente Medio)	- Cloroquina 10 mg base/kg (máx. 600 mg) seguida de 5 mg/kg/dosis a las 6, 24 y 48 horas, VO Si se identifica <i>P. vivax</i> o <i>P. ovale</i> , se añade: Primaquina (> 1 año) 0,5 mg/kg, 1 dosis al día, VO, durante 14 días
<i>P. falciparum</i>, <i>P. vivax</i> o especie no identificada procedente de área resistente a cloroquina o desconocida (Todas las regiones, salvo las del punto anterior. En el Oriente Medio presentan resistencia: Irán, Omán, Arabia Saudí y Yemen)	1. Derivados de la artemisinina en combinación siempre con otro antipalúdico: - Artemeter + lumefantrina (Riamet® o Coartem®) (Comprimidos: artemeter 20 mg/lumefantrina 120 mg) 6 dosis a las 0, 8, 24, 36, 48 y 60 horas • 5-14 kg: 1 comprimido/dosis • 15-24 kg: 2 comprimidos/dosis • 25-34 kg: 3 comprimidos/dosis • 34 kg: 4 comprimidos/dosis - Arteminol (dihidroartemisina) + piperquina (Eurartesim®) (Comprimidos: arteminol 20 mg/piperquina 160 mg o arteminol 40 mg/piperquina 320 mg) 3 dosis a las 0, 24 y 48 horas • 5-7 kg: ½ comprimido 20 mg/160 mg • 7-13 kg: 1 comprimido 20 mg/160 mg • 13-24 kg: 1 comprimido 40 mg/320 mg • 24-36 kg: 2 comprimidos 40 mg/320 mg • 36-75 kg: 3 comprimidos 40 mg/320 mg • 75-100 kg: 4 comprimidos 40 mg/320 mg
	2. Atovaquona + proguanil (Malarone®) (Comprimidos de adulto: 250 mg atovaquona/proguanil 100 mg o pediátrico: 62,5 mg atovaquona/proguanil 25 mg) 3 dosis a las 0, 24 y 48 horas - 5-8 kg: 2 comprimidos pediátricos - 9-11 kg: 3 comprimidos pediátricos - 11-20 kg: 1 comprimidos de adulto - 21-30 kg: 2 comprimidos de adulto - 31-40 kg: 3 comprimidos de adulto - >40 kg: 4 comprimidos de adulto
	3. Sulfato de quinina 25 mg/kg/día, en 3 dosis, 7 días, VO. Asociar siempre: - Clindamicina 20-30 mg/kg/día, VO, en 3 dosis, 7 días (niños < 8 años) o - Doxiciclina 4 mg/kg/día, VO, en 2 dosis, 7 días
	4. Mefloquina (Lariam®) 15 mg/kg (dosis máx. 750 mg) seguido de 10 mg/kg a las 12 horas (dosis máx. 500 mg), VO
<i>P. malariae</i>, <i>P. ovale</i>, <i>P. knowlesi</i> (Todas las regiones)	- Cloroquina 10 mg base/kg (máx. 600 mg) seguida de 5 mg/kg/dosis a las 6, 24 y 48 horas, VO Si <i>P. ovale</i> , después de cloroquina, se añade primaquina (> 1 año) 0,5 mg/kg, 1 dosis al día, VO, durante 14 días

VO: vía oral.

Fuente: (Aguilera, 2018)

1.9.4.4. Sarampión

Virosis altamente contagiosa, la puerta de ingreso es el aparato respiratorio, contacto directo con secreciones respiratorias. El único reservorio es el ser humano. (Delpiano, 2015)

Cuadro clínico: El período de incubación es de 10 días, el pródromo caracterizado por fiebre, coriza, conjuntivitis, tos, manchas de Koplik, el día 14 aparece un exantema maculopapular generalizado que inicia en la cara y de manera centrífuga se disemina hacia el tronco y las extremidades. El período infectante desde 4 días previos y 4 días posteriores a la aparición del exantema, los síntomas respiratorios presentes facilitan la difusión viral. (Delpiano, 2015)

Tabla 14-1: Secuencia patogénica de la infección por virus del Sarampión

Día	Evento
0	El virus sarampión, a través de gotitas, toma contacto con la superficie epitelial de la nasofaringe y posiblemente de la conjuntiva ocular
1-2	Extensión de la infección a linfonodos regionales
2-3	Viremia primaria
3-5	Multiplicación del virus sarampión en el epitelio respiratorio en el sitio inicial de infección y en el sistema reticuloendotelial regional y en sitios distantes
5-7	Viremia secundaria
7-11	Clínica de exantema y compromiso respiratorio u otros sitios de acuerdo a la viremia
11-14	Virus en la sangre, tracto respiratorio, piel y otros órganos
15-17	Disminución de la viremia así como el contenido viral en distintos órganos

Fuente: (Delpiano, 2015)

Complicaciones: Otitis media aguda en el 5 a 15%, neumonía en el 5 a 10%, laringitis obstructiva. Una complicación grave es la encefalitis post infecciosa en 1/1000 casos. (Delpiano, 2015)

Diagnóstico: Se basa en el cuadro clínico, antecedentes epidemiológicos, exámenes de laboratorio. La OMS define a un caso sospechoso cuando presenta exantema maculopapular generalizado, fiebre mayor a 38°C, y uno de los siguientes criterios: conjuntivitis, tos, coriza. También se considera sospechoso a cualquier profesional de salud que tenga relación con estos síntomas. (Delpiano, 2015)

A partir del tercer día se pueden encontrar títulos elevados de IgM, permanecen positivos por 30-60 días. Para evaluar IgG debe elevarse 4 veces el título entre la fase aguda y de convalecencia. (Delpiano, 2015)

Tabla 15-1: Clasificación según AIEPI para Sarampión

Erupción cutánea generalizada de inicio cefalocaudal y: • Tos, catarro u ojos enrojecidos	Sospecha de sarampión	→ Dar vitamina A (p. 28) excepto si ya recibió una megadosis en el último mes. → Dar paracetamol si la fiebre es alta > 38.5°C y recomendaciones para tratar fiebre (p. 23) → Notificar el caso a la unidad de epidemiología correspondiente → Seguimiento según orientación de la unidad epidemiológica correspondiente
Erupción cutánea generalizada de inicio cefalocaudal y • NO tiene tos o catarro u ojos enrojecidos	Otra enfermedad eruptiva	→ Dar paracetamol si temperatura > 38.5 °C y recomendaciones para tratar fiebre (p. 23) → Identificar causa probable de la fiebre → Orientar sobre signos de alarma para regresar de inmediato al establecimiento de salud (p.29) → Hacer seguimiento en 3 días si la fiebre persiste en el establecimiento de salud (p.31)

Fuente:(MSP, 2019)

1.9.5. Problema de oído

1.9.5.1. Mastoiditis

Definición: La mastoiditis aguda es una infección de las celdillas mastoideas del hueso temporal secundaria a un proceso supurativo prolongado del oído medio que afecta inicialmente al mucoperiostio y que puede evolucionar a osteítis y destrucción del hueso. (Marom, 2016)

Etiología: La mastoiditis aguda es principalmente una infección bacteriana. Los principales agentes patógenos son *Streptococcus pneumoniae* (22-40%), seguidos de *Streptococcus pyogenes* (7-14%). Otras bacterias aisladas de la especie de mastoiditis son *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus coagulasa negativo* y *Haemophilus influenzae*. Otras bacterias poco frecuentes son *Pseudomona aeruginosa* y *Fusobacterium necrophorum*. (Marom, 2016)

Cuadro clínico: Los síntomas locales incluyen dolor de oído, sensibilidad post auricular, eritema o hinchazón, aurícula sobresaliente, fluctuación o masa palpable. Al examen físico la membrana timpánica generalmente revela hallazgos que sugieren otitis media aguda recurrente o reciente (abultamiento, eritema, opacificación, derrame, perforación, otorrea). Sin embargo, la falta de historia de la OMA (otitis media aguda) no permite excluir el diagnóstico de mastoiditis. Los síntomas sistémicos fiebre, letargo, malestar, irritabilidad, mala alimentación o diarrea. La fiebre no es específica, pero sí bastante sensible, y puede indicar la necesidad de intervención quirúrgica. (Marom, 2016)

Diagnóstico: La mastoiditis aguda es una entidad fundamentalmente clínica y el diagnóstico se establece por la anamnesis y la exploración física. La Tomografía Computarizada desempeña un papel importante para confirmar el diagnóstico y orientar el tratamiento, sobre todo cuando se sospeche la extensión de la infección a estructuras vecinas, considerándose así una prueba diagnóstica de valor cuando exista una mala evolución a pesar del tratamiento adecuado, para descartar complicaciones de este proceso. (Marom, 2016)

Complicaciones:

Extra craneales:

- Extratemporal: absceso postauricular, absceso de Bezold, absceso de Luc, absceso cigomático.
- Intratemporal: parálisis del nervio facial, apicitis petrosa, laberintitis, fistula laberíntica, pérdida auditiva neurosensorial.

Intracraneales: meningitis, absceso epidural, empiema subdural, absceso cerebral, trombosis del seno sigmoideo, hidrocefalia ótica, meningoencefalocele. (Marom, 2016)

Tratamiento:

El tratamiento terapéutico inicial consiste en antibiótico por vía parenteral, dirigido contra gérmenes implicados en la producción de otitis media aguda, así como la disminución de la presión del antro mastoideo mediante la realización de paracentesis o miringotomía. En casos de mala evolución o complicaciones podría estar indicada la mastoidectomía. La asociación de un corticoide con un potente efecto antiinflamatorio y con el objetivo de disminuir la inflamación de la mucosa de las celdillas, no demuestra diferencias significativas en el tiempo de evolución de los signos físicos de mastoiditis, ni en el desarrollo de complicaciones. (Marom, 2016)

1.9.5.2. Otitis media aguda

Definición: La Otitis media aguda (OMA), es un proceso infeccioso inflamatorio del recubrimiento mucoperióstico del oído medio y/o mastoides con acumulación de secreción retro timpánica. (Campos, 2014)

Fisiopatología: La OMA bacteriana se produce por inflamación de la trompa de Eustaquio secundario a un cuadro respiratorio alto, posteriormente existe colonización de la trompa por microorganismos de la rinofaringe, los cuales alcanzan el oído medio. La llegada de los gérmenes al oído medio causa inflamación con liberación de interleucinas, provocando vasodilatación, exudado e infiltración leucocitaria, aumento de la presión retro timpánica, hiperemia del tímpano y dolor. Su persistencia puede desencadenar una perforación timpánica con presencia de exudado dando origen a la otorrea. (Campos, 2014)

Etiología: La causa más frecuente es viral, siendo los principales el virus sincitial respiratorio, adenovirus, rinovirus, coronavirus e influenza. (Campos, 2014)

Manifestaciones clínicas: Se caracteriza por otalgia añadida a signos inflamatorios, con o sin alza térmica, frecuentemente durante la evolución de una infección respiratoria viral. La sintomatología principal es otalgia, fiebre e irritabilidad; y los signos clásicos son otorrea y/o inflamación de la membrana timpánica, engrosamiento y/o abombamiento de esta, opacidad, presencia de bulas, coloración blanco amarillenta y ausencia de movimiento a la neumatoscopía. (Campos, 2014)

Complicaciones: La OMA normalmente evoluciona con resolución espontánea hasta en 60% de los casos, sin embargo, se presentan complicaciones muy severas: intrapetrosas en 0.24% de los casos (mastoiditis, laberintitis, parálisis facial). Meningoencefálicas agudas (meningitis, abscesos extradurales y abscesos cerebrales) en 0.2% de los casos cursando mastoiditis. (Campos, 2014)

Tratamiento: Se recomienda analgésicos, sea que inicie antibioticoterapia o no. El uso inicial de antibióticos y sus beneficios han sido bien documentados con aumento en las mejorías clínicas entre 26 a 35% de los pacientes al compararlos con placebo, siendo más notorios en OMA bilateral que presentan otorrea. Además, disminuye el dolor, la necesidad de analgésicos y el ausentismo escolar. (Campos, 2014)

La amoxicilina es el antibiótico de primera línea en dosis de 80-100 mg/kg/día cada 12 horas, siempre que el niño no haya recibido en los últimos 30 días ni presente conjuntivitis concurrente o sea alérgico a penicilina. (Campos, 2014)

1.9.5.3. Otitis media crónica

Definición: La otitis media crónica (OMC), es una inflamación crónica del mucoperiostio de comienzo insidioso, curso lento y con evolución mayor a 3 meses, que afecta a las estructuras de la cavidad del oído medio, celdas mastoideas y trompa de Eustaquio. (Campos, 2014)

Factores predisponentes: Dentro de los factores que coadyuvan en la persistencia o no resolución de los procesos agudos y perpetúan la afectación otológica son:

- Factores anatómicos. Malformaciones craneofaciales (hendidura velopalatina, alteraciones mandibulares, síndrome de Down), neoplasias nasofaríngeas, traumatismos. (Campos 2014)
- Factores infecciosos e inmunológicos. Alergias, síndrome de desinencia ciliar, fibrosis quística, infecciones a repetición. (Campos 2014)

Manifestaciones clínicas: La sintomatología principal de la OMC, al contrario de los procesos agudos es hipoacusia y otorrea. La hipoacusia es de tipo conductivo, causada por alteraciones en la transmisión del sonido hacia el oído interno, sea por la perforación o lesión del mecanismo conductor (cadena osicular). Cuando hay afectación del oído interno se debe sospechar antecedentes de laberintitis o toxicidad producto del tratamiento suministrado. La otorrea puede ser mucoide, mucopurulenta o purulenta y estar presente en cuadros agudos. (Campos 2014)

En presencia de otros síntomas como vértigo agudo, cefalea, otalgia, otorragia, parálisis facial, debemos actuar rápidamente ya que podría presentarse alguna complicación.

En la exploración física debe evaluarse las condiciones otológicas, rinosinuales y faríngeas del paciente, ya que éstas áreas afectan o exacerban la enfermedad. (Campos 2014)

Diagnóstico: Se lo realiza mediante:

Estudio de imagen: apoya el diagnóstico y toma de decisiones terapéuticas ya que permite observar la extensión de la patología y lesiones osteolíticas. El uso de la TC nos permite ver las celdillas mastoideas, los huesecillos y probable colesteatoma. (Campos 2014)

Pruebas audiológicas: el estudio de audiometría tonal con logaudiometría es importante para confirmar la pérdida de la conducción del sonido o no, y en su caso, afectación con hipoacusia neurosensorial. (Campos 2014)

Pruebas vestibulares: útiles ante lesión del aparato vestibular cuando el paciente presente vértigo o inestabilidad asociados. Estos estudios son requeridos ante complicaciones y para toma de decisiones. (Campos 2014)

Tratamiento: El tratamiento se fundamenta en el uso de antibióticos tópicos, como quinolonas (ciprofloxacina al 0,3 o 0,5%, ofloxacino al 0,3%) con o sin antiinflamatorio esteroideo; éste ha mostrado ser más efectivo que los antibióticos vía oral, con erradicación entre 83-100% y buena tolerancia; no obstante, debe cuidarse siempre la ototoxicidad. (Campos 2014)

Tabla 16-1: Clasificación de Mastoiditis, Otitis media aguda y crónica

Evaluar	Clasificar	Decidir y tratar
<ul style="list-style-type: none"> • Tumefacción dolorosa al tacto, detrás de la oreja 	Mastoiditis	<ul style="list-style-type: none"> → Dar la primera dosis de un antibiótico apropiado. (p. 24) → Dar la primera dosis de paracetamol para el dolor (p.23) → Referir URGENTE al hospital.
<p>Uno de los siguientes signos y síntomas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Secreción visible del oído de menos de 14 días de duración ó • Dolor de oído 	Otitis media aguda	<ul style="list-style-type: none"> → Dar un antibiótico apropiado por 5 días * (p. 22) → Tratar adecuadamente el dolor con paracetamol según cuadro (p. 23) → Enseñar a la madre o acompañante como secar el oído con gasa o tela limpia si hay supuración (p. 27) → Hacer seguimiento 5 días después(p. 30)
<ul style="list-style-type: none"> • Secreción visible de oído desde hace 14 días o más 	Otitis media crónica	<ul style="list-style-type: none"> → Enseñar a la madre o cuidador a tratar la supuración del oído (p. 27) → Aplicar gotas de ciprofloxacina 3 gotas tres veces al día por 14 días, después del aseo cuidadoso del oído. Si deja de supurar se puede interrumpir el tratamiento a los 7 días. → Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato (p. 29) → Hacer seguimiento 5 días después en el establecimiento de salud (p. 30)
<ul style="list-style-type: none"> • No tiene dolor ni secreción visible del oído. Puede tener tapón de cera, cuerpo extraño, trauma, otitis externa, etc. 	No tiene otitis media	<ul style="list-style-type: none"> → Realizar examen de oído y considerar tratamiento de acuerdo a la causa. → Asesorar a los padres o cuidadores que vuelvan urgente al establecimiento de salud si se presenta dolor de oído o secreción de oído. → Recomendar a los padres o cuidadores sobre los cuidados de la niña o niño en casa.

* Si la niña o niño es mayor de 2 años, no se ve muy enferma, no está desnutrida, no tiene otitis bilateral ni secreción del oído, no nació prematura y puede regresar fácilmente al establecimiento de salud, se puede proponer a los padres la aplicación de un **tratamiento diferido**, o sea tratar adecuadamente el dolor y recetar antibióticos solamente **si la niña o niño no mejora después de 3 días**. Explicar a los padres que la mayoría de las niñas o niños con otitis aguda se curan rápidamente sin antibióticos evitando así los efectos dañinos que pueden provocar a veces estos fármacos como diarrea, vómitos y erupción cutánea.

Fuente: (MSP, 2019)

1.9.6. Problemas de Garganta

1.9.6.1. Faringoamigdalitis

Definición: La faringoamigdalitis es una infección o inflamación de la faringe y las amígdalas. Un tercio de las consultas pediátricas por infecciones respiratorias altas presentan como primer síntoma dolor de garganta. (Piñeiro, 2016)

Etiología: Dentro de las causas infecciosas están bacterianas y virales. En menores de 3 años es más frecuente la etiología viral, y en niños mayores aumenta significativamente la etiología bacteriana. Las causas virales pueden presentar un cuadro clínico más generalizado: rinovirus, adenovirus, virus herpes, virus influenza, coronavirus. Dentro de las causas bacterianas se encuentra el estreptococo beta hemolítico del grupo A (EBHA), estreptococo beta hemolítico del grupo C. Mycoplasma y otros estreptococos. La más importante corresponde al EBHA por su mayor frecuencia y potenciales complicaciones graves. (Piñeiro, 2016)

Manifestaciones clínicas: Dentro de las manifestaciones clínicas de la faringoamigdalitis aguda estreptocócica existen elementos que son muy constantes y que ayudan a sospechar el diagnóstico: inicio agudo de los síntomas, ausencia de síntomas catarrales, odinofagia intensa, dolor abdominal, cefalea, presencia de exudado blanco, cremoso, no adherente y/o exantema con petequias en el paladar blando, adenopatías regionales. (Piñeiro, 2016)

Diagnóstico: El diagnóstico se apoya en la anamnesis, examen físico y certificación etiológica. El único método certero de laboratorio continúa siendo el cultivo faríngeo. (Piñeiro, 2016)

Complicaciones: Las complicaciones de la faringoamigdalitis aguda EBHA se pueden dividir en: supuradas (linfadenitis cervical, absceso peri amigdalino, absceso retro faríngeo, otitis media aguda y sinusitis) y no supuradas (enfermedad reumática, glomerulonefritis aguda). (Piñeiro 2016)

Tabla 17-1: Clasificación de Faringoamigdalitis según AIEPI

Evaluar	Clasificar	Decidir y tratar
<p>Si tiene todas las características siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad de 3 años o más con fiebre >38°C • Amígdalas eritematosas con exudado (pus) • Ganglios cervicales anteriores crecidos y dolorosos • Ausencia de tos 	<p>Faringoamigdalitis estreptocócica *</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Dar un antibiótico apropiado (p. 24), explicar que el objetivo del antibiótico no es calmar las molestias sino prevenir complicaciones como la fiebre reumática. → Dar paracetamol para tratar la fiebre y el dolor y orientar sobre el tratamiento de la fiebre (p. 23) → Aliviar el dolor con un remedio casero inocuo (p. 27) → Orientar a la madre o cuidadores sobre signos de alarma para regresar de inmediato al establecimiento de salud (p. 29).
<p>Uno de las características siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cualquier de los 3 últimos criterios anteriores en el menor de tres años o sin fiebre • Solo uno de estos criterios en cualquier edad 	<p>Faringoamigdalitis viral</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Tratar la fiebre y el dolor con paracetamol (p.23) → Aliviar el dolor con un remedio casero inocuo (p. 27) → Explicar porque NO es necesario un antibiótico → Enseñar a la madre signos de alarma para regresar de inmediato al establecimiento de salud (p. 29)
<ul style="list-style-type: none"> • No tiene criterios para clasificarse en ninguna de las categorías anteriores 	<p>No tiene faringoamigdalitis</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Investigar otras causas de problemas de garganta: ej: <i>niña o niño duerme boca abierta y se despierta con la boca seca, goteo nasal posterior, úlceras en la boca.</i>

Fuente: (MSP, 2019)

1.9.7. Desnutrición

La desnutrición puede ser por carencia de energía, proteínas, vitaminas y minerales en la alimentación. (Álvarez 2012)

El reconocimiento y tratamiento de niños/niñas con desnutrición puede ayudar a prevenir numerosas enfermedades graves y la muerte. Algunos casos de desnutrición pueden tratarse en la casa, mientras que los casos graves deben referirse a un hospital para recibir alimentación especial, transfusiones de sangre o un tratamiento específico para la enfermedad que contribuye a la desnutrición. (Álvarez 2012)(GME 2013)

La desnutrición calórica-proteica se presenta cuando el niño/niña no obtiene de sus alimentos suficiente energía o proteínas para satisfacer sus necesidades nutricionales. (Álvarez 2012)

- Un niño/niña que padece enfermedades frecuentemente también puede contraer desnutrición calórico-proteica. El apetito del niño/niña disminuye y los alimentos consumidos no se utilizan eficientemente. En la desnutrición calórico-proteica, el niño/niña:

- Puede sufrir emaciación grave visible, un signo de marasmo. (Álvarez 2012)
- Puede desarrollar edema, un signo de Kwashiorkor. (Álvarez 2012)
- Tal vez no se desarrolle bien y se retrase su crecimiento (talla demasiado baja). (Álvarez 2012)

Un niño/niña desnutrido tiene carencias vitamínicas y de minerales esenciales, debido a que no ingiere con los alimentos que recibe cantidades suficientes y necesarias de vitaminas o minerales (como el hierro, vitamina A y Zinc). (Álvarez 2012)

Tabla 18-1: Clasificación de Desnutrición según AIEPI

Evaluar	Clasificar	Decidir y tratar
<p>Uno de las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edema en AMBOS pies • Peso/longitud o talla: el punto cae por debajo de la curva -3 DE según el sexo (4) • Perímetro braquial <11.5cm <p>Y uno de las características siguientes: Niño/a < 6 meses, peso < 4 kg, complicación médica, prueba de apetito negativa, (p.91) Problema para tomar el seno, riesgo social</p>	<p>Desnutrición aguda severa con complicación</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Llenar formulario de notificación antes de referir ➢ Dar vitamina A (p. 25) excepto si ya recibió una megadosis en el último mes. ➢ Dar primera dosis de un antibiótico apropiado (p. 24) ➢ Referir URGENTE al hospital siguiendo las recomendaciones "REFIERA" para el transporte (p.60)
<p>Uno de las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peso/longitud o talla: el punto cae por debajo de la curva -3 DE según el sexo (4) • Perímetro braquial <11.5cm <p>Y</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de apetito positiva (p.91) 	<p>Desnutrición aguda severa sin complicación</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Manejo multidisciplinario (médico, psicólogo, nutricionista, trabajadora social) ➢ Llenar formulario de notificación. ➢ Dar amoxicilina por 5 días (p.22) ➢ Administrar alimento terapéutico listo para uso (ATLU), ver p.91 . ➢ Investigar las causas de la desnutrición (p. 40) ➢ Evaluar la lactancia materna o la alimentación de la niña o niño y recomendar a los padres o cuidadores sobre la alimentación, tal como se indica en la sección sobre ALIMENTACIÓN (p. 34 y p. 40) ➢ Evaluar desarrollo psicomotor (p. 16) ➢ Dar seguimiento 7 días después en visita domiciliaria (p.32) ➢ Orientar a la madre sobre los signos de alarma para volver de inmediato (p. 29)
<p>Si tiene una de las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peso/longitud o talla: el punto cae por debajo de la curva -2 DE hasta la -3 DE (incluye si el punto cae en la curva -3 DE), según el sexo. • Perímetro braquial \geq11.5 cm y <12.5 cm 	<p>Desnutrición aguda moderada</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Llenar formulario de notificación. ➢ Investigar las causas de la desnutrición (p. 40) ➢ Evaluar la lactancia materna o la alimentación de la niña o niño y recomendar a los padres o cuidadores sobre la alimentación, tal como se indica en la sección sobre ALIMENTACIÓN (p. 34 y p. 40) ➢ Evaluar desarrollo psicomotor (p. 16) ➢ Administrar ATLU o micronutrientes según la edad (p.14) ➢ Dar seguimiento 7 días después en el establecimiento de salud (p.32) ➢ Orientar a la madre sobre los signos de alarma para volver de inmediato (p. 29)
<p>Si tiene una de las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peso/longitud o talla en el canal de normalidad: el punto cae en la curva + 1 DE o por debajo hasta la curva -2 DE (incluye si el punto cae en la curva -2 DE) • Perímetro braquial \geq 12.5 cm 	<p>No tiene desnutrición aguda</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Felicitar a la madre o responsable por el peso de la niña o niño. ➢ Realizar control de la niña o niño sano, y valorar desarrollo psicomotor (p. 16) ➢ Si la niña o niño es menor de 2 años, evaluar su alimentación y aconsejar a la madre sobre la alimentación adecuada para su edad (p. 34 y 35) ➢ Administrar micronutrientes de acuerdo a la edad (p. 14). ➢ Orientar a la madre sobre signos de alarma para volver de inmediato (p. 29)

Fuente: (MSP, 2019)

1.9.8. Anemia

Es un trastorno en el cual el número de glóbulos rojos o eritrocitos circulantes en la sangre se ha reducido y es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo. En términos de salud pública, la anemia se define como una concentración de hemoglobina por debajo de dos desviaciones estándar del promedio según, género, edad y altura a nivel del mar. (Álvarez 2012)(GPC 2009)

Un niño/a presenta anemia como resultado de:

- Infecciones.
- Parásitos como anquilostomas o tricocéfalos, los cuales pueden causar pérdida de sangre por el aparato digestivo y anemia.
- La malaria puede destruir rápidamente los glóbulos rojos. Los niños presentan anemia ante episodios reiterados de malaria o tratamiento inadecuado de esta infección. (Álvarez, 2012)

Los síntomas y signos clínicos de la anemia son específicos cuando es de grado moderado o severo. Estos se pueden identificar a través de la anamnesis y con el examen físico completo.

Tabla 19-1: Clasificación de Anemia según AIEPI

Evaluar	Clasificar	Decidir y tratar
<p>Si tiene una de las características siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Palidez palmar intensa • Hb < 7 g/dL. 	Anemia grave	<ul style="list-style-type: none"> ➤ REFERIR urgente al hospital aplicando recomendaciones para el transporte "REFIERA" (p. 60)
<p>Si tiene una de las características siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Palidez palmar leve • Hb de 7 a 9.9 g/dL. 	Anemia moderada	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluar alimentación y dar consejería nutricional. (p.34) ➤ Dar tratamiento con hierro ^(b) <ul style="list-style-type: none"> - Si la niña o niño tiene entre 6 y 23 meses y si los sobres de micronutrientes en polvo están disponibles: <ul style="list-style-type: none"> - Debe recibir un sobre de micronutrientes en polvo (contiene 10-12.5 mg de hierro) con un suplemento de hierro en forma de gotero o jarabe para completar el contenido en hierro del sobre de micronutriente (p. 28), cada día por 3 meses. - Entregar cantidad necesaria de sobres y suplemento de hierro para 14 días. - Si los sobres de micronutrientes en polvo no están disponibles o si la niña o niño tiene menos de 6 meses o más de 23 meses de edad: <ul style="list-style-type: none"> - La niña o niño debe recibir hierro por 3 meses en forma de gotero o jarabe (p. 28). - Entregar cantidad de hierro para 14 días de tratamiento. ➤ Citar a los 14 días para verificar la adherencia al tratamiento en el establecimiento de salud o en visita domiciliaria (p. 32) y luego cada mes. ➤ Enseñar signos de alarma para regresar de inmediato al establecimiento de salud (p.29)
<ul style="list-style-type: none"> • Hb de 10 a 10.9 g/dL. 	Anemia leve	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluar alimentación y dar consejería nutricional. (p.34) ➤ Dar suplemento de hierro ^(b) <ul style="list-style-type: none"> - Si la niña o niño tiene entre 6 y 23 meses y si los sobres de micronutrientes en polvo están disponibles: aplicar el esquema de suplementación preventivo (p. 28)^(c) - Si los sobres de micronutrientes no están disponibles o si la niña o niño tiene menos de 6 meses o más de 23 meses: administrar hierro como para anemia moderada ➤ Citar a los 14 días para verificar la adherencia al tratamiento en el establecimiento de salud o en visita domiciliar (p. 32) y luego cada mes. ➤ Enseñar signos de alarma para regresar de inmediato al establecimiento de salud (p.29)
<ul style="list-style-type: none"> • No tiene palidez palmar • Hb ≥ 11 g/dL. 	No tiene anemia	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Felicitar a la madre o a los cuidadores porque la niña o niño está sana/o ➤ Administrar suplementos nutricionales de acuerdo a la edad (Ver punto 9' a continuación)

(b) Si la niña/o tiene desnutrición aguda severa y recibe ATLU, no ofrecer hierro líquido o en forma de micronutriente en polvo porque ATLU ya contiene suficiente hierro
(c) El esquema preventivo (1 sobre pasando un día, por 6 meses consecutivos o hasta completar 90 sobres) es suficiente para corregir la anemia leve.

Fuente: (MSP, 2019)

CAPÍTULO II

2. MARCO METODOLÓGICO

2.1. Diseño metodológico y tipo de la Investigación

La presente investigación según el análisis y alcance de los resultados fue de corte transversal, prospectivo, descriptivo; no experimental, según el período de Octubre 2018 – Enero 2019. Los datos de los niños y niñas se obtuvieron de las historias clínicas que se encuentran en el Centro de Salud Morete Puyo.

2.2. Población de estudio

La población de estudio estuvo conformada por 100 niños y niñas de 2 meses a 5 años que fueron atendidos en el Centro de Salud Morete Puyo de Octubre 2018 a Enero 2019.

2.3. Criterios de inclusión

Se incluyen los datos de formularios 008 de Emergencias de niños y niñas de 2 meses a 5 años de edad que fueron atendidos en el Centro de Salud Morete Puyo de Octubre 2018 a Enero 2019.

2.4. Criterios de exclusión

Se excluyeron los formularios 008 de Emergencias en los que se ha evidenciado información incompleta.

2.5. Materiales y Métodos de la Investigación

Para la recolección del dato primario se empleará el formulario 028B del AIEPI 2019 creado por el Ministerio de Salud Pública, para manejo de datos obtenidos se ingresan los datos en un formulario de Google Drive.

2.6. Caracterización del instrumento

La fuente primaria la representa el formulario 028B de AIEPI, el cual ha sido modificado en los datos de filiación para desarrollo de la investigación, se realizó una revisión documental de 100 formularios 008 de Emergencias de pacientes de 2 meses a 5 años del Centro de Salud Morete Puyo, utilizando este instrumento u hoja de valoración. (Ver Anexo A). Los datos obtenidos se ingresan en un formulario de Google Drive para manejo de datos electrónicamente. (Ver Anexo B)

2.7. Validación del instrumento

El instrumento utilizado tiene como base el instrumento validado que tiene el Ministerio de Salud de Ecuador, el formulario 028B de AIEPI, que fue ajustado con otros datos. Para la valoración de las variables para el registro de datos generales, signos generales de peligro, sexo, etnia, peso, edad, talla, estado nutricional, tendencia de crecimiento, desarrollo psicomotor, alimentación, tratamiento, inmunizaciones, relación peso/talla. Teniendo en cuenta que las variables son relevantes se decide revisarlas y ajustarlas. El formulario de Google Drive, recolecta los datos: edad, género, etnia, signos de peligro (no puede beber o tomar del pecho, vómito, convulsiones, somnoliento, dificultad respiratoria, hipotonía muscular, palidez, cianosis, fiebre, además se incluye la diarrea por su alta frecuencia), dificultad para alimentarse, vómito, convulsiones, somnoliento, antecedentes patológicos personales (anemia, desnutrición, retraso del desarrollo psicomotor, enfermedades eruptivas), muerte.

2.8. Técnicas de Recolección de Datos

Los datos se recolectaron de los formularios 008 de Emergencias de los pacientes menores de 2 meses a 5 años de edad que acudieron a los servicios de urgencias en el Centro de salud Morete Puyo. La investigación consta de dos etapas:

Etapa diagnóstica: Mediante la recolección de datos de los formularios 008 de los pacientes menores de 2 meses a 5 años de edad que acudieron a los servicios de urgencias en el Centro de salud Morete Puyo, tomando en cuenta los signos de peligro según AIEPI más los signos predominantes de las patologías prevalentes en la infancia.

Etapa de evaluación: Los datos obtenidos se procesan en el programa estadístico EPI INFO Versión 7.2.2.16 para posterior análisis e interpretación.

2.9. Variables y Operacionalización de las Variables

Tabla1-2: Matriz de operacionalización de Variables

VARIABLE CONCEPTUAL	VARIABLE REAL DIMENSIONES	VARIABLE OPERACIONAL INDICADORES	ÍTEMS
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Meses y años	2 a 11 meses 1 a 2 años 2 a 3 años 3 a 4 años 4 a 5 años

Género	Se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres.	Fenotipo	Masculino Femenino
Etnia	Conjunto de personas con identidad en cuanto a rasgos corporales o culturales tales como alimentación, vestimenta, idioma, religión, costumbres, arte, festividades, y que por lo general tienen nexos históricos y geográficos o territoriales.	Auto identificación	Mestizo Indígena Negro Blanco Mulato
Signos de peligro	Señales que el niño presenta cuando enfermedades prevalentes en la infancia no se han tratado a tiempo y se agravan poniendo en peligro de muerte al niño.	Signos	No puede beber o tomar del pecho Vómito Convulsiones Somnoliento Dificultad respiratoria Hipotonía muscular Palidez Cianosis Fiebre Diarrea
Dificultad para alimentarse	Se refiere a un problema en la alimentación que ocasiona una ingesta de alimentos debajo de lo normal.	Puede beber o tomar el seno	Si No
Vómito	Es la expulsión violenta y espasmódica del contenido del estómago a través de la boca.	Presencia de vómito	Si No
Convulsiones	Contracción involuntaria, violenta y patológica de un músculo o de otra parte del cuerpo.	Presencia de convulsiones	Si No
Somnoliento	Es la tendencia de la persona a quedarse dormido, también conocido como la propensión a dormirse o la habilidad de transición de la vigilia al sueño	Alteración del nivel de conciencia	Si No
Antecedentes Patológicos Personales	Recopilación de la información sobre la salud de una persona con el fin de investigar las enfermedades que ha padecido y de preferencia que tengan alguna posible relación con el padecimiento actual.	Historia de patologías previas	Anemia Desnutrición Retraso del desarrollo psicomotor Enfermedades eruptivas Ninguno
Muerte	Es un efecto terminal que resulta de la extinción del proceso homeostático en un ser vivo; y con ello el fin de la vida.	Concluye en muerte	Si No

Realizado por: Caluña Irma, Quintero Andrea, 2019

2.10. Técnicas de Procesamiento y Análisis de los Datos

Los datos obtenidos en este estudio serán tabulados en una hoja de cálculo de Excel, para posterior análisis estadístico utilizando el programa estadístico EPI INFO Versión 7.2.2.16

Se diseñarán gráficos y tablas para el análisis e interpretación de los resultados estadísticos.

2.11. Consideraciones Éticas

Para realizar esta investigación se ha solicitado el permiso del Centro de Salud Morete Puyo para tener acceso a las historias clínicas y hacer uso de los datos encontrados en el presente estudio.

CAPÍTULO III

3. RESULTADOS

Distribución de pacientes según la edad

Del total de pacientes se encontró que el mayor porcentaje de pacientes que acuden al Centro de Salud Morete Puyo corresponde a la edad de 2 a 11 meses con un porcentaje de 32%.

Tabla 1-3: Distribución de pacientes según la edad

EDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
2 a 11 meses	32	32,00%	100,00%
1 a 2 años	28	28,00%	68,00%
> 2 a 3 años	19	19,00%	8,00%
> 3 a 4 años	9	9,00%	14,00%
>4 a 5 años	12	12,00%	40,00%
Total	100	100,00%	100,00%

Fuente: Formulario 008 de los pacientes. Centro de salud Morete Puyo

Realizado por: Caluña Irma, Quintero Andrea, 2019

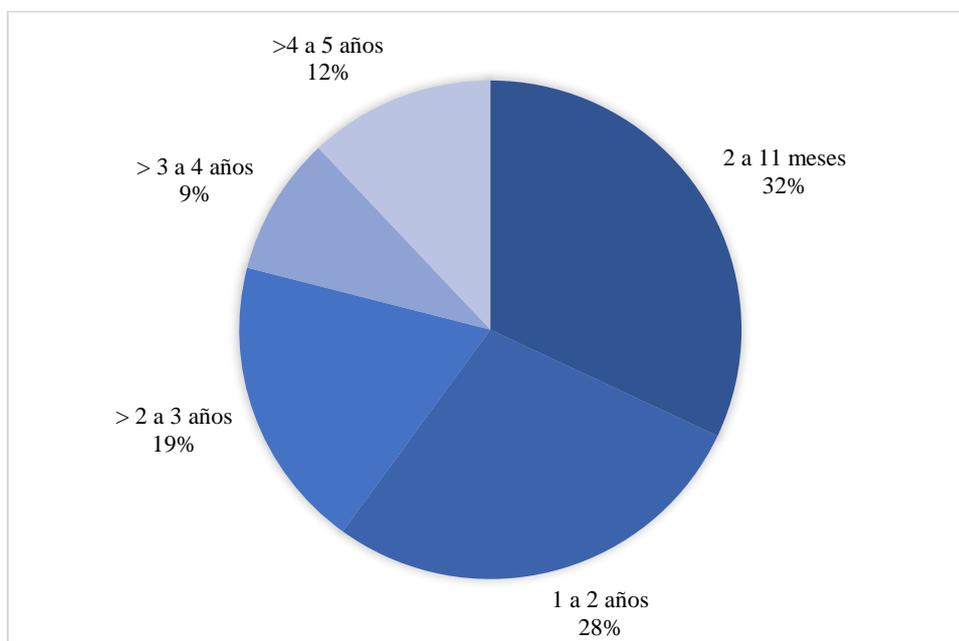


Gráfico 1-3: Distribución de pacientes según la edad

Fuente: Formulario 008 de los pacientes. Centro de salud Morete Puyo

Realizado por: Caluña Irma, Quintero Andrea, 2019

Distribución de pacientes según el género

Del total de pacientes se encontró que el género que acude en mayor número al Centro de Salud Morete Puyo corresponde al género masculino con un porcentaje de 56%.

Tabla 2-3: Distribución de pacientes según el género

GÉNERO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Femenino	44	44,00%	44,00%
Masculino	56	56,00%	100,00%
Total	100	100,00%	100,00%

Fuente: Formulario 008 de los pacientes. Centro de salud Morete Puyo
Realizado por: Caluña Irma, Quintero Andrea, 2019

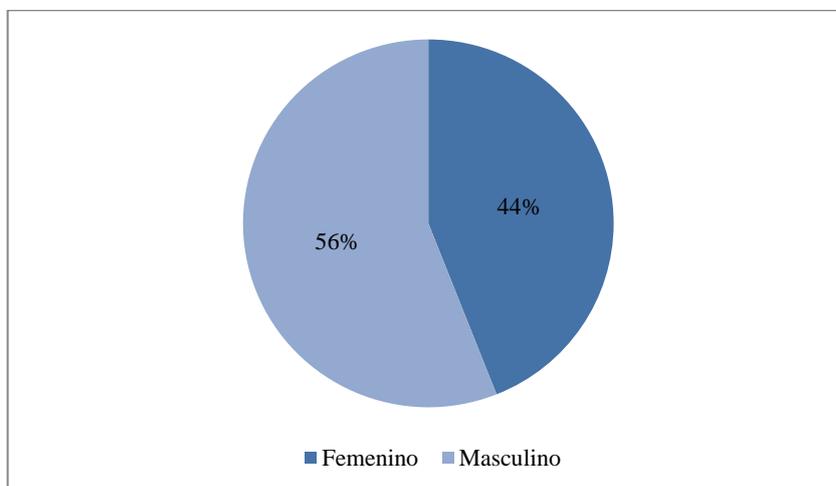


Gráfico 2-3: Distribución de pacientes según el género

Fuente: Formulario 008 de los pacientes. Centro de salud Morete Puyo
Realizado por: Caluña Irma, Quintero Andrea, 2019

Distribución de pacientes según la etnia

Del total de pacientes se encontró que la etnia que acude en mayor número al Centro de Salud Morete Puyo corresponde a la mestiza con un porcentaje de 75%.

Tabla3-3: Distribución de pacientes según la etnia

ETNIA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Indígena	22	22,00%	22,00%
Mestizo	75	75,00%	97,00%
Negro	3	3,00%	100,00%
Total	100	100,00%	100,00%

Fuente: Formulario 008 de los pacientes. Centro de salud Morete Puyo
Realizado por: Caluña Irma, Quintero Andrea, 2019

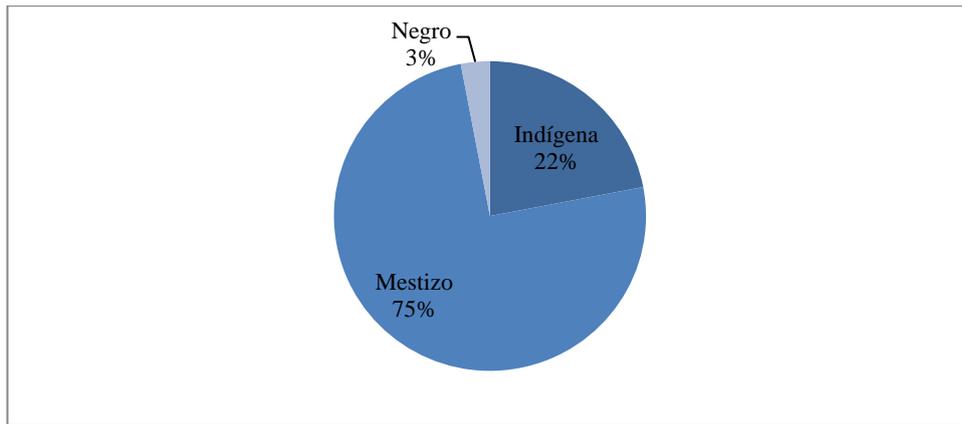


Gráfico 3-3: Distribución de pacientes según la etnia

Fuente: Formulario 008 de los pacientes. Centro de salud Morete Puyo

Realizado por: Caluña Irma, Quintero Andrea, 2019

Distribución de signos de peligro

Del total de pacientes que acuden al Centro de Salud Morete Puyo se encontró que la fiebre se presenta en un mayor porcentaje acompañada de otros signos de peligro en distinta proporción, la fiebre se presenta con un porcentaje de 89% en el total de casos.

Tabla 4-3: Distribución de signos de peligro

SIGNOS DE PELIGRO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Diarrea	7	7,00%	7,00%
Dificultad respiratoria	1	1,00%	8,00%
Dificultad respiratoria, Diarrea	1	1,00%	9,00%
Dificultad respiratoria, Fiebre	3	3,00%	12,00%
Fiebre	72	72,00%	84,00%
Fiebre, Diarrea	6	6,00%	90,00%
No puede beber o tomar del pecho, Fiebre	3	3,00%	93,00%
No puede beber o tomar del pecho, Somnoliento, Fiebre	2	2,00%	95,00%
No puede beber o tomar del pecho, Vómito, Fiebre	1	1,00%	96,00%
No puede beber o tomar del pecho, Vómito, Fiebre, Diarrea	1	1,00%	97,00%
No puede beber o tomar del pecho, Vómito, Somnoliento, Fiebre	1	1,00%	98,00%
Vómito	1	1,00%	99,00%
Vómito, Diarrea	1	1,00%	100,00%
Total	100	100,00%	100,00%

Fuente: Formulario 008 de los pacientes. Centro de salud Morete Puyo

Realizado por: Caluña Irma, Quintero Andrea, 2019

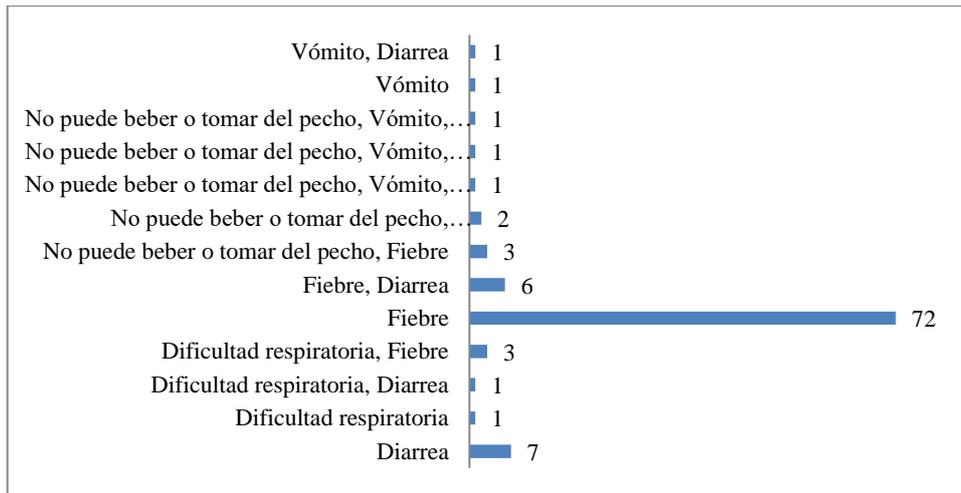


Gráfico4-3: Distribución de signos de peligro

Fuente: Formulario 008 de los pacientes. Centro de salud Morete Puyo

Realizado por: Caluña Irma, Quintero Andrea, 2019

Distribución de pacientes que presentan dificultad para alimentarse

Según los datos obtenidos el 23% los niños/as que acuden al Centro de Salud presentan dificultad para alimentarse como signo de alarma.

Tabla 5-3: Distribución de pacientes con dificultad para alimentarse

DIFICULTAD PARA ALIMENTARSE	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	77	77,00%	77,00%
Sí	23	23,00%	100,00%
Total	100	100,00%	100,00%

Fuente: Formulario 008 de los pacientes. Centro de salud Morete Puyo

Realizado por: Caluña Irma, Quintero Andrea, 2019

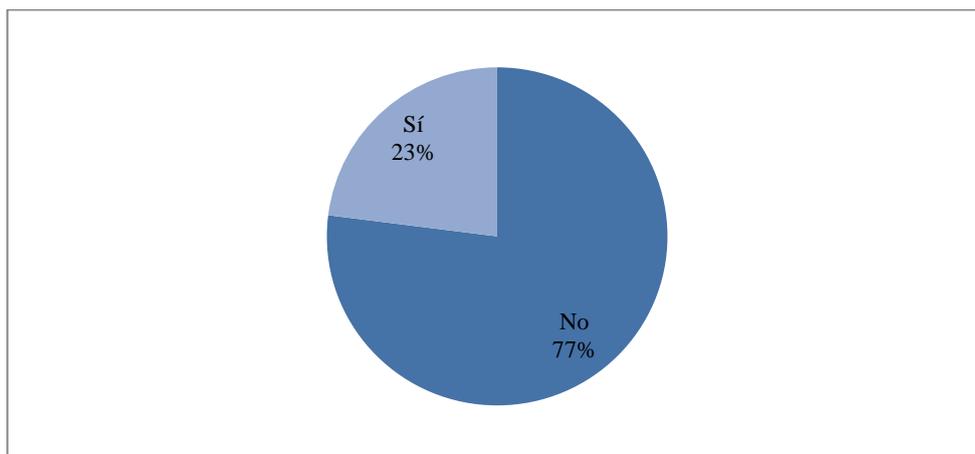


Gráfico 5-3: Distribución de pacientes con dificultad para alimentarse

Fuente: Formulario 008 de los pacientes. Centro de salud Morete Puyo

Realizado por: Caluña Irma, Quintero Andrea, 2019

Distribución de pacientes que presentan vómito

De acuerdo con los datos obtenidos, se identifica que el 11% de los niños/as que acuden al Centro de Salud presentan como signo de alarma el vómito.

Tabla 6-3: Distribución de pacientes que presentan vómito

VÓMITO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	89	89,00%	89,00%
Sí	11	11,00%	100,00%
Total	100	100,00%	100,00%

Fuente: Formulario 008 de los pacientes. Centro de salud Morete Puyo

Realizado por: Caluña Irma, Quintero Andrea, 2019

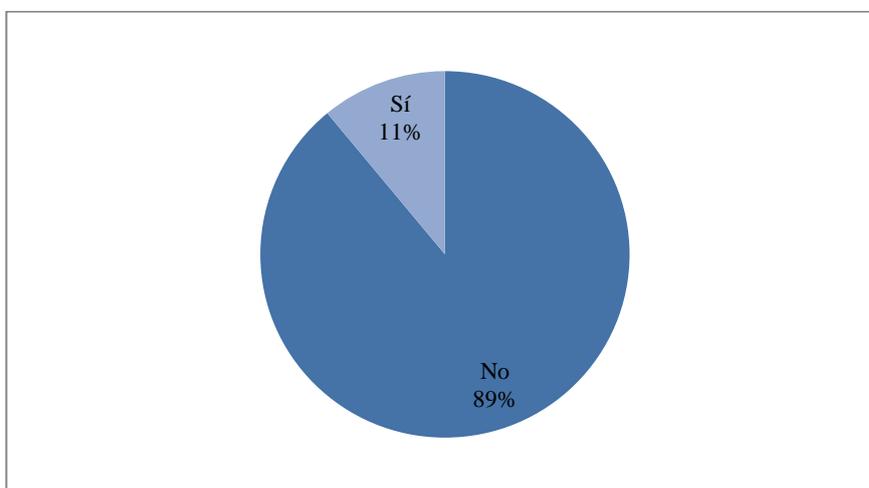


Gráfico 6-3: Distribución de pacientes que presentan vómito

Fuente: Formulario 008 de los pacientes. Centro de salud Morete Puyo

Realizado por: Caluña Irma, Quintero Andrea, 2019

Distribución de pacientes que presentan convulsiones

De los datos obtenidos, se identifica que del 100% de los niños/as que acuden al Centro de Salud Morete Puyo ninguno ha presenta convulsiones.

Tabla 7-3: Distribución de pacientes que presentan convulsiones

CONVULSIONES	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	100	100,00%	100,00%
Total	100	100,00%	100,00%

Fuente: Formulario 008 de los pacientes. Centro de salud Morete Puyo

Realizado por: Caluña Irma, Quintero Andrea, 2019

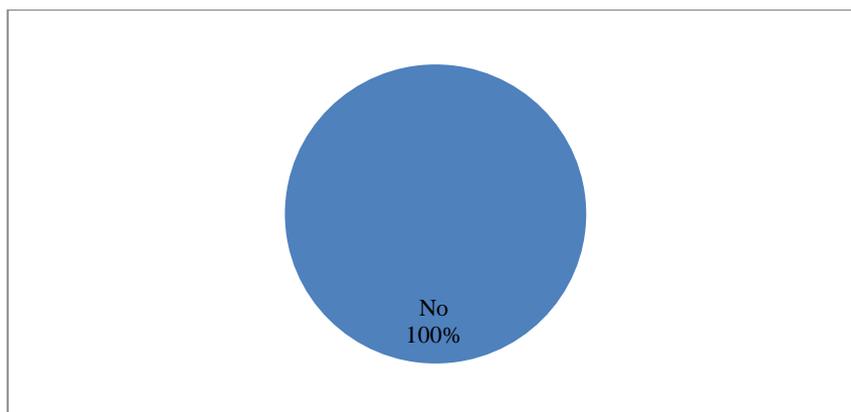


Gráfico 7-3: Distribución de pacientes que presentan convulsiones

Fuente: Formulario 008 de los pacientes. Centro de salud Morete Puyo

Realizado por: Caluña Irma, Quintero Andrea, 2019

Distribución de pacientes que presentan somnolencia

De acuerdo con los datos obtenidos, se identifica que el 4% de los niños/as que acuden al Centro de Salud presentan somnolencia como signo de alarma.

Tabla 8-3: Distribución de pacientes que presentan somnolencia

SOMNOLIENTO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	96	96,00%	96,00%
Sí	4	4,00%	100,00%
Total	100	100,00%	100,00%

Fuente: Formulario 008 de los pacientes. Centro de salud Morete Puyo

Realizado por: Caluña Irma, Quintero Andrea, 2019

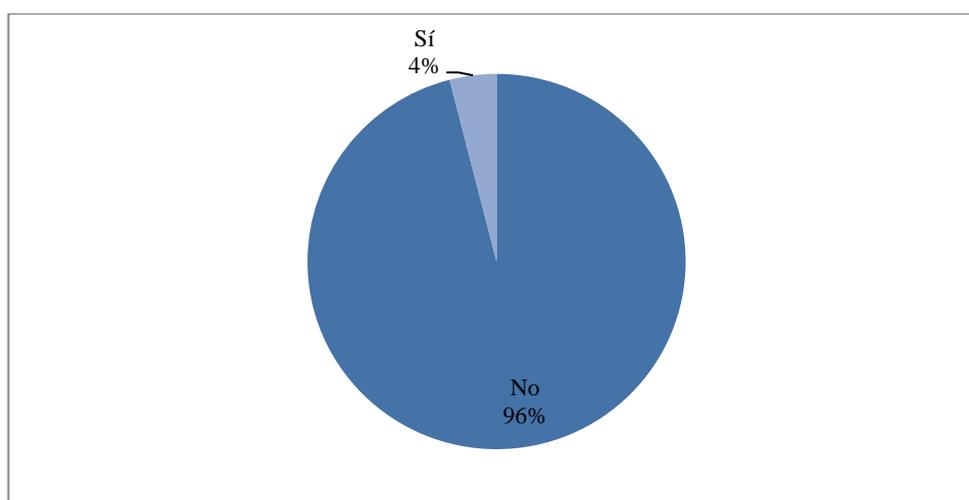


Gráfico 8-3: Distribución de pacientes que presentan somnolencia

Fuente: Formulario 008 de los pacientes. Centro de salud Morete Puyo

Realizado por: Caluña Irma, Quintero Andrea, 2019

Distribución de pacientes según antecedentes patológicos personales

De los datos obtenidos, se observa que el 10% de los niños/as que acuden al Centro de Salud Morete Puyo presentan antecedentes patológicos personales como anemia, desnutrición, retraso del desarrollo psicomotor y enfermedades eruptivas.

Tabla 9-3: Distribución de pacientes según antecedentes patológicos personales

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Anemia	3	3,00%	3,00%
Desnutrición	2	2,00%	5,00%
Enfermedades eruptivas	5	5,00%	10,00%
Ninguno	90	90,00%	100,00%
Total	100	100,00%	100,00%

Fuente: Formulario 008 de los pacientes. Centro de salud Morete Puyo

Realizado por: Caluña Irma, Quintero Andrea, 2019

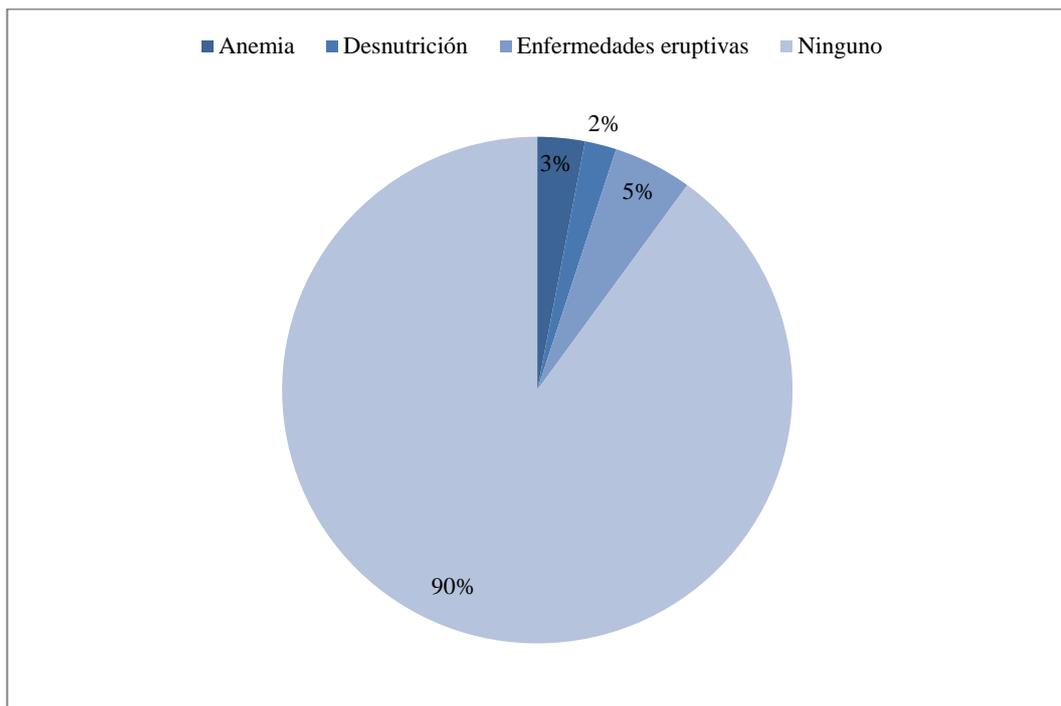


Gráfico 9-3: Distribución de pacientes según antecedentes patológicos personales

Fuente: Formulario 008 de los pacientes. Centro de salud Morete Puyo

Realizado por: Caluña Irma, Quintero Andrea, 2019

Distribución de pacientes que culminan en muerte

En este gráfico se identifica que del 100% de los niños/as que acuden al Centro de Salud Morete Puyo ninguno ha muerto.

Tabla10-3: Distribución de pacientes que culminan en muerte

MUERTE	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	100	100,00%	100,00%
Total	100	100,00%	100,00%

Fuente: Formulario 008 de los pacientes. Centro de salud Morete Puyo

Realizado por: Caluña Irma, Quintero Andrea, 2019



Gráfico 10-3: Distribución de pacientes que culminan en muerte

Fuente: Formulario 008 de los pacientes. Centro de salud Morete Puyo

Realizado por: Caluña Irma, Quintero Andrea, 2019

Cumplimiento de la estrategia AIEPI según el diagnóstico

Según los datos obtenidos en el 95% de los casos se clasifica adecuadamente según la estrategia AIEPI a los niños/as que acuden al Centro de Salud Morete Puyo.

Tabla 11-3: Cumplimiento de la estrategia AIEPI según el diagnóstico

DIAGNÓSTICO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	1	33,33%	33,33%
Si	1	33,33%	66,67%
Total	3	100,00%	100,00%

Fuente: Formulario 008 de los pacientes. Centro de salud Morete Puyo

Realizado por: Caluña Irma, Quintero Andrea, 2019

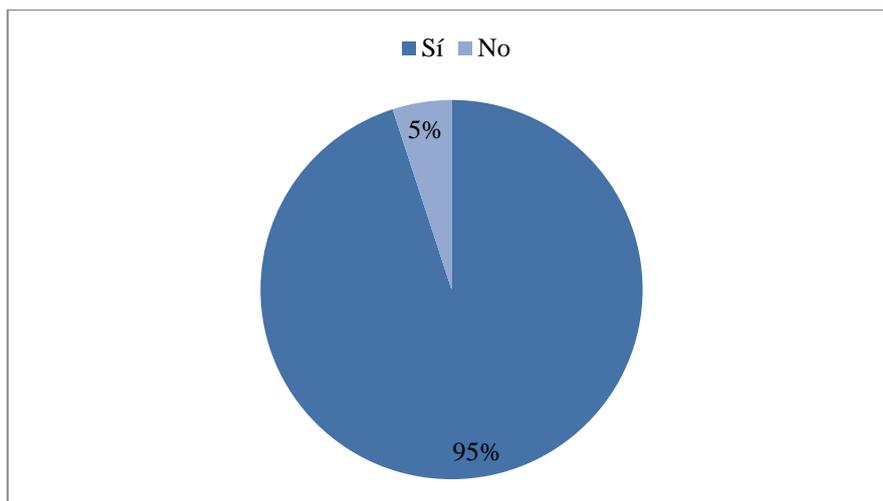


Gráfico 11-3: Cumplimiento de la estrategia AIEPI según el diagnóstico
Fuente: Formulario 008 de los pacientes. Centro de salud Morete Puyo
Realizado por: Caluña Irma, Quintero Andrea, 2019

Cumplimiento de la estrategia AIEPI según el tratamiento con antibióticos

De acuerdo con los datos obtenidos, se identifica que el 79% de niños/as que acuden al Centro de Salud Morete Puyo reciben un tratamiento adecuado con antibióticos.

Tabla 12-3: Cumplimiento de la estrategia AIEPI según el tratamiento con antibióticos

TRATAMIENTO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Adecuado	1	33,33%	33,33%
Inadecuado	1	33,33%	66,67%
Total	3	100,00%	100,00%

Fuente: Formulario 008 de los pacientes. Centro de salud Morete Puyo
Realizado por: Caluña Irma, Quintero Andrea, 2019

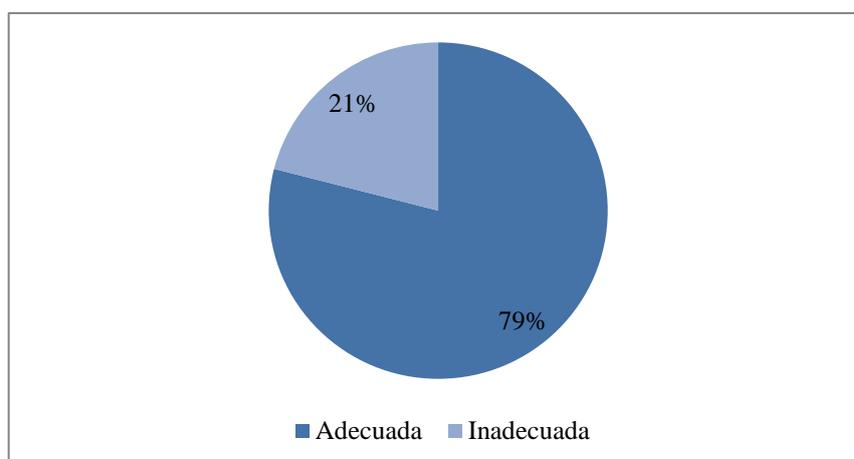


Gráfico 12-3: Cumplimiento de la estrategia AIEPI según el tratamiento
Fuente: Formulario 008 de los pacientes. Centro de salud Morete Puyo
Realizado por: Caluña Irma, Quintero Andrea, 2019

3.1. Discusión y análisis de resultados

A partir de los hallazgos encontrados, a continuación, se presentará la discusión de los resultados que se obtuvieron en el estudio a partir de la hipótesis de que la estrategia AIEPI disminuye la morbimortalidad al detectar a tiempo los signos de peligro prevalentes en niños y niñas menores de 2 meses a 5 años de edad que reciben atención en el Centro de Salud Morete Puyo en el período de Octubre 2018- Enero 2019 que aplicada por el personal médico y enfermería de manera correcta evitaría complicaciones en dicha población.

En el estudio se encontró que del total de 100 niños/as atendidos en el servicio de Urgencias el mayor porcentaje de pacientes que acuden al Centro de Salud Morete Puyo corresponde a la edad de 2 a 11 meses con un porcentaje de 32%. Cabe recalcar que hasta el momento no se ha realizado un estudio similar a nivel de un Centro de Salud para poder establecer un análisis comparativo ideal, en su mayoría se obtienen datos a partir del servicio de Emergencias de Hospitales, como el caso del Hospital Enrique Garcés y el Hospital San Francisco de Quito en el año 2013, en el que el grupo etario de menores de 1 año representa la minoría de quienes acuden al servicio de Emergencias de dicha casa de salud con un 2.8% en relación a la población de 1 a 4 años con un 11%, sin embargo no existe el sesgo de edad ya que se toman en cuenta además pacientes adultos y de la tercera edad en contraste con el estudio actual. (Agustín, 2017)

Se encontró que el género que acude en mayor número al Centro de Salud Morete Puyo corresponde al género masculino con un porcentaje de 56%, que se corresponde con datos obtenidos en el servicio de Urgencias de un Hospital Pediátrico Privado de México, en el que el género masculino representa el 54%, sin embargo, dicho estudio abarca una población más amplia desde menores de 1 año hasta 18 años de edad. (Gonzalez, 2015)

Del total de pacientes se encontró que la etnia que acude en mayor número al Centro de Salud Morete Puyo corresponde a la mestiza con un porcentaje de 75%. Es un valor real al conocer que en el Ecuador los mestizos representan el grupo étnico de mayor población alcanzando el 71.9%. (Acosta, 2014)

En relación a la fiebre, quienes acuden al Centro de Salud Morete Puyo se presentó en un mayor porcentaje acompañada de otros signos de peligro en distinta proporción, la fiebre se presenta con un porcentaje de 89% en el total de casos, que se contraponen a los datos presentados en un artículo de investigación cuantitativa donde la mayor causa por la que los niños acuden a los

servicios de Emergencias fue el trauma con un 26.6%, y la fiebre se presentó en un 10.9% como motivo de consulta. (Oliva, et al., 2017)

Según los datos obtenidos el 23% los niños/as que acuden al Centro de Salud presentan dificultad para alimentarse como signo de alarma, además se identifica que el 11% de los niños/as presentan como signo de alarma el vómito, se observa que el 10% de los niños/as presentan antecedentes patológicos personales (anemia, desnutrición, retraso del desarrollo psicomotor y enfermedades eruptivas), el 4% de los niños/as presentan somnolencia y ninguno de los casos presentó convulsiones, no se encontraron estudios con datos estadísticos para compararlos con cada una de las respectivas variables, por lo que se sugiere que se realicen más proyectos de investigación similares a este.

En este gráfico se identifica que del 100% de los niños/as que acuden al Centro de Salud Morete Puyo ninguno ha muerto; la OMS afirma que el 35% de la morbilidad en el mundo se dará por causas ambientales, en Nicaragua la mortalidad infantil disminuyó en un 59%, y en el caso de Ecuador, UNICEF informó que la tasa de mortalidad en menores de 5 años es de 24 por mil nacidos vivos, inferior a la de Perú y Bolivia, y superior a la de Venezuela y Chile. En la actualidad, el país presenta una tendencia a la reducción de la mortalidad de menores de 5 años lo cual hace pensar sí se puede, cumplir con la meta 4 de los ODM. (USAID, 2014)

CONCLUSIONES

El Centro de Salud Morete Puyo recibe en el Servicio de Urgencias, gran número de pacientes pediátricos, siendo mayor el porcentaje de lactantes menores que acuden. En su mayoría el motivo de consulta ha sido la fiebre, cuya etiología no necesariamente es infecciosa, pudiendo ser causada por causas inmunológicas, alérgicas, sin embargo, representa causa de angustia en la mayoría de los padres.

En cuanto a la recolección de información, los datos obtenidos han sido adecuados según la información brindada por los padres, lo que resalta la importancia de educación a la familia en términos de salud y enfermedad, los formularios con datos incompletos se excluyeron de este estudio, se observó la falta de antecedentes patológicos personales, signos vitales y diagnóstico.

Según los datos obtenidos en la mayoría de pacientes se establece un diagnóstico adecuado que concuerda con las clasificaciones establecidas en AIEPI. En cuanto a tratamiento, el 79% de niños/as que acuden al Centro de Salud Morete Puyo reciben un tratamiento adecuado con antibióticos, el porcentaje restante varía en cuanto a la dosis y el tiempo de antibioticoterapia.

La capacitación a los profesionales de salud es eficaz y necesaria, ya que el desconocimiento de la actualización de la estrategia AIEPI puede llevar a un incumplimiento del tratamiento.

RECOMENDACIONES

La estrategia AIEPI herramienta fundamental para la atención de niños y niñas, que reduce la morbi-mortalidad, pero debido a la falta de tiempo y capacitación esta no se cumple influyendo en la calidad de atención, por ende se insiste en una correcta capacitación, para el adecuado llenado de las hojas 028B del AIEPI al igual que en las historias clínicas.

Se recomienda que el personal de salud que brinda atención enfatice en la identificación precoz de los cuatro signos generales de peligro que clasifican a una patología como enfermedad muy grave, y además informen y eduquen a los padres sobre los factores de riesgo y signos de peligro en niños menores de 5 años para que acudan inmediatamente al centro de salud y así prevenir y disminuir la morbilidad y mortalidad infantil.

Se sugiere que se realicen estudios en padres de niños/as menores de 5 años acerca del conocimiento que tienen sobre los signos de peligro en niños/as, y si saben identificarlos, para que de esta manera acudan al servicio de urgencias si los niños presentan signos de peligro, caso contrario deberían ser atendidos por consulta externa.

Es importante que se realicen visitas domiciliarias a las niñas y niños que fueron diagnosticados de EDA, para la pronta recuperación y prevención de EDA (enfermedad diarreica aguda) de manera repetida en los mismos niños/as.

De acuerdo a la investigación realizada se sugiere que la universidad siga promoviendo la creación de otros estudios similares a fin de conocer problemáticas en torno con las variables relacionadas, a fin de seguir preparando a los profesionales de salud con un enfoque integral en el primer nivel de atención.

BIBLIOGRAFÍA

- ACOSTA, et al.. Pontificia Universidad Católica Del Ecuador Su Asociación Con Variables Demográficas De Las Poblaciones De Referencia En El Año 2013 Disertación Previa a La Obtención Del Título De Médico Cirujano Autores. 2014. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12661/Trabajo%20de%20titulaci%C3%B3n.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- AGUILERA, et al.. Sibilancias tempranas recurrentes y factores de riesgo para el desarrollo futuro de asma. *Alergia, asma e inmunología pediátrica*.2016. Vol. 25, pp. 12-23. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/alergia/al-2016/al161c.pdf>.
- AGUILERA, et al.. Patología tropical importada. *Pediatría Integral*. 2018. Vol. 22, n° 6, pp. 271-281.
- AGUSTÍN, et al.. ¿Por qué acuden los niños a urgencias? *Nuberos Científica*. 2017. N° 1, pp. 36-40.
- ÁLVAREZ. UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR La Universidad Católica de Loja. . 2012. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/17796>
- BERTILLE, et al..Managing fever in children: A national survey of parents' knowledge and practices in France.2013. Vol. 8, n 12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24391772>
- BJORNSON, et al.. Acute croup in children. 2013. Vol. 185, n° 15, pp. 1-13.
- CAMPOS, et al.. Otitis media aguda y crónica, una enfermedad frecuente y evitable. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. 2014. Vol. 57, n° 1, pp. 5-14.
- CARMONA, et al.. Prácticas clave y conocimientos maternos de la Estrategia AIEPI en el Ambiente Comunitario. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2018. Vol. 35, n° 3, pp. 432-443.
- DELPINO, et al.. Sarampión: la enfermedad, epidemiología, historia y los programas de vacunación en Chile. *Revista chilena de infectología*. 2015. Vol. 32, n° 4, pp. 417-429.
- DIAZ, et al..Diarrea aguda: epidemiología, concepto, clasificación clínica. *Archivos Venezolanos de Puericultura Y Pediatría*. 2014. Vol. 77, n° 1, pp. 29-40.
- GME. Política de secciones para la gaceta médica espiritana. . 2013. Vol. 3, pp. 8.
- GONZALEZ, et al.. Percepción de urgencias médicas en un hospital pediátrico privado. *Revista medica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2015. Vol. 53, n° 6, pp. 710-714.
- GPC. Guía de Práctica Clínica Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Anemia por deficiencia de hierro en niños y adultos.*GPC Cenetec*. 2009. Vol. IMSS-191-1,Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/415_IMSS_10_Anemia_def_

hierro_May2a/EYR_IMSS_415_10.pdf

GUAMÁN, et al.. “ Identificación de signos y síntomas de gravedad en relación al componente eda aplicando la estrategia AIEPI en niños de 2 meses a 5 años de edad . 2016. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23536/1/Tesis%20%20Pregrado.pdf>

MAROM, et al.. Contemporary approaches to upper respiratory tract infections. *Contemporary Approaches to Upper Respiratory Tract Infections*. 2016. N° February, pp. 2-4.

MARTÍNEZ. Denguerijillo. 2008. Vol. 22, n° 64, pp. 33-52.

MOSQUERA, et al.. Gastroenteritis aguda. Deshidratación. *Pediatría Integral*. 2011. Vol. 15, n° 1, pp. 54-60.

MPS, Colombia. Guía para la atención y la consejería de la niñez en la familia. . 2010. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/GUIA-PARA-LA-ATENCION-DE-LA-NINEZ-EN-LA-FAMILIA.pdf>

MSP. 11.pdf. *AIEPI. Cuadros de procedimientos*.2019.

NICE GUIDELINES. Bronchiolitis in children : diagnosis and management. (*National Institute for Health and Clinical Excellence*). 2015. N° June, pp. 1-30.

OPS. Guía para formular El Plan Operativo de Salud Infantil: La Estrategia AIEPI. 2008. pp. 122.

PIÑEIRO, et al.. Adecuación del diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda a las guías actuales *Pediatr. aten. prim.* 2016. Vol. 18. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1139-76322016000400007&lng=es&nrm=iso&tlng=en

RALSTON, et al.. Clinical Practice Guideline: The Diagnosis, Management, and Prevention of Bronchiolitis. *Pediatrics*. 2014. Vol. 134, n° 5, Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25349312>

SUÁREZ, et al.. Efectividad terapéutica de la amoxicilina en la neumonía adquirida en la comunidad en edades pediátricas. 2017. Vol. 89, pp. 1-15.

USAID. Guía de intervenciones basada en evidencias que reducen morbilidad y mortalidad perinatal y neonatal. . 2014. pp. 1-144.

YALDA. Etiología y manejo de la gastroenteritis aguda infecciosa en niños y adultos. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2014. Vol. 25, n° 3, pp. 463-472.

ANEXOS

Anexo A: Formulario 028b del AIEPI 2019

FORMULARIO 028B (EXTRACTO): NIÑO o NIÑA DE 2 MESES A MENOS DE 5 AÑOS:											
Nombre:		Edad:		Sexo:		Etnia:		Peso:		Talla:	P/T:
C. MOTIVO DE CONSULTA											
1ra consulta		Consulta reevaluación									
D. AIEPI (referirse a las páginas del documento AIEPI 2017)											
1. Signos de peligro en general (p.6)	Si	No	2. Tos o dificultad respiratoria (p.6)	Si	No	3. Diarrea (p.8)	Si	No			
4. Fiebre (p.9)	Si	No	5. Problema del oído (p.11)	Si	No	6. Problema de garganta (p.11)	Si	No			
7. Verificó crecimiento (p.12)	Si	No	7.1. Desnutrición aguda (p.12)	Si	No	7.2. Sobrepeso / Obesidad (p.12)	Si	No			
			7.3. Talla baja (p.13)	Si	No	7.4. Tendencia crecimiento apropiada (P.13)	Si	No			
8. Evaluó anemia (p.14)	Si	No	9. Requiere administración (p.14)			9.1. Vitamina A	Si	No			
10. Otros problemas (p.15)	Si	No				9.2. Micronutrientes en polvo	Si	No			
11. Evaluó maltrato infantil (p.14)	Si	No				9.3. Hierro	Si	No			
12. Evaluó desarrollo psicomotor (p.16)	Si	No				9.4. Albendazol	Si	No			
13. Evaluó vacunas (p.16)	Si	No	Evaluó alimentación (p.34) si: niño(a) tiene <2 años, desnutrición aguda o moderada, talla baja, tendencia de crecimiento inapropiada o anemia	Si	No						
14. Evaluó salud oral (p.18)	Si	No	Riesgo social (p. 90)	Si	No						
E. Resumen de los hallazgos (signos y síntomas)							CLASIFICACION(ES) AIEPI				
K. Plan de tratamiento											

Anexo B: Formulario de Google Drive

“ESTRATEGIA AIEPI: IDENTIFICACIÓN DE LOS SIGNOS DE PELIGRO DE PATOLOGÍAS PREVALENTES EN PACIENTES DE 2 MESES A 5 AÑOS, CENTRO DE SALUD MORETE PUYO EN EL PERÍODO OCTUBRE 2018 – ENERO 2019”

EL PRESENTE FORMULARIO BUSCA RECOPIRAR LOS PRINCIPALES SIGNOS DE PELIGRO DEL AIEPI 2017 RECONOCIDOS EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD MORETE PUYO

*Obligatorio

EDAD *

Elegir ▼

GÉNERO *

Masculino

Femenino

ETNIA *

Elegir ▼

SIGNOS DE PELIGRO *

No puede beber o tomar del pecho

Vómito

Convulsiones

Somnoliento

Dificultad respiratoria

Hipotonía muscular

Palidez

Cianosis

Fiebre

Diarrea

DIFICULTAD PARA ALIMENTARSE *

Sí

No

VÓMITO *

Sí

No

CONVULSIONES *

Sí

No

SOMNOLIENTO *

Sí

No

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES *

Elegir



MUERTE *

Sí

No

ENVIAR