



Ministerio de Salud y Protección Social

Enfermedad Diarreica Aguda

Iván Francisco Álvarez Orozco

Pediatra Neumólogo

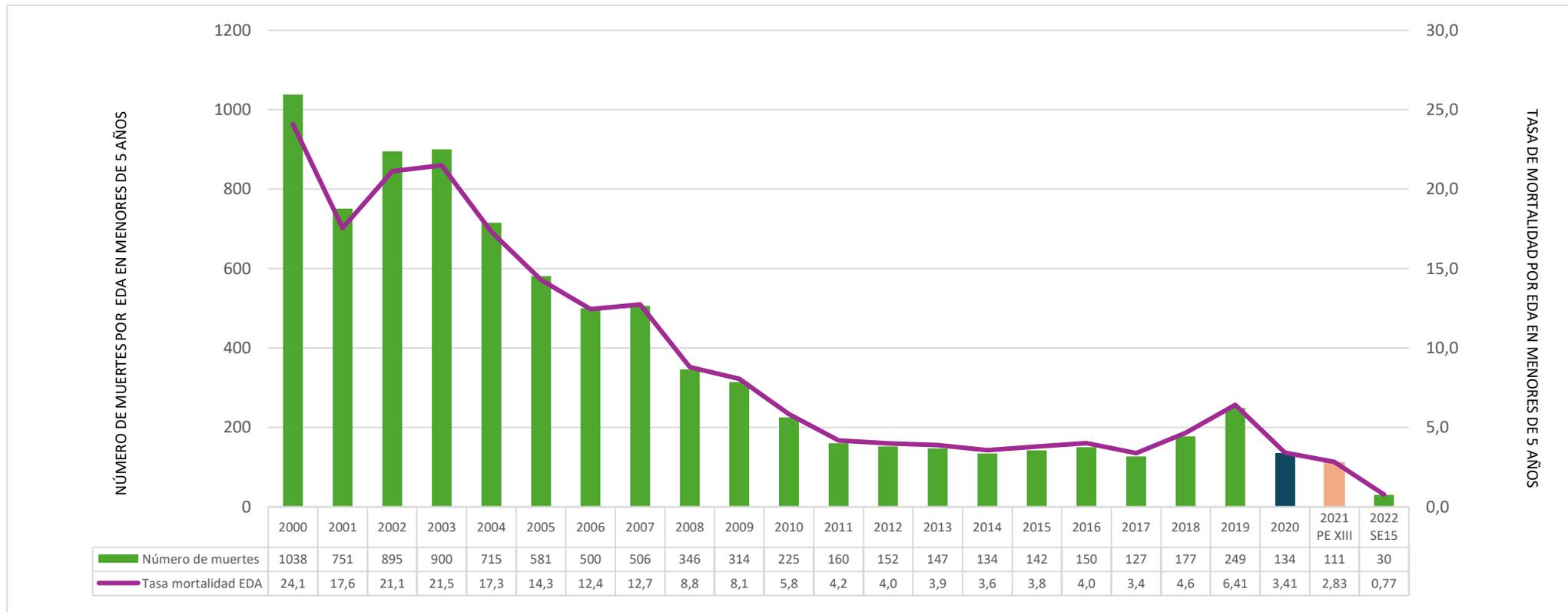
Referente del ministerio de salud de programa de IRA y EDA

Agenda

- Impacto de la Enfermedad Diarreica Aguda
- Aspectos claves
- Recomendaciones para la prevención, tratamiento y seguimiento
- Mensajes finales estado del arte

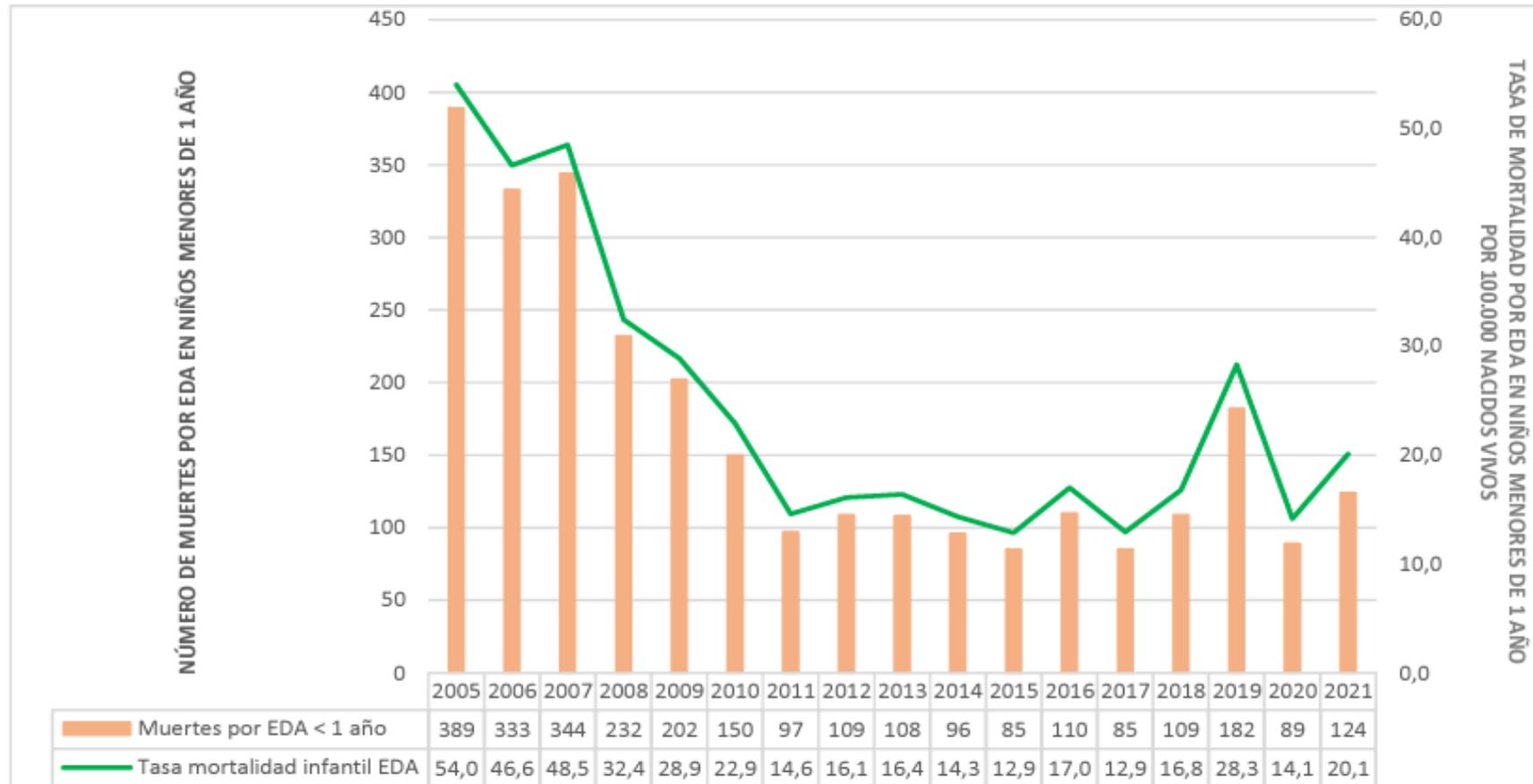
Impacto de la Enfermedad Diarreica Aguda

Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en menores de 5 años 2000 -2022 SE15 en Colombia



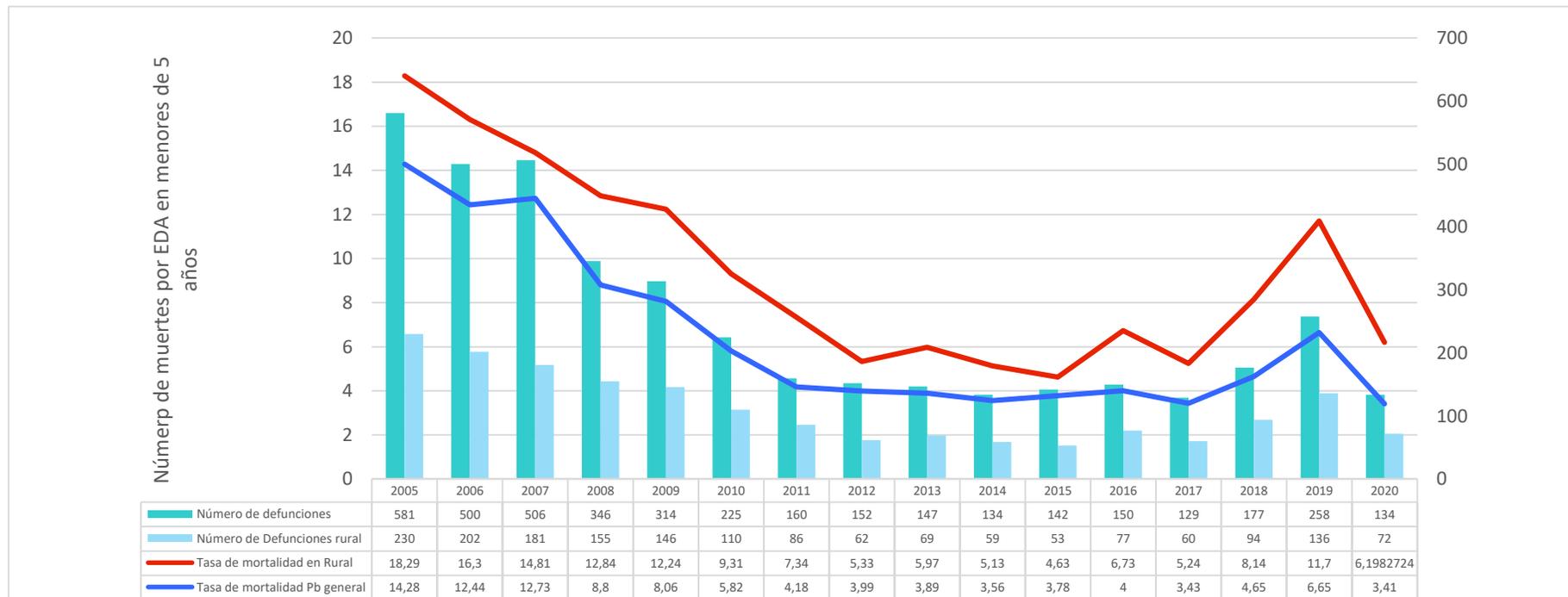
Fuente: Elaboración propia de MSPS EEVV- DANE-SIVIGILA-INS

Ilustración 7. Mortalidad por EDA en niños menores de 1 año. Colombia. 2005 a 2021.



Fuente: Elaboración propia MSPS. Datos DANE defunciones no fetales, Proyecciones poblacionales DANE 2021. Tasa medida por 100.000 menores de 1 año.

Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en menores de 5 años Zona Rural 2005 - 2020 en Colombia



Aspectos claves en Enfermedad Diarreica Aguda



¿Cómo se define la Enfermedad Diarreica Aguda?

- Presencia de heces líquidas o acuosas.
- Asociada a un aumento de la frecuencia (al menos 3 en 24 horas)
- Puede ir acompañada de vómito y/o fiebre.
- Duración menor a 14 días.

Factores de riesgo para que los niños menores de cinco años desarrollen EDA:

- Ausencia de lactancia materna o suspensión precoz de ésta, en episodios de diarrea previos
- Edad del niño entre 6 y 11 meses
- Tabaquismo en el hogar
- Uso de agua visiblemente contaminada para consumo y preparaciones de alimentos en el hogar
- Anemia o desnutrición en cualquier grado.

Factores de riesgo para que los niños menores de cinco años desarrollen EDA:

- Contacto cercano con un paciente con diarrea
- Viajes a sitios con alta incidencia de diarrea
- Ausencia de inodoros o inadecuada eliminación de excretas y basuras en el hogar
- Madre menor de 20 años, o que desconoce los factores de riesgo, o que padece de depresión
- Presencia de moscas en el hogar del niño.

Factores de riesgo de muerte por EDA

- Tener edad menor a 3 meses,
- Edemas en miembros inferiores,
- Diarrea invasora o diarrea prolongada,
- Índices antropométricos por debajo de -2 DE
- Proceso infeccioso mayor asociado (neumonía, sepsis o infecciones neurológicas)
- Antecedente de hospitalización previa por EDA.
- Deshidratación grave.

Diarrea persistente

- 14 días a 3 meses en mayores de 2 años

Diarrea Crónica

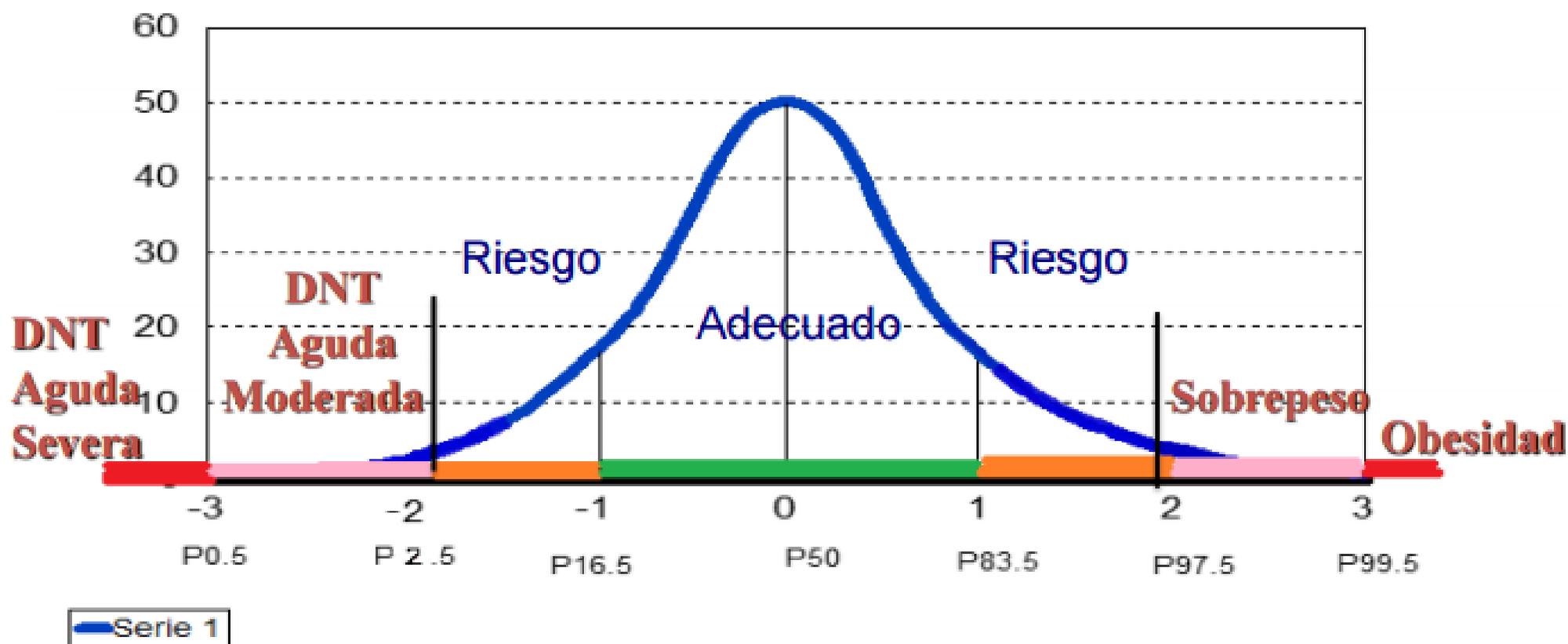
- Mayor de 3 meses

Factores de riesgo para deshidratación por EDA

- Suspender la lactancia materna durante la enfermedad
- Edad menor de 1 año (principalmente menor de 6 meses)
- Antecedente de bajo peso al nacer (peso menor de 2.500 gr)
- Tener **diez o más deposiciones diarreicas en las últimas 24 horas.**
- **5 o más vómitos en las últimas 4 horas.**
- Índices antropométricos por debajo de -2 DE (**DESNUTRICION**)
- Hacinamiento en el hogar del niño
- Falta rutinaria de higiene de manos del niño y de sus cuidadores
- Infección por rotavirus.

PRINCIPALES DIFERENCIAS EN DENOMINACIÓN Y PUNTOS DE CORTE EN MENORES DE 5 AÑOS

Areas de la curva normal



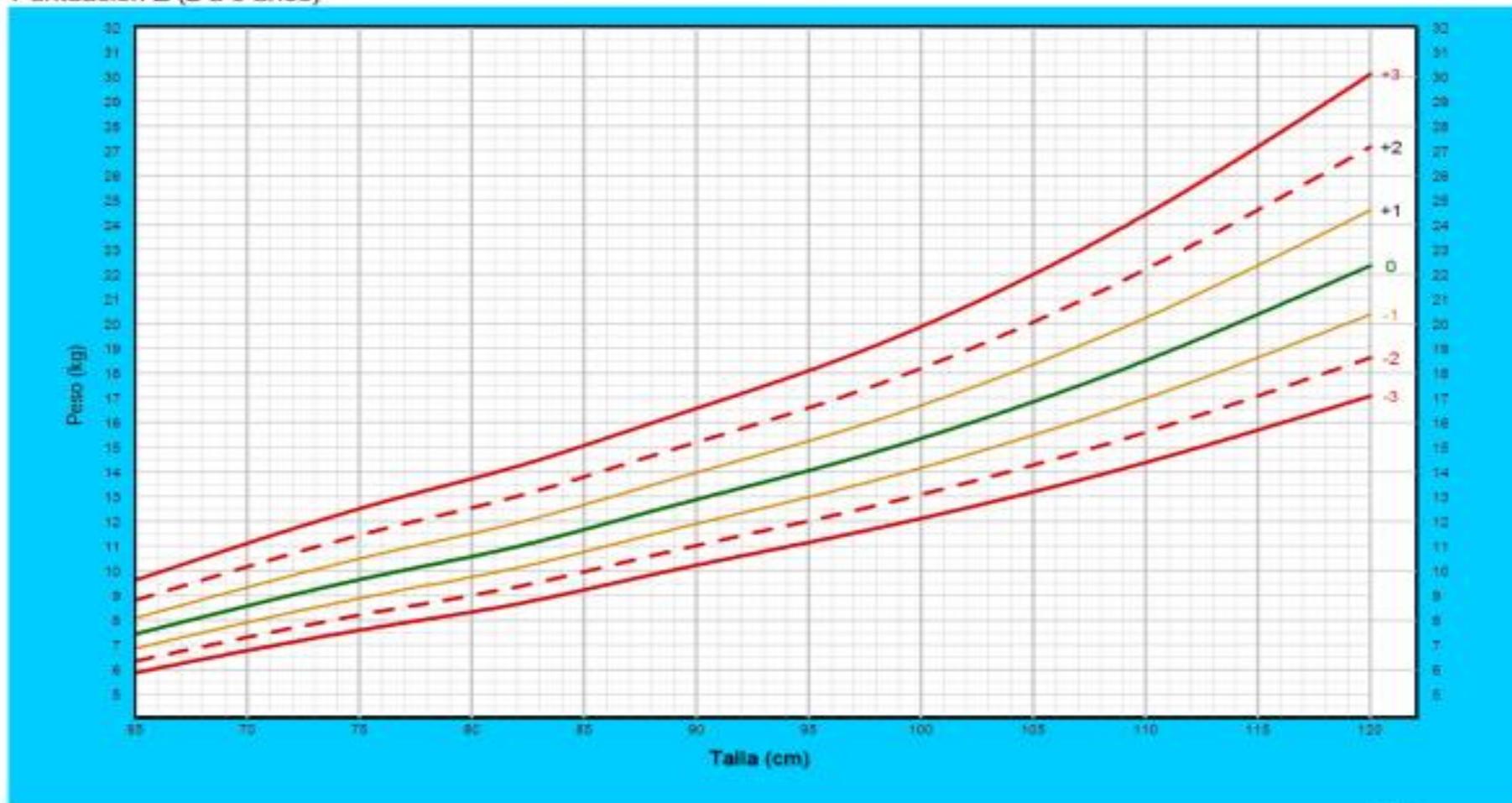
DISEÑO DE LAS GRÁFICAS

- MEDIANA línea verde, gruesa, marcada como 0
- + 1 y - 1 DE línea amarilla
- +2 y - 2 DE línea punteada roja
- +3 y - 3 DE línea roja continua



Peso para la Talla Niños

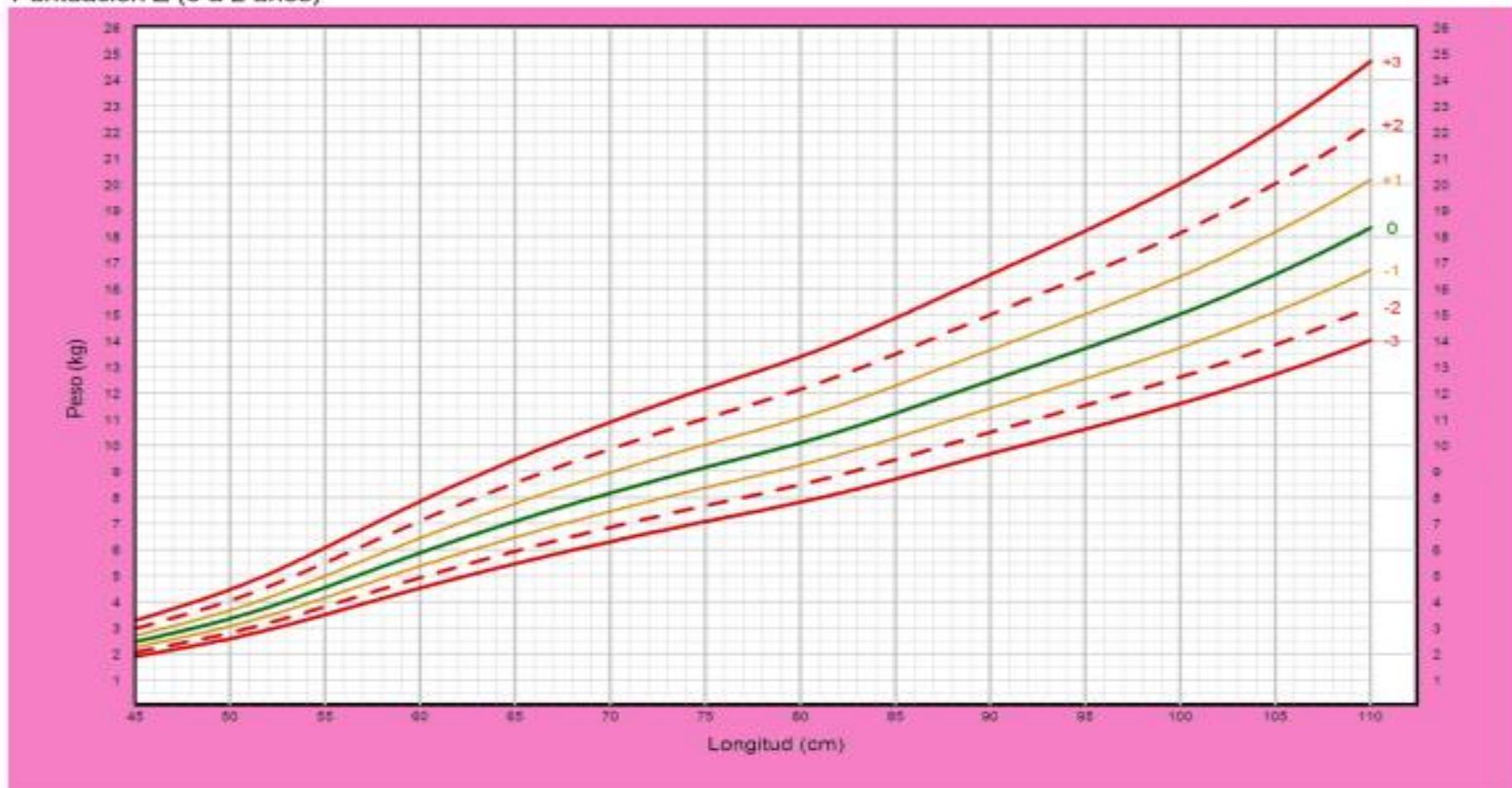
Puntuación Z (2 a 5 años)





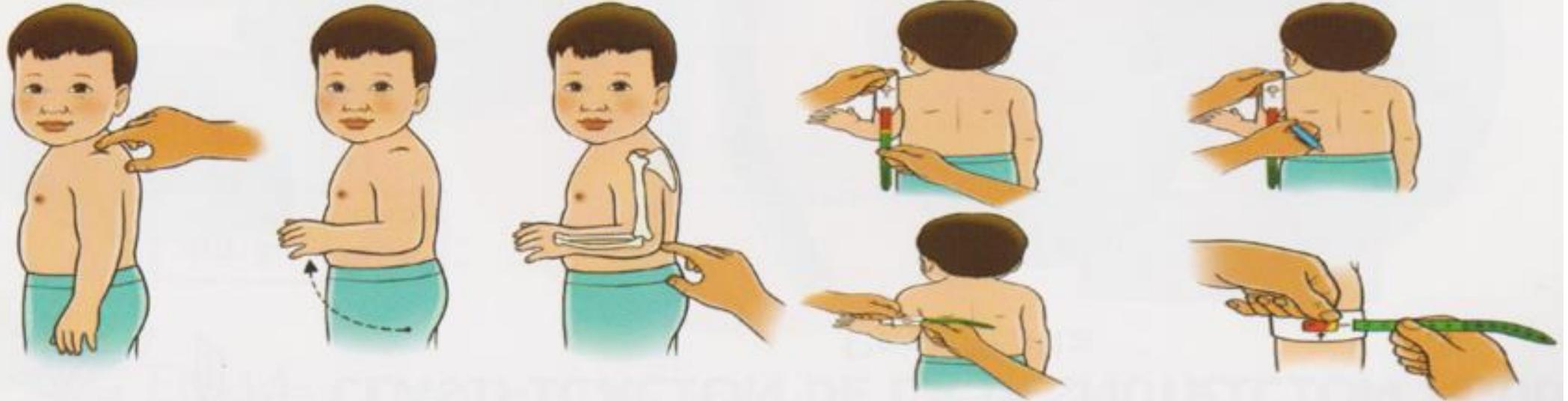
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



Detección de casos de niños y niñas menores de 5 años con Desnutrición

Técnica para tomar la medida del perímetro braquial.



**Rojo: Desnutrición
Aguada Severa.
Menor de 11.5 cm**

Factores protectores

Lactancia materna
exclusiva

Mayor educación
materna

Suplemento
regular de agua

Uso de inodoro
con tubos de agua
residuales

Uso de jarras con
tapa

Uso de agua
hervida

Hervir chupo y
tetero

Cocinar bien
alimentos de
riesgo

Usar agua con
cloro para limpieza
de alimentos

Agentes etiológicos

| Agente etiológico | Frecuencia (%) |
|------------------------------|----------------|
| Rotavirus | 18-49 |
| Astrovirus | 2,5-2,9 |
| Adenovirus | 1,26-2,3 |
| Salmonella | 2,0 -11,5 |
| Shigella | 1,3-3,5 |
| E coli spp | 13-14,7 |
| ECEP | 4,2-8,6 |
| Campylobacter | 2,3-5,8 |
| G lamblia | 2,7-12,4 |
| E histolytica | 2,8-6,9 |
| Ningún patógeno identificado | 16,8-45 |

TABLE 1. Clinical Features of Infection With Selected Diarrheal Pathogens

| Pathogens | Clinical Features | | | | | |
|---|-------------------|-------|--------------------------------|------------------|---------------------|--------------|
| | Abdominal Pain | Fever | Fecal Evidence of Inflammation | Vomiting, Nausea | Heme-positive Stool | Bloody Stool |
| <i>Shigella</i> | ++ | ++ | ++ | ++ | +/- | + |
| <i>Salmonella</i> | ++ | ++ | ++ | + | +/- | + |
| <i>Campylobacter</i> | ++ | ++ | ++ | + | +/- | + |
| <i>Yersinia</i> | ++ | ++ | + | + | + | + |
| <i>Norovirus</i> | ++ | +/- | - | ++ | - | - |
| <i>Vibrio</i> | +/- | +/- | +/- | +/- | +/- | +/- |
| <i>Cyclospora</i> | +/- | +/- | - | + | - | - |
| <i>Cryptosporidium</i> | +/- | +/- | + | + | - | - |
| <i>Giardia</i> | ++ | - | - | + | - | - |
| <i>Entamoeba histolytica</i> | + | + | +/- | +/- | ++ | +/- |
| <i>Clostridium difficile</i> | + | + | ++ | - | + | + |
| Shiga toxin-producing <i>Escherichia coli</i> (including O157:H7) | ++ | 0 | 0 | + | ++ | ++ |

-, Not common; +, occurs; +/-, variable; ++, common; 0, atypical/often not present.

¿En qué casos solicitar un coprológico o coproscópico?

- EDA de más de 7 días de duración.
- Diarrea con sangre.
- En este último caso se recomienda también solicitar coprocultivo.

TABLE 2. Assessment of Dehydration Using the “Dhaka Method”

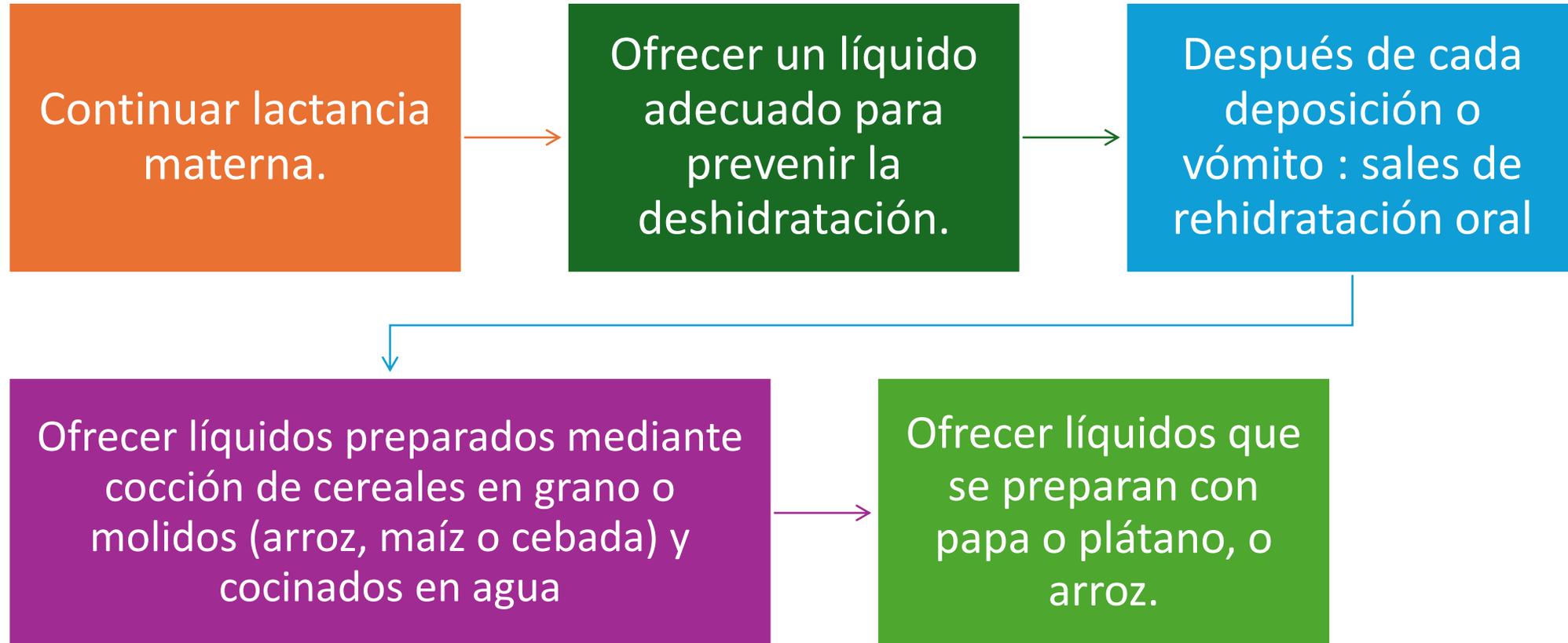
| Assessment | Plan A | Plan B | Plan C |
|-------------------|--|--|---|
| General condition | Normal | Irritable/less active* | Lethargic/comatose* |
| Eyes | Normal | Sunken | — |
| Mucosa | Normal | Dry | — |
| Thirst | Normal | Thirsty | Unable to drink* |
| Radial pulse | Normal | Low volume* | Absent/uncountable* |
| Skin turgor | Normal | Reduced* | — |
| Diagnosis | No dehydration | Some dehydration At least 2 signs, including at least 1 key sign (*) are present | Severe dehydration Signs of “some dehydration” plus at least 1 key sign (*) are present |
| Treatment | Prevent dehydration Reassess periodically | Rehydrate with ORS solution unless unable to drink Frequent reassessment | Rehydrate with intravenous fluids and ORS More frequent reassessment |

*Key signs.

ORS indicates oral rehydration salts.

Recomendaciones para el tratamiento y seguimiento

Tratamiento adecuado para la diarrea



¿Cómo prevenir la deshidratación?

Recomendación

Se recomienda ofrecer un líquido adecuado para prevenir la deshidratación en niños con diarrea, después de cada deposición así:

En menores de dos años, 50 a 100 mL

En niños de dos años o más, 100 a 200 mL

Se considerarán líquidos adecuados para tal efecto:

Sales de Rehidratación Oral

Líquidos preparados mediante cocción de cereales en grano o molidos (arroz, maíz o cebada) y cocinados en agua, o aquellos que se preparan con papa o plátano, o arroz*

Agua, siempre y cuando, se combine con la dieta habitual, que incluya alimentos con almidón (papa, yuca, ñame o maíz), preparados de preferencia con sal.

Recomendación: Fuerte a favor

*Se anexan recetas de líquidos adecuados de preparación en el hogar basados en alimentos (papa, arroz y plátano), para prevenir la deshidratación

Recomendación

No se recomienda administrar los siguientes líquidos durante un episodio diarreico:

Bebidas carbonatadas (como gaseosas o refrescos de soda)

Bebidas rehidratantes para deportistas

Soluciones orales de electrolitos con menos de 40 mmol/L de sodio en su composición

Solución de agua, sal y azúcar

Recomendación: Fuerte en contra

Tratamiento adecuado para la diarrea

Énfasis en:

- No administrar bebidas con alto contenido de azúcar, como los refrescos endulzados, bebidas gaseosas, bebidas hidratantes para deportistas, jugos de frutas preparados industrialmente (de caja o botella de cualquier marca).
- No administrar antibióticos debido a que el 90% de la EDA es viral.

Recomendaciones

Se recomienda hospitalizar a los niños con:

Deshidratación grave o con signos choque (disminución del nivel de conciencia, piel pálida o moteada, extremidades frías, taquicardia, taquipnea, pulsos periféricos débiles, tiempo de llenado capilar prolongado y/o hipotensión).

Alteraciones neurológicas (somnolencia, letargia o crisis convulsivas).

Vomito persistente e incoercible que impide la Terapia de Rehidratación Oral.

Síntomas que sugieran una enfermedad grave como un proceso abdominal quirúrgico.

Niños que vuelven a consultar por deshidratación durante el mismo episodio diarreico (reingreso por deshidratación)-

Niños con sospecha de deshidratación hipernatrémica (presencia de movimientos de mandíbula, incremento en el tono muscular, hiperreflexia, convulsiones, adormecimiento y coma)

Niños con factores de riesgo para muerte: edemas en miembros inferiores, la presencia de un proceso infeccioso mayor asociado, presencia de neumonía, sepsis o infecciones neurológicas.

Cuidadores que no pueden proveer un adecuado cuidado en casa.

Recomendación: Fuerte a favor

Se recomienda hospitalizar a los niños con:

Deshidratación grave o con signos choque, tales como disminución del nivel de conciencia, piel pálida o moteada, extremidades frías, taquicardia, taquipnea, pulsos periféricos débiles, tiempo de llenado capilar prolongado y/o hipotensión.

Alteraciones neurológicas (somnolencia, letargia o crisis convulsivas).

Vomito persistente e incoercible que impide la Terapia de Rehidratación Oral (TRO)

Síntomas que sugieran una enfermedad grave como un proceso abdominal quirúrgico.

Niños que vuelven a consultar por deshidratación durante el mismo episodio diarreico (reingreso por deshidratación)

Niños con sospecha de deshidratación hipernatrémica (presencia de movimientos de mandíbula, incremento en el tono muscular, hiperreflexia, convulsiones, adormecimiento y coma)

Niños con algunos factores de riesgo para muerte detallados anteriormente como edemas en miembros inferiores, la presencia de un proceso infeccioso mayor asociado (presencia de neumonía, sepsis o infecciones neurológicas)

Recomendación: Fuerte a favor



Recomendación

Se recomienda realizar la rehidratación por vía oral a los niños menores 5 años con EDA y algún grado de deshidratación con Sales de Rehidratación Oral de baja osmolaridad, con concentración de sodio entre 75 y 84 mmol/L y osmolaridad total entre 240 y 250 mOsm/
Recomendación: Fuerte a favor

Recomendación

Se recomienda realizar la rehidratación por vía oral en los niños menores 5 años con EDA y algún grado de deshidratación con Sales de Rehidratación Oral de baja osmolaridad, usando los siguientes volúmenes:
Ofrecer entre 50 y 100 ml/kg durante 2 a 4 horas.
Las Sales de Rehidratación Oral deben ofrecerse frecuentemente, a libre demanda, en cantidades pequeñas y con cuchara.
Se puede considerar el uso de la sonda nasogástrica si el niño no es capaz de beber o vomita de forma persistente, administrar el mismo volumen en 4 horas por esta vía.
Se recomienda monitorizar la rehidratación oral de forma regular, cada hora.
Recomendación: Fuerte a favor

Recomendación

En los niños menores 5 años con EDA y algún grado de deshidratación se recomienda definir el fracaso de la hidratación oral cuando el niño:
Tiene gasto fecal elevado que impide la Terapia de Rehidratación Oral (el alto volumen y frecuencia de las deposiciones impide la hidratación, a pesar de que se ha administrado adecuadamente las Sales de Rehidratación Oral)
Ingesta insuficiente de Sales de Rehidratación Oral por somnolencia
Vómito incoercible
Recomendación: Fuerte a favor

Recomendación

En los niños menores 5 años con EDA y algún grado de deshidratación se recomienda no iniciar la terapia de rehidratación oral en caso de (contraindicaciones de la Terapia de Rehidratación Oral):

Distensión abdominal con íleo paralítico

Sospecha de cuadro agudo de abdomen quirúrgico

Alteración del estado de conciencia o presencia de convulsiones

Recomendación: Fuerte a favor

Recomendación

En los niños menores 5 años con EDA y algún grado de deshidratación se recomienda utilizar la rehidratación endovenosa únicamente cuando se detecta:

Deshidratación grave

Fracaso en la Terapia de Rehidratación Oral

Al menos una contraindicación de la Terapia de Rehidratación Oral o de la vía nasogástrica

Recomendación: Fuerte a favor

Recomendación

Se recomienda utilizar lactato de Ringer o solución poli-electrolítica, en los niños menores 5 años con EDA y algún grado de deshidratación, en los que se decidió la rehidratación endovenosa. En ausencia de estas soluciones, utilizar cloruro de sodio al 0,9%, con el fin de corregir el déficit.

Recomendación: Fuerte a favor

Recomendación

Se recomienda terminar la rehidratación vía oral con Sales de Rehidratación Oral, en los niños menores 5 años con EDA y algún grado de deshidratación, en los que se decidió la rehidratación endovenosa, si se utiliza lactato de Ringer o solución de cloruro de sodio al 0,9%, cuando sea posible.

Recomendación: Fuerte a favor

Recomendación

Se recomienda reponer 25 mL/Kg por cada hora, hasta alcanzar la hidratación en los niños menores 5 años con EDA y algún grado de deshidratación, en los que se decidió la rehidratación endovenosa. Lo que habitualmente se obtiene en dos a cuatro horas (50 a 100 mL/Kg). Los niños deben ser evaluados clínicamente cada hora hasta obtener la hidratación.

Recomendación: Fuerte a favor

Tabla 2. Soluciones comunes en Colombia de uso endovenoso para hidratar

| Solución | Sodio (mmol/L) | Potasio (mmol/L) | Cloruro (mmol/L) | Base (mmol/L) | Glucosa (mmol/L) |
|--|----------------|------------------|------------------|-----------------|------------------|
| Lactato de Ringer o Solución Hartmann | 130 | 4 | 109 | 28 (Lactato) | 0 |
| Polielectrolítica (Solución Pizarro o 90) | 90 | 20 | 80 | 30 (Acetato) | 140 |
| Cloruro de sodio 0,9% o Solución Salina Normal | 154 | 0 | 154 | 0 | 0 |

Fuente: Elaboración propia del GDG

¿Cuándo?

| Recomendación |
|---|
| <p>Se recomienda dar antimicrobianos a los niños menores 5 años con EDA que presenten las siguientes condiciones clínicas: Sospecha o confirmación de bacteriemia o sepsis. Sospecha de infección por <i>Vibrio cholerae</i> en el contexto de un brote detectado de cólera en la región. Diarrea con sangre, fiebre alta (mayor o igual a 39°C) y regular estado general, o diarrea con sangre y no tengan opción de reevaluación clínica en 48 horas. Recomendación: Fuerte a favor</p> |
| <p>Se recomienda dar antimicrobianos a los niños menores de 5 años con EDA que presenten detección o aislamiento de: <i>Shigella</i> spp, <i>Giardia lamblia</i> o <i>intestinalis</i> o <i>E. histolytica</i> (trofozoítos o complejo <i>E. dispar/histolytica</i>) <i>Salmonella</i> spp, sólo si son pacientes con riesgo de bacteriemia (menores de 6 meses, asplenia funcional o anatómica, infección por VIH/SIDA, enfermedad crónica del tracto gastrointestinal, hemoglobinopatía, en tratamiento inmunosupresor, desnutridos moderados o graves o inmunocomprometidos) Recomendación: Fuerte a favor</p> |
| <p>Se recomienda para la elección del antimicrobiano, en los niños menores 5 años con EDA, tener siempre en cuenta la flora bacteriana local o regional y sus patrones de susceptibilidad antimicrobiana, si se tiene acceso a un reporte confiable de ellos. Recomendación: Fuerte a favor</p> |
| <p>Se recomienda utilizar ácido nalidixico (opción terapéutica empírica de primera línea) en dosis de 50 a 60 mg/Kg por día por 7 días, cuando esté indicado dar antimicrobiano a los niños menores de 5 años con EDA. Recomendación: Fuerte a favor</p> |
| <p>Se recomiendan como alternativas de segunda línea cefotaxime, ceftriaxone o ciprofloxacina cuando esté indicado dar antimicrobiano a los niños menores de 5 años con EDA. Se recomienda la administración intravenosa de estos antibióticos, cuyo uso debe restringirse al manejo intrahospitalario en los casos de niños con sospecha de bacteriemia y/o sepsis, o en quienes no mejoren con el medicamento de primera elección. Recomendación: Fuerte a favor</p> |
| <p>Se recomienda como primera elección metronidazol y como alternativas tinidazol o secnidazol, en los niños menores 5 años con EDA para los casos de <i>Giardia</i> y <i>Entamoeba histolytica</i>. Para los casos de sospecha o brote de cólera, se recomienda usar trimetoprim/sulfametoazol. Recomendación: Fuerte a favor</p> |

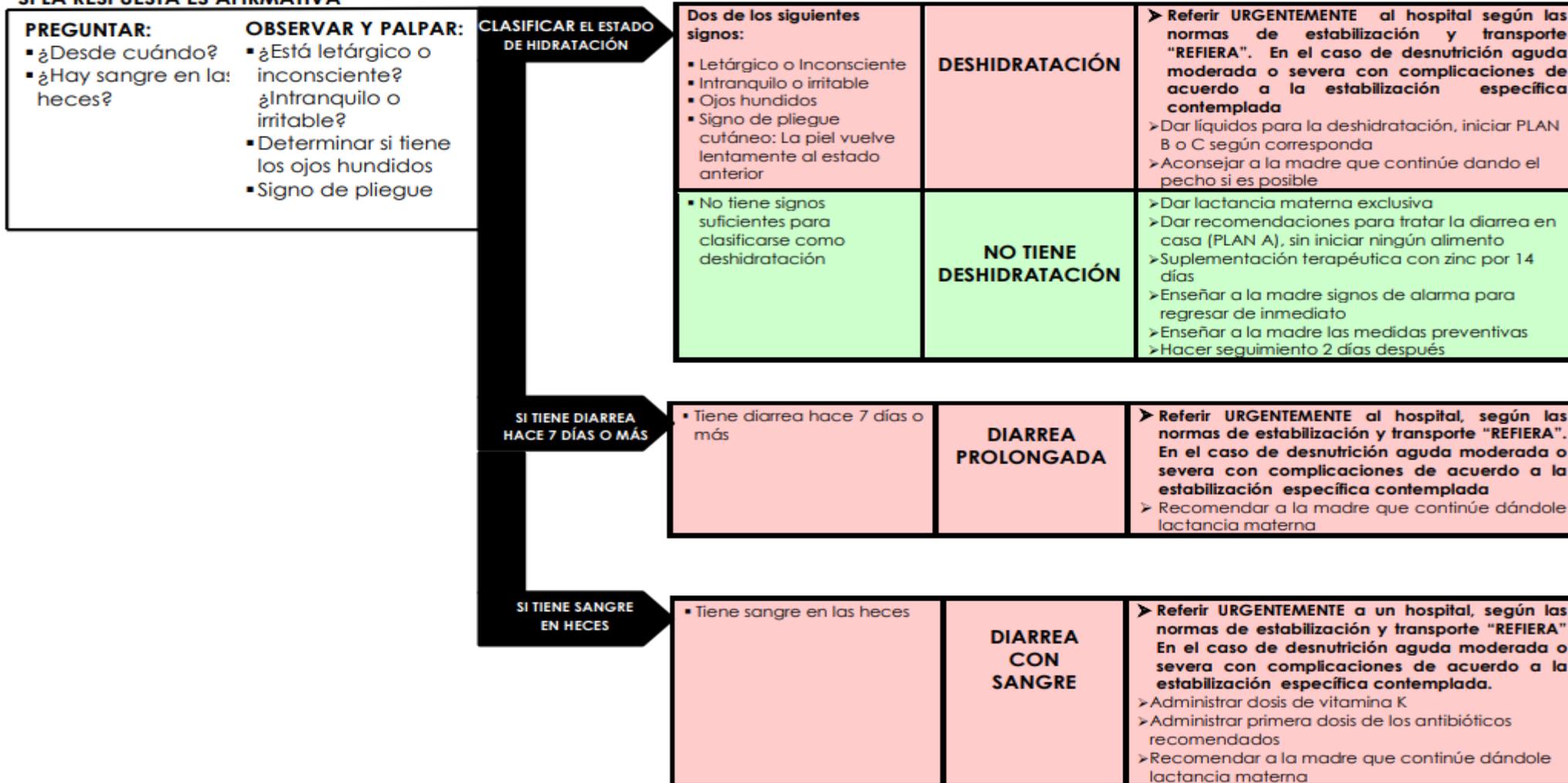


AIEPI
2017/2
018

4. EVALUAR Y CLASIFICAR AL MENOR DE 2 MESES CON DIARREA

PREGUNTAR: ¿TIENE EL LACTANTE DIARREA?

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA





AIEPI
Niños

2.2. ¿TIENE EL NIÑO DIARREA? SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA:

PREGUNTAR:

- ¿Cuánto tiempo hace?
- ¿Hay sangre en las heces?
- ¿Tiene vómito?
- ¿Cuántos vómitos ha tenido en las últimas 4 horas?
- ¿Cuántas deposiciones en las últimas 24 horas?
- ¿Cuántas en las últimas 4 horas?
- ¿Qué alimentos ha recibido el niño?
- ¿Qué líquidos ha recibido?
- ¿Ha recibido medicamentos?

OBSERVAR Y DETERMINAR:

- Estado general del niño: ¿Está alerta, intranquilo o irritable; letárgico o inconsciente?
- Los ojos están normales o hundidos.
- Cuando se le ofrece agua o solución de SRO para beber, ¿La toma normalmente o la rechaza; la toma con avidez o es incapaz de beber?
- La turgencia cutánea: ¿Se recupera el pliegue cutáneo de inmediato, lentamente o muy lentamente (más de 2 segundos)
- Estado nutricional

CLASIFICAR ESTADO DE HIDRATACIÓN

| | | |
|---|---|--|
| <p>Dos de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Letárgico o inconsciente ▪ Ojos hundidos ▪ No puede beber o bebe con dificultad ▪ El pliegue cutáneo se recupera muy lentamente (≥ 2 segundos) | <p>DIARREA CON DESHIDRATACIÓN GRAVE</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Si tiene otra clasificación grave: referir URGENTEMENTE al hospital según las normas de estabilización y transporte "REFIERA". En el caso de desnutrición aguda moderada o severa con complicaciones de acuerdo a la estabilización específica contemplada ➤ Si el niño no tiene otra clasificación grave: Hidratar como se describe en el PLAN C |
| <p>Dos de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intranquilo o irritable ▪ Ojos hundidos ▪ Bebe ávidamente con sed ▪ El pliegue cutáneo se recupera lentamente (< 2 segundos) | <p>DIARREA CON ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Si tiene otra clasificación grave referir URGENTEMENTE al hospital según las normas de estabilización y transporte "REFIERA", con la madre administrando SRO. En el caso de desnutrición aguda moderada o severa con complicaciones de acuerdo a la estabilización específica contemplada ➤ Hidratar como se describe en el PLAN B con SRO ➤ Suplementación terapéutica con zinc ➤ Continuar la lactancia materna ➤ Enseñar a la madre los signos de alarma para regresar de inmediato ➤ Consulta de control 2 días después si la diarrea continúa |
| <p>Uno de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diarrea de alto gasto • Vómito persistente • Rechazo a la vía oral | <p>DIARREA CON ALTO RIESGO DE DESHIDRATACIÓN</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Si tiene otra clasificación grave referir URGENTEMENTE al hospital según las normas de referencia, con la madre administrando SRO. En el caso de desnutrición aguda moderada o severa con complicaciones de acuerdo a la estabilización específica contemplada ➤ Dar SRO y alimentos en la institución, PLAN A SUPERVISADO ➤ Suplementación terapéutica con zinc ➤ Reevaluar mientras administra PLAN A, si persiste alto gasto o vomito o no recibe los líquidos remitir al hospital para tratamiento. ➤ Continuar la lactancia materna ➤ Enseñar a la madre los signos de alarma para regresar de inmediato ➤ Consulta de control 2 días después si la diarrea continúa |
| <p>No hay suficientes signos para clasificarse en ninguna de las anteriores</p> | <p>DIARREA SIN DESHIDRATACIÓN</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dar líquidos y alimentos para tratar la diarrea en casa PLAN A ➤ Suplementación terapéutica con zinc ➤ Enseñar a la madre los signos de alarma para volver de inmediato ➤ Consulta de control 2 días después si la diarrea continúa ➤ Enseñar medidas preventivas específicas |



| | | | |
|--|--|--|---|
| SI TIENE DIARREA HACE 14 DÍAS O MÁS | Uno de los siguientes signos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tiene deshidratación ▪ Edad menor de 6 meses | DIARREA PERSISTENTE GRAVE | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Referir al hospital siguiendo las normas de estabilización y transporte "REFIERA". En el caso de desnutrición aguda moderada o severa con complicaciones de acuerdo a la estabilización específica contemplada ➤ Tratar la deshidratación antes de enviar al hospital a menos que tenga otra clasificación grave ➤ Administrar dosis adicional de vitamina A ➤ Descartar VIH según protocolo. |
| | Todos los siguientes signos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ No tiene deshidratación ▪ Edad mayor de 6 meses | DIARREA PERSISTENTE | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Enseñar a la madre como alimentar al niño con DIARREA PERSISTENTE ➤ Suplementación terapéutica con Zinc ➤ Administrar una dosis adicional de vitamina A ➤ Administrar suplemento de vitaminas y minerales, ➤ Enseñar a la madre signos de alarma para regresar de inmediato ➤ Consulta de seguimiento 2 días después ➤ Enseñar medidas preventivas ➤ Descartar VIH según protocolo |
| SI HAY SANGRE EN HECES | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sangre en las heces | DISENTERÍA | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Administrar un antibiótico apropiado ➤ Suplementación terapéutica con zinc ➤ Tratar la deshidratación según el plan indicado ➤ Hacer consulta de seguimiento 2 días después ➤ Enseñar a la madre signos de alarma para regresar de inmediato si empeora ➤ Enseñar medidas preventivas específicas |

Medidas de prevención de la EDA

Vacunar contra Rotavirus

Higiene y lavado de
manos.

Adecuada preparación
alimentos : agua
adecuada, hervir

Lactancia materna

METODOLOGÍA ORIENTACIÓN PRESCRIPTIVA



Mensajes finales – Estado del arte

Barreras para la implementación de intervenciones en Diarrea

Falta de armonización,
coordinación y
colaboración entre
programas y sectores

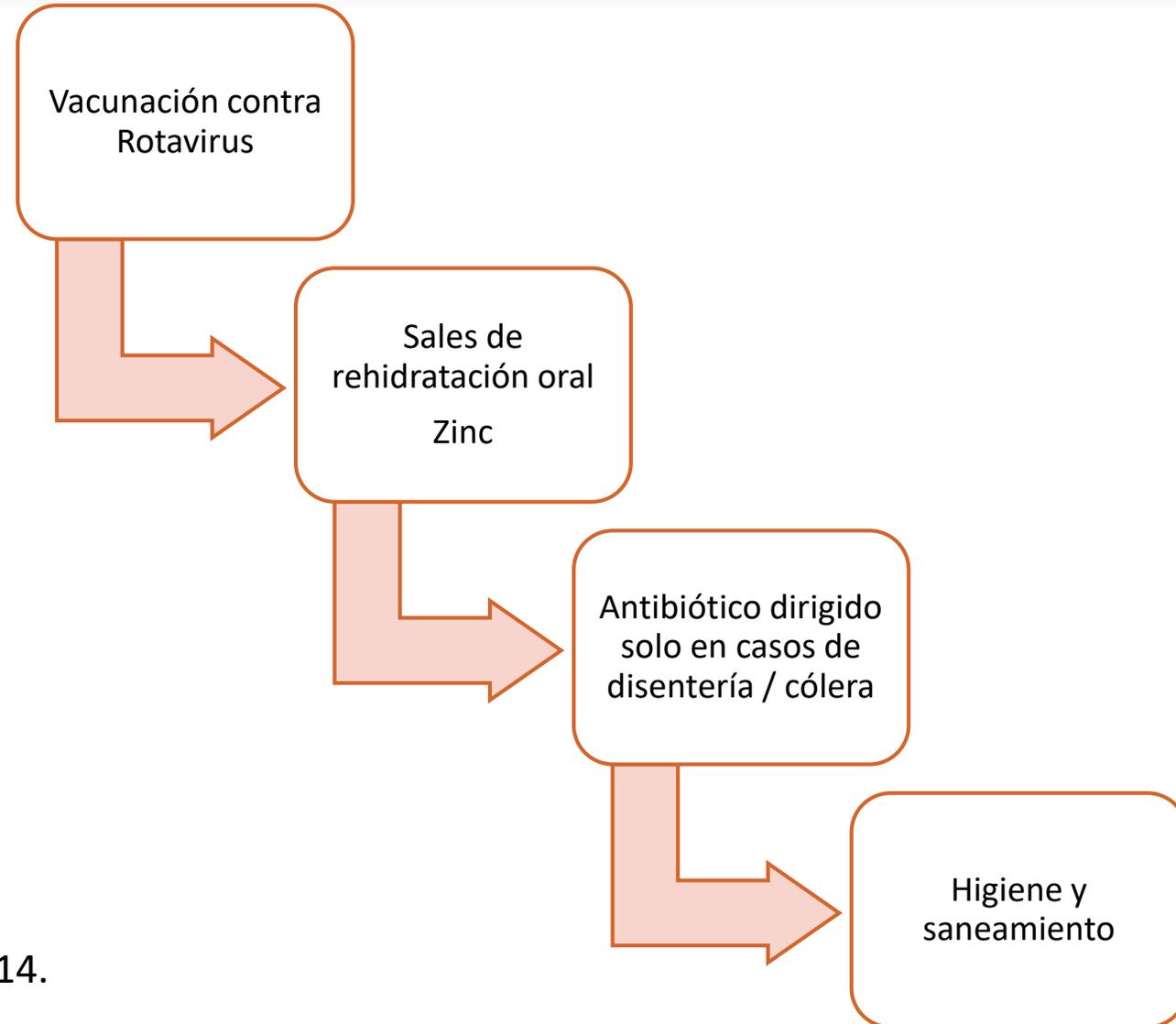
Cobertura de
inmunización
insuficiente

Limitaciones de
financiación

Escasez de recurso
humano

Falta de entrenamiento
adecuado

Monitoreo inadecuado/
Indicación no apropiada
de antibióticos





LACTANCIA MATERNA FUENTE DE VIDA



La lactancia materna, es un período de la vida en el que la madre ofrece al recién nacido un alimento adecuado a sus necesidades, a través de ella se crea un vínculo afectivo entre la madre y su bebé generando una experiencia especial, singular y única.

La leche materna contiene todo lo que el niño necesita durante los seis primeros meses de vida, favoreciendo su crecimiento, maduración y salud.

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

PARA EL BEBE

01 Fortalece el vínculo afectivo madre e hijo.
Reduce el riesgo de muerte súbita.



02 Reduce el riesgo de infección gastrointestinal, respiratoria, urinaria y otitis.
Existe menor riesgo de alimentación excesiva.

03 Favorece el desarrollo de la mandíbula y estructuras de la boca.
Reduce el riesgo de enfermedades alérgicas como el eccema y el asma.

04 Ayuda a prevenir la obesidad, la diabetes y la leucemia.
Previene la presión arterial elevada y altos niveles de colesterol.

PARA LA MADRE



A Reduce el riesgo de cáncer de mama y ovario

Permite que el útero recupere antes su tamaño original.



B Ayuda a prevenir enfermedades como hipertensión, ataques cardíacos y osteoporosis.

Facilita la recuperación del peso previo al embarazo.



C Favorece el contacto físico y psicológico entre la mamá y su bebé.

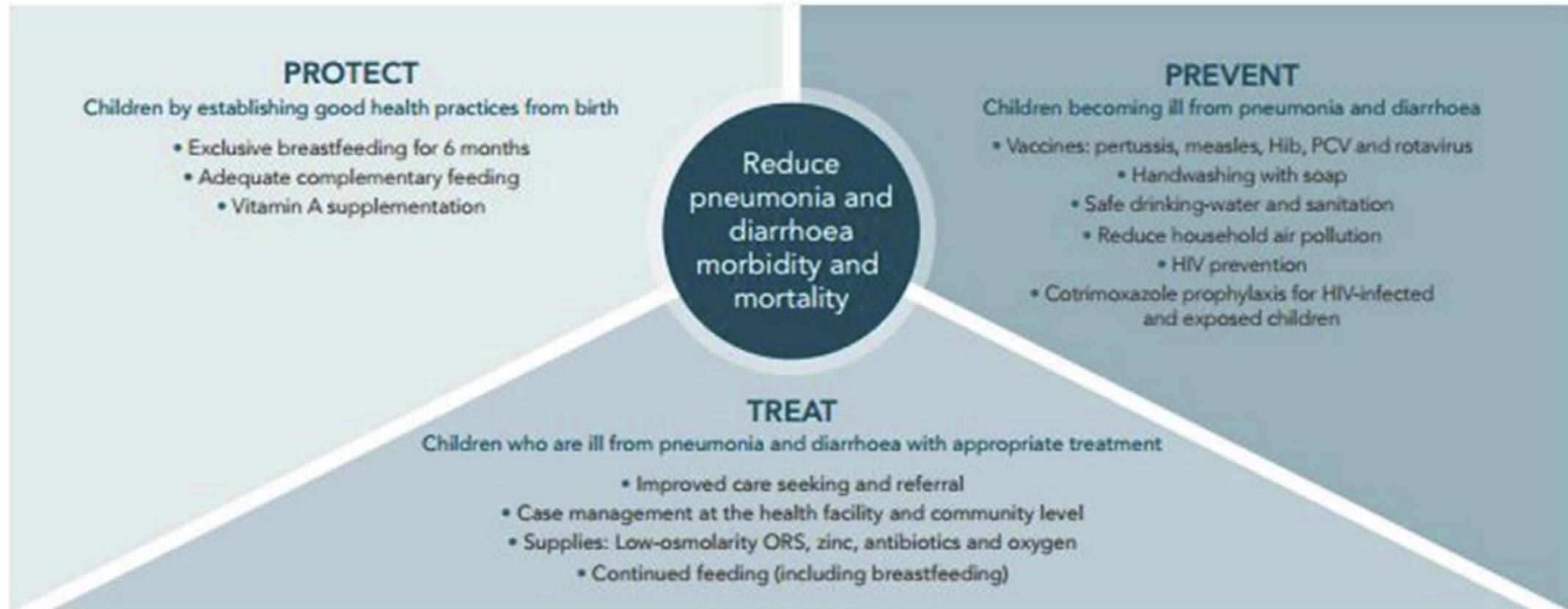
Previene la anemia.



Prevention and Control of Childhood Pneumonia and Diarrhea

Daniel T. Leung, MD, MSc^{a,b,*},
Mohammad J. Chisti, MBBS, MMed, PhD^c, Andrew T. Pavia, MD^d

Protect, Prevent and Treat framework



Managing infectious diarrhea among young children in community pharmacies in Saudi Arabia and the implications for AMR

Faris S. Alnezary¹, Amira R. Alamri¹, Rafa D. Alrehaili¹,
Dina S. Alnizari¹, Fahad Alzahrani¹, Mansour Mahmoud¹,
Masaad S. Almutairi^{2*}, Amanj Kurdi^{3,4,5,6}  and Brian Godman^{3,4*} 

En otros países del mundo el manejo inadecuado de la diarrea resalta la importancia de la educación para reducir resistencia antimicrobiana

Conclusion: A high level of inadequate management of pediatric diarrhea in Saudi Arabia was observed. This highlights the need for extensive training to improve community pharmacists' practice in service delivery including providing counselling and advice on the appropriate management of childhood diarrhea. The latter is particularly important to reduce antimicrobial resistance.

Muchas gracias por la atención