

**INSTITUTO DE NUTRICION DE CENTRO AMERICA Y PANAMA  
(INCAP/OPS)**

**MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL**

**HOSPITAL ROOSEVELT**

**HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS**



# **"Informe sobre un Estudio de Factores de Riesgo de Fallo de la Rehidratación Oral, en Unidades de Rehidratación Oral Hospitalaria"**



Guatemala, 1993

**INSTITUTO DE NUTRICION DE CENTRO AMERICA Y PANAMA  
(INCAP/OPS)**

**MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL**

**HOSPITAL ROOSEVELT**

**HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS**



# **"Informe sobre un Estudio de Factores de Riesgo de Fallo de la Rehidratación Oral, en Unidades de Rehidratación Oral Hospitalaria"**

Barbara A. Schieber  
José Antonio Szászdi  
Junio Robles  
Rafael Flores  
América de Fernández

PUBLICACION INCAP ME/045

---

Guatemala, 1993

La realización del estudio, el análisis de datos y la elaboración de este documento fue financiado por la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (AID/ROCAP), a través del Proyecto "Terapia de Rehidratación Oral", bajo donación #596-0115.

La reproducción del documento fue financiada con recursos propios del INCAP/OPS.

### **RECONOCIMIENTOS**

El Desarrollo de las Unidades de Rehidratación Oral fue posible por la participación y apoyo directo de los Departamentos de Pediatría y los Hospitales Roosevelt y General San Juan de Dios.

ROCAP, la Oficina Regional de la Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos (AID), proporcionó apoyo financiero para las actividades que se describen a través del Proyecto de Terapia de Rehidratación Oral, Monitoreo del Crecimiento y Educación en Atención Primaria y Salud (TRO-MC-EAPS), desarrollado de 1985 a 1991 (Contrato 0596-0115).

## **CONTENIDOS**

1. RESUMEN
2. INTRODUCCIÓN
  - A. Antecedentes
  - B. Objetivos del estudio
3. MATERIALES Y MÉTODOS
4. RESULTADOS
  - A. Perfil de la población estudiada
    - ☐ Características personales
    - ☐ Historia clínica de la enfermedad diarreica
    - ☐ Antecedentes
    - ☐ Signos clínicos al ingreso
    - ☐ Evolución clínica
  - B. Determinación del porcentaje de éxito y de fracaso de la terapia de rehidratación oral (TRO)
  - C. Delimitación de los factores relacionados al éxito o fracaso de la terapia
    - ☐ Análisis bivariado
    - ☐ Regresión logística
5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES
  - A. Perfil de la población estudiada
  - B. Determinación del porcentaje de éxito y de fracaso de la terapia
  - C. Delimitación de los factores relacionados al fracaso de la terapia
  - D. Análisis de la utilidad de los criterios usados en la historia clínica
  - E. Formulación de recomendaciones
6. BIBLIOGRAFÍA

## INDICE DE CUADROS Y FIGURAS

### CUADROS

|           |                                                                                     |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Cuadro 1  | Distribución por sexo                                                               |
| Cuadro 2  | Indicadores nutricionales en términos de puntajes Zeta                              |
| Cuadro 3  | Características de la diarrea                                                       |
| Cuadro 4  | Características de los vómitos                                                      |
| Cuadro 5  | Sintomatología                                                                      |
| Cuadro 6  | Medicamentos                                                                        |
| Cuadro 7  | Líquidos consumidos durante las últimas 24 horas                                    |
| Cuadro 8  | Lugares o personas consultadas                                                      |
| Cuadro 9  | Distribución de temperatura al ingreso                                              |
| Cuadro 10 | Razones de cambio a gastroclisis                                                    |
| Cuadro 11 | Indicaciones de terapia intravenosa                                                 |
| Cuadro 12 | Indicaciones de hospitalización                                                     |
| Cuadro 13 | Cantidad total de suero oral administrada                                           |
| Cuadro 14 | Porcentaje de DHE real                                                              |
| Cuadro 15 | Razones de riesgo para la terapia de rehidratación oral                             |
| Cuadro 16 | Modelo de regresión logística inicial                                               |
| Cuadro 17 | Modelo final                                                                        |
| Cuadro 18 | Asociaciones entre las distintas variables mostradas por sus razones de riesgo (OR) |

## **FIGURAS**

|                 |                                             |
|-----------------|---------------------------------------------|
| <b>Figura 1</b> | <b>Distribución acumulada por edad</b>      |
| <b>Figura 2</b> | <b>Indicadores nutricionales</b>            |
| <b>Figura 3</b> | <b>Duración diarrea y vómitos</b>           |
| <b>Figura 4</b> | <b>Número de vómitos y deposiciones</b>     |
| <b>Figura 5</b> | <b>Horas necesitadas para rehidratación</b> |

## **ANEXOS**

1. Instrumento de recolección de información para el estudio
2. Historia clínica de las URO's
3. Listado de medicamentos usados previo ingreso del paciente a las URO's
4. Diagnóstico de egreso
5. Resultados por hospital

## **ABREVIATURAS UTILIZADAS**

|          |                                                   |
|----------|---------------------------------------------------|
| $\beta$  | Parámetro estimado de regresión                   |
| $\chi^2$ | Prueba de bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow     |
| CDR      | Centros docentes de referencia                    |
| D        | Desviación (deviance)                             |
| DHE      | Desequilibrio hidro-electrolítico                 |
| DPC      | Desnutrición proteínico-calórica                  |
| EE       | Error estándar                                    |
| IC       | Intervalo de confianza                            |
| INCAP    | Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá |
| n        | Total de datos de una variable                    |
| NEC      | Enterocolitis hecrotizante                        |
| OPS      | Organización Panamericana de la Salud             |
| OR       | Odds ratio (Razón de riesgo)                      |
| p        | Probabilidad                                      |
| PCR      | Paro cardio-respiratorio                          |
| PE       | Indicador nutricional de peso para edad           |
| PT       | Indicador nutricional de peso para talla          |
| SDA      | Síndrome diarreico agudo                          |
| SDC      | Síndrome diarreico crónico                        |
| SRO      | Sales de rehidratación oral                       |
| TE       | Indicador nutricional de talla para edad          |
| TRO      | Terapia de rehidratación oral                     |
| UDR      | Unidades docentes regionales                      |
| URO      | Unidades de rehidratación oral                    |
| ZPE      | Puntaje Z para indicador de PE                    |

|          |                                               |
|----------|-----------------------------------------------|
| ZPT      | Puntaje Z para indicador de PT                |
| ZTE      | Puntaje Z para indicador de TE                |
| $\chi^2$ | Chi cuadrada de Pearson para bondad de ajuste |

## **1. RESUMEN**

Se recolectó información sobre los casos atendidos en las Unidades de Rehidratación Oral (URO'S) de los 2 principales Hospitales Nacionales de la ciudad de Guatemala, el Hospital General San Juan de Dios y el Hospital Roosevelt, de abril de 1987 a mayo de 1988. Luego de los procedimientos de grabación en microcomputador y limpieza de la información se obtuvo una base de datos de 1239 casos. Utilizando el paquete estadístico SAS 6.04 se realizaron análisis descriptivos e inferenciales, con la construcción de un modelo de regresión logística para dilucidar los factores asociados al fallo de la terapia de Rehidratación Oral. Se encontró que en un 14.5 % de los casos se había producido fallo de la terapia de rehidratación oral, evidenciado por la necesidad de utilizar la vía intravenosa. Los factores asociados al fallo de la terapia fueron: ser atendido en el Hospital General, utilización de gastroclisis, consumo de sales de rehidratación oral antes del ingreso, antecedente clínico de oliguria y tasa de deposiciones previa al ingreso mayor de 18 deposiciones por 24 horas.

## 2. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades diarreicas constituyen una causa importante de mortalidad en nuestros países. Según el informe *Las Condiciones de Salud en las Américas*, de OPS (1), la mortalidad por enfermedad diarreica se encuentra entre las 5 primeras causas de muerte para niños menores de 1 año y suele ser la primera para niños de 1-4 años en los países de Latino-América y el Caribe. La terapia de rehidratación oral (TRO) ha demostrado en numerosos estudios ser un auxiliar eficaz para controlar la deshidratación asociada con ella, que es la que generalmente lleva a la muerte (2-20). Más que evaluar su efectividad, la investigación actual se encamina a la comparación entre distintas formulaciones y a la búsqueda de mejores alternativas, basadas en la incorporación de aminoácidos o cereales (21-27). En Cash (28) puede encontrarse una revisión sobre la terapia de rehidratación oral.

### A. Antecedentes

En 1984 los países de la subregión de Centro-América y Panamá consideraron la enfermedad diarreica entre sus prioridades de salud, siendo uno de los componentes del Plan de Supervivencia Infantil, que comprende actividades de control de infecciones respiratorias y de enfermedad diarreica, promoción de la lactancia materna, inmunizaciones y crecimiento y desarrollo del niño.

Como parte de ese plan surgió la necesidad de fortalecer la capacitación del personal de salud mediante el desarrollo de Centros Docentes de Referencia (CDR) y Unidades Docentes Regionales (UDR), situadas en los hospitales de mayor complejidad y a nivel de las distintas regiones de salud, respectivamente. Las Unidades de Rehidratación Oral (URO) constituyeron un primer paso hacia el logro de este propósito, habiendo empezado a funcionar en Guatemala en los dos grandes hospitales de la ciudad capital (Roosevelt y San Juan de Dios), a partir de abril 1987. Las URO persiguen los siguientes objetivos:

- Efectuar el manejo de pacientes con diarrea y/o vómitos según

las normas oficiales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

- ☐ Capacitar en forma tutorial al personal de niveles de menor complejidad de su área de influencia e incrementar la educación a la comunidad.
- ☐ Ser unidad de apoyo asistencial-educativo para los niveles de menor complejidad dentro de su jurisdicción.
- ☐ Desarrollar educación comunitaria.
- ☐ Llevar a cabo funciones de difusión de información y educación continua para el personal de salud del nivel de menor complejidad.
- ☐ Utilizar instrumentos de información normatizados.
- ☐ Constituir un primer paso en la formación de los Centros Docentes de Referencia y Unidades Docentes Regionales.

## **B. Objetivos del estudio**

El presente estudio se diseñó con el fin de estudiar las características de los pacientes atendidos en esas unidades, su manejo y los instrumentos de información utilizados en ellas. Los objetivos que se propusieron fueron:

- ☐ Obtener un perfil de los pacientes atendidos.
- ☐ Determinar el porcentaje de éxito y de fracaso de la Terapia de Rehidratación Oral (TRO) utilizada, definiendo como fracaso la necesidad de recurrir a la terapia endovenosa.
- ☐ Delimitar los factores relacionados al éxito o fracaso de la misma.
- ☐ Analizar la utilidad de los criterios usados en la historia clínica de las URO.
- ☐ Formular recomendaciones para la adecuación de las actividades asistenciales y del sistema de información.

### 3. MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de 1292 casos atendidos en las Unidades de Rehidratación Oral (URO) de los hospitales General San Juan de Dios y Roosevelt, durante el período comprendido de abril de 1987 a mayo de 1988. Se utilizó un instrumento codificado (anexo 1) para recolectar la información que se encuentra en el formulario usado en las UROS (anexo 2) para seguimiento de los pacientes atendidos en la unidad.

Luego de presentar el Protocolo de la investigación a las autoridades de la Dirección de ambos Hospitales y a los respectivos Jefes de Departamento de Pediatría, para su autorización, se inició la recolección de datos a través de los siguientes pasos:

- Revisión del Libro de Registro de Pacientes de la URO, anotando los nombres y número de registro de los pacientes atendidos en el período investigado.
- Obtención de los expedientes respectivos en el Departamento de Registros Médicos del Hospital Roosevelt. En el Hospital General se obtuvieron en la Jefatura del Departamento de Pediatría, ya que en ese Departamento se encontraban archivados.
- Revisión semanal de los formularios codificados para la depuración de la información que se estaba recolectando.

A lo largo de la segunda mitad de la etapa de recolección de datos, se realizó el procesamiento de los mismos en computadora. Tanto la recolección de información como la introducción de los datos en el centro de cómputo del INCAP, finalizaron en el mes de diciembre de 1988.

En ese momento se inició la etapa de limpieza de datos, para lo cual se elaboró un plan inicial de limpieza y análisis.

En el lapso de tiempo que duró la grabación de los datos se realizaron los siguientes informes/productos:

- Lista de medicamentos administrados previo al ingreso de los pacientes atendidos en las UROS, especificando la fuente de la prescripción. Dicha lista se obtuvo de las respuestas a las preguntas abiertas contenidas en la sección de medicamentos utilizados previo al ingreso de los pacientes (anexo 3).
- Lista de diagnósticos de egreso tanto de los pacientes hospitalizados como de los no hospitalizados, de uno de los hospitales investigados, con el objeto de conocer las diferentes patologías subyacentes que afectaban a los pacientes de cada grupo mencionado (anexo 4).

Posteriormente se limpiaron los datos y se analizaron por medio del programa estadístico SAS 6.04 (29), haciendo uso de estadísticas descriptivas y pruebas de independencia de chi cuadrado. No se planteó ninguna hipótesis a priori. Para la construcción del modelo de regresión logística se hizo uso de SAS 6.04 (30), la aplicación LOGISTIC para EPI INFO (31).

De los 1292 registros clínicos se grabaron 1251, debido a problemas de información inadecuada en los restantes. De éstos se eliminaron durante la limpieza 12 casos, la mayoría por tratarse de pacientes deshidratados por vómitos y no por diarrea. Se procedió al análisis con una población total de 1239 casos.

#### 4. RESULTADOS

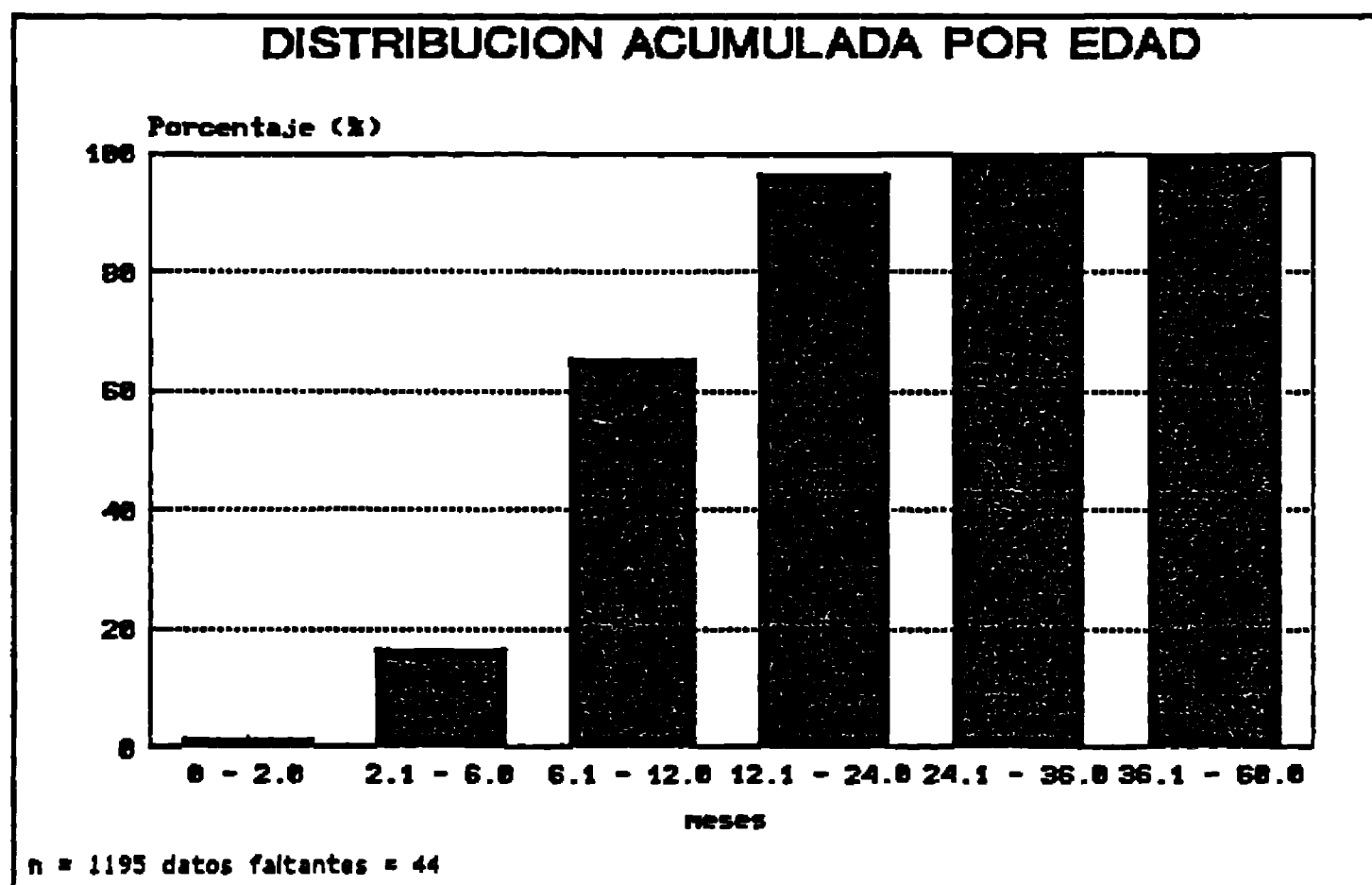
De los 1239 casos muchas de las variables tenían datos faltantes, por los que los totales pueden no corresponder a 1239. Se presentarán inicialmente las estadísticas descriptivas para proseguir después con el análisis bivariado y la regresión logística. Cuando se cite un valor máximo o mínimo se refiere al conjunto de los datos luego de la limpieza. En el Anexo 5 se presentan los resultados por hospital.

##### A. Perfil de la población estudiada

###### ☐ Características personales

Debido a incongruencias entre la edad reportada para los niños y la calculada con las fechas de ingreso y de nacimiento, se decidió utilizar para el análisis el dato calculado a partir de estas últimas. El intervalo de edad de la población correspondió aproximadamente a menos de 1 mes hasta 60 meses (5 años). La edad máxima fue de 57.1 meses y la mínima de 0.7 (aproximadamente 21 días). Como puede observarse en la Figura 1 el 96 % de los pacientes tenían 2 años o menos. En cuanto al sexo se encontró un mayor porcentaje de pacientes del sexo masculino que del femenino, en una razón de 1.35 veces más varones que mujeres (Cuadro 1).

**FIGURA 1**  
**DISTRIBUCION ACUMULADA POR EDAD**



**CUADRO 1**  
**DISTRIBUCION POR SEXO**

| Sexo      | frecuencia | %     |
|-----------|------------|-------|
| Masculino | 711        | 57.4  |
| Femenino  | 528        | 42.6  |
| Total     | 1239       | 100.0 |

En el Cuadro 2 se muestran los resultados de los indicadores nutricionales TE (talla para edad), PE (peso para edad) y PT (peso para talla). Se expresan en términos de puntajes z. Estos representan la desviación que un valor dado de peso o talla tiene en relación a las respectivas medias por edad de la población NCHS de referencia. La diferencia entre la media y el valor se mide a través de la desviación estándar de la población de referencia y por eso se expresa como un valor z tipificado: un puntaje z de 1 corresponde a 1 desviación estándar de diferencia, un puntaje de 2 a 2 desviaciones estándar, etc. Como las desviaciones pueden ser por arriba o por debajo de la media los puntajes z pueden tener signo positivo o negativo: arriba de la media +, por debajo -.

Los indicadores nutricionales más adecuados para evaluar el estado nutricional son TE y PT. El indicador TE señala desnutrición debida a condiciones adversas crónicas y el PT desnutrición aguda, por pérdida de peso o incapacidad para ganarlo. El indicador PE tiene el inconveniente que no toma en cuenta el efecto de la talla para un peso y edad dados. Por debajo de un valor  $z = -2.00$  se espera que haya un 2.3 % de los casos (población de referencia, NCHS). Los porcentajes por debajo del punto de quiebre de -2.0 para los indicadores TE, PE y PT en este grupo de pacientes fueron 39, 37 y 15 % respectivamente, mucho más elevados de lo esperado. Como peso se utilizó el peso de egreso.

## CUADRO 2

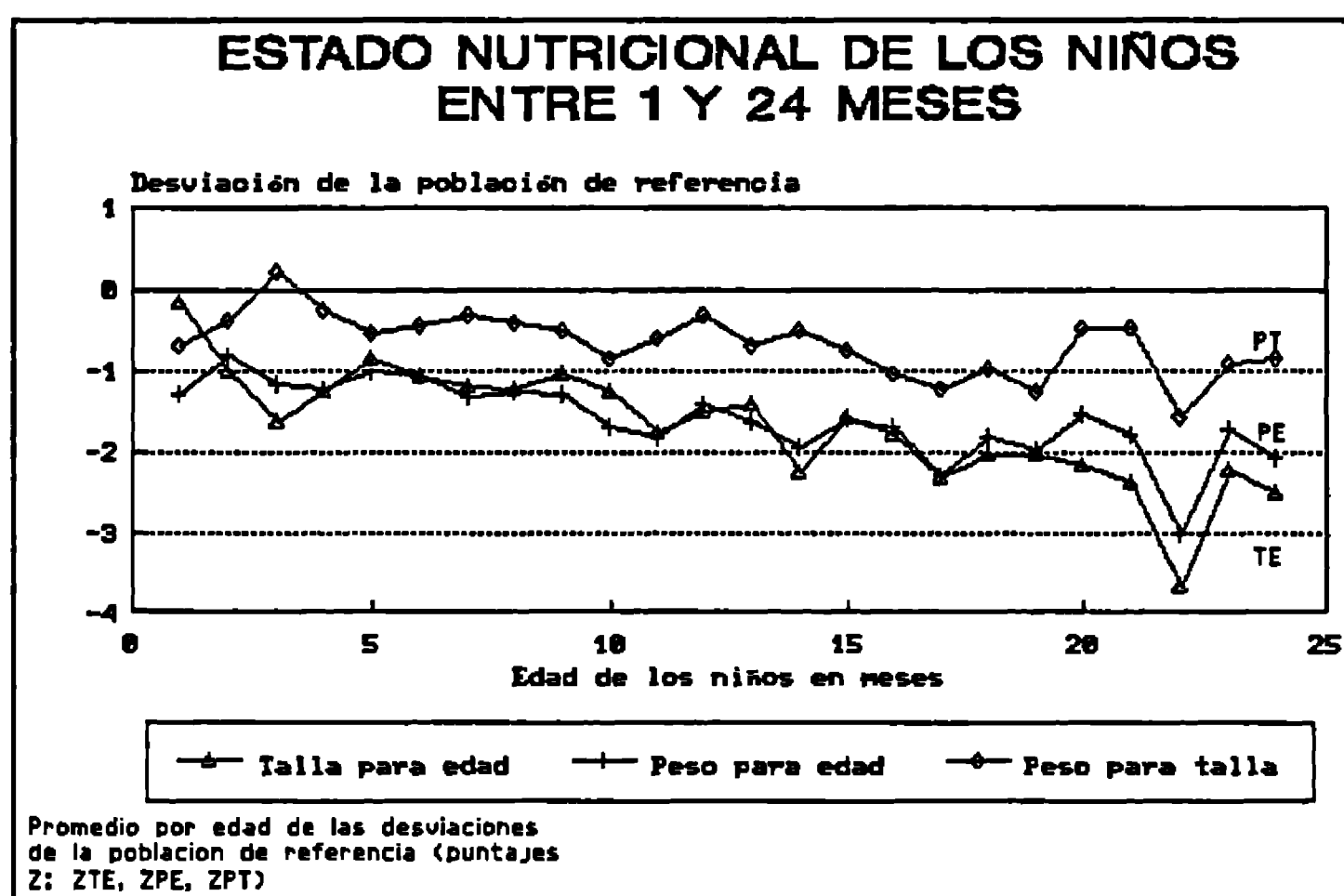
INDICADORES NUTRICIONALES EN TERMINOS  
DE PUNTAJES ZETA

|              | TE             | PE             | PT             |
|--------------|----------------|----------------|----------------|
| Puntaje zeta | frecuencia (%) | frecuencia (%) | frecuencia (%) |
| < -3.0       | 192 (17.7)     | 126 (12.2)     | 38 ( 4.1)      |
| -3.0 a -2.1  | 234 (21.5)     | 259 (25.1)     | 99 (10.6)      |
| -2.0 a -1.1  | 229 (21.1)     | 277 (26.9)     | 215 (22.9)     |
| -1.0 a -0.1  | 226 (20.8)     | 206 (20.0)     | 235 (25.1)     |
| 0            | 17 ( 1.6)      | 17 ( 1.6)      | 25 ( 2.7)      |
| 0.1 a 1.0    | 125 (11.5)     | 108 (10.5)     | 211 (22.5)     |
| 1.1 a 2.0    | 45 ( 4.1)      | 28 ( 2.7)      | 88 ( 9.4)      |
| 2.1 a 3.0    | 14 ( 1.3)      | 9 ( 0.9)       | 21 ( 2.2)      |
| > 3.0        | 5 ( 0.5)       | 1 ( 0.1)       | 5 ( 0.5)       |
| Totales      | 1087 (100.0)   | 1031 (100.0)   | 937 (100.0)    |

Datos faltantes: 152-302

La Figura 2 muestra gráficamente las relaciones entre estos 3 indicadores. Se presentan los promedios de las desviaciones de la población de referencia por mes de edad, desde el primero hasta los 24 meses. La razón de este intervalo es porque arriba de 24 meses sólo se sitúa un 3.7 % de la población, como puede verse en la Figura 1, y el número de datos para cada mes es muy pequeño. Como se observa en la gráfica los indicadores tienen tendencia a ir disminuyendo conforme avanza la edad. Los niveles del indicador TE (talla para edad) se encuentran más bajos que los del PT (peso para talla). Los valores del indicador PE (peso para edad) siguen de cerca los del TE (talla para edad).

**FIGURA 2**  
**INDICADORES NUTRICIONALES**



## □ Historia clínica de la enfermedad diarreica

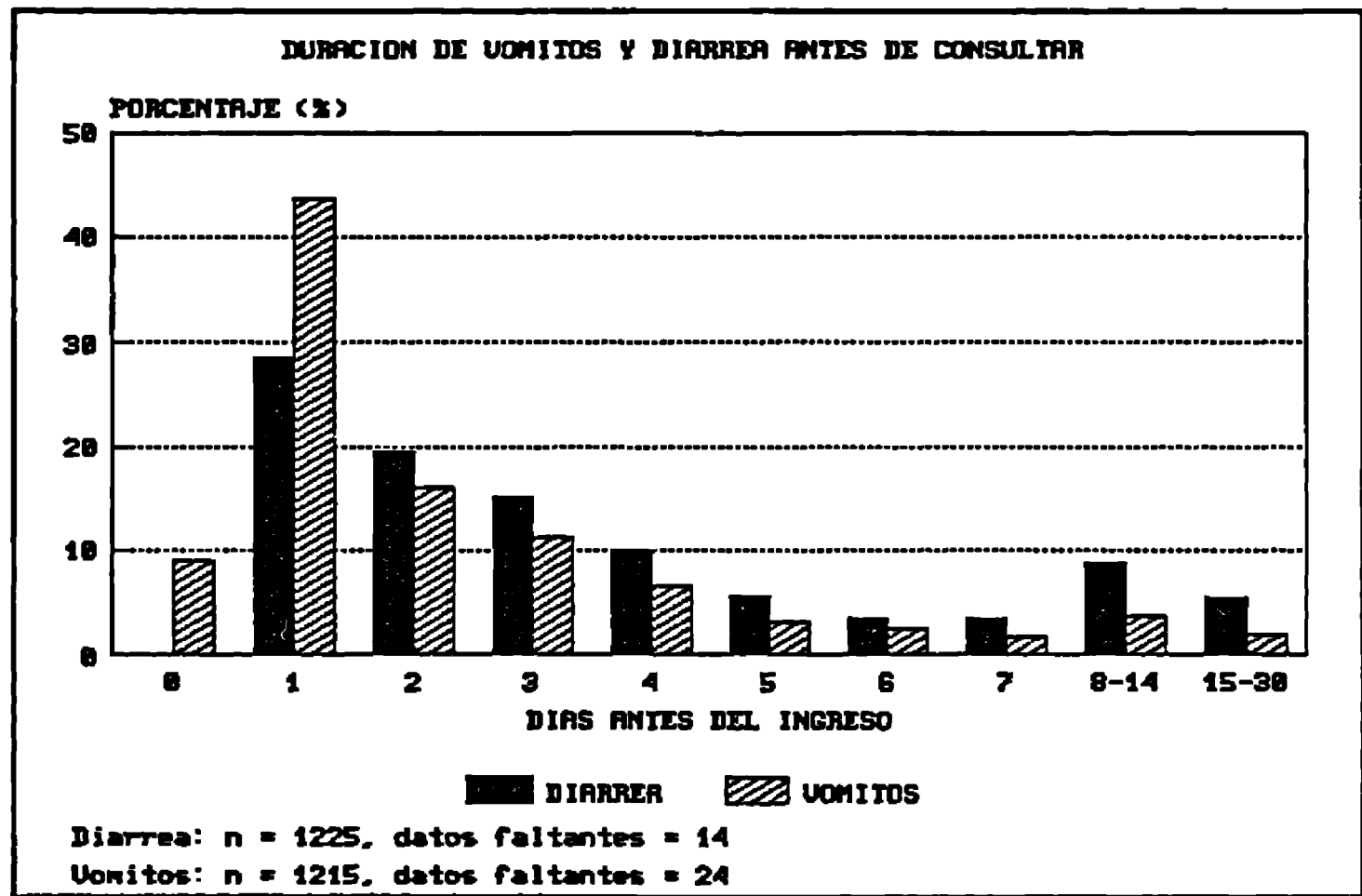
Al momento de la consulta un 86 % de los niños presentaba historia de diarrea de 1 semana o menos de evolución. El 94 % tenía una semana o menos de vómitos. No hubo ningún caso de niños con cero días de historia de diarrea porque todos los casos incluidos en el análisis presentaban este problema<sup>1</sup>. Los porcentajes correspondientes a cada día de duración de la diarrea van en disminución, lo que se compagina con la naturaleza aguda del problema. En un 5 % de los casos se refirió una duración de la diarrea superior a los 14 días.<sup>2</sup> En la Figura 3 se aprecia gráficamente las distribuciones de duración para vómitos y diarrea. Como es de esperar la forma de ambas distribuciones es similar, por tratarse de manifestaciones de un mismo problema de base.

---

<sup>1</sup> Durante el proceso de limpieza de los datos se observaron 16 casos con 0 deposiciones en las 24 horas previas al ingreso. El análisis individual de cada una mostró que 10 no eran casos de diarrea sino de deshidratación inducida por vómitos, por lo que se excluyeron del análisis (incluyéndolas la n de la base de datos hubiera sido de 1249 casos). De los restantes 6 en 1 había una anotación al margen que decía "incontables", por lo que se consideró un error de codificación y se cambió el valor a dato faltante ('missing'). Otro era claramente un caso de diarrea y se dejó sin cambios. En los últimos 4 se observó que además del valor de 0 para esta variable también tenían 0 en la variable de duración de la diarrea. Se examinaron individualmente y se llegó a la conclusión que era probable que sí se tratara de casos de diarrea, por lo que los valores 0 para ambas variables se manejaron como datos faltantes.

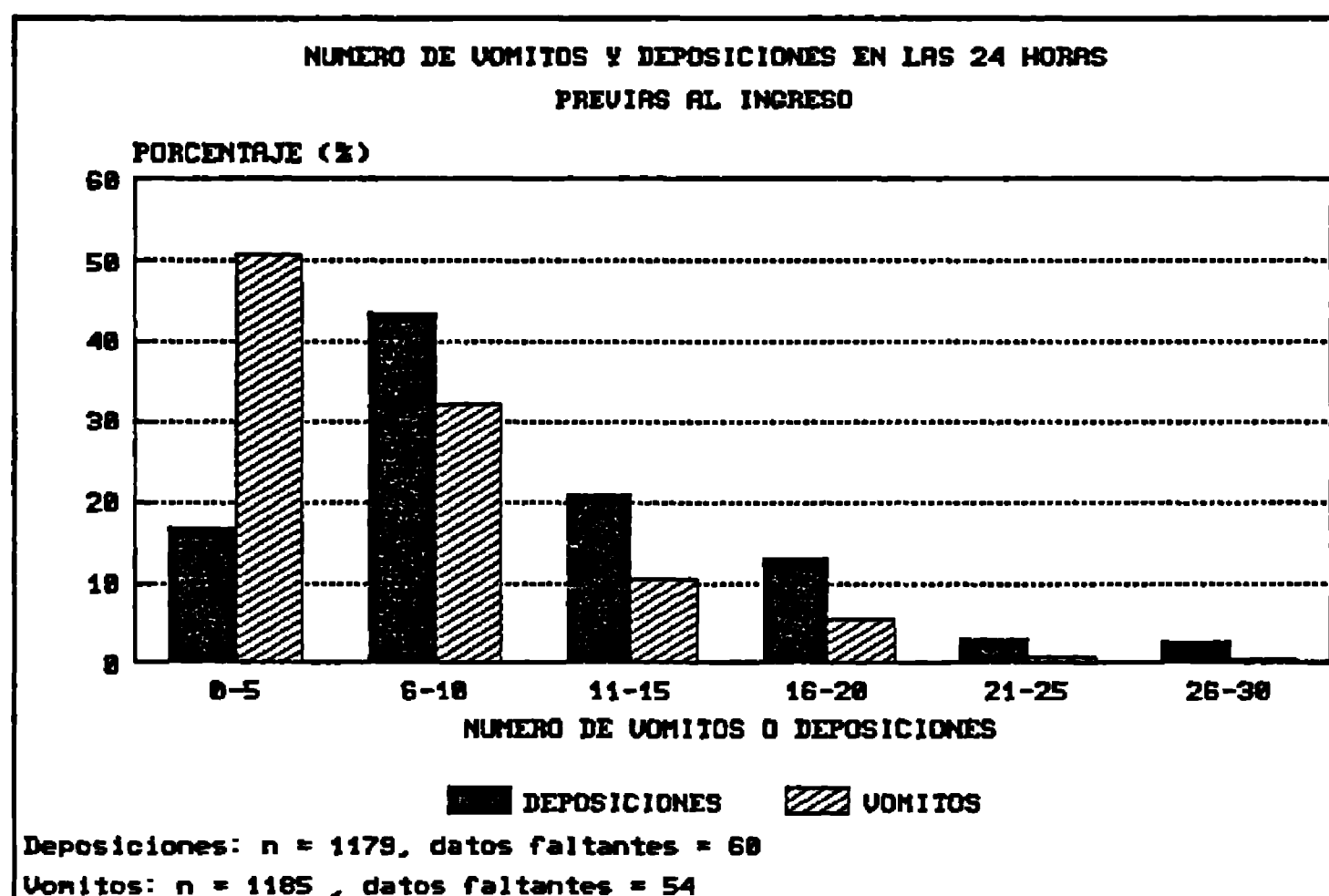
<sup>2</sup> Para las variables duración de la diarrea, duración de los vómitos, número de deposiciones en las 24 horas previas al ingreso y número de vómitos en las 24 horas previas los valores de más de 30 se consideraron clínicamente irreales y se manejaron como datos faltantes. En total para las 4 variables son 33 casos.

**FIGURA 3**  
**DURACION DIARREA Y VOMITOS**



El 60 % de los pacientes tenían historia de 10 ó menos deposiciones en las 24 horas previas a su ingreso. El mayor porcentaje (44 %), sin embargo, se situaba entre las 6 y las 10 deposiciones/24 horas. Un 3 % refirió más de 25 deposiciones por día, lo cual corresponde a una diarrea severa, considerando que desde 25 en adelante se trata de cuadros de más de una deposición por hora. El mayor porcentaje de los pacientes (51 %) tenía historia de 5 ó menos vómitos en las 24 horas previas. En la Figura 4 se comparan sus respectivas distribuciones. Difieren en que el pico máximo para el número de deposiciones se encuentra en el intervalo de 6-10 y no en el de 1-5, como es el caso para los vómitos.

**FIGURA 4**  
**NUMERO DE VOMITOS Y DEPOSICIONES**



Se describió sangre en las heces en 60 pacientes (4.9 %) y moco en 792 (64.0 %). En el Cuadro 3 se presenta la distribución para los distintos tipos de deposición: líquida, semilíquida, pastosa y mucoide.<sup>3</sup> En 75 % de los casos se refirieron vómitos alimenticios. Solamente en 4 % se refirieron vómitos de contenido bilioso (Cuadro 4).

**CUADRO 3**

**CARACTERISTICAS DE LA DIARREA**

| Tipo        | frecuencia | porcentaje |
|-------------|------------|------------|
| LIQUIDA     | 994        | 80.7       |
| SEMILIQUIDA | 198        | 16.1       |
| PASTOSA     | 33         | 2.7        |
| MUCOIDE     | 7          | 0.6        |

|                |             |            |
|----------------|-------------|------------|
| <b>TOTALES</b> | <b>1232</b> | <b>100</b> |
|----------------|-------------|------------|

Datos faltantes: 7

**CUADRO 4**

**CARACTERISTICAS DE LOS VOMITOS**

|    | ALI        | MUC        | BIL         |
|----|------------|------------|-------------|
| SI | 920 (75.2) | 359 (29.3) | 48 (3.9)    |
| NO | 304 (24.8) | 865 (70.7) | 1176 (96.1) |

|                |             |              |             |              |             |              |
|----------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
| <b>TOTALES</b> | <b>1224</b> | <b>(100)</b> | <b>1224</b> | <b>(100)</b> | <b>1224</b> | <b>(100)</b> |
|----------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|

```
datos faltantes: 15
```

ALI = alimenticios    MUC = mucosos    BIL = biliosos

En 4 casos todas las características se reportaron como negativas, lo cual no es lógico, pues o es líquida o semilíquida o pastosa. Por lo cual se consideraron datos erróneos y se manejaron como datos faltantes ('missing'). En 1 caso se registró como mucoide pero las demás variables sobre las características de la diarrea estaban como datos faltantes, por lo que se consideró no confiable y no se incluyó en el conteo. Tomando este caso en cuenta habrían 8 casos con diarrea mucoide.

Ocho pacientes (0.6 %) no presentaron ningún otro síntoma aparte de los vómitos y la diarrea. El 99.4 % (1231) presentó además alguno de los incluidos en el Cuadro 5.

**CUADRO 5**  
**SINTOMATOLOGIA**

|    | FIE        | IRR        | TOS        | SOM        | DOL        |
|----|------------|------------|------------|------------|------------|
| SI | 926 (75.2) | 875 (71.1) | 733 (59.6) | 718 (58.3) | 708 (57.7) |
| NO | 305 (24.8) | 355 (28.9) | 497 (40.4) | 513 (41.7) | 518 (42.3) |

1231 (100)    1230 (100)    1230 (100)    1231 (100)    1226 (100)

|    | RIN        | AUS         | EXP         | OTR         |
|----|------------|-------------|-------------|-------------|
| SI | 528 (42.9) | 166 (13.7)  | 61 (5.0)    | 9 (0.7)     |
| NO | 702 (57.1) | 1048 (86.3) | 1170 (95.0) | 1222 (99.3) |

1230 (100)    1214 (100)    1231 (100)    1231 (100)

Datos faltantes: 0 - 25

FIE = fiebre

IRR = irritabilidad

TOS = tos

SOM = somnolencia

OTR = otros

DOL = dolor abdominal

RIN = rinorrea

AUS = ausencia micción en 6 horas

EXP = expulsión de lombrices

## □ Antecedentes

El 33.8 % de los pacientes (418) no recibió medicación antes de su ingreso. De los 820 que sí utilizaron, los porcentajes más altos correspondieron a antidiarreico y antibiótico, 45 % de cada uno (Cuadro 6). En el Cuadro 6 se presentan los porcentajes totales de uso de cada medicamento. Sin embargo en 40 % de los casos se utilizaron 2 o más medicamentos para un mismo paciente. La combinación más utilizada fue la de antidiarreico + antibiótico, en 8.7 % de los casos. Los porcentajes de cada una de las demás combinaciones no sobrepasaron el 5 % para cada una. Detalles de otros medicamentos se incluyen en el Anexo 3.

**CUADRO 6**  
**MEDICAMENTOS**

|    | ADIA       | ABIO       | AEME       | AHEL       | OTR        |
|----|------------|------------|------------|------------|------------|
| SI | 363 (44.9) | 361 (44.6) | 153 (18.9) | 85 (10.5)  | 272 (33.6) |
| NO | 446 (55.1) | 448 (55.4) | 656 (81.1) | 724 (89.5) | 537 (66.4) |
|    | 809 (100)  | 809 (100)  | 809 (100)  | 809 (100)  | 809 (100)  |

Datos faltantes: 11

ADIA = antidiarreico  
 ABIO = antibiótico  
 AEME = antiemético  
 AHEL = antihelmíntico  
 OTR = otros

Los líquidos más frecuentemente ingeridos por los niños las 24 horas previas a su ingreso fueron leche (57 %) y sales de rehidratación oral (56 %), agua pura (44 %) y atoles (43 %). Caldos y suero casero con menos frecuencia (Cuadro 7).

## CUADRO 7

## LIQUIDOS CONSUMIDOS DURANTE LAS ULTIMAS 24 HORAS

|    | LEC        | SRO        | AGU        |
|----|------------|------------|------------|
| SI | 698 (57.2) | 688 (56.4) | 531 (43.6) |
| NO | 522 (42.8) | 532 (43.6) | 688 (56.4) |
|    | 1220 (100) | 1220 (100) | 1219 (100) |

|    | ATO        | CAL         | SUE         |
|----|------------|-------------|-------------|
| SI | 518 (42.5) | 178 (14.6)  | 110 (9.0)   |
| NO | 702 (57.5) | 1041 (85.4) | 1109 (91.0) |
|    | 1220 (100) | 1219 (100)  | 1219 (100)  |

Datos faltantes: 19-20

LEC = leche

SRO = sales de rehidratación oral

AGU = agua pura

ATO = atoles

CAL = caldos

SUE = suero casero

El 69 % de los casos (855) habían consultado a alguna persona(s) o institución(es) antes del ingreso (Cuadro 8). La persona a la que más se consultó fue el médico particular (54 %). Le siguieron en orden de frecuencia el Hospital (aproximadamente 27 %, ya que las variables de tipo de hospital no son mutuamente excluyentes) y el Centro/Puesto de Salud (17 %). Otras opciones (farmacia, comadrona, curandero) que fueron consultadas en ningún caso excedieron del 15 % cada una, como se puede observar en el Cuadro 8.

En el 79 % de los casos se realizó consulta con una sola persona y en el 21 % con 2 o más. De los que sólo consultaron a una persona el más consultado fue nuevamente el médico particular (51 % de las monoconsultas).

CUADRO 8

## LUGARES O PERSONAS CONSULTADAS

|    | MED        | CEN        | ROO        | FAR        | OTH        |
|----|------------|------------|------------|------------|------------|
| SI | 464 (54.4) | 144 (16.9) | 119 (14.0) | 117 (13.7) | 60 (7.0)   |
| NO | 389 (45.6) | 709 (83.1) | 734 (86.0) | 736 (86.3) | 793 (93.0) |
|    | 853 (100)  | 853 (100)  | 853 (100)  | 853 (100)  | 853 (100)  |

|    | GEN        | COM        | CUR        | OTR        |
|----|------------|------------|------------|------------|
| SI | 50 (5.9)   | 32 (3.8)   | 25 (2.9)   | 46 (5.4)   |
| NO | 803 (94.1) | 821 (96.2) | 828 (97.1) | 807 (94.6) |
|    | 853 (100)  | 853 (100)  | 853 (100)  | 853 (100)  |

Datos faltantes: 2

MED = médico particular  
 CEN = Centro/Puesto de Salud  
 ROO = Hospital Roosevelt  
 FAR = Farmacia  
 OTH = Otro Hospital  
 GEN = Hospital General  
 COM = Comadrona  
 CUR = Curandero  
 OTR = otro

El 91.4 % de los pacientes (1120, n=1226) recibió, en algún momento de su vida, lactancia materna. Tuvo lactancia artificial un 62.0 % (672, n=1084) de los pacientes. Este porcentaje incluye casos que tuvieron ambas, lactancia materna y artificial, es decir mixta. El máximo valor de lactancia materna analizado fue de 26 meses.

#### □ Signos clínicos al ingreso

Se presentan a continuación datos sobre los signos clínicos al ingreso. Al interpretarlos hay que recordar que la deshidratación y la fiebre pueden alterar estos signos clínicos. La media de temperatura fue de 37.78 grados centígrados, con una desviación estándar de 0.87. El valor mínimo registrado fue de 36 y el máximo de 40. El 67 % de los pacientes se situaron en el intervalo entre 36.6 a 38.0 grados centígrados. Hubo un 28 % de pacientes con fiebre (temperatura > 38.0 grados centígrados), tal como puede verse en el Cuadro 9.

## CUADRO 9

## DISTRIBUCION DE TEMPERATURA AL INGRESO

| Grados centígrados | frecuencia | %    |
|--------------------|------------|------|
| 36.0 - 36.5        | 61         | 5.1  |
| 36.6 - 37.0        | 290        | 24.2 |
| 37.1 - 37.5        | 243        | 20.3 |
| 37.6 - 38.0        | 263        | 22.0 |
| 38.1 - 38.5        | 123        | 10.3 |
| 38.6 - 39.0        | 116        | 9.7  |
| 39.1 - 39.5        | 59         | 4.9  |
| 39.6 - 40.0        | 41         | 3.4  |
| Totales            | 1196       | 100  |

Datos faltantes: 43

No se evaluó la relación que pudiera haber entre las variables de pulso, frecuencia respiratoria y temperatura. El valor mínimo registrado de pulso correspondió a 60 pulsaciones por minuto y el máximo a 190.

#### □ Evolución clínica

Un porcentaje alto de los pacientes (35.1 %, 435) requirieron el uso de gastroclisis para completar su rehidratación. Las indicaciones más frecuentes fueron por vómitos (45 %), niño rehúsa el suero (41 %) e incremento de la diarrea (38 %) (Cuadro 10).

## CUADRO 10

## RAZONES DEL CAMBIO A GASTROCLISIS

|    | VOM        | REH        | INC        | MAD        |
|----|------------|------------|------------|------------|
| SI | 190 (45.2) | 172 (41.0) | 159 (37.9) | 37 (8.8)   |
| NO | 230 (54.8) | 248 (59.0) | 261 (62.1) | 383 (91.2) |
|    | 420 (100)  | 420 (100)  | 420 (100)  | 420 (100)  |

|    | DIF        | DIS        | OTR        |
|----|------------|------------|------------|
| SI | 17 (4.0)   | 7 (1.7)    | 11 (2.6)   |
| NO | 403 (96.0) | 413 (98.3) | 409 (97.4) |
|    | 420 (100)  | 420 (100)  | 420 (100)  |

Datos faltantes: 15

VOM = vómitos

REH = niño rehúsa el suero

INC = incremento de la diarrea

MAD = madre no colaboradora

DIF = dificultad para deglutir

DIS = distensión abdominal

OTR = otras

El 14.5 % (179) de los pacientes requirieron terapia intravenosa. Todos estos casos se definieron como fallo de la terapia de rehidratación oral. La indicación más frecuente fueron las evacuaciones excesivas que sobrepasaban la ingesta (Cuadro 11). Ciento noventa pacientes (que representan el 15.3 %), fueron hospitalizados. Las indicaciones más frecuentes fueron inicio de la terapia intravenosa (77 %) y diarrea intensa (53 %). Indicaciones adicionales se detallan en el Cuadro 12. Murieron 4 pacientes (0.3%)<sup>4</sup>, pero el número de datos faltantes para esta variable es muy elevado (1055). Como puede verse en el cuadro al pie de página tres de ellos presentaban desnutrición crónica. No se cuenta con información para el índice PT.

La mayoría de los pacientes (69 %) requirieron 6 horas o menos para completar su rehidratación. Sólo el 5 % necesitaron más de 24 horas para ello. El mínimo valor encontrado fue de 2 y el máximo de 80 horas. En la Figura 5 pueden verse detalles adicionales.

---

4 3 casos de muerte corresponden al Hospital Roosevelt y 1 al Hospital General. Los diagnósticos de muerte correspondientes son:

|                   |                                                                                                                               |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>Caso 152:</u>  | Sepsis, neumonía basal derecha, DPC severo, NEC, amebiasis. Edad 1 año 10 meses.                                              |
| <u>Caso 434:</u>  | SDA, DHE moderado, DPC III, broncoaspiración. Edad 1 año 4 meses.                                                             |
| <u>Caso 450:</u>  | SDC, Sepsis, DPC III (kwashiorkor). Edad 3 meses.                                                                             |
| <u>Caso 1037:</u> | Isquemia cerebral secundaria a PCR, Hipertensión intracraneal, neumonía por aspiración, hepatitis tóxica. Edad 1 año 3 meses. |

La mayoría de los pacientes fallecidos tenían puntajes zeta para el índice TE inferiores a 2 desviaciones estándar por debajo de la media. Para los índices PE y PT no se cuenta con información, pues no se conoce el peso de egreso. A continuación un detalle de sus respectivos valores zeta.

| Número de caso | TE    |
|----------------|-------|
| 152            | -0.80 |
| 434            | -2.40 |
| 450            | -2.77 |
| 1037           | -3.63 |

\*DPC = Desnutrición proteínica-calórica; NEC = enterocolitis necrotizante; SDA = Síndrome diarreico agudo; DHE = desequilibrio hídrico-electrolítico; SDC = Síndrome diarreico crónico; PCR = paro cardiorrespiratorio.

CUADRO 11

## INDICACIONES DE TERAPIA INTRAVENOSA

|    | EVA        | AGR       | VOM        | OTR        |
|----|------------|-----------|------------|------------|
| SI | 102 (59.0) | 77 (44.5) | 40 (23.1)  | 20 (11.6)  |
| NO | 71 (41.0)  | 96 (55.5) | 133 (76.9) | 153 (88.4) |
|    | 173 (100)  | 173 (100) | 173 (100)  | 173 (100)  |

Datos faltantes: 6

EVA = evacuación sobrepasa a la ingesta

AGR = agravamiento del paciente

VOM = vómitos persistentes

OTR = otras

CUADRO 12

## INDICACIONES DE HOSPITALIZACION

|    | INI        | DIA        | DEP        | DIC        | REC        |
|----|------------|------------|------------|------------|------------|
| SI | 145 (76.7) | 101 (53.4) | 20 (10.6)  | 17 (9.0)   | 8 (4.2)    |
| NO | 44 (23.3)  | 88 (46.6)  | 169 (89.4) | 172 (91.0) | 181 (95.8) |
|    | 189 (100)  | 189 (100)  | 189 (100)  | 189 (100)  | 189 (100)  |

|    | DHE        | CON        | ILE        | HEM        | NOR        |
|----|------------|------------|------------|------------|------------|
| SI | 6 (3.2)    | 3 (1.6)    | 2 (1.1)    | 1 (0.5)    | 31 (16.4)  |
| NO | 183 (96.8) | 186 (98.4) | 187 (98.9) | 188 (99.5) | 158 (83.6) |
|    | 189 (100)  | 189 (100)  | 189 (100)  | 189 (100)  | 189 (100)  |

Datos faltantes: 1

INI = inicio terapia intravenosa

DIA = diarrea intensa

DEP = depresión del estado de alerta

DIC = diarrea crónica

REC = reconsulta por deshidratación

CON = convulsiones

DHE = desequilibrio hidroelectrolítico  
severo, shock

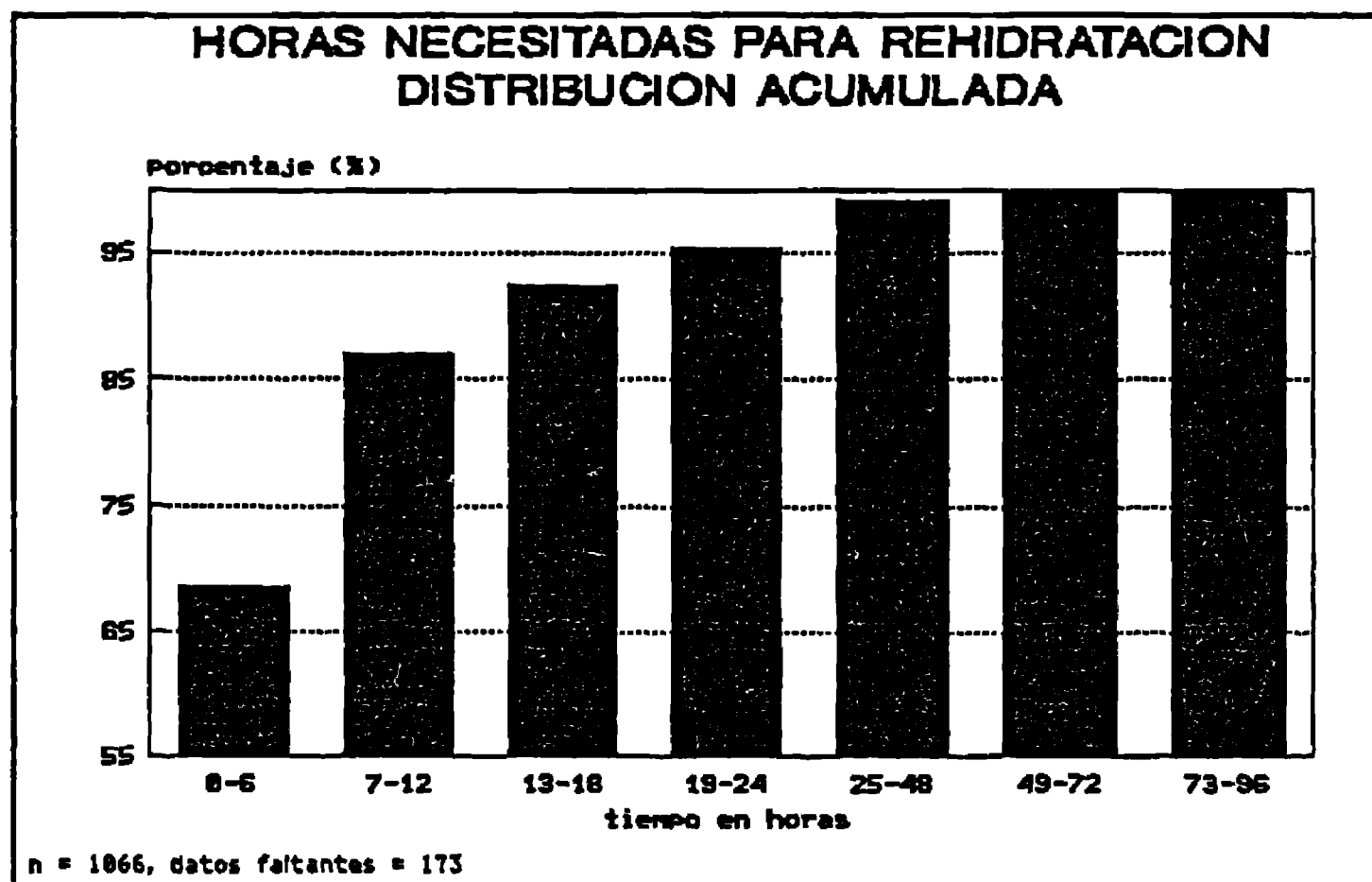
ILE = íleo paralítico o mecánico

HEM = hemorragia gastrointestinal

NOR = indicaciones no registradas

FIGURA 5

## HORAS NECESITADAS PARA REHIDRATACION



En el Cuadro 13 se muestra la cantidad total de suero oral administrada (centímetros cúbicos). El rango de valores cubre de 10 cc a 3840.

CUADRO 13

## CANTIDAD TOTAL DE SUERO ORAL ADMINISTRADA

| Cantidad (cc) | frecuencia | %    |
|---------------|------------|------|
| 0 - 1000      | 714        | 68.5 |
| 1001 - 2000   | 308        | 29.5 |
| 2001 - 3000   | 19         | 1.8  |
| 3001 - 4000   | 2          | 0.2  |

Totales 1043 100.0

Datos faltantes: 196

Se presenta a continuación información sobre el desequilibrio hidroelectrolítico real (DHE real) de los pacientes. Este dato fue tomado del instrumento de registro del hospital y no fue calculado como parte del análisis. El porcentaje de DHE representa el porcentaje del peso final que es debido a la diferencia entre el peso de egreso y el peso de ingreso. La fórmula habitual para su cálculo es la siguiente:

$$\text{DHE real} = \frac{(\text{Peso final} - \text{Peso inicial})}{\text{Peso final}} \times 100$$

La mayoría de los pacientes (65 %) presentaban un DHE menor o igual al 5 %. El valor más pequeño fue de 0.1 % y el mayor reportado fue de 9.8 %. En el Cuadro 14 pueden verse detalles adicionales.

**CUADRO 14**  
**PORCENTAJE DE DHE REAL**

| % de DHE  | frecuencia | %     |
|-----------|------------|-------|
| ≤ 2.5     | 165        | 20.0  |
| 2.6 - 5.0 | 367        | 44.5  |
| 5.1 - 7.5 | 185        | 22.4  |
| 7.6 - 9.8 | 108        | 13.1  |
| Totales   | 825        | 100.0 |

Datos faltantes: 414

**B. Determinación del porcentaje de éxito y de fracaso de la terapia de rehidratación oral (TRO)**

La necesidad de recurrir a la rehidratación intravenosa se consideró como indicativa de un fallo de la terapia de rehidratación oral. Tal situación se dio en un 14.5 % de los

casos, que corresponde al porcentaje de fracaso de la misma. Las indicaciones se mencionaron en el Cuadro 11. El porcentaje por Hospital fue de 17 % para el Hospital General y de 11 % para el Hospital Roosevelt. La diferencia fue significativa a una  $p < 0.05$ .

### **C. Delimitación de los factores relacionados al éxito o fracaso de la terapia**

La inferencia estadística se encaminó a la formulación de un modelo de regresión logística que describa los factores asociados al fallo de la terapia de rehidratación oral. Considerando que los casos con historia de disentería (4.9%) podrían presentar todo un grupo de factores que los hiciera comportarse como un grupo distinto del resto de los pacientes se excluyeron del análisis. Durante el transcurso del análisis del modelo se hizo evidente, por razones que se detallan más adelante, que los niños con diarrea crónica (> 14 días) también formaban un grupo atípico, que alteraría las conclusiones que se pretendían alcanzar para una población de niños que es la que con más frecuencia acude a las Unidades de Rehidratación. Por lo tanto este grupo de niños también se excluyó del análisis (5 %). En consecuencia la formulación final del modelo se aplica a niños sin diarrea crónica y sin disentería.

### **□ Análisis bivariado**

Luego de excluir los niños con disentería se contó con una base de datos de 1176 casos para el análisis. A continuación se realizó una evaluación de las variables del estudio para seleccionar aquellas que desde un punto de vista clínico pudieran estar asociadas al fallo de la terapia de rehidratación oral. Se escogieron 34, las cuales se presentan en el Cuadro 15. Algunas variables no se seleccionaron por problemas como un número elevado de datos faltantes o desconfianza sobre la calidad de los datos. Ellas son: lactancia materna, lactancia artificial, volumen de SRO (sales de rehidratación oral) consumido en 4 y en 6 horas, volumen

de otros líquidos consumido en 6 horas, tiempo de estancia en el servicio. Por ejemplo con el tiempo de estancia pudiera darse el caso que un niño termine su rehidratación a principios de la noche y la madre permanezca con él en la Unidad hasta el día siguiente.

**Cuadro 15**  
**RAZONES DE RIESGO PARA LA TERAPIA**  
**DE REHIDRATACION ORAL**

|                            | A                | B                | C                |
|----------------------------|------------------|------------------|------------------|
| Hospital General           | 1.63 (1.15-2.29) | ----             | ----             |
| Sexo masculino             | 1.05 (0.75-1.46) | 1.09 (0.62-1.91) | 1.04 (0.69-1.57) |
| Diarrea con moco           | 1.08 (0.77-1.52) | 0.84 (0.48-1.46) | 1.24 (0.80-1.91) |
| Diarrea líquida            | 1.42 (0.90-2.23) | 1.69 (0.74-3.85) | 1.33 (0.77-2.30) |
| Diarrea semilíquida        | 0.61 (0.36-1.02) | 0.47 (0.18-1.22) | 0.69 (0.37-1.28) |
| Diarrea pastosa            | 1.21 (0.46-3.21) | 0                | 1.40 (0.51-3.85) |
| Vómitos alimenticios       | 0.92 (0.63-1.35) | 0.80 (0.43-1.49) | 0.99 (0.61-1.61) |
| Vómitos mucosos            | 1.12 (0.78-1.60) | 0.96 (0.53-1.76) | 1.25 (0.80-1.96) |
| Vómitos biliosos           | 2.17 (1.07-4.39) | 2.53 (0.67-9.46) | 1.88 (0.82-4.35) |
| Historia de fiebre         | 1.09 (0.74-1.60) | 1.15 (0.59-2.25) | 1.10 (0.69-1.76) |
| Dolor abdominal            | 1.75 (1.24-2.49) | 1.13 (0.65-1.97) | 2.23 (1.41-3.54) |
| Somnolencia                | 1.38 (0.98-1.94) | 1.06 (0.60-1.87) | 1.66 (1.08-2.56) |
| Rinorrea                   | 0.85 (0.61-1.19) | 1.09 (0.63-1.89) | 0.76 (0.50-1.17) |
| Irritabilidad              | 0.99 (0.69-1.43) | 1.42 (0.73-2.77) | 0.86 (0.56-1.34) |
| Tos                        | 0.91 (0.65-1.26) | 0.93 (0.53-1.63) | 0.90 (0.59-1.36) |
| Oliguria                   | 1.90 (1.26-2.87) | 1.63 (0.80-3.34) | 2.07 (1.24-3.47) |
| Uso de medicamentos        | 1.41 (0.98-2.03) | 1.12 (0.63-1.98) | 1.57 (0.98-2.52) |
| Leche                      | 0.75 (0.54-1.04) | 0.94 (0.54-1.66) | 0.65 (0.43-0.99) |
| CalDOS                     | 0.78 (0.47-1.30) | 0.89 (0.39-2.06) | 0.72 (0.38-1.37) |
| Atoles                     | 1.38 (0.99-1.93) | 1.03 (0.58-1.83) | 1.53 (1.01-2.31) |
| SRO                        | 1.98 (1.38-2.83) | 2.29 (1.23-4.26) | 1.84 (1.18-2.85) |
| Suero casero               | 1.50 (0.89-2.51) | 1.93 (0.91-4.08) | 1.35 (0.65-2.79) |
| Agua pura                  | 1.02 (0.73-1.43) | 1.22 (0.70-2.14) | 0.97 (0.63-1.47) |
| Consulta previa            | 1.62 (1.10-2.38) | 1.74 (0.91-3.32) | 1.52 (0.94-2.47) |
| Estado de conciencia       | 0.67 (0.47-0.94) | 0.42 (0.19-0.91) | 0.61 (0.41-0.93) |
| Gastroclisis               | 3.83 (2.72-5.39) | 4.17 (2.33-7.49) | 3.82 (2.50-5.84) |
| Diarrea > 14 días          | 2.61 (1.47-4.63) | 1.93 (0.81-4.62) | 4.56 (1.99-10.5) |
| Deposiciones > 18/24 horas | 2.29 (1.52-3.44) | 2.16 (1.09-4.28) | 2.33 (1.40-3.90) |
| Vómitos > 12/24 horas      | 1.81 (1.17-2.81) | 1.59 (0.78-3.25) | 2.09 (1.19-3.66) |
| Fiebre > 38.0 C            | 1.08 (0.75-1.56) | 0.85 (0.46-1.55) | 1.39 (0.87-2.20) |
| DHE clínico > 7.5 %        | 2.09 (1.24-3.53) | 0                | 1.79 (1.04-3.09) |
| ZTE < -2.00                | 1.43 (1.01-2.02) | 1.79 (0.97-3.28) | 1.38 (0.89-2.13) |
| ZPE < -2.00                | 1.53 (0.91-2.58) | 0.99 (0.54-1.83) | 1.56 (0.53-4.58) |
| ZPT < -1.50                | 1.94 (1.10-3.44) | 0.92 (0.46-1.81) | 4.40 (1.46-13.2) |

n = 1176

\* A = Total

B = H. Roosevelt

C = H. General

En el Cuadro 15 al lado de cada variable se presentan sus respectivas razones de riesgo. En la primera columna para la totalidad de los casos y en la segunda y tercera estratificadas por hospital, para el Hospital Roosevelt en la segunda y para el General en la tercera. Excepto donde se indique lo contrario todas las variables están categorizadas en sí y no. A partir de este cuadro se seleccionaron 21 variables para su inclusión en el modelo de regresión logística. Se escogieron todas aquellas con una razón de riesgo de 1.5 o más (o su recíproco: 0.66 o menos).

La variable diarrea crónica (diarrea > 14 días) presentaba una asociación muy fuerte con consulta previa (OR de 3.2). Se consideró que ello podría representar un problema para la construcción de un modelo logístico porque la variable se comportaría aditivamente, es decir, un paciente pudo haber sido tratado en uno de los 2 hospitales con anterioridad y retornar y ser tratado de nuevo, lo cual confundiría los resultados. Por ello se decidió excluir del análisis los casos con más de 14 días de diarrea (5 %).

#### □ Regresión logística

Luego de la exclusión de los casos con diarrea crónica se trabajó con una base de 1101 casos. Las 21 variables seleccionadas en la sección anterior se incluyeron en un modelo inicial de regresión logística, el cual se muestra en el Cuadro 16. Con las 5 variables de este modelo que alcanzaron significancia estadística se corrió otro modelo, el cual se muestra hasta abajo del mismo cuadro. Comparando los resultados de ambos se observa que excepto para la variable > 18 deposiciones/24 horas se presentan fuertes variaciones de los coeficientes, las cuales se reflejan claramente en las respectivas razones de riesgo (OR) y que para la variable Hospital incluso se produce un cambio de signo. La explicación de ello se debe al influjo de los indicadores nutricionales ZTE, ZPE y ZPT. Estas variables tienen un elevado número de datos faltantes: 152, 208 y 302 respectivamente, que de alguna forma

constituyen un grupo de casos con comportamiento distinto al de los otros. Cuando excluimos estas variables del modelo como se aprecia en el cuadro inferior del Cuadro 16 los valores de la razón de riesgo para el Hospital General son iguales que los que se encuentran para la totalidad de los casos, o sea 1.6, tal como se aprecia en la primera columna del Cuadro 15.

**Cuadro 16**  
**MODELO DE REGRESION LOGISTICA INICIAL**

|                     | B       | EE     | OR   | IC        | P     |
|---------------------|---------|--------|------|-----------|-------|
| ZTE                 | 0.4094  | 0.4770 | 1.51 | 0.59-3.84 | 0.391 |
| ZPE                 | -0.0154 | 0.5088 | 0.98 | 0.36-2.67 | 0.976 |
| ZPT                 | 0.0343  | 0.4787 | 1.03 | 0.40-2.64 | 0.943 |
| HOSPITAL GENERAL    | -1.7897 | 0.5760 | 0.17 | 0.05-0.52 | 0.002 |
| >18 DEP/24 HORAS    | 0.9462  | 0.4761 | 2.58 | 1.01-6.55 | 0.047 |
| >12 VOM /24 HORAS   | -0.2767 | 0.5428 | 0.76 | 0.26-2.20 | 0.610 |
| DIARREA LIQUIDA     | -0.3471 | 1.1103 | 0.71 | 0.08-6.23 | 0.755 |
| DIARREA SEMILIQUIDA | -0.5442 | 1.2271 | 0.58 | 0.05-6.43 | 0.657 |
| VOMITOS BILIOSOS    | 0.9160  | 0.9801 | 2.50 | 0.37-17.1 | 0.350 |
| DOLOR ABDOMINAL     | 0.1844  | 0.4149 | 1.20 | 0.53-2.71 | 0.657 |
| OLIGURIA            | 0.5171  | 0.4965 | 1.68 | 0.63-4.44 | 0.298 |
| MEDICAMENTOS        | -0.2569 | 0.4475 | 0.77 | 0.32-1.86 | 0.566 |
| LECHE               | 0.1554  | 0.4019 | 1.17 | 0.53-2.57 | 0.699 |
| ATOLES              | -0.4589 | 0.4178 | 0.63 | 0.28-1.43 | 0.272 |
| SRO                 | 0.8458  | 0.4539 | 2.33 | 0.96-5.67 | 0.062 |
| SUERO CASERO        | 1.3978  | 0.5260 | 4.05 | 1.44-11.3 | 0.008 |
| ESTADO CONCIENCIA   | -0.3822 | 0.4706 | 0.68 | 0.27-1.72 | 0.417 |
| SOMNOLENCIA         | -0.2868 | 0.4212 | 0.75 | 0.33-1.71 | 0.496 |
| CONSULTA PREVIA     | 1.6190  | 0.6775 | 5.05 | 1.34-19.1 | 0.017 |
| GASTROCLISIS        | 2.1962  | 0.4470 | 8.99 | 3.74-21.6 | 0.000 |
| DHE                 | 1.4051  | 0.7600 | 4.08 | 0.92-18.1 | 0.065 |

**MODELO STEPWISE**

|                   | B       | EE     | OR   | IC        | P     |
|-------------------|---------|--------|------|-----------|-------|
| HOSPITAL GENERAL  | -1.3977 | 0.4112 | 0.25 | 0.11-0.55 | 0.001 |
| > 18 DEP/24 HORAS | 0.9345  | 0.4299 | 2.55 | 1.10-5.91 | 0.030 |
| SUERO CASERO      | 1.1182  | 0.4703 | 3.06 | 1.22-7.69 | 0.017 |
| CONSULTA PREVIA   | 1.7757  | 0.6286 | 5.90 | 1.72-20.2 | 0.005 |
| GASTROCLISIS      | 2.0961  | 0.4198 | 8.13 | 3.57-18.5 | 0.000 |

**MODELO GENERADO CON LAS VARIABLES SELECCIONADAS DEL ANTERIOR**

|                  | B      | EE     | OR   | IC        | P     |
|------------------|--------|--------|------|-----------|-------|
| HOSPITAL GENERAL | 0.4966 | 0.2030 | 1.64 | 1.10-2.45 | 0.014 |
| >18 DEP/24 HORAS | 0.7990 | 0.2280 | 2.22 | 1.42-3.48 | 0.001 |
| SUERO CASERO     | 0.4603 | 0.3105 | 1.58 | 0.86-2.91 | 0.138 |
| CONSULTA PREVIA  | 0.3832 | 0.2265 | 1.47 | 0.94-2.29 | 0.091 |
| GASTROCLISIS     | 1.4660 | 0.1977 | 4.33 | 2.94-6.38 | 0.000 |

n = 753, 753 y 1032 respectivamente, para cada modelo. Datos faltantes excluidos de una base de 1101 observaciones.

B = Estimación del parámetro

EE = Error estándar

OR = Odds ratio (razón de riesgo)

IC = Intervalo de confianza

p = Probabilidad

Con oliguria se quiere significar ausencia de micción en 6 horas.

Algunas variables del modelo inicial presentado en el Cuadro 16 presentaban razones de riesgo de 1.5 o más (o su recíproco de 0.66 o menos), a pesar de no haber alcanzado significancia estadística. Ellas son: diarrea semilíquida, vómitos biliosos, oliguria, atoles, uso de sales de rehidratación oral (SRO) y desequilibrio hidroelectrolítico (DHE) > 7.5 %. Se evaluaron las asociaciones entre las variables del modelo corrido con las 5 significativas del Cuadro 16 a través de sus respectivas razones de riesgo. Se observó que entre las variables suero casero y consulta previa existía una asociación de 1.95. Se decidió utilizar para la construcción del modelo final sólo una de ellas y se escogió consulta previa como clínicamente más relevante.

Las 4 variables restantes se compararon con las que no habían alcanzado significancia estadística pero cuyas razones de riesgo eran de 1.5 o más a través de la construcción de 6 modelos diferentes. En cada uno de estos modelos se incluían las 4 anteriores y una de las últimas. De las variables que no habían alcanzado significancia estadística en el modelo inicial utilizadas sólo resultaron significativas oliguria y SRO (uso de sales de rehidratación oral antes del ingreso).

Con las 4 variables significativas básicas (hospital, tasa de deposiciones, consulta previa y gastroclisis) y estas 2 últimas (oliguria, SRO) se corrió el modelo final que se presenta en el Cuadro 17. Se excluyó del cuadro la variable consulta previa porque no alcanzó significancia estadística. En la parte de abajo del cuadro se presentan distintas pruebas de bondad de ajuste: la desviación, la  $\chi^2$  de Pearson y la prueba de Hosmer-Lemeshow. Las 2 primeras se calcularon a través de un programa hecho en SAS 6.04 y la última con la aplicación Logistic para EPI INFO.

**CUADRO 17**  
**MODELO FINAL**

|                   | $\beta$ | EE     | OR   | IC        | P     |
|-------------------|---------|--------|------|-----------|-------|
| HOSPITAL GENERAL  | 0.4532  | 0.2049 | 1.57 | 1.05-2.35 | 0.027 |
| > 18 DEP/24 HORAS | 0.7385  | 0.2335 | 2.09 | 1.32-3.31 | 0.002 |
| OLIGURIA          | 0.7068  | 0.2474 | 2.03 | 1.25-3.29 | 0.004 |
| SRO*              | 0.6390  | 0.2106 | 1.89 | 1.25-2.86 | 0.002 |
| GASTROCLISIS      | 1.4750  | 0.1998 | 4.37 | 2.95-6.47 | 0.000 |

D = 694 DF = 1006

$\chi^2$  = 1035 DF = 1006

$\check{C}$  = 2.27 DF = 5 p = 0.81

n = 1012 datos faltantes excluidos.

$\beta$  = Estimación del parámetro

EE = Error estándar

OR = Odds ratio

IC = Intervalo de confianza

p = Probabilidad

D = Desviación

$\chi^2$  = Prueba de chi cuadrado de Pearson

$\check{C}$  = Prueba de bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow

\* SRO = Sales de rehidratación oral.

En el Cuadro 18 se presentan las asociaciones entre las variables del modelo final, expresadas a través de sus respectivas razones de riesgo (OR). Todas son de una magnitud aceptable. Se corrió con este modelo la variable duración de la diarrea para ajustar por este factor que se dejó de tomar en cuenta al excluir a los niños con diarrea de > 14 días de duración. Se corrió de forma continua y categorizada en los intervalos de 1-7 días y de 8-14 días. No alcanzó significancia estadística en el modelo, por lo cual se excluyó. Los coeficientes de las demás variables no experimentaron alteraciones de importancia.

CUADRO 18

**ASOCIACIONES ENTRE LAS DISTINTAS VARIABLES  
MOSTRADAS POR SUS RAZONES DE RIESGO (OR)**

|     | DEP  | OLI  | SRO  | GAS  |
|-----|------|------|------|------|
| HOS | 0.91 | 1.03 | 0.93 | 1.14 |
|     | DEP  | 0.97 | 2.13 | 1.43 |
|     |      | OLI  | 0.87 | 0.89 |
|     |      |      | SRO  | 1.13 |

HOS = Hospital General

DEP = > 18/deposiciones/24 horas

OLI = Oliguria

SRO = Sales de Rehidratación Oral

GAS = Gastroclisis

## **5. DISCUSION DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES**

Se presenta a continuación una discusión de los resultados en base a los objetivos propuestos en la introducción.

### **A. Perfil de la población estudiada**

El perfil de la población corresponde a niños con ligero predominio del sexo masculino (proporción niño-niña de 1 a 0.74), en su gran mayoría de 1-24 meses de edad (96 %) y con porcentajes de desnutrición crónica del 39 % y aguda del 15 %. Se mencionó que un 4.9 % de los pacientes presentaban sangre en las heces, lo cual se encuentra dentro de los límites de lo que reporta la literatura. El manual de tratamiento de la diarrea serie Paltex (32) menciona una frecuencia de disentería del 5-10 %. El porcentaje de uso de gastroclisis que se encontró en este estudio está elevado (35 %). En 2 estudios del Daniel Pizarro se reportan porcentajes menores: 7.5 % (12) y 9.7 % (14).

### **B. Determinación del porcentaje de éxito y de fracaso de la terapia**

El porcentaje de casos refractarios a la terapia de rehidratación oral (que necesitaron uso de la vía intravenosa) fue del 14.5 %. Los porcentajes en que se requiere la utilización de la vía intravenosa durante la terapia de rehidratación oral reportados en la literatura varían ampliamente, pero no llegan a ser tan altos como el encontrado en este estudio. Por ejemplo De la Torre y Larracilla en México en 1960 reportó un 9 % (5), Pizarro et al en 1979 en neonatos 2.5 % (12), Tamer en 1985 6 % (17). La diferencia mencionada entre los 2 hospitales en la sección de resultados es importante y persistió a través de todo el proceso de ajuste de los factores asociados al fallo de la terapia, como se discutirá más adelante.

### **C. Delimitación de los factores relacionados al fallo de la terapia**

El modelo final que se obtuvo muestra los factores asociados

al fracaso de la terapia de rehidratación oral en el grupo de pacientes sin disentería y sin diarrea crónica ( > 14 días), que son la mayoría. Los diagnósticos de regresión realizados muestran que se trata de un modelo bastante bueno: el valor de la desviación es menor que el total de grados de libertad y el de la  $\chi^2$  de Pearson no es mucho mayor. Asimismo la prueba de Hosmer-Lemeshow que parte de la hipótesis nula que el modelo ajusta bien muestra un buen ajuste a los datos ( $p=0.81$ ).

El presente modelo no sólo señala aquellos factores con riesgo para el fracaso de la terapia de rehidratación oral y los cuantifica sino permite calcular la probabilidad que un determinado niño con determinados valores para esas variables falle la terapia. Para ello se aplica la fórmula:

$$\pi_i = e^{\check{g}_i} / (1 + e^{\check{g}_i})$$

donde  $\check{g}_i = -3.50 + 0.45(\text{HOS}) + 0.74(\text{DEP}) + 0.71(\text{OLI}) + 0.64(\text{SRO}) + 1.48(\text{GAS})$

Y HOS = Hospital General

DEP = > 18 deposiciones/24 horas

OLI = Historia de oliguria

SRO = Consumo de sales de rehidratación antes del ingreso

GAS = Gastroclisis

Por ejemplo la probabilidad que falle la terapia de rehidratación oral en un caso con las siguientes características:

- \* Atendido en el Hospital General
- \* Tasa de deposición < 18 por 24 horas
- \* Oliguria
- \* Sin consumo antes del ingreso de sales de rehidratación oral
- \* Utilización de gastroclisis

es de 0.30 (cuando la característica es positiva se le asigna un valor de 1 y cuando es negativa de 0):

$$\check{g}_i = -3.50 + 0.45(1) + 0.74(0) + 0.71(1) + 0.64(0) + 1.48(1) = -0.86$$

$$\pi_i = e^{-0.86} / (1 + e^{-0.86}) = 0.30$$

Con el modelo utilizado resultaron estadísticamente significativas las siguientes asociaciones:

- Hospital: Se determinó una razón de riesgo (OR) de 1.57 para el hecho de ser atendido en el Hospital General versus el ser atendido en el Hospital Roosevelt. Se ajustó durante la construcción del modelo por muchas variables que podrían haber sido diferentes en los 2 hospitales y afectar la proporción de fallo de la terapia en ambos hospitales, como sexo, estado nutricional, características de la diarrea, sintomatología asociada, duración y severidad del cuadro, etc. Aún así la asociación con Hospital persistió de forma independiente de las demás. La razón última por la que para el grupo estudiado se haya detectado un mayor porcentaje (17% versus 11 %) de fallo de la terapia en el Hospital General radica con mucha probabilidad en una característica ajena a los pacientes. Es decir, la forma en que se decide utilizar la terapia intravenosa para cada hospital. Porque de hecho la utilización de esta vía en un paciente dado implica la insuficiencia de la rehidratación oral por sí sola para remediar su deshidratación. Claro que el uso de la vía intravenosa no es la causa del fallo sino una consecuencia del mismo, un efecto. Con los datos del presente estudio no se puede decir si el fallo en un hospital depende de un uso inadecuado de la terapia de rehidratación oral o de un error diagnóstico del fallo. Ello sería objeto de una investigación operacional. Lo que sí se puede concluir es que existe una mayor proporción de fallo en un hospital que en otro y que es independiente de factores relacionados con el paciente.
- Uso de gastroclisis: En el análisis bivariado se observaron más casos refractarios en el grupo de pacientes que si tuvieron gastroclisis que en el de los que no (26 % versus 8%). La regresión logística mostró una fuerte asociación, con una OR de 4.37. Como puede verse es demasiado alta. Después del proceso de ajuste realizado no se puede decir que ello se deba a que los pacientes que tuvieron gastroclisis se

encontraban en peores condiciones que los demás, desde el punto de vista de severidad del cuadro o de su estado nutricional, por lo menos a su ingreso. Pero el hecho que la probabilidad de fallo de un paciente con gastroclisis sea 4 veces mayor que la de uno que no la tenga, con independencia de los demás factores, señala hacia un uso inadecuado de la misma. Esto no puede probarse con los datos que se tienen, pues no se cuenta con información sobre una variable de evolución tan importante como sería el balance de hidratación del niño a lo largo de su estancia en el servicio.

- Más de 18 deposiciones últimas 24 horas previo ingreso: Se encontró una razón de riesgo de 2.09. Ello podría deberse a que los pacientes con una diarrea tan intensa llegan en peores condiciones al Hospital. Este sí es un resultado esperado pues a mayor tasa de diarrea uno esperaría un balance de hidratación más negativo y por lo tanto, más probabilidad de fallo. Sin embargo este dato se refiere como parte de la historia clínica y los valores de la variable deben interpretarse con cautela, pues no son resultado de una observación necesariamente objetiva, sino más bien indicativos de las percepciones de la persona que refiere los datos, sobre la gravedad o intensidad del episodio diarreico.
- Antecedente de oliguria-anuria: Estos términos se usan basados en si se reportó o no que el niño hubiera orinado en las 6 horas previas al ingreso, y no corresponden a una determinación cuantitativa exacta durante su evolución. En el análisis bivariado se observaron más casos refractarios en el grupo de pacientes que no habían orinado en las últimas 6 horas, 22 % versus 13 %. La regresión logística confirmó la asociación con una razón de riesgo de 2.03. Ello es congruente por tratarse de pacientes probablemente más deshidratados y con un cuadro diarreico más severo.
- Antecedente de uso de Sales de Rehidratación Oral: El antecedente de haber consumido sales de rehidratación oral las 24 horas previas al ingreso se asoció a 17 % de fallo de la

terapia en comparación con 10 % en el caso contrario. La regresión logística proporcionó una OR de 1.89. Es razonable suponer que los niños que consumieron sales de rehidratación oral antes de su ingreso eran niños que tardaron más en llegar al hospital y llegaron más deshidratados o complicados. Ello los predispondría al fallo de la terapia.

La utilidad de los modelos estadísticos para describir situaciones complejas y permitir intervenciones hacia los resultados deseados es innegable. En este caso el modelo también nos brinda una especie de diagnóstico del funcionamiento de la Unidad. Sin embargo hay que tener presente que se trata de una aproximación. Los modelos son como las maquetas arquitectónicas y por lo tanto susceptibles de perfeccionamiento. El presente modelo explica bastante bien los datos con que se cuenta y es aplicable a poblaciones similares a la descrita. Tiene la limitante que está basado en datos blandos, es decir, no controlados estrictamente, pues los datos se consignan en las historias clínicas por personal con distintos grados de experiencia (externos, internos, residentes). Sin embargo es una aproximación a la realidad de esas unidades que resulta útil para generar cambios que redunden en una mejor atención de los pacientes.

#### **D. Análisis de la utilidad de los criterios usados en la historia clínica.**

Con los datos con que se cuenta no es posible realizar un análisis adecuado de la utilidad de los criterios usados en la historia clínica. Apreciar la importancia de un criterio u otro de la historia clínica necesitaría de un análisis más complejo y extenso que se sale de los límites del presente trabajo.

#### **E. Formulación de recomendaciones**

En base a los resultados presentados pueden formularse las siguientes recomendaciones:

- ☐ Evaluar la forma en que se está llevando a cabo la terapia de

rehidratación oral en la Unidad del Hospital General. Su tasa de 17 % es alta. Revisar las normas de funcionamiento de la Unidad. Investigar si no se está sobrediagnosticando el fallo. Podría también hacerse una investigación retrospectiva de los casos en que falló la terapia, cuyos registros se encuentran grabados en la presente base de datos, para determinar las razones precisas por las que se decidió utilizar la terapia intravenosa. La tasa para el Hospital Roosevelt también es alta (11 %) comparada con las reportadas en la literatura, que ya se mencionaron anteriormente.

- Evaluar el uso de la gastroclisis. Tal vez no se le está dando la atención necesaria, quizá por falta de personal. Asimismo se está utilizando demasiado (35 % de los casos) a juzgar por las tasas de la literatura.
- Prestar especial atención a los pacientes con historia de consumo antes del ingreso de sales de rehidratación oral o de ausencia de micción las 6 horas previas. Son factores de riesgo para fallo de la terapia.

**BIBLIOGRAFIA**

1. Organización Panamericana de la Salud. Las Condiciones de Salud en las Américas 1990; publicación científica No. 524, 1:77,394.
2. Darrow DC, Pratt EL, Flett JJr et al. Disturbances of water and electrolytes in infantile diarrhea. *Pediatrics* 1949; 3:129-156.
3. Chatterjee HN. Control of vomiting in cholera and oral replacement of fluid. *Lancet* 1953; 2:1063.
4. Meneghello J, Rosselot J, Undurraga O et al. Experiencia técnica y administrativa en el funcionamiento de un centro de hidratación. *Bol Of Sanit Panam* 1958; 45:402-411.
5. De la Torre JA, Larracilla AJ. La vía oral para la rehidratación y corrección del desequilibrio electrolítico de enfermos de "diarrea" ambulatorios menores de 2 años. *Bol Of Sanit Panam* 1960; 49:542-551.
6. Hirschhorn N, Kinzie JL, Sachar DB et al. Decrease in net stool output in cholera during intestinal perfusion with glucose-containing solutions. *N Engl J Med* 1968; 279:176-181.
7. Nalin DR, Cash RA, Islam R, Molla M, Phillips RA. Oral maintenance therapy for cholera in adults. *Lancet* 1968; 2:370-372.
8. Cash RA, Nalin DR, Rochat R, Reller LB, Haque ZA, Rahman ASMM. A clinical trial of oral therapy in a rural cholera-treatment center. *Am J Trop Med Hyg* 1970; 19:653-6.
9. Hirschhorn N, Cash RA, Woodward WE et al. Oral fluid therapy of Apache children with acute infectious diarrhoea. *Lancet* 1972; 2:15-8.
10. Hirschhorn N, McCarthy BJ, Ranney B et al. Ad libitum oral glucose-electrolyte therapy for acute diarrhea in Apache children. *J Pediatr* 1973; 83:562-71.
11. Pierce NF, Hirschhorn N. Oral fluid: a simple weapon against dehydration in diarrhoea: how it works and how to use it. *WHO Chron* 1977; 31:87-93.

12. Pizarro D, Posada G, Mata L et al. Oral rehydration of neonates with dehydrating diarrhoeas. *Lancet* 1979; 2:1209-10.
13. Santosham M, Daum RS, Dillman L et al. Oral rehydration therapy of infantile diarrhea: a controlled study of well-nourished children hospitalized in the United States and Panama. *N Engl J Med* 1982; 306: 1070-6.
14. Pizarro D, Posada G, Mata L. Treatment of 242 neonates with dehydrating diarrhea with an oral glucose-electrolyte solution. *J Pediatr* 1983; 102:153-156.
15. Booth IW, Levine MM, Harries JT. Oral rehydration therapy in acute diarrhoea in childhood. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1984; 3:491-499.
16. Pizarro D, Posada G, Levine MM. Hypernatremic diarrheal dehydration treated with "slow" (12-hour) oral rehydration therapy: A preliminary report. *J Pediatr* 1984; 104:316-319.
17. Tamer AM, Friedman LB, Maxwell SR et al. Oral rehydration of infants in a large urban US medical center. *J Pediatr* 1985; 107:14-19.
18. Blum D, Brasseur D, Kahn A et al. Safe oral rehydration of hypertonic dehydration. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1986; 5:232-235.
19. Listernick R, Zieserl E, Davis AT. Outpatient oral rehydration in the United States. *Am J Dis Child* 1986; 140:211-15.
20. Velásquez Jones L, Gordillo Paniagua G. Rehidratación oral en diarrea aguda. *Bol Méd Hosp Infant Méx* 1980; 37:859-866.
21. Santosham M, Burns B, Nadkarni V et al. Oral rehydration therapy for acute diarrhea in ambulatory children in the United States: a double-blind comparison of four different solutions. *Pediatrics* 1985; 76:159-166.
22. Molla AM, Ahmed SM, Greenough III WB. Rice-based oral rehydration solution decreases the stool volume in acute diarrhoea. *Bull WHO* 1985; 63:751-756.
23. Salazar-Lindo E, Sack RB, Chea-Woo E et al. Bicarbonate versus citrate in oral rehydration therapy in infants with watery diarrhea: a controlled clinical trial. *J Pediatr* 1986; 108:55-60.
24. Vesikari T, Isolauri E. Glycine supplemented oral rehydration solutions for diarrhoea. *Arch Dis Child* 1986; 61:372-376.

25. Alam AN, Sarker SA, Molla AM et al. Hydrolyzed wheat based oral rehydration solution for acute diarrhoea. Arch Dis Child 1987; 62:440-444.
26. Carpenter CCJ, Greenough WB, Pierce NF. Oral-rehydration therapy -the role of polymeric substrates. N Engl J Med 1988; 319:1346-1348.
27. Bari A, Rahman ASMM, Molla AM, Greenough III WB. Rice-based oral rehydration solution shown to be better than glucose-ORS as treatment of non-dysenteric diarrhoea in children in rural Bangladesh. J Diarrhoeal Dis Res 1989; 7(1&2):1-7.
28. Cash RA. A history of the development of oral rehydration therapy (ORT). J Diarrhoeal Dis Res 1987; 5:256-261.
29. SAS Institute Inc. SAS/FSP<sup>R</sup> User's Guide, Release 6.04 Edition. Cary NC: SAS Institute Inc., 1992.
30. SAS Institute Inc. SAS<sup>R</sup> Technical Report P-200, SAS/STAT<sup>R</sup> Software: Calis and Logistic Procedures, Release 6.04, Cary, NC: SAS Institute Inc., 1990. 236 pp. Licencia actualizada.
31. EPI INFO , Versión 5.01b. Epidemiología con Microordenadores. Centers for Disease Control y World Health Organization. Marzo 1991.
32. Manual de Tratamiento de la Diarrea, Serie Paltex para ejecutores de programas de salud No. 13. Organización Panamericana de la Salud, 1987.

**ANEXO 1**

**INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE**

**INFORMACION PARA EL ESTUDIO**

ESTUDIO CASO-CONTROL DE CASOS REFRACTARIOS DE  
TRO EN EL HOSPITAL ROOSEVELT Y HOSPITAL  
GENERAL SAN JUAN DE DIOS

|                               |                                                                                                                           |       |           |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------|
| 0.                            | Para todas las preguntas en caso que no exista el dato, colocar 9, 99, 999, 999.9 según el número de dígitos que existen. |       |           |
| 1.                            | Número de Registro Clínico                                                                                                | 1-6   |           |
| 2.                            | Hospital<br>Roosevelt = 1<br>General = 2                                                                                  | 7     | —         |
| 3.                            | Caso #                                                                                                                    | 8-11  |           |
| 4.                            | Fecha de la investigación<br>(día, mes, año)                                                                              | 12-17 | — — — — — |
| 5.                            | Fecha ingreso (día, mes, año)                                                                                             | 18-23 |           |
| 6.                            | Hora (horas, minutos)                                                                                                     | 24-27 |           |
| 7.                            | Fecha nacimiento (día, mes, año)                                                                                          | 28-33 |           |
| 8.                            | Sexo:<br>Femenino = 1<br>Masculino = 2                                                                                    | 34    | —         |
| 9.                            | Edad (años/meses)                                                                                                         | 35-38 |           |
| 10.                           | Duración de la diarrea antes de consultar al hospital (días)                                                              | 39-40 | — —       |
| 11.                           | Número de deposiciones en últimas 24 horas                                                                                | 41-42 | — —       |
| 12.                           | Duración de vómitos antes de consultar al hospital (días)                                                                 | 43-44 | — —       |
| 13.                           | Número de vómitos en las últimas 24 horas                                                                                 | 45-46 | — —       |
| CARACTERISTICAS DE LA DIARREA |                                                                                                                           |       |           |
| 14.                           | Diarrea con moco<br>Si = 1<br>No = 2                                                                                      | 47    | —         |
| 15.                           | Con sangre<br>Si = 1<br>No = 2                                                                                            | 48    | —         |
| 16.                           | Líquidas<br>Si = 1<br>No = 2                                                                                              | 49    | —         |

|                                |                                                       |    |   |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------|----|---|
| 17.                            | Semilíquidas<br>Si = 1<br>No = 2                      | 50 | — |
| 18.                            | Pastosas<br>Si = 1<br>No = 2                          | 51 | — |
| CARACTERISTICAS DE LOS VOMITOS |                                                       |    |   |
| 19.                            | Alimenticios<br>Si = 1<br>No = 2                      | 52 |   |
| 20.                            | Mucosos<br>Si = 1<br>No = 2                           | 53 | — |
| 21.                            | Biliosos<br>Si = 1<br>No = 2                          | 54 | — |
| OTROS SINTOMAS                 |                                                       |    |   |
| 22.                            | Ninguno = 2<br>Si = 1                                 | 55 | — |
| 23.                            | Fiebre<br>Si = 1<br>No = 2                            | 56 | — |
| 24.                            | Dolo abdominal<br>Si = 1<br>No = 2                    | 57 | — |
| 25.                            | Somnoliento<br>Si = 1<br>No = 2                       | 58 | — |
| 26.                            | Rinorrea<br>Si = 1<br>No = 2                          | 59 | — |
| 27.                            | Expulsó lombrices<br>Si = 1<br>No = 2                 | 60 | — |
| 28.                            | Irritable<br>Si = 1<br>No = 2                         | 61 | — |
| 29.                            | Tos<br>Si = 1<br>No = 2                               | 62 | — |
| 30.                            | Ha orinado en las últimas 6 horas<br>Si = 1<br>No = 2 | 63 | — |
| 31.                            | Otros (especifique)<br>Si = 1<br>No = 2               | 64 | — |

| MEDICAMENTOS DESDE EL INICIO DE LA DIARREA                                               |                                             |    |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----|---|
| 32.                                                                                      | Antidiarreico<br>Si = 1<br>No = 2           | 65 | — |
| 33.                                                                                      | Antidiarreico<br>Si = 1<br>No = 2           | 66 | — |
| 34.                                                                                      | Antihelmíntico<br>Si = 1<br>No = 2          | 67 | — |
| 35.                                                                                      | Antibiótico<br>Si = 1<br>No = 2             | 68 | — |
| 36.                                                                                      | Antihemético<br>Si = 1<br>No = 2            | 69 | — |
| 37.                                                                                      | Otros (especificar)<br>Si = 1<br>No = 2     | 70 | — |
| LIQUIDOS TOMADOS EN LAS ULTIMAS 24 HORAS                                                 |                                             |    |   |
| 38.                                                                                      | Leche<br>Si = 1<br>No = 2                   | 71 | — |
| 39.                                                                                      | Caldos<br>Si = 1<br>No = 2                  | 72 | — |
| 40.                                                                                      | Atoles<br>Si = 1<br>No = 2                  | 73 | — |
| 41.                                                                                      | SRO<br>Si = 1<br>No = 2                     | 74 | — |
| 42.                                                                                      | Suero casero<br>Si = 1<br>No = 2            | 75 | — |
| 43.                                                                                      | Agua pura<br>Si = 1<br>No = 2               | 76 | — |
| LUGARES O PERSONAS CONSULTADAS DURANTE ESTE EPISODIO DIARREICO Y TRATAMIENTO RECOMENDADO |                                             |    |   |
| 44.                                                                                      | Ninguno = 2 (pasar a pregunta 54)<br>Si = 1 | 77 | — |
| 45.                                                                                      | Hospital Roosevelt<br>Si = 1<br>No = 2      | 78 | — |

|     |                                                   |    |   |
|-----|---------------------------------------------------|----|---|
|     | Tratamiento aumentar líquidos<br>Si = 1<br>No = 2 | 79 | — |
|     | SRO<br>Si = 1<br>No = 2                           | 80 | — |
|     | Suero casero<br>Si = 1<br>No = 2                  | 81 | — |
|     | Otros<br>_____<br>_____<br><br>Si = 1<br>No = 2   | 82 | — |
| 46. | Hospital General<br>Si = 1<br>No = 2              | 83 | — |
|     | Tratamiento aumentar líquidos<br>Si = 1<br>No = 2 | 84 | — |
|     | SRO<br>Si = 1<br>No = 2                           | 85 | — |
|     | Suero casero<br>Si = 1<br>No = 2                  | 86 | — |
|     | Otros<br>_____<br>_____<br><br>Si = 1<br>No = 2   | 87 | — |
| 47. | Otro hospital<br>Si = 1<br>No = 2                 | 88 | — |
|     | Tratamiento aumentar líquidos<br>Si = 1<br>No = 2 | 89 | — |
|     | SRO<br>Si = 1<br>No = 2                           | 90 | — |
|     | Suero casero<br>Si = 1<br>No = 2                  | 91 | — |
|     | Otros<br>_____<br>_____<br><br>Si = 1<br>No = 2   | 92 | — |

|     |                                                   |     |   |
|-----|---------------------------------------------------|-----|---|
| 48. | Centro o puesto de salud<br>Si = 1<br>No = 2      | 93  | — |
|     | Tratamiento aumentar líquidos<br>Si = 1<br>No = 2 | 94  | — |
|     | SRO<br>Si = 1<br>No = 2                           | 95  | — |
|     | Suero casero<br>Si = 1<br>No = 2                  | 96  | — |
|     | Otros<br>_____<br>_____<br><br>Si = 1<br>No = 2   | 97  | — |
| 49. | Médico particular<br>Si = 1<br>No = 2             | 98  | — |
|     | Tratamiento aumentar líquidos<br>Si = 1<br>No = 2 | 99  | — |
|     | SRO<br>Si = 1<br>No = 2                           | 100 | — |
|     | Suero casero<br>Si = 1<br>No = 2                  | 101 | — |
|     | Otros<br>_____<br>_____<br><br>Si = 1<br>No = 2   | 102 | — |
| 50. | Farmacia<br>Si = 1<br>No = 2                      | 103 | — |
|     | Tratamiento aumentar líquidos<br>Si = 1<br>No = 2 | 104 | — |
|     | SRO<br>Si = 1<br>No = 2                           | 105 | — |
|     | Suero casero<br>Si = 1<br>No = 2                  | 106 | — |

|     |                                                   |     |   |
|-----|---------------------------------------------------|-----|---|
|     | Otros<br>_____<br>_____<br><br>Si = 1<br>No = 2   | 107 | — |
| 51. | Comadrona<br>Si = 1<br>No = 2                     | 108 | — |
|     | Tratamiento aumentar líquidos<br>Si = 1<br>No = 2 | 109 | — |
|     | SRO<br>Si = 1<br>No = 2                           | 110 | — |
|     | Suero casero<br>Si = 1<br>No = 2                  | 111 | — |
|     | Otros<br>_____<br>_____<br><br>Si = 1<br>No = 2   | 112 | — |
| 52. | Curandero<br>Si = 1<br>No = 2                     | 113 | — |
|     | Tratamiento aumentar líquidos<br>Si = 1<br>No = 2 | 114 | — |
|     | SRO<br>Si = 1<br>No = 2                           | 115 | — |
|     | Suero casero<br>Si = 1<br>No = 2                  | 116 | — |
|     | Otros<br>_____<br>_____<br><br>Si = 1<br>No = 2   | 117 | — |
| 53. | Otros _____<br>Si = 1<br>No = 2                   | 118 | — |
|     | Tratamiento aumentar líquidos<br>Si = 1<br>No = 2 | 119 | — |
|     | SRO<br>Si = 1<br>No = 2                           | 120 | — |

|                                  |                                             |             |     |
|----------------------------------|---------------------------------------------|-------------|-----|
|                                  | Suero casero<br>Si = 1<br>No = 2            | 121         | —   |
|                                  | Otros<br>_____<br>_____<br>Si = 1<br>No = 2 | 122         | —   |
| ALIMENTACION DESDE EL NACIMIENTO |                                             |             |     |
| 54.                              | Lactancia materna<br>Si = 1<br>No = 2       | 123         | —   |
| 55.                              | Hasta los cuántos meses (destete)           | 124-<br>125 | — — |
| 56.                              | Actualmente<br>Si = 1<br>No = 2             | 126         | —   |
| 57.                              | Lactancia artificial<br>Si = 1<br>No = 2    | 127         | —   |
| 58.                              | Inicio (meses)                              | 128-<br>129 | — — |
| INMUNIZACIONES                   |                                             |             |     |
| 59.                              | DPT<br>1a. dosis<br>Si = 1<br>No = 2        | 130         | —   |
| 60                               | 2a. dosis<br>Si = 1<br>No = 2               | 131         | —   |
| 61.                              | 3a. dosis<br>Si = 1<br>No = 2               | 132         | —   |
| 62.                              | Polio<br>1a. dosis<br>Si = 1<br>No = 2      | 133         | —   |
| 63.                              | 2a. dosis<br>Si = 1<br>No = 2               | 134         | —   |
| 64.                              | 3a. dosis<br>Si = 1<br>No = 2               | 135         | —   |
| 65.                              | BCG<br>Si = 1<br>No = 2                     | 136         | —   |

|               |                                                                                                                                                                                   |             |         |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------|
| 66.           | Sarampión<br>Si = 1<br>No = 2                                                                                                                                                     | 137         | —       |
| EXAMEN FISICO |                                                                                                                                                                                   |             |         |
| 67.           | Peso (kg) ingreso                                                                                                                                                                 | 138-<br>141 | — — — — |
| 68.           | Talla (cms.)                                                                                                                                                                      | 142-<br>144 | — — —   |
| 69.           | Pulso (por minuto)                                                                                                                                                                | 145-<br>147 | — — —   |
| 70.           | Frecuencia respiratoria (por minutos)                                                                                                                                             | 148-<br>149 | — —     |
| 71.           | Temperatura (°C)                                                                                                                                                                  | 150-<br>152 | — — —   |
| 72.           | Circunferencia cefálica                                                                                                                                                           | 153-<br>155 | — — —   |
| 73.           | Hallazgos anormales<br>Si = 1<br>No = 2<br>Especificar<br><br>Estado general y de conciencia<br>Bueno = 1<br>Con tendencia al sueño<br>o irritable = 2<br>Malo o inconsciente = 3 | 156         | —       |
| 74.           | Ingreso                                                                                                                                                                           | 157         |         |
| 75.           | 2 horas                                                                                                                                                                           | 158         |         |
| 76.           | 4 horas                                                                                                                                                                           | 159         |         |
| 77.           | 6 horas<br>Sed:<br>No tiene sed = 1<br>Poca sed = 2<br>Mucha sed = 3                                                                                                              | 160         | —       |
| 78.           | Ingreso                                                                                                                                                                           | 161         |         |
| 79.           | 2 horas                                                                                                                                                                           | 162         |         |
| 80.           | 4 horas                                                                                                                                                                           | 163         |         |
| 81.           | 6 horas<br>Pulso radial (por minuto)                                                                                                                                              | 164         | —       |
| 82.           | Ingreso                                                                                                                                                                           | 165-<br>167 | — — —   |
| 83.           | 2 horas                                                                                                                                                                           | 168-<br>170 | — — —   |
| 84.           | 4 horas                                                                                                                                                                           | 171-<br>173 | — — —   |

|      |                                                                                |             |       |
|------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------|
| 85.  | 6 horas<br>Respiración (frecuencia)                                            | 174-<br>176 | — — — |
| 86.  | Ingreso                                                                        | 177-<br>178 | — —   |
| 87.  | 2 horas                                                                        | 179-<br>180 | — —   |
| 88.  | 4 horas                                                                        | 181-<br>182 | — —   |
| 89.  | 6 horas<br>Fontanela<br>Normal = 1<br>Levemente hundida = 2<br>Muy hundida = 3 |             | — —   |
| 90.  | Ingreso                                                                        | 185         |       |
| 91.  | 2 horas                                                                        | 186         |       |
| 92.  | 4 horas                                                                        | 187         |       |
| 93.  | 6 horas<br>Turgencia de la piel<br>Normal = 1<br>1 m = 2<br>más = 3            | 188         | —     |
| 94.  | Ingreso                                                                        | 189         |       |
| 95.  | 2 horas                                                                        | 190         |       |
| 96.  | 4 horas                                                                        | 191         |       |
| 97.  | 6 horas<br>Enoftalmos<br>Normal = 1<br>Leve = 2<br>Modero = 3<br>Severo = 4    | 192         | —     |
| 98.  | Ingreso                                                                        | 193         |       |
| 99.  | 2 horas                                                                        | 194         |       |
| 100. | 4 horas                                                                        | 195         |       |
| 101. | 6 horas<br>Lágrimas<br>Normal = 1<br>Escasas = 2<br>Ausentes = 3               | 196         | —     |
| 102. | Ingreso                                                                        | 197         |       |
| 103. | 2 horas                                                                        | 198         |       |
| 104. | 4 horas                                                                        | 199         |       |

|      |                                                                     |             |         |
|------|---------------------------------------------------------------------|-------------|---------|
| 105. | 6 horas<br>Mucosa oral<br>Normal = 1<br>Seca = 2<br>Semi-húmeda = 3 | 200         | —       |
| 106. | Ingreso                                                             | 201         |         |
| 107. | 2 horas                                                             | 202         |         |
| 108. | 4 horas                                                             | 203         |         |
| 109. | 6 horas<br>No. de micciones observadas en servicio                  | 204         | —       |
| 110. | Ingreso                                                             | 205         |         |
| 111. | 2 horas                                                             | 206         |         |
| 112. | 4 horas                                                             | 207         |         |
| 113. | 6 horas<br>Saliva<br>Normal = 1<br>Filante = 2<br>Escasa = 3        | 208         | —       |
| 114. | Ingreso                                                             | 209         |         |
| 115. | 2 horas                                                             | 210         |         |
| 116. | 4 horas                                                             | 211         |         |
| 117. | 6 horas<br>Temperatura (°C)                                         | 212         | —       |
| 118. | Ingreso                                                             | 213-<br>215 | — — —   |
| 119. | 2 horas                                                             | 216-<br>218 | — — —   |
| 120. | 4 horas                                                             | 219-<br>221 | — — —   |
| 121. | 6 horas                                                             | 222-<br>224 | — — —   |
| 122. | No. de deposiciones en 6 horas                                      | 225-<br>226 | — —     |
| 123. | No. de deposiciones en 4 horas                                      | 227-<br>228 | — —     |
| 124. | No. de vómitos en 6 horas                                           | 229-<br>230 | — —     |
| 125. | No. de vómitos en 4 horas                                           | 231-<br>232 | — —     |
| 126. | Volumen de SRO en 6 horas (ml)                                      | 233-<br>236 | — — — — |

|                                       |                                                                                                       |         |         |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|
| 127.                                  | Volumen de SRO en 4 horas                                                                             | 237-240 | — — — — |
| 128.                                  | Volumen de otros líquidos en 6 horas (ml)                                                             | 241-244 | — — — — |
| 129.                                  | Otros alimentos (enunciar):<br>Si = 1<br>No = 2<br>_____<br>_____                                     | 245     | —       |
| CAMBIO DE TRATAMIENTO DE GASTROCLISIS |                                                                                                       |         |         |
| 130.                                  | Si cambió de tratamiento a gastroclisis<br>Si = 1<br>No = 2<br>Si es no, pasar a pregunta No. 138     | 246     | —       |
| 131.                                  | Rehúsa tomar por vía oral<br>Si = 1<br>No = 2                                                         | 247     | —       |
| 132.                                  | Dificultades para deglutir<br>Si = 1<br>No = 2                                                        | 248     | —       |
| 133.                                  | Vómitos frecuentes<br>Si = 1<br>No = 2                                                                | 249     | —       |
| 134.                                  | Ingesta de líquido en forma de bolo aumenta la tasa de diarrea a (10 ml/kg/hora)<br>Si = 1<br>No = 2  | 250     | —       |
| 135.                                  | El uso de SRO en bolo provoca distensión del abdominal<br>Si = 1<br>No = 2                            | 251     | —       |
| 136.                                  | En caso personal auxiliar y la madre no colabora en la administración de la TRO<br>Si = 1<br>No = 2   | 252     | —       |
| 137.                                  | Otros (especifique)<br>Si = 1<br>No = 2<br>_____<br>_____                                             | 253     | —       |
| INDICACION TERAPIA ENDOVENOSA         |                                                                                                       |         |         |
| 138.                                  | Se cambió tratamiento a terapia endovenosa?<br>Si = 1<br>No = 2<br>Si es no, pasar a pregunta No. 143 | 254     | —       |

|                                                    |                                                                                                                                                                                         |     |   |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---|
| 139.                                               | Evacuación sobrepasa la ingesta<br>Si = 1<br>No = 2                                                                                                                                     | 255 | — |
| 140.                                               | Vómitos persistentes a pesar de sonda nasogástrica<br>Si = 1<br>No = 2                                                                                                                  | 256 | — |
| 141.                                               | Empeoramiento del estado del paciente corroborado por la pérdida de peso<br>Si = 1<br>No = 2                                                                                            | 257 | — |
| 142.                                               | Otros (especificar)<br>_____<br>_____<br>Si = 1<br>No = 2                                                                                                                               | 258 | — |
| 143.                                               | Se hospitaliza al paciente<br>Si = 1<br>No = 2<br>Si la respuesta es no, pasar a pregunta No. 161                                                                                       | 259 | — |
| CRITERIOS HOSPITALIZACION PARA NIÑOS DESHIDRATADOS |                                                                                                                                                                                         |     |   |
| 144.                                               | Estado de shock y/o DHE severo<br>Si = 1<br>No = 2                                                                                                                                      | 260 | — |
| 145.                                               | Enfermedad diarreica mayor de dos semanas<br>Si = 1<br>No = 2                                                                                                                           | 261 | — |
| 146.                                               | Reconsulta por deshidratación del 5% o más de 2 ocasiones seguidas durante el mismo episodio (puede requerir únicamente observación en la URO por 24 horas o menos)<br>Si = 1<br>No = 2 | 262 | — |
| 147.                                               | Tasa de diarrea muy alta (más de una evacuación abundante en 1 hora o 10 ml/kg/hora<br>Si = 1<br>No = 2                                                                                 | 263 | — |
| 148.                                               | Inicio de terapia endovenosa<br>Si = 1<br>No = 2                                                                                                                                        | 264 | — |
| 149.                                               | Depresión importante del estado de alerta<br>Si = 1<br>No = 2                                                                                                                           | 265 | — |

|                                 |                                                                                              |             |     |   |   |   |   |   |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----|---|---|---|---|---|
| 150.                            | Ileo paralítico o mecánico<br>Si = 1<br>No = 2                                               | 266         | —   |   |   |   |   |   |
| 151.                            | Neumatosis intestinal o<br>enterocolitis necrotizante<br>Si = 1<br>No = 2                    | 267         | —   |   |   |   |   |   |
| 152.                            | Hemorragia gastrointestinal<br>Si = 1<br>No = 2                                              | 268         | —   |   |   |   |   |   |
| 153.                            | Convulsiones<br>Si = 1<br>No = 2                                                             | 269         | —   |   |   |   |   |   |
| 154.                            | Otros<br>_____<br>_____<br>Si = 1<br>No = 2                                                  | 270         | —   |   |   |   |   |   |
| RESULTADO DE LA HOSPITALIZACION |                                                                                              |             |     |   |   |   |   |   |
| 155.                            | Paciente recuperado con egreso<br>Si = 1<br>No = 2                                           | 271         | —   |   |   |   |   |   |
| 156.                            | Diagnóstico de egreso<br>a) _____<br>b) _____<br>c) _____<br>d) _____<br>e) _____            |             |     |   |   |   |   |   |
| 157.                            | Total de días de estancia en el<br>hospital                                                  | 272-<br>273 | — — |   |   |   |   |   |
| 158.                            | Egreso contraindicado<br>Si = 1<br>No = 2                                                    | 274         | —   |   |   |   |   |   |
| 159.                            | Paciente muere<br>Si = 1<br>No = 2                                                           | 275         | —   |   |   |   |   |   |
| 160.                            | Diagnóstico de paciente al morir<br>a) _____<br>b) _____<br>c) _____<br>d) _____<br>e) _____ |             |     |   |   |   |   |   |
| 161.                            | Fecha de egreso                                                                              | 276-<br>281 | —   | — | — | — | — | — |
| 162.                            | Hora de egreso                                                                               | 282-<br>285 |     | — | — | — | — |   |
| 163.                            | Peso egreso (kg)                                                                             | 286-<br>289 |     | — | — | — | — |   |

|      |                                                                                                                                                             |             |   |   |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---|---|
| 164. | DHE clínico                                                                                                                                                 | 290-<br>291 | — | — |
| 165. | DHE real                                                                                                                                                    | 292-<br>293 | — | — |
| 166. | Tiempo de estancia en servicio URO<br>(horas)                                                                                                               | 294-<br>295 | — | — |
| 167. | Horas necesitadas para rehidratación                                                                                                                        | 296-<br>297 | — | — |
| 168. | Cantidad total de suero administrado<br>(ml)                                                                                                                | 298-<br>301 | — | — |
| 169. | Razones de egreso de la Unidad<br>1 = cumple criterio de egreso<br>2 = contraindicado<br>3 = fallecimiento<br>4 = hospitalización<br>5 = otro (especificar) | 302         |   | — |
| 170. | A las cuántas horas se cambió el tx<br>po a g?                                                                                                              | 303-<br>304 | — | — |
| 171. | A las cuántas horas se cambió el tx<br>po a iv?                                                                                                             | 305-<br>306 | — | — |
| 172. | A las cuántas horas se cambió el tx<br>g a iv?                                                                                                              | 307-<br>308 | — | — |
| 173. | Procedencia                                                                                                                                                 | 309-<br>312 | — | — |

## **ANEXO 2**

### **HISTORIA CLINICA DE LAS URO'S**

# REGISTRO CLINICO DE INGRESO

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL DE GUATEMALA, C.A.

HOSPITAL ROOSEVELT

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

FECHA DE INGRESO \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

FECHA DE EGRESO \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                        |                                         |                    |                          |                          |                                   |                          |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                                   |                          |                          |                  |                                    |                          |                          |                          |                          |  |  |                                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--|--------------------------------------|---------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1er. apellido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2o. apellido                           | 1er nombre                              | 2o. nombre         | Registro médico No.      |                          |                                   |                          |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                                   |                          |                          |                  |                                    |                          |                          |                          |                          |  |  |                                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nacimiento<br>día mes año<br>____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Sexo<br>Masc. _____<br>Fem. _____      | Edad<br>_____                           | Dirección<br>_____ |                          |                          |                                   |                          |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                                   |                          |                          |                  |                                    |                          |                          |                          |                          |  |  |                                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nombre del informante _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                        |                                         | Parentesco _____   |                          |                          |                                   |                          |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                                   |                          |                          |                  |                                    |                          |                          |                          |                          |  |  |                                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Inicio de la diarrea                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Fecha _____<br>Hora _____<br>Hrs. Min. | No. deposiciones últimas 24 horas _____ |                    |                          |                          |                                   |                          |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                                   |                          |                          |                  |                                    |                          |                          |                          |                          |  |  |                                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Inicio de los vómitos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Fecha _____<br>Hora _____<br>Hrs. Min. | No. vómitos últimas 24 horas _____      |                    |                          |                          |                                   |                          |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                                   |                          |                          |                  |                                    |                          |                          |                          |                          |  |  |                                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>CARACTERISTICAS DE LA DIARREA</b><br><table border="0"> <tr> <td></td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr> <td>Con moco</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>Con sangre</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>Líquida</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>Semilíquida</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>Pastosa</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                        |                                         | SI                 | NO                       | Con moco                 | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> | Con sangre               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Líquida               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Semilíquida              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pastosa                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>CARACTERISTICAS DE LOS VOMITOS</b><br><table border="0"> <tr> <td></td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td></td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr> <td>Alimenticios</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>Mucosos (claros)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>Biliosos</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> |                          |                          |                          | 1                        | 2                        |                   | SI                       | NO                       | Alimenticios                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mucosos (claros) | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | Biliosos                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |                                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | SI                                     | NO                                      |                    |                          |                          |                                   |                          |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                                   |                          |                          |                  |                                    |                          |                          |                          |                          |  |  |                                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Con moco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/>                |                    |                          |                          |                                   |                          |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                                   |                          |                          |                  |                                    |                          |                          |                          |                          |  |  |                                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Con sangre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/>                |                    |                          |                          |                                   |                          |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                                   |                          |                          |                  |                                    |                          |                          |                          |                          |  |  |                                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Líquida                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/>                |                    |                          |                          |                                   |                          |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                                   |                          |                          |                  |                                    |                          |                          |                          |                          |  |  |                                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Semilíquida                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/>                |                    |                          |                          |                                   |                          |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                                   |                          |                          |                  |                                    |                          |                          |                          |                          |  |  |                                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pastosa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/>                |                    |                          |                          |                                   |                          |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                                   |                          |                          |                  |                                    |                          |                          |                          |                          |  |  |                                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 1                                      | 2                                       |                    |                          |                          |                                   |                          |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                                   |                          |                          |                  |                                    |                          |                          |                          |                          |  |  |                                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | SI                                     | NO                                      |                    |                          |                          |                                   |                          |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                                   |                          |                          |                  |                                    |                          |                          |                          |                          |  |  |                                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Alimenticios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/>                |                    |                          |                          |                                   |                          |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                                   |                          |                          |                  |                                    |                          |                          |                          |                          |  |  |                                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mucosos (claros)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/>                |                    |                          |                          |                                   |                          |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                                   |                          |                          |                  |                                    |                          |                          |                          |                          |  |  |                                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Biliosos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/>                |                    |                          |                          |                                   |                          |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                                   |                          |                          |                  |                                    |                          |                          |                          |                          |  |  |                                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>OTROS SINTOMAS</b><br><table border="0"> <tr> <td></td><td>SI</td><td>NO</td><td></td><td>SI</td><td>NO</td><td></td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr> <td>Fiebre</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Rinorrea</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Tos</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>Dolor abdominal</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Expulsó lombrices</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Ha orinado en las últimas 6 horas</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>Somnoliento</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Irritable</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td colspan="9">Otros (especifique) _____</td></tr> </table>               |                                        |                                         |                    |                          |                          | SI                                | NO                       |                          | SI                       | NO                       |                       | SI                       | NO                       | Fiebre                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rinorrea                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor abdominal          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Expulsó lombrices | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha orinado en las últimas 6 horas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Somnoliento      | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | Irritable                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |                                      | Otros (especifique) _____ |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | SI                                     | NO                                      |                    | SI                       | NO                       |                                   | SI                       | NO                       |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                                   |                          |                          |                  |                                    |                          |                          |                          |                          |  |  |                                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fiebre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/>                | Rinorrea           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tos                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                                   |                          |                          |                  |                                    |                          |                          |                          |                          |  |  |                                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dolor abdominal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/>                | Expulsó lombrices  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha orinado en las últimas 6 horas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                                   |                          |                          |                  |                                    |                          |                          |                          |                          |  |  |                                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Somnoliento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/>                | Irritable          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                   |                          |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                                   |                          |                          |                  |                                    |                          |                          |                          |                          |  |  |                                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Otros (especifique) _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                        |                                         |                    |                          |                          |                                   |                          |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                                   |                          |                          |                  |                                    |                          |                          |                          |                          |  |  |                                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Medicamentos desde el inicio de la diarrea</b><br><table border="0"> <tr> <td></td><td>SI</td><td>NO</td><td></td><td>SI</td><td>NO</td><td></td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr> <td>Antidiarreicos</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Antibióticos</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Antiheméticos</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>Antihistamínicos</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Otros</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Especificar _____</td><td></td><td></td></tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                        |                                         |                    |                          |                          | SI                                | NO                       |                          | SI                       | NO                       |                       | SI                       | NO                       | Antidiarreicos           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Antibióticos             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Antiheméticos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Antihistamínicos         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otros             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Especificar _____                 |                          |                          |                  |                                    |                          |                          |                          |                          |  |  |                                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | SI                                     | NO                                      |                    | SI                       | NO                       |                                   | SI                       | NO                       |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                                   |                          |                          |                  |                                    |                          |                          |                          |                          |  |  |                                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Antidiarreicos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/>                | Antibióticos       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Antiheméticos                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                                   |                          |                          |                  |                                    |                          |                          |                          |                          |  |  |                                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Antihistamínicos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/>                | Otros              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Especificar _____                 |                          |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                                   |                          |                          |                  |                                    |                          |                          |                          |                          |  |  |                                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Tipo y volumen de líquidos tomados en las últimas 24 horas</b><br><table border="0"> <tr> <td></td><td>SI</td><td>NO</td><td></td><td>SI</td><td>NO</td><td>Especificar volúmenes</td></tr> <tr> <td>Leche</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>SRO</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr> <td>Caldos</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Suero casero</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr> <td>Atoles</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Agua pura</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> <tr> <td>Si usó SRO, lo preparó normalmente</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td colspan="7">Si es no, especificar la razón _____</td></tr> </table> |                                        |                                         |                    |                          |                          | SI                                | NO                       |                          | SI                       | NO                       | Especificar volúmenes | Leche                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | SRO                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                    | Caldos                   | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | Suero casero             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                    | Atoles            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Agua pura                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____            | Si usó SRO, lo preparó normalmente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |  |  | Si es no, especificar la razón _____ |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | SI                                     | NO                                      |                    | SI                       | NO                       | Especificar volúmenes             |                          |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                                   |                          |                          |                  |                                    |                          |                          |                          |                          |  |  |                                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Leche                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/>                | SRO                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                             |                          |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                                   |                          |                          |                  |                                    |                          |                          |                          |                          |  |  |                                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Caldos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/>                | Suero casero       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                             |                          |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                                   |                          |                          |                  |                                    |                          |                          |                          |                          |  |  |                                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Atoles                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/>                | Agua pura          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                             |                          |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                                   |                          |                          |                  |                                    |                          |                          |                          |                          |  |  |                                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Si usó SRO, lo preparó normalmente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/>                |                    |                          |                          |                                   |                          |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                                   |                          |                          |                  |                                    |                          |                          |                          |                          |  |  |                                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Si es no, especificar la razón _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                        |                                         |                    |                          |                          |                                   |                          |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                                   |                          |                          |                  |                                    |                          |                          |                          |                          |  |  |                                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Lugares o personas consultadas durante este episodio diarreico |             | Tratamiento que le recomendaron            |                          |                          |                      |
|----------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| Hospital Roosevelt                                             | Fecha _____ | Aumento de ingesta de líquidos en el hogar | SRO                      | Suero casero             | Otros (espec.) _____ |
| Hospital General                                               | Fecha _____ | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                |
| Otros hospitales                                               | Fecha _____ | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                |
| Centro o puesto de salud                                       | Fecha _____ | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                |
| Médico particular                                              | Fecha _____ | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                |
| Farmacéutico                                                   | Fecha _____ | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                |
| Comadrona                                                      | Fecha _____ | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                |
| Curandero                                                      | Fecha _____ | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                |
| Otro _____<br>(especificar)                                    | Fecha _____ | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                |

| Alimentación desde el nacimiento |                       |          |  |
|----------------------------------|-----------------------|----------|--|
| Pecho                            | Lactancia artificial  | Qué come |  |
| SI _____                         | SI _____ TIPO _____   | _____    |  |
| NO _____ DESTETE _____           | NO _____ INICIO _____ | _____    |  |
| (Edad del niño al destete)       | Edad (en meses)       |          |  |

| Inmunizaciones           |                          |          |           |                     |
|--------------------------|--------------------------|----------|-----------|---------------------|
| DPT                      | POLIO                    | BCG      | SARAMPION | OTRAS               |
| SI _____ No. Dosis _____ | SI _____ No. Dosis _____ | SI _____ | SI _____  | SI _____ Cuál _____ |
| NO _____                 | NO _____                 | NO _____ | NO _____  | NO _____            |

| Examen físico (no incluir signos de deshidratación; éstos anotarlos en Hoja # 3). |                                                                   |                                                                      |                                                                 |                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Peso _____                                                                        | Estatura<br>m: _____ cm: _____                                    | Pulso _____                                                          | Resp. _____                                                     | Temp: _____                                                        |
| P/A _____                                                                         | Adecuación<br>P/T _____                                           | T/E _____                                                            | P/E _____                                                       | C.C _____                                                          |
| 1<br>nl Anl                                                                       | 2<br>nl Anl                                                       | nl Anl                                                               | nl Anl                                                          | nl Anl                                                             |
| 1. PIEL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                         | 2. CABEZA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>       | 3. OJOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            | 4. NARIZ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>      | 5. OIDOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>         |
| 6. BOCA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                         | 7. OROFARINGE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   | 8. CUELLO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>          | 9. TORAX <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>      | 10. PULMONES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>     |
| 11. CORAZ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                      | 12. ABDOMEN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>     | 13. GENITALES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>      | 14. ANO RECT. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 15. EXTREMIDADES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 16. COL. VERT. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                  | 17. S. MUSCULAR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 18. S. NEUROLOGICO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                                                                 |                                                                    |

**OBSERVACIONES:** (Si es normal, especifique el No. del ITEM Y describa hallazgos).

| ESTADO CLINICO*                                                          | INGRESO              | 2 HRS.               | 4 HRS.               | 6 HRS. | 24 HRS.<br>(SEGUIMIENTO) |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------|--------------------------|
| Estado general* y de conciencia                                          |                      |                      |                      |        |                          |
| Sed                                                                      |                      |                      |                      |        |                          |
| Pulso radial                                                             |                      |                      |                      |        |                          |
| Respiración (tipo y frecuencia)                                          |                      |                      |                      |        |                          |
| Fontanela                                                                |                      |                      |                      |        |                          |
| Turgencia de piel (lienzo húmedo)                                        |                      |                      |                      |        |                          |
| Enoftalmos (ojos)                                                        |                      |                      |                      |        |                          |
| Lágrimas                                                                 |                      |                      |                      |        |                          |
| Mucosa oral                                                              |                      |                      |                      |        |                          |
| No. micciones observadas en el servicio                                  |                      |                      |                      |        |                          |
| Saliva                                                                   |                      |                      |                      |        |                          |
| Temperatura                                                              |                      |                      |                      |        |                          |
| *Se refiere al estado general del niño en ANEXO 9.                       |                      |                      |                      |        |                          |
| Grado clínico de deshidratación _____ Déficit estimado de líquidos _____ |                      |                      |                      |        |                          |
| Lista de problemas _____                                                 |                      |                      |                      |        |                          |
| Esquema de rehidratación y otras órdenes _____                           |                      |                      |                      |        |                          |
| Nombre del estudiante _____                                              |                      |                      |                      |        |                          |
| Nombre del residente _____                                               |                      |                      |                      |        |                          |
| RESUMEN DE BALANCE                                                       | 2 HRS.<br>FECHA HORA | 4 HRS.<br>FECHA HORA | 6 HRS.<br>FECHA HORA | TOTAL  | 24 HRS.<br>FECHA HORA    |
| Número deposiciones                                                      |                      |                      |                      |        |                          |
| Número vómitos                                                           |                      |                      |                      |        |                          |
| Volumen de SRO                                                           |                      |                      |                      |        |                          |
| Volumen de otros líquidos PO                                             |                      |                      |                      |        |                          |
| Otros alimentos                                                          |                      |                      |                      |        |                          |
| Peso                                                                     |                      |                      |                      |        |                          |
| Nombre del médico                                                        |                      |                      |                      |        |                          |

| HOJA DE EGRESO DE LA UNIDAD DE REHIDRATACION ORAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <b>Fecha de egreso:</b> _____ <b>Hora</b> _____<br><b>Peso:</b> _____ <b>DHE:</b> _____ <b>DHE</b> _____<br>clínico                      real<br><b>Tiempo de estancia en el servicio: (en horas)</b><br>_____<br><b>Horas necesitadas para rehidratación:</b><br>_____<br><b>Cantidad total de suero oral administrado:</b><br>_____<br><b>Número de sobres SRO dados a la madre:</b><br>_____                                                                         |  |  | <b>Criterio de egreso</b><br><br>1. Haber logrado la rehidratación completa<br><br>2. Tolerancia alimenticia por lo menos durante una hora de observación.<br><br>3. Disminución de la tasa de diarrea (menos de una evacuación de mediana cantidad en 2 horas).<br><br>4. No hay vómitos presentes después de 2 horas de observación. |  |  |
| <b>Información a la madre</b><br><b>Madre escuchó explicación sobre:</b><br><br>Forma de preparar SRO <input type="checkbox"/><br>Forma de administrar SRO <input type="checkbox"/><br>Alimentación al niño durante y después de la diarrea <input type="checkbox"/><br>Administración de otros medicamentos <input type="checkbox"/><br>Razones para volver a consultar <input type="checkbox"/>                                                                       |  |  | <b>Madre practicó sobre:</b><br><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                                                                                                                                                           |  |  |
| <b>Especificar razones de egreso de la Unidad de Rehidratación Oral</b><br><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>           1. Cumple criterios de egreso <input type="checkbox"/><br/>           2. Contraindicado <input type="checkbox"/><br/>           3. Fallecimiento <input type="checkbox"/> </div> <div>           4. Hospitalización <input type="checkbox"/><br/>           5. Otros <input type="checkbox"/> </div> </div> |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |

**Nombre del residente**

\_\_\_\_\_

# CAMBIO DE TRATAMIENTO

## Indicaciones uso gastroclisis

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

1. Rehúsa tomar por la vía oral ☐
2. Dificultades para deglutir ☐
3. Vómitos frecuentes ☐
4. La ingesta de líquido en forma de bolo aumenta la tasa de diarrea (10 ml/kg/hora)

5. El uso de SRO en bolo provoca distensión abdominal ☐
6. Escaso personal auxiliar y la madre no colabora en la administración de la TRO ☐
7. Otro ☐  
\_\_\_\_\_  
(especificar)

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_  
(anotar nuevo esquema en hoja de órdenes)

Vo. Bo. residente \_\_\_\_\_

## Indicaciones uso terapia endovenosa

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

1. Evacuaciones sobrepasan la ingesta ☐
2. Vómitos persistentes a pesar de sonda nasogástrica ☐

3. Empeoramiento del estado del paciente, corroborado por no ganancia o pérdida de peso ☐
4. Otro ☐  
\_\_\_\_\_  
(especificar)

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_  
(anotar nuevo esquema en hoja de órdenes)

Vo. Bo. residente \_\_\_\_\_  
Se debe continuar hoja de balance

## Criterios hospitalización para niños deshidratados

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

1. Estado de shock y/o DHE severo ☐
2. Enfermedad diarreica mayor de dos semanas de evolución ☐
3. Reconsulta por deshidratación del 5% o más en 2 ocasiones seguidas durante el mismo episodio: (puede requerir únicamente observación en la URO por 24 horas o menos) ☐
4. Tasa de diarrea muy alta (más de una evacuación abundante en 1 hora o 10 ml/kg/hora) ☐
5. Inicio de terapia endovenosa ☐

6. Depresión importante del estado de alerta ☐
7. Ileo paralítico o mecánico ☐
8. Neumatosis intestinal o enterocolitis necrotizante ☐
9. Hemorragia gastrointestinal ☐
10. Convulsiones ☐
11. Otro ☐  
\_\_\_\_\_  
(especificar)

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

Vo. Bo. residente \_\_\_\_\_

**ANEXO 3**

**LISTADO DE MEDICAMENTOS USADOS PREVIO  
INGRESO DEL PACIENTO A LAS URO's**

LISTA DE MEDICAMENTOS TOMADOS DESDE EL INICIO DE LA DIARREA  
CLASIFICADOS EN LA BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS DE  
LAS UNIDADES DE REHIDRATAACION COMO "OTROS"

| MEDICAMENTOS <sup>1</sup> | FRECUENCIA DE CASOS Y PERSONA QUE LO RECETO |                   |                       |
|---------------------------|---------------------------------------------|-------------------|-----------------------|
|                           | SE DESCONOCE                                | PERSONAL DE SALUD | EMPIRICO <sup>2</sup> |
| Acetaminofén              | 15                                          | 16                | 1                     |
|                           | 12                                          | 14                | 2                     |
| Aspirina                  | 16                                          | 0                 | 0                     |
|                           | 13                                          | 2                 | 0                     |
| Antipirético <sup>3</sup> | 7                                           | 8                 | 3                     |
|                           | 6                                           | 7                 | 2                     |
| Salt Andrews              | 1                                           | 0                 | 0                     |
|                           | 0                                           | 0                 | 0                     |
| Alka Seltzer              | 5                                           | 0                 | 0                     |
|                           | 10                                          | 0                 | 0                     |
| Tabcin                    | 0                                           | 0                 | 0                     |
|                           | 2                                           | 0                 | 0                     |
| Sedante                   | 0                                           | 1                 | 0                     |
|                           | 0                                           | 0                 | 0                     |
| Novatropina               | 0                                           | 1                 | 0                     |
|                           | 0                                           | 0                 | 0                     |
| Micostatín                | 0                                           | 4                 | 0                     |
|                           | 0                                           | 2                 | 0                     |
| Metoclopramida            | 0                                           | 3                 | 0                     |
|                           | 0                                           | 0                 | 0                     |
| Yoduro de isopropamida    | 0                                           | 1                 | 0                     |
|                           | 0                                           | 0                 | 0                     |
| Antitusivo                | 2                                           | 1                 | 0                     |
|                           | 2                                           | 2                 | 1                     |
| Expectorante              | 1                                           | 0                 | 0                     |
|                           | 1                                           | 1                 | 0                     |

| MEDICAMENTOS             | FRECUENCIA DE CASOS Y PERSONA QUE LO RECETO |                   |          |
|--------------------------|---------------------------------------------|-------------------|----------|
|                          | SE DESCONOCE                                | PERSONAL DE SALUD | EMPIRICO |
| Laxante (inespecífico)   | 6                                           | 0                 | 4        |
|                          | 1                                           | 2                 | 3        |
| Leche Magnesia           | 1                                           | 0                 | 1        |
|                          | 1                                           | 0                 | 0        |
| "Aceite"                 | 1                                           | 0                 | 0        |
|                          | 6                                           | 0                 | 1        |
| Mezclas <sup>4</sup>     | 1                                           | 0                 | 0        |
|                          | 2                                           | 0                 | 0        |
| Suero casero             | 1                                           | 0                 | 4        |
|                          | 2                                           | 2                 | 5        |
| Inyecciones <sup>5</sup> | 0                                           | 0                 | 5        |
|                          | 0                                           | 1                 | 0        |
| Neomonil <sup>6</sup>    | 0                                           | 0                 | 1        |
|                          | 0                                           | 0                 | 0        |
| Onpamin <sup>7</sup>     | 0                                           | 0                 | 0        |
|                          | 0                                           | 0                 | 1        |
| Vitaminas                | 1                                           | 1                 | 0        |
|                          | 1                                           | 2                 | 0        |
| Jarabe <sup>8</sup>      | 0                                           | 0                 | 1        |
|                          | 0                                           | 0                 | 0        |
| "Mejorana"               | 0                                           | 0                 | 0        |
|                          | 1                                           | 0                 | 0        |
| "Coca Cola"              | 0                                           | 2                 | 0        |
|                          | 0                                           | 1                 | 0        |
| Enemas                   | 0                                           | 0                 | 1        |
|                          | 0                                           | 0                 | 0        |
| "Sobadas"                | 0                                           | 0                 | 1        |
|                          | 0                                           | 0                 | 2        |
| "Baño con alcohol"       | 0                                           | 0                 | 1        |
|                          | 0                                           | 0                 | 1        |

| MEDICAMENTOS             | FRECUENCIA DE CASOS Y PERSONA QUE LO RECETO |                   |          |
|--------------------------|---------------------------------------------|-------------------|----------|
|                          | SE DESCONOCE                                | PERSONAL DE SALUD | EMPIRICO |
| "Azúcar en la fontanela" | 0                                           | 0                 | 1        |
|                          | 0                                           | 0                 | 1        |

---

1. Los resultados obtenidos en el Hospital Roosevelt se encontrarán escritos en la primera línea correspondiente a cada medicamento y los resultados del Hospital General en la segunda línea.

2. Se incluye aquí a farmacéuticos, comadronas, curanderos y otros.

3. Antipirético sin especificar.

4. Mezclas con aceite, bicarbonato, limón, ajo y otros.

5. Inyecciones inespecíficas

6. Neomonil: intramuscular.

7. Onpamin: intramuscular.

8. Jarabe para "embotamiento".

**ANEXO 4**  
**DIAGNOSTICO DE EGRESO**

## DIAGNOSTICO DE EGRESO

### HOSPITAL ROOSEVELT

#### Diagnósticos de egreso<sup>1</sup>

1. Síndrome diarreico crónico  
a) Intolerancia a carbohidratos
2. Moniliasis oral  
Conjuntivitis
3. Bronconeumonía
4. Infección urinaria
5. Infección urinaria  
DPC moderado  
Moniliasis oral
6. Giardiasis  
Ascaridiasis  
DPC leve
7. Síndrome diarreico agudo bacteriano
8. Amebiasis intestinal  
Moniliasis oral
9. Amebiasis intestinal
10. Amebiasis intestinal
11. DPC severa (kwashiorkor)
12. Amebiasis intestinal  
DPC moderada
13. Anemia de etiología indeterminada  
Insuficiencia cardíaca de etiología indeterminada
14. Giardiasis  
Moniliasis oral

---

<sup>1</sup> Excluyendo síndrome diarreico agudo viral.

15. Otitis media
16. Ascariasis
17. Síndrome diarreico crónico
18. Síndrome diarreico crónico
19. Bronconeumonía  
Amebiasis intestinal  
Giardiasis  
Ascariasis  
DPC
20. Linfocitosis aguda benigna
21. Amebiasis intestinal  
Ascariasis  
DPC severa
22. DPC  
Anemia nutricional  
Sospecha de sepsis
23. Amebiasis intestinal
24. Amebiasis intestinal  
Ascariasis  
Microcefalia
25. Hipokalemia
26. Infección urinaria  
Amebiasis intestinal
27. Síndrome pluricarencial infantil
28. Síndrome diarreico crónico  
Amebiasis intestinal  
DPC severa  
Candidiasis genital  
Conjuntivitis
29. Síndrome diarreico crónico  
Sepsis (falleció)
30. Síndrome diarreico crónico
31. DPC severo (Kwashiorkor)  
Sospecha de Sepsis

- 32. Infección urinaria  
Amebiasis intestinal  
Desnutrición proteínica-calórica  
Moniliasis perineal
- 33. Hepatitis
- 34. Shigelosis  
Síndrome convulsivo  
Anemia  
Moniliasis oral
- 35. Infección urinaria
- 36. Infección urinaria
- 37. Infección urinaria
- 38. DPC severo  
Anemia ferropriva
- 39. Amebiasis intestinal  
DPC severo  
Anemia ferropriva
- 40. Otitis media
- 41. Amebiasis intestinal
- 42. Otitis media  
Trichuriasis
- 43. Giardiasis  
Ascaridiasis
- 44. Amebiasis intestinal
- 45. Síndrome diarreico crónico
- 46. Síndrome diarreico crónico
- 47. Síndrome diarreico crónico  
Amebiasis intestinal
- 48. Amebiasis intestinal
- 49. Fiebre tifoidea
- 50. Síndrome diarreico crónico  
Bronconeumonía  
DPC severa  
Conjuntivitis bacteriana

51. Síndrome diarreico crónico  
Amebiasis intestinal
52. Síndrome diarreico crónico  
Infección urinaria  
DPC severo  
Escabiosis
53. Amebiasis intestinal
54. Amebiasis intestinal  
Shock séptico  
(Egreso contraindicado)
55. Amebiasis intestinal  
Desnutrición proteínico-calórica  
Anemia
56. Amebiasis intestinal  
Hiperreactividad bronquial
57. DPC severo  
Broncoaspiración (falleció)
58. Amebiasis intestinal  
Moniliasis oro-genital
59. Síndrome diarreico-crónico  
DPC severo (Kwashiorkor)  
Sepsis (falleció)
60. Amebiasis intestinal  
Hiperreactividad bronquial
61. Síndrome diarreico crónico  
Bronconeumonía  
Desnutrición proteínico-calórica
62. Bronconeumonía
63. Otitis media
64. Síndrome convulsivo focalizado
65. Amebiasis intestinal  
Reflujo gastro-esofágico
66. Moniliasis oral

- 67. Giardiasis
- 68. Desnutrición proteínico-calórica
- 69. Síndrome diarreico crónico  
DPC severo (Kwashiorkor)

***ANEXO 5***

***RESULTADOS POR HOSPITAL***

Anexo 5

A continuación se presentan los resultados por Hospital para las variables estudiadas.<sup>1</sup>

Cuadro 1

Distribución por edad

| Edad (meses) | Roosevelt f % |      | General f % |      | Totales |      |
|--------------|---------------|------|-------------|------|---------|------|
| 0 - 2.0      | 11            | 2.0  | 7           | 1.1  | 18      | 1.5  |
| 2.1 - 6.0    | 91            | 16.7 | 89          | 13.7 | 180     | 15.1 |
| 6.1 - 12.0   | 255           | 46.7 | 328         | 50.5 | 583     | 48.8 |
| 12.1 - 24.0  | 164           | 30.0 | 206         | 31.7 | 370     | 31.0 |
| 24.1 - 60.0  | 25            | 4.6  | 19          | 2.9  | 44      | 3.7  |
| Totales      | 546           | 100  | 649         | 100  | 1195    | 100  |

Cuadro 2

Distribución por sexo

| Sexo/Hospital | Roosevelt f % |        | General f % |        | Totales |        |
|---------------|---------------|--------|-------------|--------|---------|--------|
| Masculino     | 321           | 58.05  | 390         | 56.85  | 711     | 57.38  |
| Femenino      | 232           | 41.95  | 296         | 43.15  | 528     | 42.62  |
| Totales       | 553           | 100.00 | 686         | 100.00 | 1239    | 100.00 |

Chi2 = 0.179, p = 0.672, n = 1239

1 En todo el documento se utilizarán las siguientes abreviaturas:  
f = frecuencia  
% = porcentaje  
n = total de datos para la variable de que se trate  
dfs = datos faltantes ("missings")  
chi2 = prueba de independencia de ji cuadrado

Cuadro 3  
Duración de vómitos y diarrea antes de consultar

| Días/Hospital | Diarrea      |            | Vómitos      |            |
|---------------|--------------|------------|--------------|------------|
|               | Roosevelt f% | General f% | Roosevelt f% | General f% |
| 0             | 0            | 0          | 52 4.28      | 58 4.77    |
| 1             | 121 9.88     | 229 18.69  | 205 16.87    | 325 26.75  |
| 2             | 117 9.55     | 122 9.96   | 92 7.57      | 103 8.48   |
| 3             | 72 5.88      | 113 9.22   | 56 4.61      | 81 6.67    |
| 4             | 64 5.22      | 59 4.82    | 47 3.87      | 33 2.72    |
| 5             | 36 2.94      | 34 2.78    | 23 1.89      | 17 1.40    |
| 6             | 23 1.88      | 19 1.55    | 16 1.32      | 14 1.15    |
| 7             | 24 1.96      | 18 1.47    | 13 1.07      | 9 0.74     |
| 8 - 15        | 64 5.22      | 71 5.80    | 27 2.22      | 26 2.14    |
| 16 - 30       | 25 2.04      | 14 1.14    | 11 0.91      | 7 0.58     |

Totales                      546 44.57      679 55.43      542 44.61      673 55.39

Cuadro 4  
Número de vómitos y deposiciones en 24 horas

| Número/Hospital | Vómitos       |             | Deposiciones |             |
|-----------------|---------------|-------------|--------------|-------------|
|                 | Roosevelt f % | General f % | Roosevelt f% | General f % |
| 0 - 5           | 277 23.38     | 324 27.34   | 96 8.14      | 103 8.74    |
| 6 - 10          | 162 13.67     | 220 18.57   | 233 19.76    | 280 23.75   |
| 11 - 15         | 58 4.89       | 67 5.65     | 104 8.82     | 144 12.21   |
| 16 - 20         | 31 2.62       | 34 2.87     | 75 6.36      | 78 6.62     |
| 21 - 25         | 3 0.25        | 4 0.34      | 13 1.10      | 21 1.78     |
| 26 - 30         | 3 0.25        | 2 0.17      | 11 0.93      | 21 1.78     |

Totales                      553 45.06      686 54.94      553 45.12      686 54.88

**Cuadro 5**  
**Características de la diarrea**

| <i>Característica</i> | <i>Roosevelt f%</i> |       | <i>General f%</i> |       | <i>Subtotal</i> | <i>n</i> | <i>dfs</i> |
|-----------------------|---------------------|-------|-------------------|-------|-----------------|----------|------------|
| <i>Mucosa</i>         | 352                 | 44.44 | 440               | 55.56 | 792             | 1237     | 2          |
| <i>Sanguinolenta</i>  | 35                  | 58.33 | 25                | 41.67 | 60              | 1236     | 3          |
| <i>Líquida</i>        | 448                 | 45.07 | 546               | 54.93 | 994             | 1236     | 3          |
| <i>Semilíquida</i>    | 92                  | 46.46 | 106               | 53.54 | 198             | 1236     | 3          |
| <i>Pastosa</i>        | 8                   | 24.24 | 25                | 75.76 | 33              | 1236     | 3          |

**Cuadro 6**  
**Características de los vómitos**

| <i>Característica</i> | <i>Roosevelt f%</i> |       | <i>General f%</i> |       | <i>Subtotal</i> | <i>n</i> | <i>dfs</i> |
|-----------------------|---------------------|-------|-------------------|-------|-----------------|----------|------------|
| <i>Alimenticios</i>   | 407                 | 44.24 | 513               | 55.76 | 920             | 1224     | 15         |
| <i>Mucosos</i>        | 172                 | 47.91 | 187               | 52.09 | 359             | 1224     | 15         |
| <i>Biliosos</i>       | 16                  | 33.33 | 32                | 66.67 | 48              | 1224     | 15         |

Cuadro 7

Otra sintomatología

|                           | Roosevelt<br>f% | General<br>f% | Sub<br>total | n    | dfs |
|---------------------------|-----------------|---------------|--------------|------|-----|
| Alguno                    | 549<br>44.60    | 682<br>55.40  | 1231         |      |     |
| Fiebre                    | 428<br>46.22    | 498<br>53.78  | 926          | 1231 | 0   |
| Dolor abdominal           | 296<br>41.81    | 412<br>58.19  | 708          | 1226 | 5   |
| Somnolencia               | 337<br>46.94    | 381<br>53.06  | 718          | 1231 | 0   |
| Rinorrea                  | 252<br>47.73    | 276<br>52.27  | 528          | 1230 | 1   |
| Expulsión<br>lombrices    | 27<br>44.26     | 34<br>55.74   | 61           | 1231 | 0   |
| Irritabilidad             | 398<br>45.49    | 477<br>54.51  | 875          | 1230 | 1   |
| Tos                       | 333<br>45.43    | 400<br>54.57  | 733          | 1230 | 1   |
| Ausencia de<br>micción 6h | 71<br>42.77     | 95<br>57.23   | 166          | 1214 | 17  |
| Otros                     | 5<br>55.56      | 4<br>44.44    | 9            | 1231 | 0   |
| Ninguno                   | 4<br>50.00      | 4<br>50.00    | 8            |      |     |

**Cuadro 8**  
**Medicamentos**

| Medicamento    | Roosevelt f% |       | General f% |       | Subtotal | n   | dfs |
|----------------|--------------|-------|------------|-------|----------|-----|-----|
| Alguno         | 349          | 42.56 | 471        | 57.44 | 820      |     |     |
| Antidiarreico  | 150          | 41.32 | 213        | 58.68 | 363      | 809 | 11  |
| Antihelmíntico | 46           | 54.12 | 39         | 45.88 | 85       | 809 | 11  |
| Antibiótico    | 143          | 39.61 | 218        | 60.39 | 361      | 809 | 11  |
| Antiemético    | 55           | 35.95 | 98         | 64.05 | 153      | 809 | 11  |
| Otros          | 107          | 39.34 | 165        | 60.66 | 272      | 809 | 11  |
| Ninguno        | 204          | 48.80 | 214        | 51.20 | 418      |     |     |

**Cuadro 9**  
**Líquidos tomados últimas 24 horas**

| Líquido          | Roosevelt f% |       | General f% |       | Subtotal | n    | dfs |
|------------------|--------------|-------|------------|-------|----------|------|-----|
| Leche            | 313          | 44.84 | 385        | 55.16 | 698      | 1220 | 19  |
| Caldos           | 78           | 43.82 | 100        | 56.18 | 178      | 1219 | 20  |
| Atoles           | 208          | 40.15 | 310        | 59.85 | 518      | 1220 | 19  |
| SRO <sup>2</sup> | 305          | 44.33 | 383        | 55.67 | 688      | 1220 | 19  |
| Suero casero     | 62           | 56.36 | 48         | 43.64 | 110      | 1219 | 20  |
| Agua pura        | 256          | 48.21 | 275        | 51.79 | 531      | 1219 | 20  |

2 SRO = sales de rehidratación oral

**Cuadro 10**

**Lugares o personas consultadas**

| <b>Lugar o persona</b>            | <b>Roosevelt<br/>f%</b> | <b>General<br/>f%</b> | <b>Sub<br/>total</b> | <b>n</b>   | <b>dfs</b> |
|-----------------------------------|-------------------------|-----------------------|----------------------|------------|------------|
| <b>Alguno</b>                     | <b>374<br/>43.74</b>    | <b>481<br/>56.26</b>  | <b>855</b>           |            |            |
| <b>Hospital Roosevelt</b>         | <b>106<br/>89.08</b>    | <b>13<br/>10.92</b>   | <b>119</b>           | <b>853</b> | <b>2</b>   |
| <b>Hospital General</b>           | <b>5<br/>10.00</b>      | <b>45<br/>90.00</b>   | <b>50</b>            | <b>853</b> | <b>2</b>   |
| <b>Otro hospital</b>              | <b>18<br/>30.00</b>     | <b>42<br/>70.00</b>   | <b>60</b>            | <b>853</b> | <b>2</b>   |
| <b>Centro/Puesto de<br/>Salud</b> | <b>58<br/>40.28</b>     | <b>86<br/>59.72</b>   | <b>144</b>           | <b>853</b> | <b>2</b>   |
| <b>Médico particular</b>          | <b>179<br/>38.58</b>    | <b>285<br/>61.42</b>  | <b>464</b>           | <b>853</b> | <b>2</b>   |
| <b>Farmacia</b>                   | <b>45<br/>38.46</b>     | <b>72<br/>61.54</b>   | <b>117</b>           | <b>853</b> | <b>2</b>   |
| <b>Comadrona</b>                  | <b>16<br/>50.00</b>     | <b>16<br/>50.00</b>   | <b>32</b>            | <b>853</b> | <b>2</b>   |
| <b>Curandero</b>                  | <b>18<br/>72.00</b>     | <b>7<br/>28.00</b>    | <b>25</b>            | <b>853</b> | <b>2</b>   |
| <b>Otros</b>                      | <b>24<br/>52.17</b>     | <b>22<br/>47.83</b>   | <b>46</b>            | <b>853</b> | <b>2</b>   |
| <b>Ninguno</b>                    | <b>179<br/>46.61</b>    | <b>205<br/>53.39</b>  | <b>384</b>           |            |            |

Cuadro 11

Lactancia Materna - Lactancia Artificial

| Lactancia | Lactancia Materna |        |            |        | Lactancia Artificial |        |            |        |
|-----------|-------------------|--------|------------|--------|----------------------|--------|------------|--------|
|           | Roosevelt f%      |        | General f% |        | Roosevelt f%         |        | General f% |        |
| Sí        | 492               | 89.95  | 628        | 92.49  | 310                  | 63.01  | 362        | 61.15  |
| No        | 55                | 10.05  | 51         | 7.51   | 182                  | 36.99  | 230        | 38.85  |
| Totales   | 547               | 100.00 | 679        | 100.00 | 492                  | 100.00 | 592        | 100.00 |

\*Chi2 para lactancia materna =2.482, p =0.115, n =1226, dfs =13

\*Chi2 para lactancia artificial =0.394, p =0.530, n =1084, dfs =155

Cuadro 12

Distribución por peso y edad

| Roosevelt   |       |         |          |           |           |         |
|-------------|-------|---------|----------|-----------|-----------|---------|
| Kg/meses    | 0-2.0 | 2.1-6.0 | 6.1-12.0 | 12.1-24.0 | 24.1-60.0 | Totales |
| 2.01- 4.00  | 6     | 30      | 3        | 0         | 0         | 39      |
| 4.01- 6.00  | 5     | 49      | 80       | 14        | 1         | 149     |
| 6.01- 8.00  | 0     | 10      | 142      | 93        | 7         | 252     |
| 8.01-10.00  | 0     | 2       | 26       | 46        | 4         | 78      |
| 10.01-12.00 | 0     | 0       | 0        | 8         | 4         | 12      |
| 12.01-14.00 | 0     | 0       | 0        | 0         | 4         | 4       |
| Totales     | 11    | 91      | 251      | 161       | 20        | 534     |

| General     |       |         |          |           |           |         |
|-------------|-------|---------|----------|-----------|-----------|---------|
| Kg/meses    | 0-2.0 | 2.1-6.0 | 6.1-12.0 | 12.1-24.0 | 24.1-60.0 | Totales |
| 2.01- 4.00  | 2     | 6       | 0        | 0         | 0         | 8       |
| 4.01- 6.00  | 4     | 47      | 35       | 5         | 0         | 91      |
| 6.01- 8.00  | 0     | 31      | 197      | 55        | 1         | 284     |
| 8.01-10.00  | 1     | 5       | 87       | 117       | 10        | 220     |
| 10.01-12.00 | 0     | 0       | 6        | 24        | 6         | 36      |
| 12.01-14.00 | 0     | 0       | 0        | 4         | 1         | 5       |
| Totales     | 7     | 89      | 325      | 205       | 18        | 644     |

**Cuadro 13**  
**Distribución por talla y edad**

| Roosevelt      |          |           |            |            |           |            |
|----------------|----------|-----------|------------|------------|-----------|------------|
| cm\meses       | 0-2.0    | 2.1-6.0   | 6.1-12.0   | 12.1-24.0  | 24.1-60.0 | Totales    |
| 46- 55         | 5        | 17        | 0          | 0          | 0         | 22         |
| 56- 65         | 4        | 49        | 78         | 10         | 2         | 143        |
| 66- 75         | 0        | 8         | 122        | 88         | 4         | 222        |
| 76- 85         | 0        | 0         | 9          | 49         | 6         | 64         |
| 86- 95         | 0        | 0         | 0          | 4          | 8         | 12         |
| 96-105         | 0        | 0         | 0          | 0          | 1         | 1          |
| 106-115        | 0        | 0         | 0          | 0          | 1         | 1          |
| <b>Totales</b> | <b>9</b> | <b>74</b> | <b>209</b> | <b>151</b> | <b>22</b> | <b>465</b> |

| General        |          |           |            |            |           |            |
|----------------|----------|-----------|------------|------------|-----------|------------|
| cm\meses       | 0-2.0    | 2.1-6.0   | 6.1-12.0   | 12.1-24.0  | 24.1-60.0 | Totales    |
| 46- 55         | 4        | 13        | 2          | 0          | 0         | 19         |
| 56- 65         | 1        | 54        | 84         | 11         | 0         | 150        |
| 66- 75         | 0        | 15        | 228        | 122        | 5         | 370        |
| 76- 85         | 1        | 0         | 6          | 62         | 11        | 80         |
| 86- 95         | 0        | 0         | 0          | 3          | 0         | 3          |
| 96-105         | 0        | 0         | 0          | 0          | 1         | 1          |
| 106-115        | 0        | 0         | 0          | 0          | 0         | 0          |
| <b>Totales</b> | <b>6</b> | <b>82</b> | <b>320</b> | <b>198</b> | <b>17</b> | <b>623</b> |

**Cuadro 14**  
**Distribución de pulso y edad**

| <b>Roosevelt</b>             |              |                |                 |                  |                  |                |
|------------------------------|--------------|----------------|-----------------|------------------|------------------|----------------|
| <b>X',<sup>3</sup>/meses</b> | <b>0-2.0</b> | <b>2.1-6.0</b> | <b>6.1-12.0</b> | <b>12.1-24.0</b> | <b>24.1-60.0</b> | <b>Totales</b> |
| 60- 79                       | 0            | 0              | 0               | 2                | 1                | 3              |
| 80- 99                       | 1            | 2              | 8               | 16               | 1                | 28             |
| 100-119                      | 1            | 18             | 55              | 32               | 10               | 116            |
| 120-139                      | 7            | 35             | 76              | 63               | 10               | 191            |
| 140-159                      | 2            | 23             | 71              | 32               | 3                | 131            |
| 160-179                      | 0            | 8              | 21              | 9                | 0                | 38             |
| 180-199                      | 0            | 0              | 2               | 2                | 0                | 4              |
| <b>Totales</b>               | <b>11</b>    | <b>86</b>      | <b>233</b>      | <b>156</b>       | <b>25</b>        | <b>511</b>     |

| <b>General</b>   |              |                |                 |                  |                  |                |
|------------------|--------------|----------------|-----------------|------------------|------------------|----------------|
| <b>X', meses</b> | <b>0-2.0</b> | <b>2.1-6.0</b> | <b>6.1-12.0</b> | <b>12.1-24.0</b> | <b>24.1-60.0</b> | <b>Totales</b> |
| 60- 79           | 0            | 1              | 2               | 3                | 0                | 6              |
| 80- 99           | 0            | 7              | 17              | 17               | 2                | 43             |
| 100-119          | 0            | 16             | 58              | 41               | 7                | 122            |
| 120-139          | 2            | 36             | 125             | 75               | 5                | 243            |
| 140-159          | 2            | 17             | 84              | 42               | 4                | 149            |
| 160-179          | 3            | 7              | 30              | 17               | 1                | 58             |
| 180-199          | 0            | 1              | 4               | 3                | 0                | 8              |
| <b>Totales</b>   | <b>7</b>     | <b>85</b>      | <b>320</b>      | <b>198</b>       | <b>19</b>        | <b>629</b>     |

---

3 X' = pulsaciones por minuto

Cuadro 15

## Distribución de frecuencia respiratoria y edad

| Roosevelt                   |       |         |          |           |           |         |
|-----------------------------|-------|---------|----------|-----------|-----------|---------|
| X' <sub>4</sub> / mese<br>s | 0-2.0 | 2.1-6.0 | 6.1-12.0 | 12.1-24.0 | 24.1-60.0 | Totales |
| 11-20                       | 0     | 3       | 15       | 12        | 0         | 30      |
| 21-30                       | 3     | 29      | 82       | 65        | 18        | 197     |
| 31-40                       | 4     | 40      | 107      | 59        | 7         | 217     |
| 41-50                       | 3     | 13      | 25       | 19        | 0         | 60      |
| 51-60                       | 0     | 2       | 15       | 6         | 0         | 23      |
| 61-70                       | 1     | 0       | 0        | 0         | 0         | 1       |
| Totales                     | 11    | 87      | 244      | 161       | 25        | 528     |

| General    |       |         |          |           |           |         |
|------------|-------|---------|----------|-----------|-----------|---------|
| X' \ meses | 0-2.0 | 2.1-6.0 | 6.1-12.0 | 12.1-24.0 | 24.1-60.0 | Totales |
| 11-20      | 0     | 7       | 19       | 18        | 2         | 46      |
| 21-30      | 1     | 29      | 155      | 100       | 10        | 295     |
| 31-40      | 5     | 34      | 115      | 62        | 5         | 221     |
| 41-50      | 0     | 6       | 21       | 9         | 0         | 36      |
| 51-60      | 1     | 6       | 9        | 4         | 2         | 22      |
| 61-70      | 0     | 0       | 0        | 1         | 0         | 1       |
| Totales    | 7     | 82      | 319      | 194       | 19        | 621     |

---

4 X' = respiraciones por minuto

**Cuadro 16**  
**Distribución de temperatura y edad**

| <b>Roosevelt</b> |              |                |                 |                  |                  |                |
|------------------|--------------|----------------|-----------------|------------------|------------------|----------------|
| <b>°C/meses</b>  | <b>0-2.0</b> | <b>2.1-6.0</b> | <b>6.1-12.0</b> | <b>12.1-24.0</b> | <b>24.1-60.0</b> | <b>Totales</b> |
| 36.0-36.5        | 2            | 4              | 11              | 5                | 2                | 24             |
| 36.6-37.0        | 4            | 24             | 32              | 28               | 4                | 92             |
| 37.1-37.5        | 3            | 17             | 46              | 32               | 7                | 105            |
| 37.6-38.0        | 1            | 24             | 61              | 31               | 4                | 121            |
| 38.1-38.5        | 1            | 5              | 39              | 17               | 2                | 64             |
| 38.6-39.0        | 0            | 12             | 27              | 25               | 3                | 67             |
| 39.1-39.5        | 0            | 1              | 17              | 11               | 1                | 30             |
| 39.5-40.0        | 0            | 3              | 10              | 9                | 0                | 22             |
| <b>Totales</b>   | <b>11</b>    | <b>90</b>      | <b>243</b>      | <b>158</b>       | <b>23</b>        | <b>525</b>     |

| <b>General</b>  |              |                |                 |                  |                  |                |
|-----------------|--------------|----------------|-----------------|------------------|------------------|----------------|
| <b>°C/meses</b> | <b>0-2.0</b> | <b>2.1-6.0</b> | <b>6.1-12.0</b> | <b>12.1-24.0</b> | <b>24.1-60.0</b> | <b>Totales</b> |
| 36.0-36.5       | 0            | 5              | 16              | 10               | 0                | 31             |
| 36.6-37.0       | 2            | 19             | 107             | 54               | 7                | 189            |
| 37.1-37.5       | 3            | 19             | 55              | 46               | 7                | 130            |
| 37.6-38.0       | 2            | 20             | 64              | 44               | 1                | 131            |
| 38.1-38.5       | 0            | 9              | 31              | 15               | 1                | 56             |
| 38.6-39.0       | 0            | 4              | 28              | 12               | 1                | 45             |
| 39.1-39.5       | 0            | 6              | 15              | 7                | 1                | 29             |
| 39.6-40.0       | 0            | 2              | 6               | 10               | 0                | 18             |
| <b>Totales</b>  | <b>7</b>     | <b>84</b>      | <b>322</b>      | <b>198</b>       | <b>18</b>        | <b>629</b>     |

Cuadro 17

## Distribución por circunferencia cefálica y edad

| Roosevelt |       |         |          |           |           |         |
|-----------|-------|---------|----------|-----------|-----------|---------|
| cm/edad   | 0-2.0 | 2.1-6.0 | 6.1-12.0 | 12.1-24.0 | 24.1-60.0 | Totales |
| 34.5-39.4 | 6     | 32      | 7        | 2         | 1         | 48      |
| 39.5-44.4 | 1     | 34      | 129      | 42        | 4         | 210     |
| 44.5-49.4 | 1     | 4       | 45       | 78        | 10        | 138     |
| 49.5-54.4 | 0     | 0       | 0        | 0         | 2         | 2       |
| Totales   | 8     | 70      | 181      | 122       | 17        | 398     |

| General   |       |         |          |           |           |         |
|-----------|-------|---------|----------|-----------|-----------|---------|
| cm/edad   | 0-2.0 | 2.1-6.0 | 6.1-12.0 | 12.1-24.0 | 24.1-60.0 | Totales |
| 34.5-39.4 | 4     | 30      | 11       | 0         | 0         | 45      |
| 39.5-44.4 | 0     | 36      | 182      | 54        | 3         | 275     |
| 44.5-49.4 | 2     | 0       | 73       | 91        | 9         | 175     |
| 49.5-54.4 | 0     | 0       | 0        | 6         | 1         | 7       |
| Totales   | 6     | 66      | 266      | 151       | 13        | 502     |

Cuadro 18

## Gastroclisis y sus indicaciones

| Gastroclisis             | Roosevelt<br>f%            | Genera<br>l f%             | Sub<br>total | n   | dfs |
|--------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------|-----|-----|
| <b>Sí</b>                | <b>200</b><br><b>45.98</b> | <b>235</b><br><b>54.02</b> | <b>435</b>   |     |     |
| Niño rehúsa el suero     | 85<br>49.42                | 87<br>50.58                | 172          | 420 | 15  |
| Dificultad para deglutir | 8<br>47.06                 | 9<br>52.94                 | 17           | 420 | 15  |
| Vómitos                  | 88<br>46.32                | 102<br>53.68               | 190          | 420 | 15  |
| Incremento de la diarrea | 59<br>37.11                | 100<br>62.89               | 159          | 420 | 15  |
| Distensión abdominal     | 4<br>57.14                 | 3<br>42.86                 | 7            | 420 | 15  |
| Madre no colaboradora    | 21<br>56.76                | 16<br>43.24                | 37           | 420 | 15  |
| Otras                    | 6<br>54.55                 | 5<br>45.45                 | 11           | 420 | 15  |
| <b>No</b>                | <b>353</b><br><b>43.91</b> | <b>451</b><br><b>56.09</b> | <b>804</b>   |     |     |

Cuadro 19

## Terapia Intravenosa y sus indicaciones

| Terapia intravenosa             | Roosevelt<br>f%            | General<br>f%              | Sub<br>total | n   | dfs |
|---------------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------|-----|-----|
| <b>Sí</b>                       | <b>62</b><br><b>34.64</b>  | <b>117</b><br><b>65.36</b> | <b>179</b>   |     |     |
| Evacuación sobrepasa la ingesta | 31<br>30.39                | 71<br>69.61                | 102          | 173 | 6   |
| Vómitos persistentes            | 12<br>30.00                | 28<br>70.00                | 40           | 173 | 6   |
| Agravamiento del paciente       | 31<br>40.26                | 46<br>59.74                | 77           | 173 | 6   |
| Otros                           | 12<br>60.00                | 8<br>40.00                 | 20           | 173 | 6   |
| <b>No</b>                       | <b>490</b><br><b>46.36</b> | <b>567</b><br><b>53.64</b> | <b>1057</b>  |     |     |

**Cuadro 20**  
**Hospitalización y sus indicaciones**

| <i>Hospitalización</i>                   | <i>Roosevelt<br/>f%</i> | <i>General<br/>f%</i> | <i>Sub<br/>total</i> | <i>n</i>   | <i>dfs</i> |
|------------------------------------------|-------------------------|-----------------------|----------------------|------------|------------|
| <b>Sí</b>                                | <b>65<br/>34.21</b>     | <b>125<br/>65.79</b>  | <b>190</b>           |            |            |
| <b>DHE<sup>5</sup> severo, shock</b>     | <b>4<br/>66.67</b>      | <b>2<br/>33.33</b>    | <b>6</b>             | <b>189</b> | <b>1</b>   |
| <b>Diarrea crónica</b>                   | <b>9<br/>52.94</b>      | <b>8<br/>47.06</b>    | <b>17</b>            | <b>189</b> | <b>1</b>   |
| <b>Reconsulta por<br/>deshidratación</b> | <b>6<br/>75.00</b>      | <b>2<br/>25.00</b>    | <b>8</b>             | <b>189</b> | <b>1</b>   |
| <b>Diarrea intensa</b>                   | <b>23<br/>22.77</b>     | <b>78<br/>77.23</b>   | <b>101</b>           | <b>189</b> | <b>1</b>   |
| <b>Inicio terapia<br/>intravenosa</b>    | <b>36<br/>24.83</b>     | <b>109<br/>75.17</b>  | <b>145</b>           | <b>189</b> | <b>1</b>   |
| <b>Depresión estado de<br/>alerta</b>    | <b>2<br/>10.00</b>      | <b>18<br/>90.00</b>   | <b>20</b>            | <b>189</b> | <b>1</b>   |
| <b>Ileo</b>                              | <b>2<br/>100.00</b>     | <b>0<br/>0.00</b>     | <b>2</b>             | <b>189</b> | <b>1</b>   |
| <b>Neumatosis intestinal</b>             | <b>0<br/>0.00</b>       | <b>0<br/>0.00</b>     | <b>0</b>             | <b>189</b> | <b>1</b>   |
| <b>Hemorragia gastro-<br/>intestinal</b> | <b>0<br/>0.00</b>       | <b>1<br/>100.00</b>   | <b>1</b>             | <b>189</b> | <b>1</b>   |
| <b>Convulsiones</b>                      | <b>3<br/>100.00</b>     | <b>0<br/>0.00</b>     | <b>3</b>             | <b>189</b> | <b>1</b>   |
| <b>Otras</b>                             | <b>23<br/>74.19</b>     | <b>8<br/>25.81</b>    | <b>31</b>            | <b>189</b> | <b>1</b>   |
| <b>No</b>                                | <b>488<br/>46.56</b>    | <b>560<br/>53.44</b>  | <b>1048</b>          |            |            |

---

5 DHE = desequilibrio hidro-electrolítico