



Resolución Ministerial

Lima, 03 de Diciembre del 2014

Visto el expediente N° 14-121700-001, que contiene el Informe N° 365-2014-DGSP-EVN/MINSA de la Dirección General de Salud de las Personas;

CONSIDERANDO:

Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el artículo 5 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, establece las funciones rectoras del Ministerio de Salud y señala entre otras, la de formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación en salud y dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales, la gestión de los recursos del sector; así como para el otorgamiento y reconocimiento de derechos, fiscalización, sanción y ejecución coactiva en las materias de su competencia;

Que, el literal b), del artículo 41° del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 023-2005-SA y sus modificatorias, dispone que la Dirección General de Salud de las Personas tiene a su cargo establecer las normas, supervisar y evaluar la atención de salud de las personas en las diferentes etapas de vida;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 291-2006/MINSA, se aprobaron en un número de diez (10) las Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Patologías más Frecuentes y Cuidados Esenciales en la Niña y el Niño, entre las que se encontraba la Guía de Práctica Clínica Diarrea Persistente en la Niña y el Niño, la cual requiere ser actualizada atendiendo a las nuevas evidencias en los lineamientos de manejo de las enfermedades diarreicas;

Que, dentro de dicho contexto, la Dirección General de Salud de las Personas, ha propuesto mediante el documento de visto, la modificación de la precitada Resolución a fin de reemplazar la Guía de Práctica Clínica Diarrea Persistente en la Niña y el Niño, por una nueva versión;

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Salud de las Personas;

Con las visaciones del Director General de la Dirección General de Salud de las Personas, de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica, del Viceministro de Salud Pública y de la Viceministra de Prestaciones y Aseguramiento en Salud; y,



De conformidad con lo previsto en el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Modificar la Resolución Ministerial N° 291-2006/MINSA, que aprobó en un número de diez (10) las Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Patologías más Frecuentes y Cuidados Esenciales en la Niña y el Niño”, a fin de aprobar la nueva versión de la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Diarrea Persistente en la Niña y el Niño, la misma que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 2°.- Encargar a la Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Dirección de Atención Integral de Salud la difusión y evaluación de lo establecido en el citada Guía de Práctica Clínica.

Artículo 3°.- Disponer que el Instituto de Gestión de Servicios de Salud, así como las Direcciones de Salud, Direcciones Regionales de Salud, las Gerencias Regionales de Salud o las que hagan sus veces en el ámbito regional son responsables en lo que corresponde de la implementación y supervisión de la mencionada Guía de Práctica Clínica en sus respectivas jurisdicciones.

Artículo 4°.- Disponer que la Oficina General de Comunicaciones publique la presente Resolución Ministerial en el Portal Institucional del Ministerio de Salud, en la dirección electrónica: <http://www.minsa.gov.pe/transparencia/normas.asp>.

Regístrese, comuníquese y publíquese.



ANÍBAL VELÁSQUEZ VALDIVIA
Ministro de Salud



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIARREA PERSISTENTE EN LA NIÑA Y EL NIÑO

I. FINALIDAD

Contribuir a mejorar la salud de las niñas y niños mediante medidas de prevención, atención y control de las enfermedades diarreicas, mejorando así la calidad de vida.

II. OBJETIVO

Estandarizar el manejo de esta patología en todos los establecimientos del Ministerio de Salud, estableciendo los criterios técnicos para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la diarrea persistente en las niñas y los niños, contribuyendo a la reducción de la morbilidad y mortalidad por esta enfermedad.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

La presente guía de práctica clínica es de aplicación obligatoria en todos los establecimientos prestadores de servicios de salud: establecimientos de salud del Ministerio de Salud, a cargo del Instituto de Gestión de Servicios de Salud - IGSS, y de los Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales. Puede servir de referencia para los demás establecimientos de salud públicos y privados.

IV. PROCESO A ESTANDARIZAR

Diagnóstico y tratamiento de la diarrea persistente en las niñas y niños.

Código CIE X	DIAGNÓSTICO
A09.X	Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso



H. Rebaza I.

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICIÓN.

Es la presencia de diarrea de 14 días o más de duración. Si una niña o niño tienen diarrea dejando uno o dos días sin deposiciones o con deposiciones normales, para luego continuar con diarrea, se deben sumar ambos periodos, incluyendo el día o dos días aparentemente sin síntomas, como un solo episodio completo de diarrea.

5.2. ETIOLOGÍA.

Las más frecuentes causas incluyen:

INFECCIOSA	NO INFECCIOSA
<ul style="list-style-type: none">▪ Escherichia Coli enteroinvasiva.▪ Escherichia Coli enteroagregativa (ECAgg).▪ Shigella.▪ Cryptosporidium.▪ Campylobacter jejuni.▪ Giardia lamblia.	<ul style="list-style-type: none">▪ Intolerancia a la lactosa.▪ Síndrome de mala absorción▪ Uso inadecuado de antibióticos.▪ Colitis ulcerativa.▪ Alergia a proteína de la leche de vaca.▪ Fibrosis quística.▪ Bajo peso al nacer

5.3. FISIOPATOLOGÍA.

En la diarrea persistente los mecanismos fisiopatológicos son variados, dependientes del tipo de agente infeccioso involucrado: si es enterotoxigénico habrá diarrea acuosa, la que suele ser abundante; si es enteroadherente, puede producir daño del enterocito ocasionando absorción deficiente de los azúcares, proteínas y grasas, lo cual puede agravar la diarrea y el estado nutricional del paciente.

En las causas no infecciosas la respuesta inflamatoria local ocasionada por un alérgeno específico o no y la parte genética debe ser considerada.

En la mayoría de los casos no se puede identificar un agente etiológico como responsable de la respuesta inflamatoria, además el daño de la vellosidad intestinal puede ser muy grande, la mucosa intestinal puede estar muy aplanada (pobre actividad de disacaridasas) y la absorción de nutrientes será inadecuada, por lo que puede existir intolerancia a disacáridos o intolerancia a proteínas.

Las enfermedades infecciosas intestinales (diarreas) han sido clasificadas de muy diversas formas a lo largo del siglo pasado. En los últimos años la Organización Mundial de la Salud las ha clasificado de acuerdo con el tiempo de duración en:

- Agudas
- Persistentes y
- Crónicas

En la diarrea persistente es frecuente hallar, persistencia de factores que provocan y/o perpetúan la lesión de la mucosa y muchas veces es la razón por que dicha diarrea se demora en responder al tratamiento.

5.4. EPIDEMIOLOGÍA.

La diarrea persistente se considera a escala mundial como una enfermedad nutricional, ya que ocurre con mayor frecuencia en niños con bajo peso al nacer o en mal nutridos y por sí misma es una causa importante de malnutrición.

Estudios longitudinales con base comunitaria procedentes de Asia y América Latina señalan que del 3 al 23 % de los episodios de diarrea evolucionan a persistentes, existe una elevada incidencia durante los 2 primeros años de la vida.

Estudios realizados en 7 países (India, Bangladesh, Perú, México, Pakistán, Brasil y Vietnam) reportaron una mortalidad por diarrea persistente que osciló entre el 23 y el 62 % y de ellas, la mitad ocurrieron en el primer año. La OMS, basada en estos estudios estimó globalmente que el 35 % de todas las defunciones en menores de 5 años asociadas a diarreas, pudieran ser causadas por diarreas persistentes. Alrededor del 15 % de las diarreas persistentes evolucionan hacia la muerte. La muerte se produce a consecuencia del deterioro nutricional progresivo, la deshidratación y desequilibrios electrolíticos prolongados y sepsis. Su incidencia es mayor en niños que presentan episodios de diarreas agudas a repetición o que tengan un cuadro de diarrea persistente previo. No hay diferencia significativa en relación con el sexo y la incidencia estacional no está definida y aumentan cuando se eleva la morbilidad por diarreas.

Alrededor del 10% de los casos de diarrea aguda se vuelven persistentes con mayor incidencia entre las edades de 6 a 12 meses. Esta condición deteriora el estado nutricional de los niños y está asociada con mayor mortalidad que la diarrea aguda. Ocurre con mayor frecuencia en niñas y niños mal nutridos y es causa de malnutrición.

5.5. FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS.

El riesgo de que una diarrea aguda se haga persistente oscila en el 22 % durante el primer año, para descender al 10 % en el segundo y al 3 % en el tercer año de vida.



H. Rebaza J.

GUÍA TÉCNICA:
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIARREA PERSISTENTE EN LA NIÑA Y EL NIÑO

Los factores de riesgo de diarrea persistente más importantes en la génesis de la Diarrea Persistente son los dependientes del huésped y los dependientes del ambiente.

Entre los factores de riesgo **dependientes del huésped** tenemos:

- Edad: temprana (menores de 36 meses).
- Restricciones inadecuadas en la dieta.
- Destete precoz
- Inducción temprana de fórmulas infantiles.
- Desnutrición
- Episodios de diarrea aguda a repetición.
- Diarrea persistente previa.
- Inmunosupresión.
- Malnutrición (deficiencias de vitamina A y zinc).
- Bajo peso al nacer.

Entre los factores de riesgo **dependientes del ambiente** tenemos:

- Hacinamiento.
- Condiciones sanitarias de viviendas bajas.

Otros factores de riesgo son:

- **Dietéticos.**
 - Ausencia o abandono de la lactancia materna.
 - Abandono de la lactancia materna antes y durante la diarrea.
 - Dilución de la leche durante la diarrea.
 - Introducción de nuevos alimentos o retiro de ellos durante la diarrea.
- **Medicamentoso.**
 - Uso inapropiado de medicamentos, en especial antibióticos.
 - Uso indiscriminado de antimicrobianos.



H. Rebaza I.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. CUADRO CLÍNICO.

Signos y Síntomas:

- Episodio de diarrea con una duración igual o mayor de 14 días de duración.
- Falta de apetito, náuseas y a veces vómitos.
- La diarrea puede acompañarse de sangre y mucosidad.
- Puede presentar signos de deshidratación.
- Evaluar otros problemas

6.2. DIAGNÓSTICO.

6.2.1. Criterios de diagnóstico:

GUÍA TÉCNICA:
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIARREA PERSISTENTE EN LA NIÑA Y EL NIÑO

- Características de las heces y sobre todo la duración del cuadro diarreico (mayor de 14 días).
- Fiebre, afectación del estado general.
- Signos de deshidratación.
- Estado nutricional.

6.2.2. Diagnóstico diferencial: Diarrea no infecciosa:

- Síndrome de mala absorción.
- Enfermedad de Crohn.
- Intolerancia a lactosa.
- Colitis ulcerativa.
- Alergia a proteína de la leche de vaca.
- Uso de medicamentos.

6.3. EXÁMENES AUXILIARES.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico y no está supeditado a exámenes de laboratorio. Estos podrían ser realizados cuando se cuenta con facilidades (Establecimientos de Salud del II o III nivel de atención).

6.3.1. De Patología Clínica:

- Analizar de la composición y características de las heces.
- Examen parasitológico en heces seriado (3).
- Coprocultivo.

6.3.2. Exámenes especializados complementarios

- Pruebas de pH fecal.
- Pruebas de sustancias reductoras fecales (Reacción de Benedict).
- Prueba de Sudán III (grasas fecales).



H. Rebaza I.

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA.

6.4.1. Medidas Preventivas:

- Fomentar el lavado de manos con agua y jabón, después de usar los servicios higiénicos, después de cambiar los pañales al bebé y antes de manipular o preparar alimentos o bebidas, antes de dar de comer a las niñas y los niños pequeños.
- Promover la ingesta de agua segura (2 gotas de lejía por litro de agua, esperando 1/2 hora antes de tomarla) y en la higiene personal.
- Promover la disposición adecuada de residuos sólidos y de excretas para brindarles a los niños(as) un ambiente limpio, sin heces y sin basura.
- Incentivar que alimentos y depósitos de agua estén tapados para evitar la contaminación.

GUÍA TÉCNICA:
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIARREA PERSISTENTE EN LA NIÑA Y EL NIÑO

- Promocionar y proteger las prácticas adecuadas de lactancia materna y de alimentación complementaria.
- Difundir información acerca de los signos de deshidratación y la búsqueda de atención oportuna si el niño tiene diarrea o deshidratación.
- Asegurar el cumplimiento del esquema de vacunación.
- **Administrar Zinc** a toda niña o niño que se le indique ir a la Unidad de Rehidratación Oral y requiera el Plan "A", que reducen la duración de los episodios de diarrea y se asocian con la reducción del volumen fecal:

- Menores de 6 meses: 10 mg. al día por 10 – 14 días
- Mayores de 6 meses: 20 mg. al día por 10 – 14 días.

Los suplementos de zinc, previenen futuros episodios diarreicos.

- **Administrar Vitamina A:**

- Niñas y niños entre 6 y 11 meses de edad: 100,000 U.I.
- Niñas y niños entre 12 y 71 meses de edad: 200,000 U.I.

6.4.2. Tratamiento:

Generalmente la Diarrea Persistente responde bien al tratamiento nutricional. El tratamiento antibiótico o el antiparasitario tienen indicaciones precisas.

6.4.3. Manejo nutricional:

El manejo nutricional de la diarrea persistente debe buscar lo siguiente:

- Continuar la lactancia materna en aquellos que la reciben;
- En los pacientes que requieran reducir temporalmente la cantidad de lactosa que se ofrece al niño en la dieta reduciendo la cantidad total de leche animal, mezclándola con otros alimentos nutritivos pero sin lactosa (Anexo 2). Se debe reducir la cantidad de leche de la dieta para que reciba entre 30 y 50 ml/Kg/día. Para mantener el contenido de calorías y proteínas, debe mezclarse la leche con cereal y agregar azúcar y aceite;
- Asegurar que los alimentos sean adecuados y proporcionen las cantidades adecuadas de proteínas, calorías, vitaminas y minerales que permitan la recuperación rápida de la mucosa intestinal que está dañada. Ofrecer diariamente unas 110 kilocalorías por kilogramo de peso del niño;
- Evitar ofrecer alimentos que pueden retrasar la recuperación al aumentar la diarrea ó facilitar la desnutrición del niño; Los jugos envasados y las bebidas muy azucaradas pueden aumentar la diarrea por su efecto osmolar y deben evitarse;
- Al controlarse la diarrea, continuar con una alimentación adecuada para recuperar el estado nutricional que ha sido afectado por la diarrea persistente.

NOTA IMPORTANTE: En el anexo 01 se encuentran dos recetas para el manejo nutricional de la niña o el niño con diarrea persistente.

6.4.4. Signos de alarma a ser tomados en cuenta

El niño deberá ser referido inmediatamente a un establecimiento de mayor capacidad si presenta alguna de las siguientes situaciones al momento del control:



H. Rebaza I.

GUÍA TÉCNICA:
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIARREA PERSISTENTE EN LA NIÑA Y EL NIÑO

- Si la diarrea continúa al quinto día.
- Si no ha ganado peso o incluso lo ha perdido.
- Si presenta signos de deshidratación.
- Si aparece sangre en las deposiciones.

6.4.5. Criterios de alta:

Los casos de diarrea persistente deben ser reevaluados a los 5 días de iniciado el tratamiento nutricional para asegurarse que la diarrea está disminuyendo y que el niño está ganando peso.

Una vez que la diarrea persistente ha cesado, debe indicarse a la madre que a partir de los siete días incluya volúmenes progresivos de leche de vaca. Si el niño recibe leche materna puede continuar con el volumen y frecuencia acostumbrado sin restricciones.

Durante por lo menos el mes posterior al cese de la diarrea el niño deberá recibir una comida adicional al día.

Pronóstico: Bueno

6.5. COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES.

- Deshidratación.
- Grados variables de desnutrición.
- Anemia ferropénica.
- Deficiencia de Zinc y Vit A.
- Asociación con otras infecciones: septicemia, respiratoria, asociada a catéter, infecciones nosocomiales (responsables de gran parte de las muertes).
- En niños con SIDA es un marcador de la rápida progresión de la enfermedad.

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.

La mayoría de casos de diarrea persistente se pueden tratar en el hogar siempre que se sigan estrictamente las indicaciones médicas.

Deben ser derivados de inmediato al hospital o establecimiento de mayor capacidad resolutive, con hospitalización y laboratorio en casos de:

- Niños con desnutrición moderada o severa, o que pierden peso a pesar del tratamiento;
- Niños con un proceso de infección asociada (neumonía, sepsis, etc.);
- Niños con signos de deshidratación;
- **Niños menores de 2 meses:** Los menores de 2 meses con diarrea persistente deben ser manejados siempre en el hospital, por ser casos de mayor riesgo de enfermedad grave y complicaciones. Estos casos tienen con más frecuencia problemas con el manejo nutricional y necesitan análisis de laboratorio para identificar bacterias y parásitos en las heces.
- **Casos especiales** en los que el seguimiento del niño o la continuidad del tratamiento estén en peligro: vivienda alejada del establecimiento de salud o de difícil acceso, madre adolescente, niños maltratados o abandonados.



H. Rebaza L.

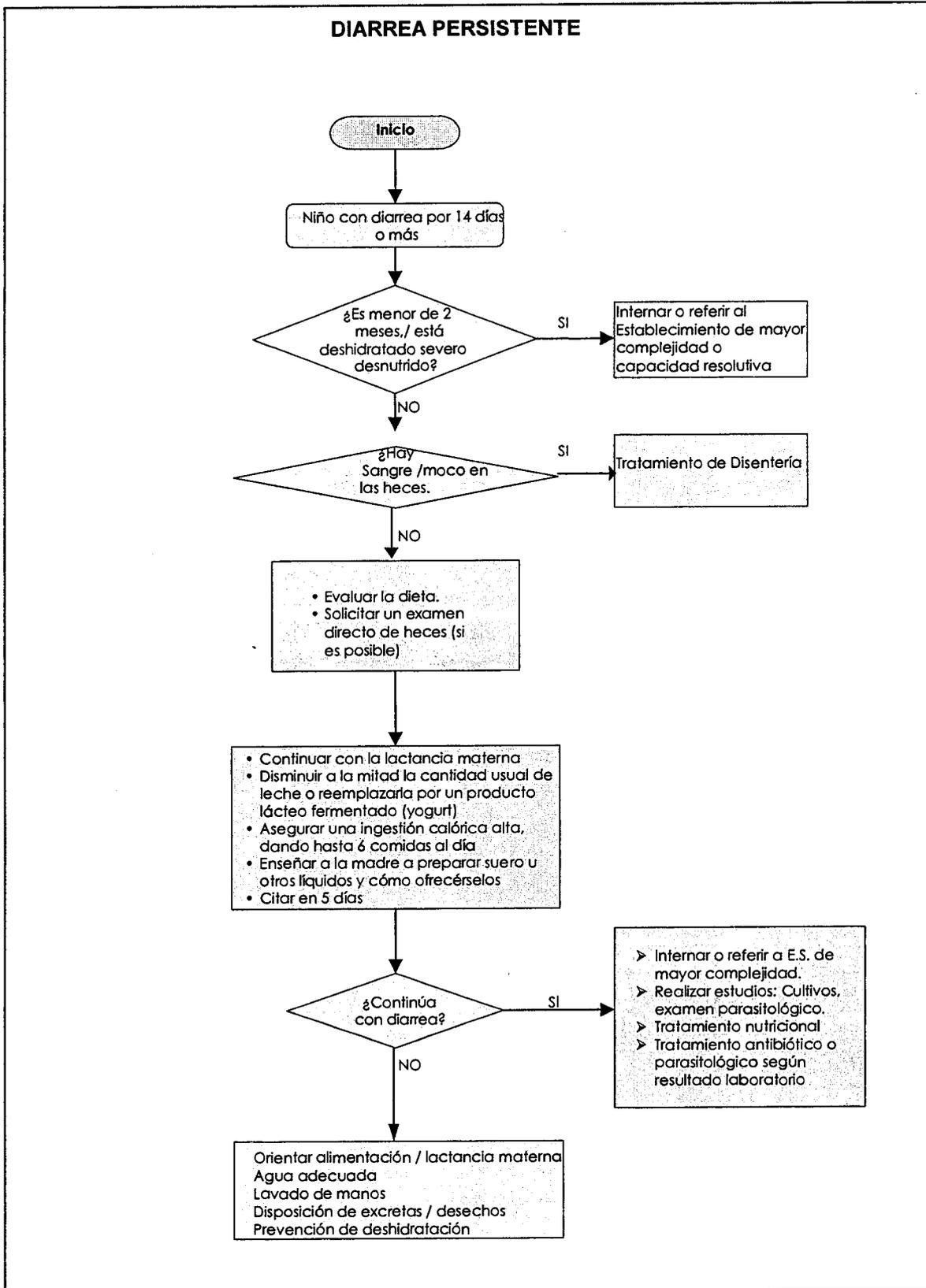
GUÍA TÉCNICA:
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIARREA PERSISTENTE EN LA NIÑA Y EL NIÑO

- **En casos de gravedad** o complicaciones en el manejo de la niña o niño con diarrea persistente indicados en el texto y en el Flujograma, se debe proceder a referir de acuerdo a la Norma técnica de Referencia y Contra referencia del MINSA.
- **Para nivel I-I** priorizar referencia en menores de 2 meses por ser de mayor cuidado El Establecimiento de Salud de mayor complejidad debe realizar contra referencia indicando el estado actual de la niña o niño y las recomendaciones para su seguimiento por el Establecimiento de Salud del primer nivel de atención.



H. Rebaza I.

6.7. FLUXOGRAMA



VII. ANEXO

ANEXO 01

RECETAS PARA EL MANEJO NUTRICIONAL DE LA NIÑA O EL NIÑO COM
DIARREA PERSISTENTE

Receta baja en lactosa

- 40 gramos de arroz cocido (5 cucharaditas llenas);
- 85 ml de leche entera fresca (2/5 de taza);
- 3.5 gramos de aceite (3/4 de cucharadita);
- 3 gramos de azúcar o glucosa (2/3 de cucharita al ras);
- agregar agua para tener unos 200 ml.

Receta sin lactosa

- 8 gramos de arroz cocido (1 cucharadita llena);
- 64 gramos de huevo (2 huevos chicos) ó 12 gramos de pollo cocido o de filete de pescado (1 ½ cucharadita)
- 4 gramos de aceite (1 cucharadita);
- 3 gramos de azúcar o glucosa (2/3 de cucharadita al ras);
- Agregar agua para tener unos 200 ml.



H. Rebaza I.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) Díaz Fernández Lyliam, Mendoza Sánchez Mercedes, Izquierdo Estévez Arnaldo, León García Edelio. Diarrea: persistente algunos factores de riesgo. Rev. Cub Ped 1999, 71 (1): 23-27.
- 2) Lima A. Guerrant R. Persistent diarrhea in children: epidemiology, risk factors, pathophysiology nutritional impact and management. Epidemiol Rev 1992, 14: 222-242.
- 3) Organización Mundial de Gastroenterología. Diarrea aguda en adultos y niños: una perspectiva mundial. 2012.
- 4) Sagaró Eduardo. Diarrea Persistente. Colombia Médica. Vol 38 N° 1 (supl 1). 2007.
- 5) Lanata C. Epidemiologic, clinical y laboratory characteristics of acute vs persistent diarrhea in peri-urban Lima, Perú. J. Ped Gastroenterol Nutr 1991, 12 (1): 82 – 89.
- 6) Fischer Walker CL, Bl. Zinc for the treatment of diarrhoea: effect on diarrhoea morbidity, mortality and incidence of future episodes. International Journal of Epidemiology 2010; 39(Supplement 1):i63-i69.
- 7) UNICEF-OMS. "Estrategia para prevenir y tratar la diarrea". N.Y. - Ginebra. Octubre 2009. Tomado de: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/childhood_deaths_diarrhoea_2009_1014/es/index.html
- 8) A meta-analysis of the effects of oral zinc in the treatment of acute and persistent diarrhea. Pediatrics 2008; 121(2):326-336
- 9) Aggarwal R, Sentz J, Miller M A,. Role of zinc administration in prevention of childhood diarrhea and respiratory illnesses: a meta-analysis. Pediatrics 2007; 119(6) :1120-1130.
- 10) OPS – OMS. Manual de Atención Pediátrica Hospitalaria. Pautas para el tratamiento de enfermedades comunes con recursos limitados. Washington D.C. OPS. 2007.
- 11) MINSA - INS. Lineamientos de Nutrición Materno – Infantil. Lima, Perú. 2004. Pg. 49.
- 12) Proyecto de Salud y Nutrición Básica (PSNB) / MINSA; Manual de Atención en Salud Infantil. Lima, 2001.
- 13) Bhutta Z A, Bird S M, Black R E, Brown K H, Gardner J M, Hidayat A, Khatun F, Martorell R, Ninh N X, Penny M E, Rosado J L, Roy S K, Ruel M, Sazawal S, Shankar A, . Therapeutic effects of oral zinc in acute and persistent diarrhea in children in developing countries: pooled analysis of randomized controlled trials. American Journal of Clinical Nutrition 2000; 72(6):1516-1522.
- 14) Management of the child with a serious infection or severe malnutrition: Guidelines for care at the first - referral level in developing countries. WHO 2000:45-59.
- 15) Bhutta Z A, Black R E, Brown K H, Gardner J M, Gore S, Hidayat A, Khatun F, Martorell R, Ninh N X, Penny M E, Rosado J L, Roy S K, Ruel M, Sazawal S, Shankar A, . Prevention of diarrhea and pneumonia by zinc supplementation in children in developing countries: pooled analysis of randomized controlled trials. Journal of Pediatrics 1999; 135(6):689-697.
- 16) Goodman y Gilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica. McGraw Hill Interamericana. 9a Ed. México 1996; Vol.
- 17) OPS/OMS. Disentería, diarrea persistente y diarrea asociada a otras enfermedades En: Enfermedades diarreicas. Prevención y tratamiento. Washington, DC: OPS/OMS; 1996.p.67-78.
- 18) Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades diarreicas; diagnóstico y tratamiento. Washington DC, 1995.



H. Rebaza I.

**GUÍA TÉCNICA:
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIARREA PERSISTENTE EN LA NIÑA Y
EL NIÑO**

- 19) Barnes L.A, Ed. Manual de nutrición en Pediatría. Tercera Edición. Comité de Nutrición de la Academia Americana de Pediatría. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. 1994.
- 20) Manual de Tratamiento de la Diarrea. Serie Paltex N°13. Organización Panamericana de la Salud. Edit. OPS/OMS. 1987.
- 21) Bhatnagar S, Bahl R, Sharma P K, Kumar G T, Saxena S K, Bhan M K. Zinc with oral rehydration therapy reduces stool output and duration of diarrhea in hospitalized children: a randomized controlled trial. Journal of pediatric gastroenterology and nutrition. Vol. 38. Issue 1. 34-40. (Resumen del trabajo).
- 22) Sociedad Argentina de Pediatría. Filial Salta. Normas de diarrea aguda para primer nivel de atención.
- 23) Ministerio de Salud "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud".2004.

IX. ANEXOS

Flujo de Diagnóstico y Tratamiento de la Diarrea Persistente en la Niña y el Niño.

Anexo 01: Recetas para el manejo nutricional de la niña y el niño con diarrea persistente



**GUÍA TÉCNICA:
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIARREA PERSISTENTE EN LA NIÑA Y
EL NIÑO**