

# MANEJO AMBULATORIO DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA SIN COMPLICACIONES MÉDICAS

## *PROTOCOLOS SIMPLIFICADOS*



## MANUAL PARA LOS PUESTOS DE SALUD PERSONAL DEL ESAFC

***(BORRADOR)***

***Marzo 2021***



	Pag
<b>ACRÓNIMOS</b>	<b>3</b>
<b>MARCO NORMATIVO: LINEAMIENTOS, GUÍAS Y ESTRATEGIAS NACIONALES</b>	<b>4</b>
<b>CONTEXTO Y JUSTIFICACIÓN</b>	<b>4</b>
<b>A QUIÉN VA DIRIGIDO</b>	<b>5</b>
<b>ESTRATEGIA PARA EL MANEJO INTEGRADO PARA LA DESNUTRICIÓN AGUDA</b>	<b>5</b>
<b>FUNCIONES DE LA RED COMUNITARIA DE SALUD Y VÍNCULO CON EL PUESTO DE SALUD</b>	<b>5</b>
<b>FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DEL PUESTO DE SALUD</b>	<b>6</b>
<b>CRITERIOS DE INGRESO MANEJO AMBULATORIO</b>	<b>7</b>
<b>PRUEBA APETITO</b>	<b>7</b>
<b>EXÁMEN MÉDICO</b>	<b>8</b>
❖ CRITERIOS DE INGRESO AL HOSPITAL NIÑOS DE 6-59 MESES	<b>9</b>
❖ CRITERIOS DE INGRESO AL HOSPITAL NIÑOS MENORES DE 6 MESES O PESO INFERIOR A 4KG	<b>9</b>
<b>TRATAMIENTO AMBULATORIO</b>	<b>10</b>
❖ TRATAMIENTO MÉDICO SISTEMÁTICO	10
❖ DISTRIBUCIÓN ATLC	10
❖ CONSEJERÍA	11
❖ SEGUIMIENTO	11
<b>CRITERIOS DE EGRESO/ALTA</b>	<b>12</b>
<b>CRITERIOS DE CALIDAD DEL PROGRAMA</b>	13
<b>ANEXOS</b>	<b>14</b>
<i>ANEXO 1. Recopilación mensual cribado de DA hecho por los brigadistas</i>	15
<i>ANEXO 2. Recopilación anual cribado de DA hecha por los brigadistas</i>	16

## ACRÓNIMOS

---

AMC	Acción Médica Cristiana
ACF	Acción Contra el Hambre
ATLC	Alimento Terapéutico Listo para el Consumo (conocida como RUTF en inglés)
DA	Desnutrición Aguda
DAM	Desnutrición Aguda Moderada
DAS	Desnutrición Aguda Severa
DE	Desviación Estándar
ES AFC	Equipos de Salud Familiar y Comunitario
GNC-TA	(“Global Nutrition Cluster Technical Alliance”) Alianza Técnica del Cluster Global de Nutrición
MAMI	“Management of at Risk Mothers and Infants” (manejo del binomio madre-hijo en riesgo de desnutrición)
MINS A	Ministerio de Salud de Nicaragua
MNP	Micronutrientes en Polvo
MOSAFC	Modelo de Salud Familiar y Comunitario
PB	Perímetro Braquial
PROCOSAN	Programa Comunitario de Salud y Nutrición
RACCN	Región Autónoma de la Costa Caribe Norte
SILAIS	Sistema Local de Atención Integral en Salud de Nicaragua

## MARCO NORMATIVO: LINEAMIENTOS, GUÍAS Y ESTRATEGIA NACIONALES

---

Nicaragua cuenta con un marco normativo y lineamientos nacional para el manejo de la desnutrición aguda y suplementación en micronutrientes. Entre estas guías, lineamientos y normativas se encuentran la Normativa 029 “Norma y Guía de Alimentación y Nutrición para Embarazadas, Puerperio y Niñez Menor de seis años”, Normativa 097 con tres diferentes componentes alusivos al Programa Comunitario de Salud y Nutrición (PROCOSAN), la normativa 017 “Guía para la atención clínica de las enfermedades y accidentes más comunes de la infancia”(AIEPI Hospitalario), la Guía de Micronutrientes, la recientemente aprobada Normativa 170 “Manual de Alimentación y Nutrición en Situaciones de Emergencia en Albergues y Comunidad” y el Manual metodológico para el seguimiento de los niños con malnutrición (actualmente todavía como borrador de discusión).

A nivel comunitario, el Programa Comunitario de Salud y Nutrición (PROCOSAN) contiene módulos dirigidos tanto a persona de salud como a los brigadistas que abarcan tres ejes temáticos: 1) el manejo de casos comunitarios, 2) salud y nutrición de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido en la comunidad y 3) Salud y Nutrición en la Niñez. Cada uno de estos ejes se apoya en tres manuales diferentes para su implementación 1) manual técnico operativo 2) Manual de la red comunitaria y 3) guía de capacitación del brigadista

## CONTEXTO Y JUSTIFICACIÓN

---

Nicaragua fue azotada por dos grandes huracanes, Eta e Iota, en noviembre de 2020, con efectos devastadores en comunidades remotas ya vulnerables. La Región Autónoma de la Costa Caribe Norte (RACCN) fue, con mucho, el departamento más afectado, ya que recibió un golpe directo de las lluvias torrenciales de Eta y Iota y de vientos hasta 160 millas por hora.

La emergencia provocada por Eta y Iota en Nicaragua está poniendo en peligro la vida de los más vulnerables desde el punto de vista nutricional. Aunque no hay datos sobre el impacto de los huracanes en la nutrición, se espera que la situación de la nutrición de referencia en 2018 se deteriore aún más después de los huracanes Eta y Iota. Hasta hoy, la nutrición no ha sido un sector prioritario en los esfuerzos de respuesta de los organismos de las Naciones Unidas y otras organizaciones. El Ministerio de Salud (MINSAL) y los SILAIS (Sistemas Locales de Atención Integral de Salud) tienen una capacidad limitada para prevenir y tratar la malnutrición. La falta de intervenciones en materia de nutrición en la actual situación de emergencia pone en peligro el estado nutricional de los grupos vulnerables, lo que los lleva a la malnutrición, las enfermedades y probablemente a la muerte.

Debido a esta situación, UNICEF con el apoyo técnico remoto de la Alianza Técnica del Cluster Global de Nutrición (conocido como “GNC-TA” por sus siglas en inglés) desarrollan este manual para facilitar la respuesta de emergencia de los socios Acción Médica Cristiana (AMC) y Acción Contra el Hambre (ACF) y la implementación en el manejo de la desnutrición aguda sin complicaciones médicas en los puestos de salud del MINSAL.

## A QUIÉN VA DIRIGIDO

---

Este manual va dirigido al personal de los puestos de salud (ESAFC/GISI) siendo los principales actores: auxiliar del MOSAFC y enfermero o Médico si lo hubiera, siendo estas las personas que realizan el levantamiento de los datos antropométricos y sobre las cuales recaerá la mayor responsabilidad en el manejo y seguimiento de la desnutrición aguda, ya que son los que tienen mayor contacto con la comunidad.

## ESTRATEGIA PARA EL MANEJO INTEGRADO DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA

---

En Nicaragua la estrategia para el Manejo Integrado de la Desnutrición Aguda comprende 3 componentes:

### Manejo Integrado de la Desnutrición Aguda en Nicaragua



## FUNCIONES DE LA RED COMUNITARIA DE SALUD Y VÍNCULO CON EL PUESTO DE SALUD

---

El vínculo de la comunidad con el puesto de salud se realiza a través de la red comunitaria de salud (los brigadistas de salud):

Las funciones de los brigadistas de salud en la comunidad para el componente del manejo de la desnutrición aguda en la comunidad son las siguientes:

- Identificación temprana a través de PB, Edemas y Signos clínicos (brigadistas y familias)
- Remisión de los casos de desnutrición aguda (moderada y severa) mediante PB y edemas

- Seguimiento de los casos que ya ingresaron al Programa de Recuperación (manejo ambulatorio en los puestos de salud).
  - Seguimiento de los casos que fueron dados de alta del Programa de Recuperación
  - Capacitación a las madres, padres o cuidadores en la identificación temprana (PB, Edemas y signos clínicos)
  - Seguimiento de ausentes y abandonos al programa
  - Consejería sobre el consumo del ATLC y buenas prácticas de alimentación.
  - Prueba de apetito en la comunidad a aquellos niños que una vez admitidos al Programa empeoran y pierden el apetito.
  - Seguimiento de casos de alto riesgo/vínculos (altas de la atención hospitalaria)
- Las funciones descritas arriba se realizan a través de:
- 1) Sesiones mensuales con la comunidad.
  - 2) Visitas a domicilio.
  - 3) Capacitación y seguimiento a las familias para la identificación temprana.

## FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DEL PUESTO DE SALUD

---

- Participar en el proceso de invitación y motivación a las madres, la familia y la comunidad para participar en las actividades de seguimiento a la malnutrición infantil.
- Participar en la capacitación de los brigadistas de salud y las familias y eventualmente realizarlas por sí mismos.
- Supervisar y dotar a las brigadistas y familias en su comunidad de los materiales y suministros que se requieren para cumplir con sus funciones.
- Llenar la información necesaria y hacer análisis en los tiempos que correspondan a los indicadores de la malnutrición infantil.
- Participar en la presentación de los análisis de la situación de desnutrición infantil en las comunidades, así como alternativas de solución.
- Establecer comunicación y seguimiento con la red comunitaria de salud en caso de ausencia o abandono del Programa ambulatorio de recuperación nutricional.
- Recopilación y análisis de los casos de desnutrición encontrados en la comunidad según PB y Edemas a través de los formatos:
  - Anexo 1. “Recopilación MENSUAL del cribado hecho por los brigadistas de la desnutrición aguda en las comunidades”.
  - Anexo 2. “Recopilación ANUAL del cribado hecho por los brigadistas de la desnutrición aguda en las comunidades”.

## CRITERIOS DE INGRESO MANEJO AMBULATORIO

---

Los niños y niñas detectados en consulta externa o derivados por parte de la red comunitaria de salud que cumplan uno de los siguientes criterios:

CRITERIOS DE INGRESO PARA EL MANEJO AMBULATORIO
<ul style="list-style-type: none"><li>● PB &lt; 11.5 cm o</li><li>● P/T &lt; -2DE o</li><li>● Edema Leve (+) o moderado (++)</li></ul> <p>Y además:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Prueba de Apetito Positiva sin complicaciones o patología agregadas</li></ul>

Tabla 1. Criterios de ingreso

Estos niños (as) pueden manejarse en la comunidad con seguimiento periódico ambulatorio cada dos semanas en los puestos de salud.

El manejo ambulatorio también está previsto para aquellos niños(as) que egresan del manejo hospitalario para hacerles un seguimiento ambulatorio.

Los niños y niñas con prueba de apetito negativa y/o complicaciones médicas o nutricionales deben ser referidos a centros de salud de mayor complejidad para un tratamiento hospitalario.

## PRUEBA DEL APETITO

---

A los niños y niñas que cumplan **uno de los siguientes criterios**: PB<11.5cm, P/T <-2DE o edema leve (+) o moderado (++) se le tiene que hacer la prueba de apetito.

Esta prueba junto con la valoración médica nos ayudará a decidir finalmente si esos niños(as) se pueden tratar en la comunidad con visitas ambulatorias al puesto de salud o si deben ser remitidos a un establecimiento de mayor complejidad donde se pueda ingresar al niño (a) y recibir un tratamiento hospitalario.

- La falta de apetito significa que el niño está enfermo y requiere tratamiento en un CS u hospital.

- La pérdida del apetito es uno de los primeros signos de complicación médica en los niños y niñas con desnutrición aguda.
- La falta de apetito significa que el niño tiene una infección importante o una anomalía metabólica importante, como una disfunción hepática, un desequilibrio electrolítico, etc. Estos son los pacientes con riesgo inmediato de muerte. A menudo, el niño con Desnutrición Aguda Severa no presenta ningún otro signo de complicaciones médicas.
- Además, un niño con poco apetito no tomará el ATLC en casa y seguirá deteriorándose o/y morirá.

Para poder determinar si el niño(a) tiene apetito se realizará la prueba del apetito que se describe a continuación:

- Utilice un sobre de ATLC para la realización de la prueba. Hacerlo de esta manera tiene la ventaja de que puede medir, a la vez, la aceptabilidad del producto con el cual se hace el tratamiento nutricional en el hogar.
- Solicite a la madre o cuidador lavarse las manos con agua y jabón, y ofrecer al niño o niña la ATLC en cuchara.
- Observe durante 15 minutos la forma como el niño o niña recibe el ATLC y la cantidad consumida y compare con los criterios de evaluación de la prueba de apetito presentados en la Tabla siguiente

Si el niño o niña rechaza el ATLC, repita la prueba procurando ubicar a la madre y al niño en un ambiente propicio y tranquilo. Es importante que el niño o niña consuma voluntariamente el ATLC sin forzarlo.

### ¡RECUERDE!

<p><b>SI EL NIÑO ES MENOR DE 6 MESES O PESA MENOS DE 4 KG:</b></p> <p>NO REALIZAR LA PRUEBA DEL APETITO Y REMITIR A UN CENTRO DE MAYOR COMPLEJIDAD PARA MANEJO INTRAHOSPITALARIO.</p>
---

SI EL NIÑO(A) TIENE DE 6-59 MESES REALIZAR LA PRUEBA DEL APETITO:

<b>RESULTADO POSITIVO: PASA LA PRUEBA DEL APETITO</b>			
PESO (KG)	CONSUMO MÍNIMO ATLC (sobre)	OBSERVACIÓN	CONDUCTA
4-6.9	Consume más de 1/4	El niño o niña recibe con agrado el ATLC	El niño o niña puede manejarse en el hogar
7-9.9	Consume más de 1/3		
10-14.9	Consume más de 1/2		

*Tabla 1 . Criterios para la evaluación de la prueba del apetito\**

A los niños y niñas que cumplan uno de los siguientes criterios: PB<11.5cm o P/T <-2DE o edema leve (+) o moderado (++) se le tiene que hacer además de la prueba del apetito un examen médico:

Para decidir si un niño o niña se refiere a un CS de mayor complejidad o al hospital tiene que cumplir **uno de los siguientes criterios:**

### ❖ CRITERIOS DE INGRESO AL HOSPITAL NIÑOS DE 6-59 MESES

LISTA DE VERIFICACIÓN DEL EXÁMEN MÉDICO	
EDEMAS	Generalizado (+++)
APETITO	Prueba de apetito negativa
VÓMITO	Vomita todo, vomito incontrolable
DIARREA	Diarrea acuosa, grandes cantidades
TEMPERATURA	Hipotermia : temperatura axilar $\leq 35.5$ °C Fiebre : Temperatura Axilar $> 39$ °C
RITMO RESPIRATORIO	Tos y aumento de la frecuencia respiratoria:  Niños(as) de 6-11 meses : $> 50$ respiraciones / minuto Niños (as) de 12 meses a 5 años: $> 40$ respiraciones / minuto
ANEMIA	Palmas muy pálidas, dificultad para respirar
INFECCIÓN CUTÁNEA	Piel con lesiones extensas
ESTADO DE ALERTA	Convulsiona Estado letárgico o inconsciente

*Tabla 2. complicaciones médicas*

Nota: Los niños y niñas con edemas generalizados se deberían hospitalizar aunque no tengan otras evidencias de complicaciones médicas y la prueba de apetito sea positiva.

Si los niños(as) cumplen con los criterios de ingreso hospitalario se tiene que realizar la referencia.

Una vez el niño(a) haya ingresado en el Programa de tratamiento ambulatorio ; se tiene que referir en cualquier momento al hospital si la situación empeora y si el niño(a) cumple los criterios de ingreso al hospital.

#### ❖ CRITERIOS DE INGRESO AL HOSPITAL NIÑOS MENORES DE 6 MESES O PESO INFERIOR A 4KG

- Delgadez visible
- Edema Bilateral
- Demasiado débil para succionar de forma efectiva.
- No gana peso.

En ausencia de la estrategia MAMI en el país <sup>1</sup>:

Los niños(as) menores de 6 meses o peso inferior a 4 kg se tratarán a nivel hospitalario ya que no pueden tragar ATLC.

El enfoque del tratamiento dependerá de la perspectiva que tenga el bebé de poder lactar.

El tratamiento se enfocará a restauración de la producción de lactancia materna y la relactación

## TRATAMIENTO AMBULATORIO

---

Una vez se ha descartado la posibilidad de que los niños(as) necesiten ser referidos a Tratamiento Hospitalario , se ingresarán en el Programa de Tratamiento Ambulatorio donde serán tratados. Se les hará un seguimiento en la comunidad y estos niños(as) tendrán que regresar cada dos semanas al puesto de salud para las visitas de seguimiento.

En el Puesto de Salud se les dará un Tratamiento Médico y Nutricional y Consejería.

#### ❖ TRATAMIENTO MÉDICO SISTEMÁTICO

El Tratamiento Médico Sistemático consiste en administrar:

- Amoxicilina (en el momento de la admisión)
- Antipalúdicos (según el protocolo nacional). Se hace la prueba al ingreso si hubiera signos clínicos
- Antiparasitarios “Albendazol” (dosis única en la segunda semana)
- Revisar y completar si no lo estuviera el calendario de vacunación
- Vacuna contra el sarampión (al ingreso y en el alta)

---

<sup>1</sup> MAMI: “Management of at Risk Mothers and Infants” (manejo del binomio madre-hijo en riesgo de desnutrición)

- Vit A (dosis única al ingreso).

**NOTA:** NO ADMINISTRAR Vit A y ALBENDAZOL SI YA LO HA RECIBIDO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES

### ❖ DISTRIBUCIÓN DEL ALIMENTO TERAPÉUTICO LISTO PARA EL CONSUMO (ATLC) PARA LOS DESNUTRIDOS AGUDOS SEVEROS

PESO NIÑO(A) EN KG	ATLC (92 g por sobre)		
	BOLSAS/DÍA	BOLSAS PARA 1 SEMANA	BOLSAS PARA 2 SEMANAS
3.5 - 3.9	1 ½	11	22
4 - 5.4	2	14	28
5.5 - 6.9	2 ½	18	36
7.0 - 8.4	3	21	42
8.5 - 9.4	3 ½	25	50
9.5 - 10.4	4	28	56
10.5 - 11.9	4 ½	32	64
> = 12	5	35	70

Tabla 3. Pauta distribución ATLC

Nota: Como se ha establecido el protocolo simplificado de visitas bisemanales la cantidad de ATLC que le de al niño(a) tiene que ser el establecido para cubrir el consumo de **2 SEMANAS**

Para hacer el cálculo del ATLC necesario UNICEF considera de media 136 bolsas de ATLC por niño(a) +10% de pérdidas lo que sería 150 bolsas de ATLC por niño(a) que es lo equivalente a 1 cartón de ATLC.

Para hacer el cálculo del "caseload" número de niños con desnutrición y poder estimar la cantidad de ATLC se usa la fórmula considerando la prevalencia, el factor de corrección 2.6, duración del programa (en este caso 6 meses), la cobertura (que en el caso de Nicaragua teniendo una red comunitaria y el enfoque de familias identificando desnutrición) será mayor del 75% estándar...

### ❖ CONSEJERÍA

Se dará consejería sobre el uso del ATLC y cómo se debe conservar y consumir. Los principales mensajes son:

- El ATLC es un alimento y un medicamento y no debe compartirse.
- El ATLC es el único alimento que el niño necesita para recuperarse.
- Dar pequeñas comidas regulares de ATLC y animar al niño a comer a menudo (8/día)
- Ofrecer siempre al niño abundante agua limpia para beber mientras come el ATLC

- En el caso de los niños pequeños, ofrezca primero la leche materna antes de cada alimentación con ATLC
- Lavar las manos y la cara de los niños con jabón antes de darles de comer, si es posible.
- Mantenga los alimentos limpios y cubiertos.
- Cuando un niño tiene diarrea, nunca dejes de alimentarlo. Dale mas comida y más agua limpia.
- Volver al centro de salud siempre que el estado del niño o su apetito se deterioren

#### ❖ SEGUIMIENTO

Según el enfoque de protocolo simplificado que se ha decidido las visitas serán cada DOS SEMANAS<sup>2</sup>

ACTIVIDAD	FRECUENCIA
PESO	Cada DOS semana
PB	Cada DOS semana
COMPROBAR SI HAY EDEMAS	Cada DOS semana
ALTURA/LONGITUD	Una vez al mes
HISTORIAL MÉDICO	Cada DOS semana
EXÁMEN FÍSICO (incluyendo la temperatura y la frecuencia respiratoria)	Cada DOS semana
PRUEBA DEL APETITO	Cada DOS semana
TRATAMIENTO MÉDICO DE RUTINA	Según el protocolo de tratamiento
VISITA A DOMICILIO	Seguimiento por parte de los brigadistas de salud según sea necesario
VACUNAS	Según sea necesario, de acuerdo con el calendario de vacunación

<sup>2</sup> El protocolo NO SIMPLIFICADO establece un seguimiento SEMANAL. Esto se puede revisar más adelante si las condiciones y circunstancias permitieran visitas semanales.

EVALUACIÓN DEL PROGRESO DEL ESTADO DE SALUD Y NUTRICIÓN	Cada DOS semana
EDUCACIÓN SANITARIA NUTRICIONAL	Cada DOS semana en el puesto de salud con mayor regularidad a través de las visitas a domicilio de los brigadista
EVALUACIÓN DEL CONSUMO DE ATLC	Cada DOS semanas en el puesto de salud
SUMINISTRO DE ATLC	Cada DOS semana

Tabla 4. Pauta seguimiento

## CRITERIOS DE EGRESO/ALTA

Para dar de alta del programa (y considerarse CURADO) tiene que cumplir **TODOS** los criterios.

- El puntaje Z de P/T es mayor de -2DE
- PB mayor de 11.5cm
- Clínicamente bien y estable.
- Alerta
- Sin edema por dos visitas consecutivas (si fue ingresado con edema)
- Buen apetito

Vinculación con la red comunitaria de salud para seguimiento en la comunidad por parte de los brigadistas de salud.

Los criterios mencionados anteriormente son los criterios de alta por “CURADO” pero hay otros criterios de alta que se tienen que registrar como tal para las causas de alta para efectos del monitoreo del programa. Estos criterios son:

- ABANDONO : durante 2 visitas consecutivas (equivaldría a 1 mes) según el protocolo simplificado usado que se ha definido. (nota: sin ser protocolos simplificados serían 3 visitas consecutivas).
- MURIÓ: Murió durante el tratamiento ambulatorio
- NO CURADO: No ha alcanzado el peso objetivo en 3 meses.

## CRITERIOS DE CALIDAD DEL PROGRAMA

---

Para saber si el Programa a nivel Ambulatorio está cumpliendo con los criterios internacionales de calidad establecidos, se tienen que alcanzar las siguientes metas:

CRITERIOS DE ALTA/EGRESO	META INTERNACIONAL
CURADOS	>75%
MUERTES	<10%
ABANDONOS	<15%
NO CURADOS	Tan bajo como sea posible

*Tabla 5. Criterios de calidad programa*

# *ANEXOS*

**ANEXO 1.**

**RECOPIACIÓN MENSUAL DEL CRIBADO EN DA HECHO POR LOS BRIGADISTAS EN LAS COMUNIDADES QUE ATIENDE EL PUESTO DE SALUD**

PUESTO DE SALUD/ \_\_\_\_\_

NOMBRE PERSONA ESAFC QUE RELLENA: \_\_\_\_\_

MES: \_\_\_\_\_

COMUNIDAD	TOTAL NIÑOS 6-59 MESES EN LA COMUNIDAD	TOTAL CRIBADOS	TOTAL EDEMAS	TOTAL PB ROJO	TOTAL PB AMARILLO	TOTAL PB VERDE
<b>TOTAL</b>						

## ANEXO 2

### RECOPIACIÓN ANUAL DEL CRIBADO DE DA HECHO POR LOS BRIGADISTAS EN LAS COMUNIDADES QUE ATIENDE EL PUESTO DE SALUD

PUESTO DE SALUD/ \_\_\_\_\_

NOMBRE PERSONA ESAFC QUE RELLENA: \_\_\_\_\_

AÑO: \_\_\_\_\_

MES	TOTAL NIÑOS 6-59 MESES EN EL TOTAL DE LAS COMUNIDAD	TOTAL CRIBADOS	TOTAL EDEMAS	TOTAL PB ROJO	TOTAL PB AMARILLO	TOTAL PB VERDE
ENERO						
FEBRERO						
MARZO						
ABRIL						
MAYO						
JUNIO						
JULIO						
AGOSTO						
SEPTIEMBRE						
OCTUBRE						
NOVIEMBRE						
DICIEMBRE						
TOTAL						

