

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**  
**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA**



**TEMA:**

**“IMPACTO DE LA ESTRATEGIA AIEPI EN LA  
DESNUTRICIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS  
EN LAS UNIDADES DE SALUD SANTIAGO DE LA  
FRONTERA, LA HACHADURA Y LA PLAYA”**

**INTEGRANTES:**

**BR. EDWIN OSWALDO BORJA MORÁN**

**BR. SUSANA ESPERANZA GUERRERO AGUILAR**

**BR. ISABEL ISMENIA HERRADOR HERNÁNDEZ**

**PARA OPTAR AL TÍTULO DE:  
DOCTORADO EN MEDICINA**

**ASESOR: DR. MELITON MIRA BURGOS.**

**ABRIL DE 2003**

**SANTA ANA EL SALVADOR CENTROAMÉRICA**

# **UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

**RECTORA:**

**DRA. MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ**

**VICE – RECTORA ADMINISTRATIVA**

**LICDA. MARÍA HORTENSIA DUEÑAS DE GARCÍA**

**VICE – RECTOR ACADÉMICO**

**ING. FRANCISCO MARROQUÍN**

**SECRETARIO GENERAL**

**LIC. PEDRO ROSALÍO ESCOBAR**

**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE**

**DECANO**

**LIC. REMBERTO ELÍAS MANGANDI PORTILLO**

**SECRETARÍA GENERAL**

**LICDA. ANA EMILIA PADILLA DE PADILLA**

**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA.**

**DR. JULIO MENDOZA DURÁN**

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos en primer lugar a Dios Padre Todopoderoso, el iluminar nuestro camino en el paso de todos estos años de estudio que hoy vemos convertidos en un logro académico.

Agradecemos a nuestros padres que sin su apoyo e infinito amor no hubiera sido posible llegar a la meta señalada.

Agradecemos a nuestros hermanos por su incondicional apoyo, palabras de aliento para que siguiéramos adelante.

Agradecemos finalmente a nuestros mentores por habernos orientado con paciencia y dedicación a lo largo de todos estos años.

## RESUMEN

El trabajo realizado, trata de medir el impacto de la aplicación de la estrategia AIEPI (Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes en la Infancia), parte de la iniciativa **“niños sanos; la meta del 2002”**.

Nuestro trabajo tipo descriptivo se basa en recolectar, tabular, graficar y analizar la información acerca del número de niños y niñas menores de 5 años con los diferentes grados de desnutrición, así como también los eunutridos, años previos y posteriores a la implementación de la estrategia AIEPI.

La información fue obtenida de datos estadísticos de la hoja IEMA (Informe Estadístico Mensual Automatizado) que es llevada en todas las unidades de salud.

El marco teórico fue recopilado mediante información de la Internet. La información fue recopilada en un tabulador la cual fue graficada para cada uno de los distintos grados de desnutrición, así como el estado de nutrición normal. En los cuales se encontró cierta discordancia a nuestro punto de vista, no teniendo el impacto esperado en la reducción de la desnutrición, esta discordancia podría ser el resultado de que anteriormente no se tenía una forma de detección adecuada del estado nutricional del paciente ya que al contar con esta estrategia se reúne información básica en forma de preguntas sencillas que se le realizan a la madre basados en la hoja de

AIEPI y de esta forma se han podido detectar mayor número de casos de pacientes con desnutrición.

## ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN .....	i
ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN .....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
OBJETIVOS .....	5
MARCO TEÓRICO.....	6
DISEÑO METODOLÓGICO .....	23
RESULTADOS .....	25
CONCLUSIONES.....	37
RECOMENDACIONES .....	38
AGRADECIMIENTOS .....	39
BIBLIOGRAFÍA .....	40
ANEXOS.....	41

## **INTRODUCCIÓN**

El presente trabajo se enfocará en medir el impacto de la aplicación de la estrategia AIEPI para la reducción de la desnutrición, como iniciativa de la visión “niños sanos: la meta del 2002”, en niños menores de 5 años, ya que esta es la 3ª causa de muerte en este rango de edad, y comparar si en realidad ha funcionado como estrategia para la detección precoz de desnutrición y reducción de ella. Para lo cual utilizaremos datos estadísticos recopilados antes y después de la aplicación de la estrategia en 3 distintos departamentos de El Salvador, 2 rurales y 1 urbano que son: unidad de salud La Playa, departamento de la Unión (urbano), unidad de salud La Hachadura, departamento de Ahuachapán y unidad de salud Santiago de la Frontera, departamento de Santa Ana, estas últimas en las zonas rurales, en un período de aproximadamente 4 meses, de junio a septiembre del año 2002.

## ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) lanzó la iniciativa “Niños Sanos: la meta del 2002” con la finalidad de salvar la vida a 100,000 niños menores de cinco años de edad en la Región de las Américas, para el año 2002, mediante la aplicación de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Alcanzar este objetivo implicará en los próximos años un notable desafío, ya que evidencia que un porcentaje elevado de niños aun muere a consecuencia de enfermedades prevenibles y controlables, por falta de un diagnóstico precoz y de un tratamiento eficaz de la desnutrición.

En ceremonia efectuada en la OPS el 1 de diciembre de 1999 se planteó la Meta de la Organización, la cual fue definida como «histórica» por los participantes. En compañía de primeras damas, ministros y viceministros de salud, representantes de organismos multilaterales, agencias internacionales, organizaciones no gubernamentales, del sector privado y del sector académico, el Director de la Organización Panamericana de la Salud, Dr. George A. O. Alleyne dijo que «trabajando juntos lograremos éxito en este compromiso». Recalcó que hay que pasar decididamente a la acción. «Cuando me fue planteada esta iniciativa de salvar la vida de 25,000 niños por año para ser completada en el 2002, yo me pregunté el por qué de un esfuerzo especial de promoción.

Cada año más de 200,000 niños menores de cinco años mueren en las Américas debido a enfermedades que podrían ser fácilmente prevenidas o tratadas. Las infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas y desnutrición son las tres principales causas de muerte en este grupo de edad. Estas y otras enfermedades, como las causadas por parásitos

intestinales, malaria o enfermedades prevenibles por vacunación, son el principal motivo de consulta y hospitalizaciones.

La estrategia de AIEPI se apoya en intervenciones sencillas de salud pública, en medidas preventivas en el hogar, en el diagnóstico temprano y el tratamiento efectivo. También, en el fortalecimiento del sistema de salud para reducir los riesgos y los efectos de las enfermedades infantiles.

### **Niños Sanos: Meta 2002**

Al enfocarse en los países con las tasa de mortalidad infantil más altas, se esperaba que AIEPI contribuyera sustancialmente a reducir las muertes infantiles y a ofrecer a los niños la oportunidad de crecer como adultos saludables y productivos.

Buscar los recursos necesarios para la aplicación de la estrategia AIEPI y así lograr para fines de 2002 haber disminuido en 100,000 el número de muertes evitables de niños por enfermedades comunes en países de las Américas, dijo el Dr. Benguigui.\*

La estrategia AIEPI se ha implementado en nuestro país desde hace un par de años y según se planteaba era un esfuerzo bastante prometedor para la detección precoz de enfermedades más frecuentes en nuestros niños < de 5 años y entre ellos como es objeto de estudio, la desnutrición.

Ahora lo que nosotros como médicos críticos del mal uso de los recursos humanos y económicos de El Salvador, pretendemos demostrar el impacto que ha producido esta estrategia la reducción de la desnutrición. En

---

\* Noticias sobre AIEPI número 3, Mayo 2000 Pág. 5



El Salvador tomando como referencia datos estadísticos en las unidades de salud que realizamos nuestro año social.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Pretendemos evaluar el impacto de la aplicación de la estrategia AIEPI para la reducción de la desnutrición en los niños menores de 5 años mediante la recopilación de datos estadísticos de incidencia, prevalencia y mejoría de los grados de desnutrición los cuales creemos que son los aspectos más relevantes del estudio.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Analizar el impacto de la aplicación de la estrategia AIEPI para la reducción de la desnutrición en menores de 5 años como parte de una iniciativa; niños sanos: la meta del 2002 en las unidades de salud Santiago de la frontera, La Hachadura y La Playa.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Comparar el estado de desnutrición de niños menores de 5 años entre años previos a la implementación de la estrategia y posterior a la implementación de la misma.
- Medir el impacto de la aplicación de (a estrategia AIEPI para la reducción de la desnutrición.

## **MARCO TEÓRICO**

### **El Problema**

Cada año, más de 200,000 niños mueren antes de los cinco años de edad en los países de la Región de las Américas, debido a enfermedades que pueden ser fácilmente prevenidas o tratadas. Las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas y la desnutrición, son las tres causas principales de estas muertes; y el 96% de ellas se concentra en 14 países donde la tasa de mortalidad es superior a 30 por 1,000 nacidos vivos.

Si bien la mortalidad por estas enfermedades ha disminuido en todos los países durante los últimos decenios, aproximadamente 100,000 muertes de menores de 5 años podrían evitarse en un período de cuatro años, si se lograra incrementar la velocidad de descenso de la mortalidad por enfermedades transmisibles.

AIEPI fue diseñada en 1,992 para reducir la mortalidad y la morbilidad asociadas a las principales causas de enfermedades en la infancia y favorecer un adecuado crecimiento y desarrollo de niños menores de cinco años en todo el mundo a través de capacitación.

### **La intervención propuesta**

Para reducir esta carga de sufrimiento, muerte e inequidad, la OPS/OMS y el UNICEF elaboraron en conjunto la estrategia AIEPI (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia), que mejora la calidad de atención del niño en los servicios de salud, en el hogar y en la comunidad; y se apoyan en simples intervenciones de salud pública que incluyen el diagnóstico temprano, el tratamiento efectivo, medidas preventivas y curativas en el hogar y el fortalecimiento del sistema de salud para reducir los riesgos de enfermedad en la infancia.

AIEPI es actualmente la principal estrategia recomendada por la OPS/OMS y el UNICEF (Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia) para lograr los objetivos de brindar un crecimiento y desarrollo saludables durante la niñez, reducir la incidencia y gravedad de las enfermedades que con más frecuencia afectan su salud, y disminuir el número de muertes que estas ocasionan.

En la Región de las Américas se estima que un 27% de las muertes de menores de cinco años que ocurren anualmente es ocasionado por enfermedades que son fácilmente vulnerables, tales como las enfermedades infecciosas y los trastornos nutricionales. El número de muertes anuales por estas causas ascendía a fines del Siglo XX a alrededor de 170,000 la mayoría de estas defunciones podrían evitarse con medidas sencillas de prevención, diagnóstico precoz y tratamiento.

En función de esta situación, la estrategia AIEPI se orientó a la prevención y control de estas enfermedades, y dado que la mayoría de las muertes ocurrían en países o áreas con una tasa de mortalidad infantil de 20 o más por 1,000 nacidos vivos, se asignó especial prioridad a la puesta en práctica de la estrategia en dichos ámbitos.

Actualmente, la estrategia AIEPI está incorporando acciones adicionales a su estructura básica, con el fin de cubrir también otras enfermedades y problemas que ocasionan daños a la salud de la infancia, afectando el crecimiento y desarrollo saludables durante la niñez. Entre estas nuevas acciones se destacan las dirigidas a la prevención y control de las afecciones perinatales, de los accidentes, el maltrato y la violencia contra los niños, y del asma y el síndrome bronco-obstructivo, que son responsables de un variable porcentaje de la mortalidad en la niñez, y que tienen un peso elevado como causa de morbilidad.

Adicionalmente, y enfocando en el objetivo de mejorar el crecimiento y desarrollo en la niñez, AIEPI también está incorporando acciones para la prevención y control de los trastornos del desarrollo, para la promoción de la prevención y control de los trastornos del desarrollo, para la promoción de la salud oral, y para la prevención y control de la diabetes y la obesidad.

### **Componentes de la estrategia AIEPI: el personal de salud, los servicios de salud y la comunidad**

Para su implementación, la estrategia AIEPI se estructura en tres componentes.

El primero de ellos está dirigido a mejorar el desempeño del personal de salud para brindar a la infancia una atención y cuidados de calidad. El segundo componente de AIEPI está dirigido a mejorar la organización y el funcionamiento de los servicios de salud, tanto del primer nivel de atención como los servicios de referencia que ellos emplean. Finalmente, el tercer componente está dirigido a mejorar el conocimiento y las prácticas de los padres, las familias y de toda la comunidad, con relación a la prevención de enfermedades y al adecuado cuidado y atención de los niños en el hogar.

Este último componente incluye la promoción y difusión de dieciséis prácticas claves que las familias deben adoptar para brindar a sus niños un crecimiento y desarrollo saludables, incluyendo la prevención de enfermedades, una adecuada nutrición y estimulación durante la infancia, y un tratamiento apropiado cada vez que el niño sea afectado por una enfermedad.

### **AIEPI en los países de América**

La estrategia AIEPI es recomendada por la OPS a través de una Resolución de su Consejo Directivo, en la que se insta a los países a incorporar su contenido como estándar básico para la atención de la niñez. En veinte

países de la Región de las Américas la estrategia fue adaptada para ajustarla a las particularidades epidemiológicas y operativas locales, y se encuentra actualmente en pleno proceso de implementación y expansión. En otros países, la estrategia se encuentra ya incorporada a través de diferentes programas e iniciativas nacionales que se están implementando desde inicios de la década de los 90.

### **La iniciativa “Niños Sanos: la Meta del 2002”**

En diciembre de 1,999, la OPS llevó a cabo el lanzamiento de una nueva iniciativa: “Niños Sanos: la Meta del 2002”, un esfuerzo de colaboración interagencial que se propone prevenir 100,000 muertes de niños menores de 5 años en la Región de las Américas, brindando acceso universal a la estrategia AIEPI, especialmente para aquellos grupos de población en condiciones de mayor vulnerabilidad.

El lanzamiento de esta iniciativa contó con la presencia de las Primeras Damas de El Salvador, la República Dominicana y Venezuela, quienes actuaron como Testigos de Honor de la firma de un compromiso interagencial a favor de la salud infantil. Participaron más de 150 personas de 17 países, incluyendo directores de programas de salud infantil, pediatras, epidemiólogos y otras autoridades de salud, representantes de agencias internacionales, organismos no gubernamentales y agencias bilaterales de cooperación.

La evaluación intermedia de la iniciativa, realizada a fines de 2001, mostró que las estimaciones están siendo no sólo alcanzadas, sino incluso superadas, por lo que se espera que a fines de 2002 se haya logrado la reducción esperada, lo que será evaluado a partir de 2003.

Con la estrategia AIEPI los países miembros de la OPS/OMS se comprometieron a evitar 100,000 muertes de niños menores de cinco años en las Américas en los próximos dos años. Anualmente las enfermedades como

diarrea, infecciones respiratorias, dengue, malaria, tuberculosis, desnutrición y otros padecimientos que pueden ser prevenidos por medio de la vacunación causan la muerte de más de 150,000 niños en la región.

La estrategia AIEPI se basa en la educación. Los trabajadores del sector salud ayudan a la población a mejorar los conocimientos, las actitudes y las prácticas de la familia y la comunidad con relación a la atención de los niños en el hogar. También incluye estrategias de detección temprana de las enfermedades que puedan afectar a la niñez; de identificación de los problemas de maltrato y violencia a la que puedan estar sometidos y de los problemas de salud que afectan a las mujeres cuando acuden a las unidades médicas.

Nicaragua ingresará al siglo XXI con una mortalidad infantil (menores de un año) de 40 por cada 1,000 nacidos vivos, y una tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años de 50 por cada 1,000 nacidos vivos, según informa el diario La Prensa de este país.

En la Cumbre Mundial a favor de la Infancia (1,990), Nicaragua suscribió el compromiso de reducir ambas tasas de mortalidad hasta en un 50 y 70% respectivamente antes del año 2,000, pero eso no se logró.

De acuerdo con los datos proporcionados por la OPS, existen muchas razones que explican las elevadas tasas de mortalidad infantil en los países americanos. Una de las más importantes es que la población no tiene acceso a la información ni a los servicios de salud por barreras geográficas, sociales, económicas y culturales. La falta de conocimiento de los signos de alarma o las medidas de prevención, limitan también la posibilidad de los padres de buscar ayuda oportuna para que no mueran sus niños.

En los centros de salud se atiende individualmente el motivo de consulta expresado por los padres, sin buscar otros problemas de salud que pueden estar afectando al niño; muchas veces no se revisa el estado de vacunación o nutricional. Tampoco se les ofrece a los padres información comprensible para



cumplir el tratamiento o practicar cuidados para prevenir que las enfermedades empeoren o vuelvan a repetirse.

A menudo el personal de salud no está capacitado para identificar a tiempo los signos de peligro, o no tiene el conocimiento y habilidades para diagnosticar y manejar correctamente las enfermedades. De esta manera se incrementa el riesgo de agravamiento, complicaciones y muerte. Los antibióticos se prescriben en exceso y se recomiendan otros medicamentos innecesarios tales como jarabes para la tos y antidiarreicos. Así mismo, muchas de las hospitalizaciones son innecesarias para el tratamiento de algunos casos de neumonía y diarrea.

La estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) mejora la calidad de atención en los servicios de salud y de la comunidad, permite aprovechar la visita del niño al centro de salud para evaluar su estado de salud general e identificar cualquier problema, e identifica a los niños gravemente enfermos que requieren tratamiento hospitalario y procede a su inmediata referencia.

Su objetivo es lograr la atención del niño como un todo, no solamente por el motivo de la consulta, evaluar su estado nutricional, la vacunación, el crecimiento y las prácticas del cuidado en el hogar. De esta manera se asegura el tratamiento de todas las enfermedades que puede presentar, no solamente la que motivó la consulta al servicio de salud.

AIEPI también optimiza el uso de los recursos de la comunidad, ya que identifica y explica las prácticas saludables así como el cumplimiento del tratamiento, los hábitos de alimentación, el cuidado y estímulo del niño en el hogar, pone la información al alcance de los padres y de la comunidad para que tome acciones preventivas a favor del bienestar de sus niños. El programa se adapta a la realidad de las condiciones de salud, y la situación operativa y cultural de cada país.

La atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) es considerada actualmente la estrategia más efectiva para mejorar las condiciones de salud infantil. Además de ser la estrategia de mayor impacto en la prevención de las muertes evitables de menores de 5 años, debida principalmente a enfermedades infecciosas y trastornos nutricionales, AIEPI es considerada como la mejor puerta de entrada para mejorar la cobertura de aplicación de las medidas básicas de prevención de enfermedades de salud, y para promover hábitos más saludables de vida que contribuirán a un mayor bienestar de la población.

Desde que surgió como una iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la estrategia AIEPI ha ido implantándose en todos los países. Inicialmente, en aquellos en los que las enfermedades infecciosas y los trastornos nutricionales continúan siendo una de las principales causas de muerte antes de los cinco años de edad. Pero progresivamente, la estrategia AIEPI ha ganado un espacio de acción importante en los países, aún cuando estas enfermedades no se encuentran entre las primeras causas de mortalidad en la infancia. En primer lugar, porque aún en estos países existen áreas o grupos de población vulnerables en los que las enfermedades infecciosas y la desnutrición constituyen una causa importante de morbilidad y aún de mortalidad. Pero en segundo lugar, porque la estrategia AIEPI brinda una gran contribución para mejorar la atención y cuidado de las salud infantil, tanto a través de los servicios de salud como de la familia y la comunidad, reduciendo el riesgo de enfermar, fortaleciendo el crecimiento y desarrollo saludables, y reduciendo costos de atención.

La vasta aceptación de la estrategia AIEPI, y su adopción por parte de la mayoría de los países en desarrollo de América, dieron el marco propicio para la adopción del compromiso regional de reducir en 100,000 el número de muertes de menores de 5 años en los países de América para el año 2002. Sobre la base

del potencial de la estrategia AIEPI para mejorar las condiciones de salud de la infancia, este compromiso fue adoptado en el marco de la iniciativa “Niños sanos: la Meta de 2002” tendiente a avanzar, mediante la reducción de las muertes por causas evitables primero y la prevención de la ocurrencia de las mismas después, en la creación de condiciones de crecimiento y desarrollo saludables para la infancia del continente, que representa su principal riqueza y su futuro.

Avanzar hacia la Meta 2002 y proyectar las metas futuras es una tarea en la que todos los países están involucrados, y que requiere acelerar el logro del acceso universal a la estrategia AIEPI, de manera de lograr que todos los menores de 5 años de América reciban los beneficios de la estrategia. El reconocimiento de estos avances, la medida de su magnitud, y la identificación de los factores que pueden acelerarlo o retrasarlo es una tarea fundamental, ya que permitirá la rápida detección de problemas y el reconocimiento de posibles soluciones. Con esta finalidad, OPS/OMS ha elaborado un conjunto de instrumentos y métodos.

Este volumen de investigaciones operativas prioritarias sobre la estrategia AIEPI incluye un conjunto de protocolos diseñados para su aplicación en los niveles locales que permiten, a la vez que evaluar resultados de la aplicación de la estrategia AIEPI, estudiar otros aspectos de la salud infantil que pueden merecer consideración adicional y que deben por lo tanto hacer parte de dicha estrategia.

Las infecciones respiratorias agudas, la diarrea y la desnutrición son tres de las principales causas de muerte de niños de una semana hasta los 5 años de edad en la mayoría de los países en desarrollo, representando hasta el 70% o sea 7 de cada 10 defunciones. En muchos países, estos problemas representan un número igual o mayor de muertes que aquellas asociadas a los problemas perinatales. Junto a otras enfermedades transmisibles como las parasitosis intestinales, las enfermedades prevenibles por vacuna, la malaria, el

dengue y la tuberculosis, son también las principales causas de morbilidad, y por ende, de consulta y hospitalización de niños menores de 5 años en esos países.

Anualmente, miles de niños son afectados por estas enfermedades y ven deteriorada su condición de salud, en forma temporaria o permanente, con el consiguiente perjuicio para su bienestar. Este conjunto de enfermedades ha sido reconocido como el principal problema de salud que afecta a los niños después de la primera semana de vida, cuando los problemas y enfermedades asociadas al nacimiento ya no representan una amenaza para la supervivencia infantil. Después de este período, los niños de los países en desarrollo están expuestos a una combinación de enfermedades y factores de riesgo que son causas frecuentes de mortalidad.

En contraste, en otros países de América la mortalidad por neumonía ha permanecido estable y la mortalidad por diarrea, si bien registró un descenso, continúa siendo la causa de una elevada proporción de las muertes de menores de 5 años.

Las diferencias en la evolución de la mortalidad en los distintos países pueden atribuirse a factores que afectan: (i) el acceso de la población a las intervenciones disponibles para la prevención, detección y tratamiento de enfermedades; (ii) el uso que la población hace de estas intervenciones; y (iii) las prácticas de vida familiar y comunitaria relacionadas con la salud.

El reconocimiento de esta disparidad en la situación de salud de la infancia, así como de los factores que la determinan, ha servido de estímulo para desarrollar nuevas intervenciones. Estas se han dirigido a reducir la brecha que separa, no sólo a los países desarrollados y en desarrollo sino también a los diferentes grupos de población dentro de un mismo país.

En el marco de este esfuerzo, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) desarrollaron la Atención Integrada a las

Enfermedades de la Infancia (AIEPI) como una estrategia efectiva única para abordar la atención del niño, tanto en los servicios de salud del primer nivel, como en la familia y la comunidad.

La estrategia AIEPI es eficaz para la evaluación de la condición de salud y los distintos problemas que afectan al niño, la elección del tratamiento más apropiado y su efectiva aplicación y seguimiento.

La estrategia AIEPI también es efectiva para aumentar la cobertura de medidas preventivas básicas, como la vacunación, así como para mejorar los conocimientos y prácticas de la familia y la comunidad respecto del cuidado y atención del niño en el hogar. De esta manera, la estrategia AIEPI contribuye no solamente a renovar la calidad de la atención de los distintos episodios de enfermedades que afectan al niño, sino también a mejorar el cuidado de su salud por parte de la familia y la comunidad.

Poner a disposición de todos los menores de 5 años los beneficios de esta estrategia se ha constituido por lo tanto en el principal objetivo para lograr un mejoramiento en la condición general de la infancia en todos los países y una mayor equidad en el acceso de la población a aquellos conocimientos e intervenciones que tienen una importancia esencial para la prevención de muertes y casos de enfermedad.

La persistencia de un conjunto de enfermedades y problemas de salud para los cuales se dispone de medidas de prevención y control tiene serias implicaciones para las posibilidades de supervivencia y bienestar de los menores de 5 años. Estas se expresan tanto del deterioro temporario o permanente de su salud, lo que afecta el bienestar del conjunto de la sociedad. El control de estos problemas, a su vez, requiere la continua inversión de recursos, tanto en el nivel de las familias como de los servicios de salud, los que muchas veces no son aplicados eficientemente.

Muchas de las muertes que anualmente ocurren en menores de 5 años de edad y con posterioridad a la semana de vida (es decir, que en su mayoría no están asociadas al embarazo y nacimiento) pueden ser evitadas a través de medidas sencillas de prevención, diagnóstico precoz y tratamiento.

Las defunciones debidas o asociadas a desnutrición pueden evitarse si se adoptan prácticas adecuadas de alimentación durante los primeros cinco años de vida (incluyendo la lactancia materna exclusiva durante los primeros 4 a 6 meses, las prácticas apropiadas para el destete, la continuación de la lactancia en forma complementaria hasta los 2 años y la adecuada alimentación del niño), y la detección precoz del retraso del crecimiento y la desnutrición.

Muchos menores de 5 años y sus familias no se benefician actualmente de todas estas intervenciones, por distintas razones:

- La falta de acceso a servicios de salud que cuenten con las condiciones para brindar a los niños tratamiento adecuado para sus enfermedades, por la ausencia, ya sea de servicios o personal de salud cercano al domicilio de muchas familias, ya sea de personal capacitado o recursos para brindar a las familias las medidas de prevención, diagnóstico precoz y tratamiento.
- La consulta tardía de las familias cuando el niño está enfermo, debido a la falta de percepción de los signos precoces que indican la gravedad de la condición de salud del niño, o a la consulta con otros proveedores de atención, o a la utilización de tratamientos caseros.
- La atención inadecuada de la condición de salud del niño en los servicios de salud, incluyendo la insuficiente evaluación clínica que implica la falta de detección de signos y síntomas precoces de enfermedad, la clasificación equivocada de las enfermedades, y el uso de tratamientos inefectivos o innecesarios.

El correcto cuidado del niño en el hogar puede contribuir a mejorar su condición general de salud, reducir la incidencia de enfermedades y disminuir la gravedad de los episodios que ocurran, con una consiguiente reducción de muertes debidas a estas causas, La atención adecuada en los servicios de salud del primer nivel, por otra parte, contribuye a la pronta detección de signos de enfermedad, su efectivo tratamiento y seguimiento, la aplicación de medidas de prevención, y la educación de los padres para mejorar sus conocimientos y prácticas de cuidado del niño en el hogar.

En el nivel del hogar, las prácticas adecuadas de cuidado del niño incluyen:

- La práctica de la lactancia materna exclusiva durante los primeros cuatro a seis meses de vida del niño, y la lactancia materna complementaria hasta los dos años de edad, que contribuirá a garantizar un adecuado crecimiento y nutrición, y fortalecer la capacidad de defensa del organismo frente a las infecciones.
- Los hábitos alimentarios adecuados, como por ejemplo, la higiene apropiada en la preparación de los alimentos, que contribuirán a mejorar la condición nutricional del niño, evitar la desnutrición, y estimular su capacidad de respuesta a las enfermedades.
- El conocimiento de los signos precoces de enfermedad en los niños y la vigilancia de su aparición para fomentar la rápida consulta a un servicio o personal de salud.
- La utilización de proveedores seguros de atención de la salud.
- La proscripción del uso de remedios caseros que puedan ser perjudiciales para el niño, y de medicamentos no indicados por el personal de salud.

A nivel de los servicios de salud del primer nivel, las prácticas adecuadas de atención del niño incluyen:

- La evaluación de la condición general de salud del niño, independientemente del motivo expresado por los padres para llevarlo a la consulta, que permitirá detectar signos y síntomas no identificados por ellos y de este modo contribuirá al diagnóstico precoz de enfermedades.
- El uso limitado a indicaciones estrictamente justificadas de las tecnologías de diagnóstico que pueden ser perjudiciales (la radiografía que expone al niño a radiaciones); y de aquellas que sean costosas (radiología, laboratorio).
- La verificación del estado de vacunación del niño, la aplicación de las vacunas necesarias y la evaluación del estado nutricional.
- La educación de los padres respecto del tratamiento de las enfermedades y problemas de salud detectados, así como la información respecto de las prácticas de cuidado y atención más adecuadas, incluyendo las medidas de prevención y promoción de la salud infantil y nutricional.

### **Características de la estrategia AIEPI**

La estrategia AIEPI incluye un conjunto ordenado de medidas y procedimientos dirigidos a la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento en relación a enfermedades y problemas de salud que afectan a menores de 5 años

### **Informe integrado para la atención del niño enfermo**

La aplicación de la estrategia de AIEPI sobre el manejo clínico del niño enfermo tiene las siguientes ventajas:

- a) Al centrarse inicialmente en la rápida detección y tratamiento de las enfermedades y problemas de salud que afectan a los niños y los ponen en riesgo de muerte, la estrategia AIEPI permite dar una respuesta inmediata al problema principal que ha motivado que el niño sea llevado



al servicio de salud. De este modo, responde a las principales inquietudes de la población en cuanto a la salud de los niños.

- b) La evaluación minuciosa del estado de salud del niño propuesta por AIEPI permite la detección de otros problemas y enfermedades, aún cuando no sean la razón principal de la consulta. De esta forma, se aseguran la detección temprana y el manejo adecuado de las enfermedades de la niñez que a menudo no se tratan porque no son detectadas por los trabajadores de salud, como ejemplo la curva de nutrición.

### **Fortalecimiento de la aplicación de medidas preventivas**

La estrategia de AIEPI incluye la evaluación sistemática y el estado de nutrición del niño, así como actividades para fomentar la prevención de enfermedades y reducir la prevalencia de desnutrición. Este enfoque integrado contribuye a reducir las oportunidades perdidas de detección y tratamiento de problemas, a (a vez que incorpora sistemáticamente intervenciones preventivas.

### **Fomento de las actividades de promoción de la salud**

La estrategia AIEPI incluye componentes educativos específicos sobre cómo cuidar del niño en el hogar sobre la prevención de enfermedades y la detección temprana de los signos de alarma, que ayudan a mejorar los conocimientos, las actitudes y las prácticas de la población en lo que se refiere a la salud del niño. Por lo tanto, se convierte en un vehículo para mejorar la capacidad de la familia para cuidar del niño en el hogar.

La aplicación de la estrategia AIEPI está destinada al logro de los siguientes objetivos epidemiológicos:

- Reducir la mortalidad en menores de 5 años, especialmente la mortalidad debida a enfermedades infecciosas tales como neumonía, diarrea,

malaria, dengue, tuberculosis, meningitis, septicemia, sarampión y otras enfermedades prevenibles por vacunas; y la mortalidad debida a trastornos nutricionales.

- Reducir la incidencia de enfermedades tales como sarampión y otras enfermedades prevenibles por vacuna, diarrea, parasitosis intestinales, malaria, dengue, tuberculosis y desnutrición.
- Reducir la incidencia de casos graves de enfermedades transmisibles tales como neumonía, diarrea, malaria, tuberculosis y desnutrición.

Para lograr estos objetivos epidemiológicos, es necesario que el programa logre los siguientes objetivos estratégicos:

- Mejorar el conocimiento de las madres y otros responsables de la atención del niño en el hogar, referido al reconocimiento de los signos de alarma de enfermedad para buscar atención fuera de la casa.
- Disminuir la frecuencia de casos graves entre los niños menores de 5 años que son llevados por las madres y otros responsables de su cuidado en el hogar a los servicios de salud.
- Disminuir los egresos hospitalarios por neumonía, diarrea, malaria y desnutrición, al disminuir la ocurrencia de casos graves y aumentar la resolución de los casos que consultan en el primer nivel de atención.

Para lograr los objetivos anteriores es alcanzar metas de acceso y utilización: toda la población debe tener acceso a personal y servicios de salud que aplican correctamente la estrategia AIEPI, y deben llevar a la práctica las recomendaciones que la estrategia AIEPI incluye con relación al cuidado y atención del niño en el hogar, tanto cuando este se encuentra sano, como cuando sufre un episodio de alguna enfermedad.

Dentro del proceso de implementación se ha recomendado especialmente establecer un sistema gradual que permita, en primer lugar, dirigir los esfuerzos en una secuencia geográfica, seleccionando como áreas iniciales aquellas que tienen los más altos niveles de mortalidad en la infancia. De esta manera se contribuirá a un más rápido impacto sobre el mayor daño que producen estos problemas de salud, a la vez que se fortalecerá el adecuado funcionamiento de la estrategia para su posterior extensión.

La implementación de la estrategia AIEPI adaptada tiene tres componentes, el componente acceso, el componente utilización y el componente control de gestión.

**El componente acceso** está destinado a mejorar los sistemas de salud para que ofrezcan atención de buena calidad. Las actividades de gestión que integran el componente acceso son:

- La **CAPACITACIÓN** del personal de salud para brindarle la información, conocimientos y habilidades necesarias para aplicar correctamente la estrategia AIEPI, mejorar la organización de los servicios de salud para su aplicación, y reforzar las actividades educativas y de comunicación social, tanto en el servicio de salud como en coordinación con otros organismos y representantes de la comunidad.
- La provisión de los **SUMINISTROS** necesarios para la ejecución de todas las actividades técnicas y de gestión incluidas en la estrategia.
- La **SUPERVISIÓN** periódica del personal capacitado para identificar los problemas que enfrenta para la aplicación de la estrategia y diseñar soluciones adecuadas.

**El componente utilización** está destinado a mejorar las prácticas familiares y comunitarias relacionadas con la salud de los niños. La actividad de gestión de este componente es la comunicación (con este término también se incluyen las nociones de información y educación).

- La **COMUNICACIÓN** para mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de la población con respecto al cuidado y atención del niño en el hogar, la prevención y promoción de la salud infantil, la identificación precoz de signos de enfermedad, y la consulta inmediata a un servicio de salud.

El **componente control de gestión** comprende tres actividades: monitoreo, evaluación y vigilancia epidemiológica.

- El **MONITOREO** tiene por finalidad verificar en forma continua si las actividades de capacitación, suministros, supervisión y comunicación se realizan de acuerdo a lo planeado y si los servicios de salud cumplen con las actividades de identificación, clasificación y tratamiento de casos, de prevención y de promoción conforme a las normas de la estrategia AIEPI. El monitoreo busca identificar problemas a medida que van surgiendo a fin de poder aplicar de inmediato medidas para solucionarlos.
- La **EVALUACIÓN** controla si las metas programáticas de acceso y utilización, y los objetivos estratégicos se logran. La evaluación se realiza a intervalos regulares, mensualmente para algunas actividades, más espaciadamente, pero por lo menos anualmente, para otras.
- La **VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA** determina la tendencia de los indicadores de mortalidad y morbilidad y si se logran los correspondientes objetivos epidemiológicos.

## DISEÑO METODOLÓGICO

**TIPO DE ESTUDIO:** Descriptivo, observacional, no participativo.

**POBLACIÓN DE ESTUDIO:**

Niños menores de 5 años registrados en las unidades de salud de Santiago de la Frontera (Santa Ana), La Hachadura (Ahuachapán) y La Playa (La Unión) con distintos grados de desnutrición (leve, moderada y severa) registrados desde el año 1,996 hasta el mes de septiembre de año 2,002.

**VARIABLES:**

1. Medir peso en relación a la edad en niños menores de 5 años.
2. Observación del proceso durante la atención del control de higiene infantil en niños menores de 5 años.

**TAMAÑO DE LA POBLACIÓN:**

Población de niños con nutrición normal =	6,553
Población de niños con desnutrición leve =	4,537
Población de niños con desnutrición moderada =	821
Población de niños con desnutrición severa =	78
Total	<u>11,989</u>

## **INSTRUMENTOS UTILIZADOS:**

- Hoja IEMA (Informe Estadístico Mensual Automatizado) (ver anexo 1 y 2)
- Gráfica de crecimiento PESO/EDAD, proporcionada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (ver anexo 3 y 4).

## **PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

El estudio se realizará utilizando los registros de la hoja IEMA (Informe Estadístico Mensual Autorizado) en la cual se recopilan el número de niños menores de 5 años con los distintos grados de desnutrición, esto se realiza mes a mes lo cual se va acumulando. por lo que nosotros utilizaremos el del mes de diciembre de cada año, desde 1 996 hasta el IEMA de septiembre del año 2,002.

## **PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS:**

Posteriormente se presenta la información recopilada en tablas y gráficas para un mejor análisis y comprensión de los datos, observando la tendencia de los distintos grados de desnutrición así como de los eunutrídos años antes y después de la implementación de la estrategia AIEPI, así mismo se presenta una copia de las hojas de la carátula del IEMA y del Informe Estadístico mensual de atención a los niños, que es utilizada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección de Planificación de los Servicios de Salud, Unidad de Información en Salud ya que de esta se obtuvo la información. (Ver anexo 1 y 2).

## RESULTADOS

Como ya habíamos descrito anteriormente, la cantidad de niños menores de 5 años en las unidades de salud en estudio son 3,916, pero nosotros usamos la población de niños que habían consultado en las unidades de salud desde el año 1,996 hasta septiembre del año 2002, los cuales están descritos en la siguiente tabla matriz:

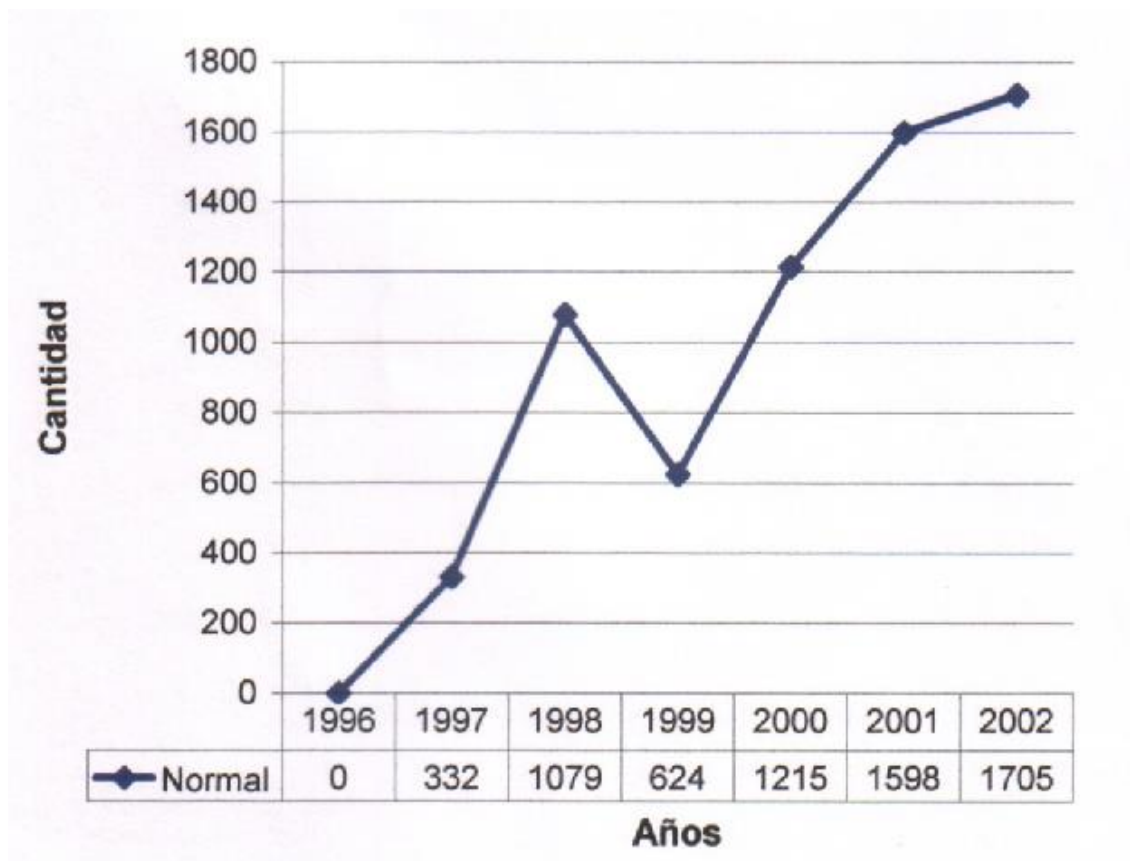
Resumen de datos recopilados de la hoja de informe estadístico mensual automatizado (IEMA), entre los años de 1,996 a septiembre del 2,002.

Grado de Nutrición/año	1,996	1,997	1,998	1,999	2,000	2,001	2,002
Normal	0	332	1,079	624	1,215	1598	1,705
Leve	500	764	1,044	567	605	653	404
Moderada	0	77	260	49	172	185	81
Severa	0	5	20	7	28	28	13
Población Total	2,640	2,948	3,069	3,568	3,846	4,161	3,916

La cual está ordenada en base a los distintos grados de desnutrición, además de los eunutrídos.

De esta tabla se tomarán los datos para representar gráficamente esta información con el propósito de observar y dar un mejor análisis observando las tendencias de los distintos grados de desnutrición a través de los años antes y después de la implementación de la estrategia AIEPI. (Ver gráficas).

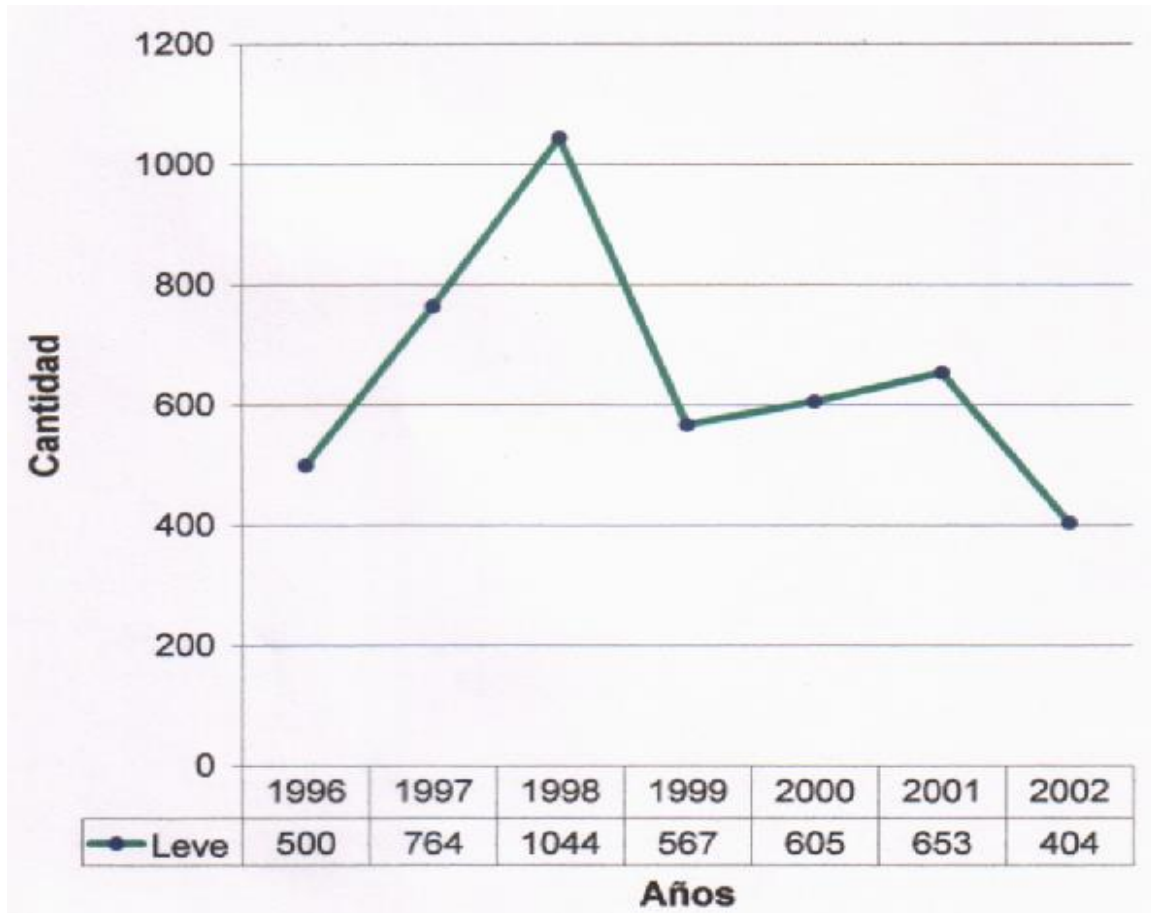
**GRÁFICA 1:** Nutrición normal en menores de 5 años de datos extraídos de la hoja de Informe Estadístico Mensual Automatizado (IEMA) de las Unidades de Salud (Santiago de la Frontera, la Hachadura y la Playa) entre los años 1996 a septiembre del 2002.



**INTERPRETACIÓN:** En la Gráfica 1, se puede visualizar que el número de niños menores de 5 años, con nutrición normal ha aumentado desde el año de implementación de la estrategia AIEPI lo que nos puede estar indicando que la estrategia está cumpliendo su objetivo.

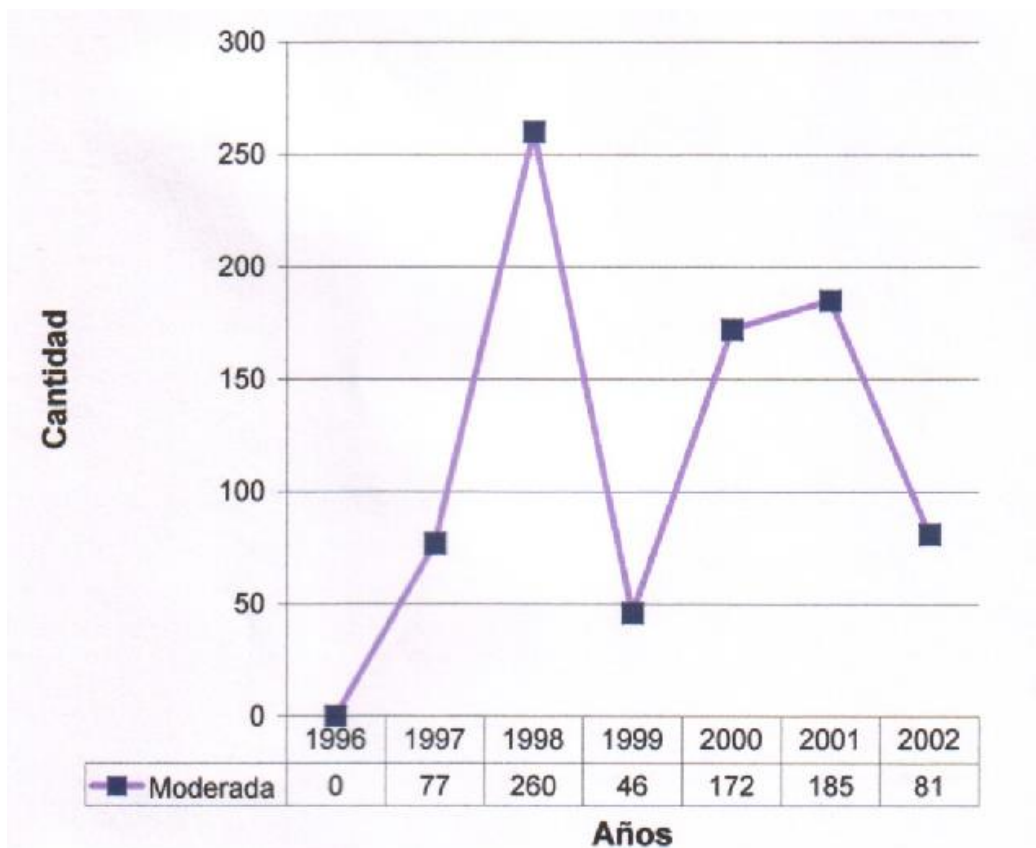


**GRÁFICA 2.** Desnutrición leve en menores de 5 años de datos extraídos de la hoja de Informe Estadístico Mensual Automatizado (IEMA) de las Unidades de Salud (Santiago La Frontera, La Hachadura y La Playa) entre los años de 1996 a septiembre del 2002.



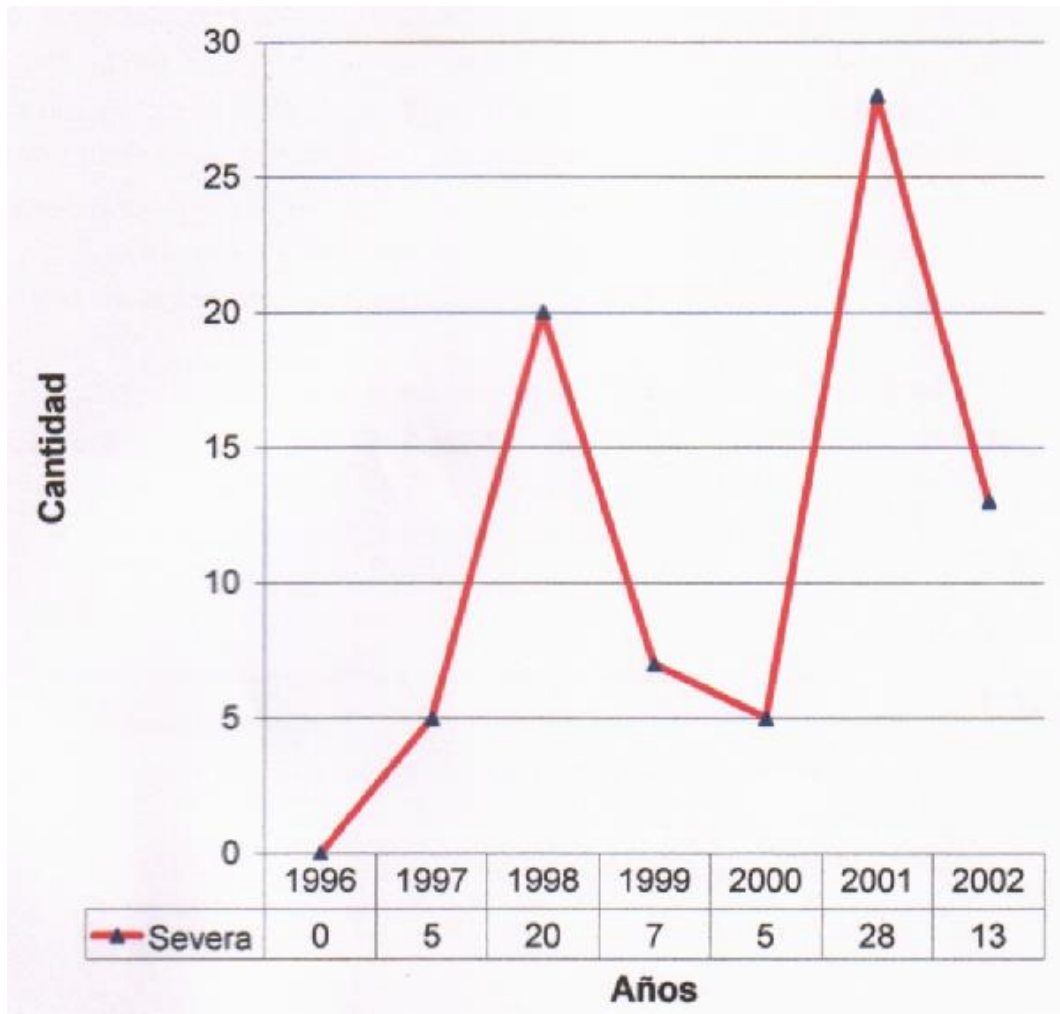
**INTERPRETACIÓN:** En esta gráfica se observa una notable disminución de la desnutrición leve en menores de 5 años desde el año de implementación de la estrategia AIEPI que es un indicador indiscutible de la mejoría de la nutrición subrayando nuevamente el logro que está teniendo la estrategia.

**GRÁFICA 3.** Desnutrición moderada en menores de 5 años de datos extraídos de la hoja de Informe Estadístico Mensual Automatizado (IEMA) de las Unidades de Salud (Santiago La Frontera, La Hachadura y La Playa) entre los años 1996 a septiembre del 2002.



**INTERPRETACIÓN:** En esta gráfica se evidencia una marcada disminución del número de niños con desnutrición moderada que coincide con el año de la implementación de la estrategia, observando luego un ascenso en el número de niños con desnutrición, el cual podría deberse a nuestro criterio a una mejor detección de esta patología.

**GRÁFICA 4.** Desnutrición severa en menores de 5 años de datos extraídos de la hoja de Informe Estadístico Mensual Automatizado (IEMA) de las Unidades de Salud (Santiago La Frontera, La Hachadura y La Playa) entre los años 1996 a septiembre del 2002.



**INTERPRETACIÓN:** En la gráfica se denota, junto con la implementación de la estrategia, una disminución del número de casos de este grado de desnutrición, observando luego un ascenso que a nuestro criterio podría deberse a una mejor detección o a falta del logro del objetivo esperado.

Según el libro de investigaciones operativas sobre atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia de la OPS, cuya edición de abril del año 2,001, el cual propone el siguiente tipo de metodología para esta clase de estudio: la prevalencia de niños desnutridos esta dada por la relación entre el número de niños menores de 5 años que consultan al servicio de salud y que son clasificados como desnutridos y el total de consultas por cual causa en este grupo.

Pero nosotros no o realizamos de esta forma ya que tenemos a limitante de no contar con el total de consultas por cualquier causa.

Por lo cual se hizo una comparación de las distintas unidades de salud en cuanto al impacto que a tenido la implementación de la estrategia AIEPI en niños menores de 5 años con los distintos grados de desnutrición desde el año 1,996 hasta el mes de septiembre del año 2002, utilizando la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{\# de niños menores de 5 años con los distintos grados de desnutrición de cada Unidad de Salud.}}{\text{Total de niños menores de 5 años de cada Unidad de Salud por año.}} \times 100$$

En donde el total de niños menores de 5 años de cada Unidad de Salud por año se ilustra en la siguiente tabla.

Unidades de salud/años	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Santiago de la Frontera	940	1018	1039	1068	1096	1061	698
La Hachadura	900	930	980	1000	1050	1100	1648
La Playa	800	1000	1050	1500	1700	2000	1750
<b>Población Total</b>	<b>2,640</b>	<b>2,948</b>	<b>3,069</b>	<b>3,568</b>	<b>3,846</b>	<b>4,161</b>	<b>3,916</b>

Las siguientes tablas representan el número y porcentaje de niños menores de 5 años con los distintos grados de desnutrición, para posteriormente analizar en gráficas el comportamiento que a tenido esta patología posterior a la implementación de la estrategia A en las Unidades de Salud (Santiago de la Frontera, La Hachadura y La Playa).

Tabla 1 Porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición LEVE de las Unidades de Salud en estudio

Unidades de salud/años	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
<b>Santiago de la Frontera</b>							
Niños con desnutrición Leve	500	625	700	500	550	130	61
Población Total	940	1018	1039	1068	1096	1061	698
<b>Porcentaje</b>	<b>53.19149</b>	<b>61.39489</b>	<b>67.37247</b>	<b>46.81648</b>	<b>50.18248</b>	<b>12.25259</b>	<b>8.739255</b>
<b>La Hachadura</b>							
Niños con desnutrición Leve	0	119	307	66	49	432	313
Población Total	900	930	980	1000	1050	1100	1648
<b>Porcentaje</b>	<b>0</b>	<b>12.4957</b>	<b>31.32653</b>	<b>6.6</b>	<b>4.666667</b>	<b>39.27273</b>	<b>18.99272</b>
<b>La Playa</b>							
Niños con desnutrición Leve	0	20	37	1	6	91	30
Población Total	800	1000	1050	1500	1700	2000	1570
<b>Porcentaje</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>3.52381</b>	<b>0.066667</b>	<b>0.352941</b>	<b>4.55</b>	<b>1.910828</b>

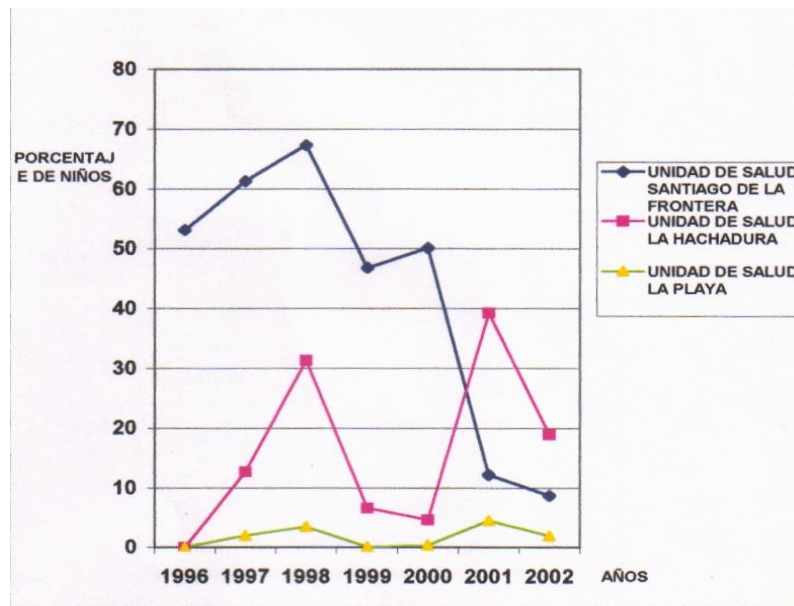
Tabla 2 Porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición MODERADA de la Unidades de Salud en estudio

Unidades de salud/años	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
<b>Santiago de la Frontera</b>							
Niños con desn. Moderada	0	1	124	14	6	30	6
Población Total	940	1018	1039	1068	1096	1061	698
<b>Porcentaje</b>	<b>0</b>	<b>0.098232</b>	<b>11.93455</b>	<b>1.310861</b>	<b>0.54445</b>	<b>2.827521</b>	<b>0.859599</b>
<b>La Hachadura</b>							
Niños con desn. Moderada	0	66	124	32	160	126	65
Población Total	900	930	980	1000	1050	1100	1648
<b>Porcentaje</b>	<b>0</b>	<b>7.096774</b>	<b>12.65306</b>	<b>3.2</b>	<b>15.2381</b>	<b>11.45455</b>	<b>3.944175</b>
<b>La Playa</b>							
Niños con desn. Moderada	0	10	12	0	6	29	10
Población Total	800	1000	1050	1500	1700	2000	1570
<b>Porcentaje</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1.142857</b>	<b>0</b>	<b>0.352941</b>	<b>1.45</b>	<b>0.636943</b>

Tabla 3 Porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición SEVERA de la Unidades de Salud en estudio

Unidades de salud/años	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
<b>Santiago de la Frontera</b>							
Niños con desn. Severa	0	0	3	0	0	6	0
Población Total	940	1018	1039	1068	1096	1061	698
<b>Porcentaje</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0.288739</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0.565504</b>	<b>0</b>
<b>La Hachadura</b>							
Niños con desn. Severa	0	0	17	7	0	14	8
Población Total	900	930	980	1000	1050	1100	1648
<b>Porcentaje</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1.734694</b>	<b>0.7</b>	<b>0</b>	<b>1.272727</b>	<b>0.485437</b>
<b>La Playa</b>							
Niños con desn. Severa	0	5	0	0	5	8	5
Población Total	800	1000	1050	1500	1700	2000	1570
<b>Porcentaje</b>	<b>0</b>	<b>0.5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0.294118</b>	<b>0.4</b>	<b>0.318471</b>

**Gráfica 5.** Gráfica comparativa de porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición leve de la Unidades de Salud de Santiago de la Frontera, La -Hachadura y La Playa.

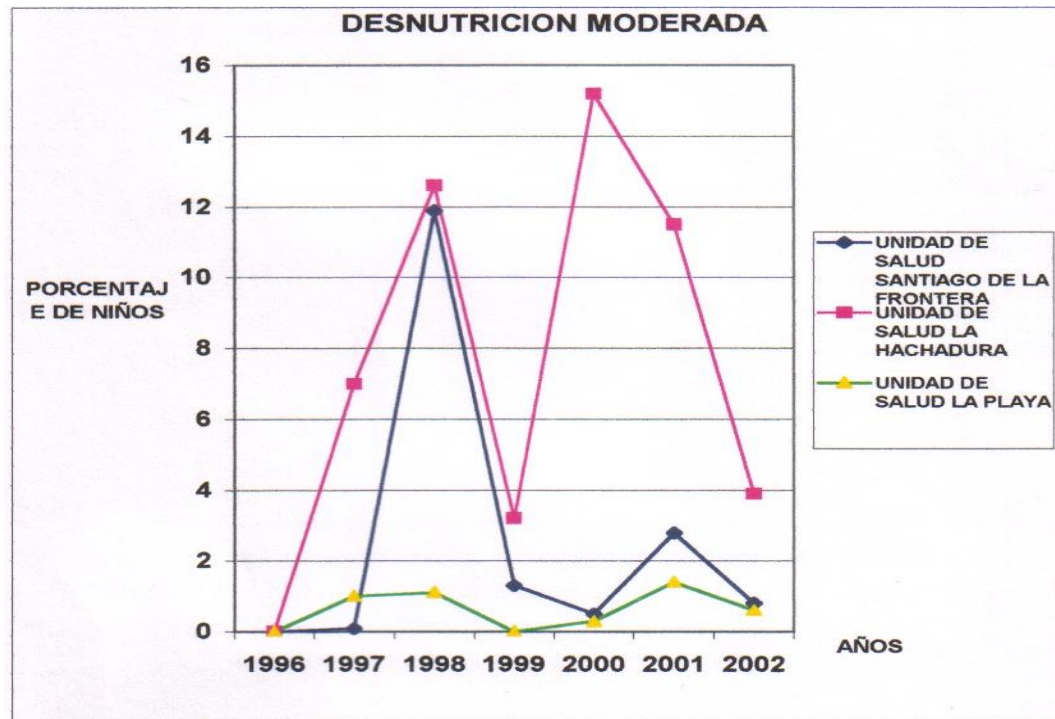


	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
UNIDAD DE SALUD SANTIAGO DE LA FRONTERA	53.1%	61.3%	67.3%	46.8%	50.1%	12.2%	8.7%
UNIDAD DE SALUD LA HACHADURA	0%	12.7%	31.32%	6.6%	4.6%	39.2%	18.9%
UNIDAD DE SALUD LA PLAYA	0%	2%	3.5%	0.06%	0.35%	4.5%	1.9%

**INTERPRETACIÓN:** En esta gráfica se observa un claro descenso de la desnutrición leve en niños menores de 5 años para la Unidad de Salud Santiago de la Frontera, posterior a la implementación de la Estrategia AIEPI esto puede ser debido a una buena aplicación de la Estrategia en esta Unidad de Salud.



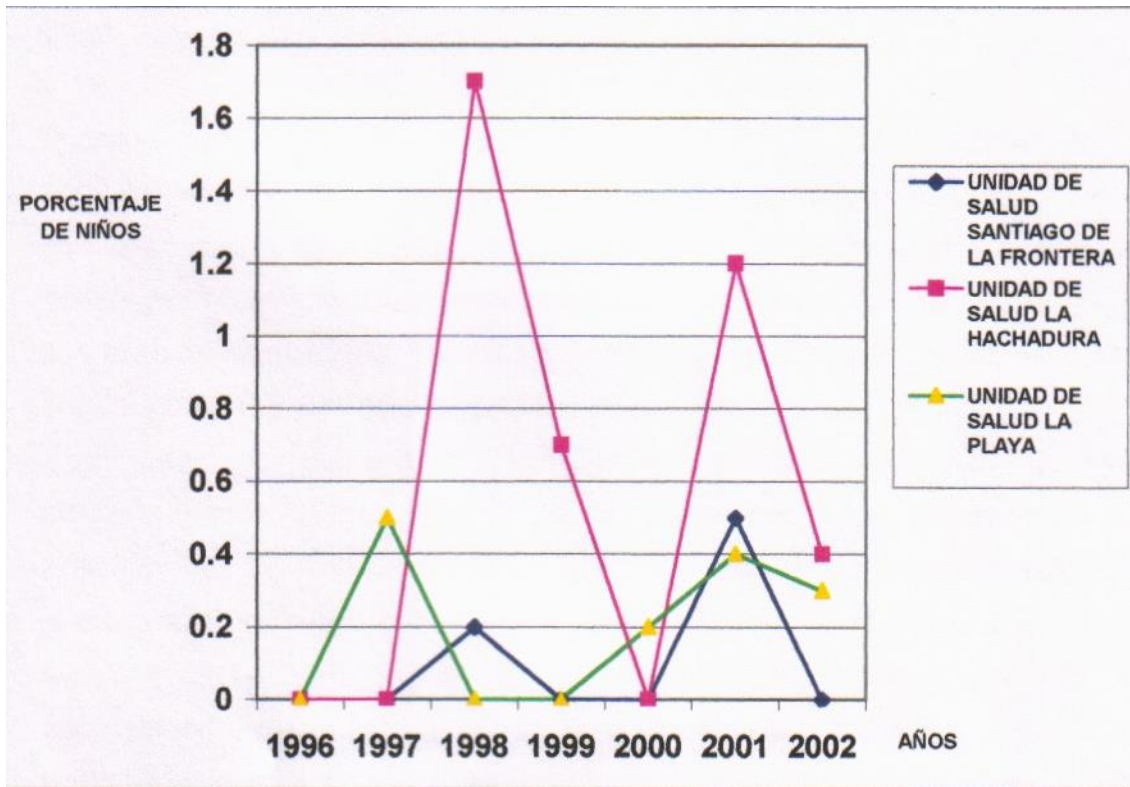
**Gráfica 6.** Gráfica comparativa de porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición moderada de la Unidades de Salud de San de la Frontera, La Hachadura y La Playa.



	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
UNIDAD DE SALUD SANTIAGO DE LA FRONTERA	0%	0.09%	11.90%	1.30%	0.50%	2.80%	0.80%
UNIDAD DE SALUD LA HACHADURA	0.00%	7.00%	12.60%	3.20%	5.20%	1%	3.90%
UNIDAD DE SALUD LA PLAYA	0.00%	1%	1.10%	0.00%	0.30%	1.40%	6%

**INTERPRETACIÓN:** Se puede observar en esta gráfica que el estado de desnutrición moderada durante los años posteriores a la implementación de la estrategia AIEPI, ha disminuido para las Unidades de Salud Santiago de a Frontera, y la Hachadura como logro de una buena aplicación de la misma, no teniendo este mismo propósito en la Unidad de Salud La Playa.

**GRAFICA 7.** Gráfica comparativa de porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición severa de la Unidades de Salud de Santiago de la Frontera, La Hachadura y La Playa.



	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
UNIDAD DE SALUD SANTIAGO DE LA FRONTERA	0	0	0.2	0	0	0.5	0
UNIDAD DE SALUD LA HACHADURA	0	0	1.7	0.7	0	1.2	0.4
UNIDAD DE SALUD LA PLAYA	0	0.5	0	0	0.2	0.4	0.3

**INTERPRETACIÓN:** Comparando el impacto que ha tenido la estrategia A en cuanto el estado de Desnutrición Severa, se puede observar que dicho impacto ha sido favorable para los niños en estudio en las Unidades de Salud Santiago de la Frontera y la Hachadura, no así para la Unidad de Salud La Playa, ya que el porcentaje de desnutrición ha sido similar desde años previos y posteriores a la implementación de la estrategia AIEPI.

## CONCLUSIONES

A nuestro criterio el estado de nutrición en los niños menores de 5 años, según se evidencia siempre es un motivo llamativo de atención que preocupa al equipo de salud.

1. Podemos concluir basados en los datos recopilados que con la implementación de la estrategia AIEPI, si bien es cierto que han disminuido el número de niños con desnutrición leve y moderada desde el año de la implementación de la estrategia, observado que posteriormente se eleva el número de niños con los tres tipos de desnutrición, lo cual a nuestro juicio es debido a que hay un mejor control en la detección de desnutrición en este grupo estudiado.
2. Podemos concluir que la estrategia AIEPI ha tenido un mayor impacto para los distintos grados de desnutrición en la Unidad de Salud **Santiago de la Frontera (Santa Ana)** como se evidencia en los datos recopilados en las gráficas comparativas, que es el resultado de una buena aplicación de la misma en dicha unidad, siendo el caso contrario para las otras 2 Unidades de Salud en estudio, lo que a nuestro juicio puede ser por dos causas:
  - Por mala aplicación de la estrategia al no estar el personal de Salud capacitado para llevarla a cabo.
  - Mayor detección de niños con los distintos grados de desnutrición por una buena aplicación de la misma.
3. Comparando los datos recopilados en las gráficas podemos concluir que el impacto de la estrategia AIEPI ha sido notable para el descenso de la **desnutrición leve** en niños menores de 5 años en la Unidad de Salud Santiago de la Frontera. Para la **desnutrición moderada y severa** este impacto se ve reflejado en la Unidad de Salud **La Hachadura**, no observando ningún cambio para los distintos grados de desnutrición estudiados en la Unidad de Salud **La Playa**, lo cual es debido a que personal de salud no esta debidamente capacitado para la aplicación de la misma.

## RECOMENDACIONES

- 1- Sugerimos que se continúe capacitando al personal de salud en la estrategia AIEPI, orientándolos acerca de los objetivos que se persiguen y los componentes que la integran para su mejor aplicación.
  
- 2- Sugerimos además al Ministerio de Salud que como ente encargado de la buena aplicación de la estrategia en los menores de 5 años que existan los medicamentos básicos así como los minerales y vitaminas que en cada control de higiene infantil tienen que ser brindados a la madre del menor para ser administrados por ella. Hacemos ver esta situación ya que en las tres Unidades de Salud en las cuales, cuya población hemos tomado como objeto de estudio no existen al momento dichos productos que son muy importantes para el buen desarrollo y nutrición de la población estudiada.
  
- 3- Al personal de salud hacer conciencia a la población y al mismo tiempo educarlos acerca de la importancia que los controles de higiene infantil tienen para una detección precoz de desnutrición evitando que los niños en buen estado nutricional pasen a ser parte del rubro de desnutridos.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos en primer lugar a Dios padre todo poderoso, el iluminar nuestro camino en el paso de todos estos años de estudio que hoy vemos convertidos en un logro académico.

Agradecemos a nuestros padres que sin su apoyo e infinito amor no hubiera sido posible llegar a la meta soñada.

Agradecemos a nuestros hermanos, por su incondicional apoyo, palabras de aliento para que siguiéramos adelante.

Agradecemos finalmente a nuestros mentores por habernos orientado con paciencia y dedicación a lo largo de todos estos años.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Investigaciones operativas sobre atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia de la OPS.

Y. Benguigui, J.C. Bossio, H. Fernández.

10 Edición Abril, 2001. México D.F.

- Noticias sobre AIEPI número 3 , Mayo 2000 Pág. 5

- [www.historiaaiepi.com](http://www.historiaaiepi.com)

- [www.saludpublica.com](http://www.saludpublica.com)

- [www.desnutricionenelsalvador.com](http://www.desnutricionenelsalvador.com)

# ANEXOS

ANEXO 1

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

**INFORME ESTADÍSTICO  
MENSUAL AUTOMATIZADO  
(IEMA)**

ESTABLECIMIENTO DE SALUD \_\_\_\_\_

MES: \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_



**MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y AISTENCIA SOCIAL  
DIRECCION DE PLANIFICACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD  
UNIDAD DE INFORMACION EN SALUD**

FECHA DE EMISION: \_\_\_\_\_  
LUGAR: \_\_\_\_\_

MES INFORMADO: \_\_\_\_\_  
AÑO: \_\_\_\_\_

**INFORME ESTADISTICO MENSUAL  
ATENCION AL NIÑO**

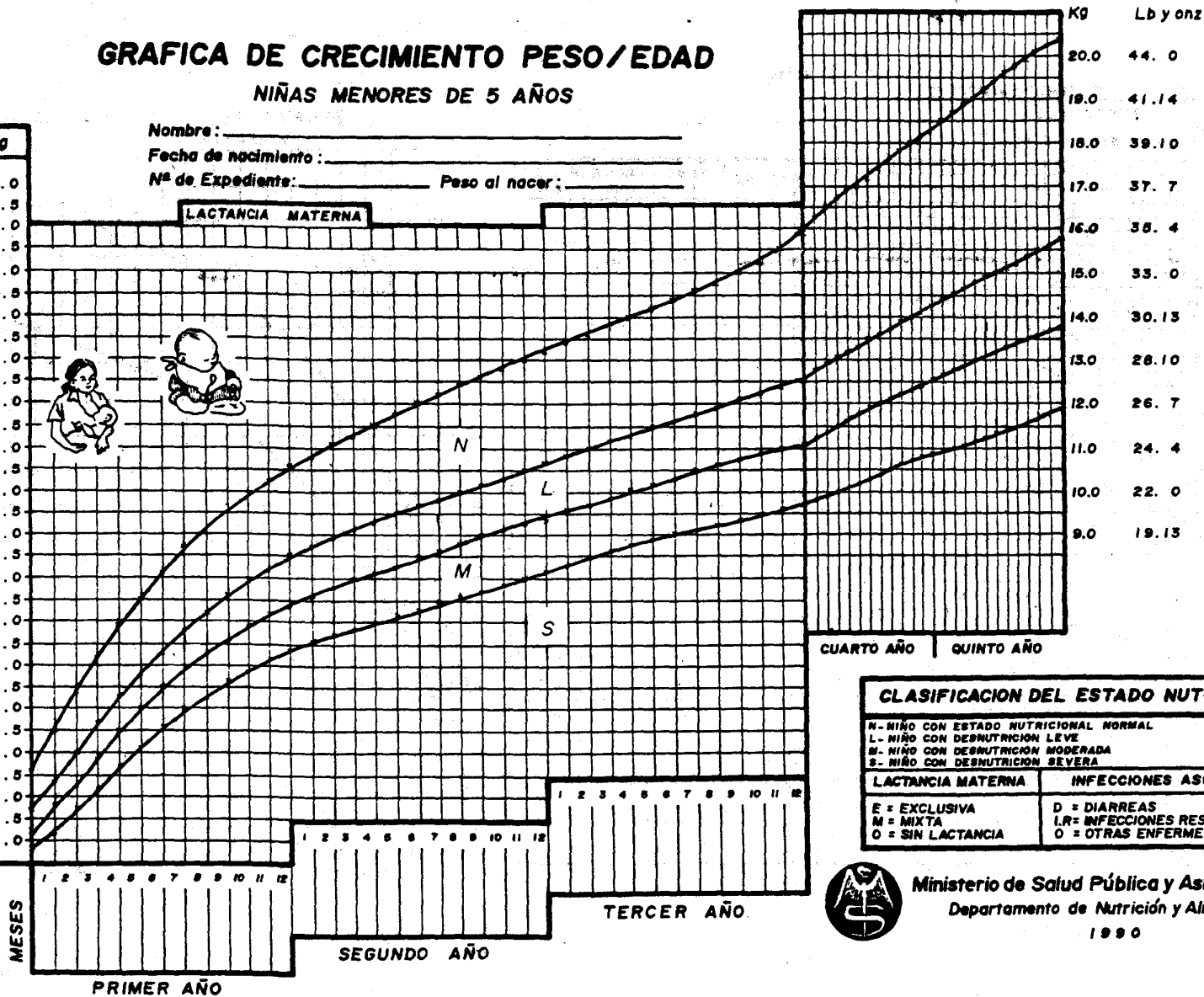
ACTIVIDADES				ESTE MES	AÑO A LA FECHA	
D E 1 A Ñ O A M E N O S 2 A Ñ O S	I N S C R I P C I O N E S	D) TOTAL INSCRIPCIONES DE 1 AÑO A MENOS DE 2 AÑOS ( 1+2)				
		P E R S O N A L	1) MEDICO			
			2) ENFERMERIA			
	C O N T R O L E S S U B - S E C U E N T E S	E) TOTAL CONTROLES DE 1 AÑO A MENOS DE 2 AÑOS ( 1+2)				
		P E R S O N A L	1) MEDICO			
	2) ENFERMERIA					
	D I A G N O S T I C O D E L E S T A D O N U T R I C I O N A L  (Una sola vez en el año)			NORMAL		
				LEVE		
				MODERADO		
				SEVERO		
D E 2 A 4 A Ñ O S	I N S C R I P C I O N E S	F) TOTAL INSCRIPCIONES DE 2 A 4 AÑOS ( 1+2)				
		P E R S O N A L	1) MEDICO			
			2) ENFERMERIA			
	C O N T R O L E S S U B - S E C U E N T E S	G) TOTAL CONTROLES DE 2 A 4 AÑOS ( 1+2)				
		P E R S O N A L	1) MEDICO			
	2) ENFERMERIA					
	D I A G N O S T I C O D E L E S T A D O N U T R I C I O N A L  (Una sola vez en el año)			NORMAL		
				LEVE		
				MODERADO		
				SEVERO		
D E 5 A 9 A Ñ O S	C O N T R O L E S S U B - S E C U E N T E S	H) TOTAL CONTROLES DE 5 A 9 AÑOS ( 1+2)				
		P E R S O N A L	1) MEDICO			
			2) ENFERMERIA			
	D I A G N O S T I C O D E L E S T A D O N U T R I C I O N A L  (Una sola vez en el año)			NORMAL		
				LEVE		
				MODERADO		
				SEVERO		

# GRAFICA DE CRECIMIENTO PESO/EDAD

## NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS

Lb y onz	Kg
37. 7	17.0
36. 6	16.5
35. 4	16.0
34. 2	15.5
33. 0	15.0
31. 15	14.5
30. 13	14.0
29. 12	13.5
28. 10	13.0
27. 8	12.5
26. 7	12.0
25. 5	11.5
24. 4	11.0
23. 2	10.5
22. 0	10.0
20. 15	9.5
19. 13	9.0
18. 11	8.5
17. 10	8.0
16. 8	7.5
15. 6	7.0
14. 5	6.5
13. 3	6.0
12. 2	5.5
11. 0	5.0
9. 14	4.5
8. 13	4.0
7. 11	3.5
6. 9	3.0
5. 8	2.5
4. 6	2.0

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Nº de Expediente: \_\_\_\_\_ Peso al nacer: \_\_\_\_\_



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social  
 Departamento de Nutrición y Alimentación  
 1990

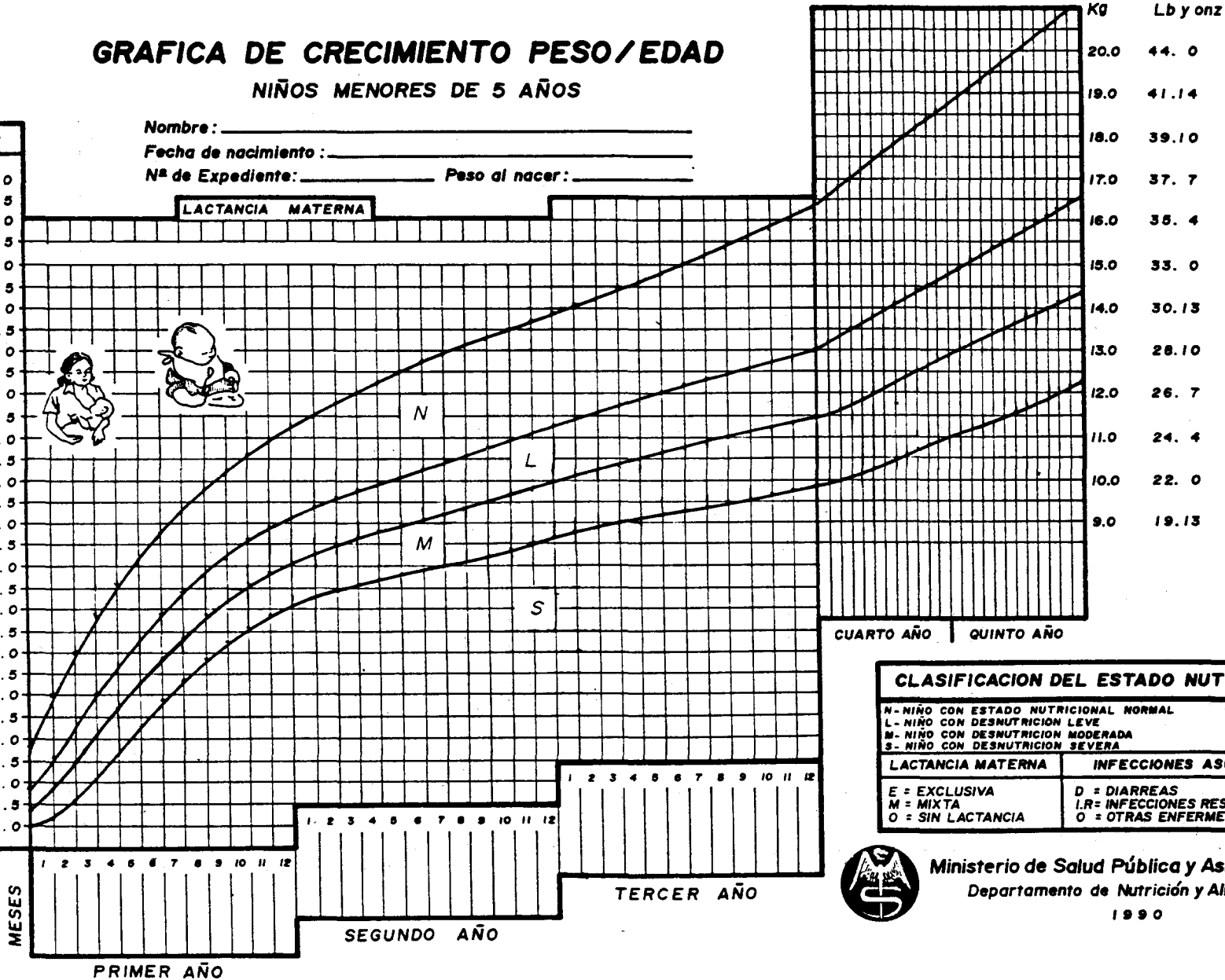


# GRAFICA DE CRECIMIENTO PESO/EDAD

## NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Nº de Expediente: \_\_\_\_\_ Peso al nacer: \_\_\_\_\_

Lb y onz	Kg
37. 7	17. 0
36. 6	16. 5
35. 4	16. 0
34. 2	15. 5
33. 0	15. 0
31. 15	14. 5
30. 13	14. 0
29. 12	13. 5
28. 10	13. 0
27. 8	12. 5
26. 7	12. 0
25. 5	11. 5
24. 4	11. 0
23. 2	10. 5
22. 0	10. 0
20. 15	9. 5
19. 13	9. 0
18. 11	8. 5
17. 10	8. 0
16. 8	7. 5
15. 6	7. 0
14. 5	6. 5
13. 3	6. 0
12. 2	5. 5
11. 0	5. 0
9. 14	4. 5
8. 13	4. 0
7. 11	3. 5
6. 9	3. 0
5. 8	2. 5
4. 6	2. 0



CLASIFICACION DEL ESTADO NUTRICIONAL	
N- NIÑO CON ESTADO NUTRICIONAL NORMAL	
L- NIÑO CON DESNUTRICION LEVE	
M- NIÑO CON DESNUTRICION MODERADA	
S- NIÑO CON DESNUTRICION SEVERA	
LACTANCIA MATERNA	INFECCIONES ASOCIADAS
E = EXCLUSIVA	D = DIARREAS
M = MIXTA	I.R= INFECCIONES RESPIRATORIAS
O = SIN LACTANCIA	O = OTRAS ENFERMEDADES



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social  
 Departamento de Nutrición y Alimentación  
 1990

