

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



TRABAJO DE GRADUACION

TEMA:

**“DESNUTRICIÓN INFANTIL Y SU RELACION CON LAS ENFERMEDADES
PREVALENTES EN LA INFANCIA SEGÚN AIEPI, EN NIÑOS QUE
CONSULTARON EN UNIDAD DE SALUD DE LISLIQUE, LA UNIÓN, EN EL
PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2005”.**

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

PRESENTADO POR:

**AVELAR CARTAGENA, SAMUEL EDUARDO
SÁNCHEZ RIVERA, ELENA MARGARITA
SANDOVAL MEDRANO, CRISTINA DE LOS ANGELES**

DOCENTE DIRECTOR:

**DOCTOR Y MASTER EN SALUD PUBLICA
LUIS ALBERTO MARTÍNEZ LÓPEZ**

NOVIEMBRE, 2006

SANTA ANA

EL SALVADOR

CENTROAMERICA

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



AUTORIDADES UNIVERSITARIAS:

**DOCTORA MARIA ISABEL RODRÍGUEZ
RECTORA**

**LICENCIADO JORGE MAURICIO RIVERA
DECANO DE LA FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE**

**DOCTORA SANDRA PATRICIA GOMEZ DE SANDOVAL
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**DOCTOR Y CIRUJANO MELITON MIRA BURGOS
COORDINADOR METODOLOGICO DE LOS PROCESOS DE GRADO**

**DOCTOR Y MASTER EN SALUD PUBLICA
LUIS ALBERTO MARTINEZ LOPEZ
DOCENTE DIRECTOR**

RESUMEN EJECUTIVO

La investigación esta basada en la población infantil desnutrida de 0 a 5 años que consultó en la unidad de salud del municipio de Lislique, La Unión, durante el periodo de enero a diciembre del 2005, teniendo como fin conocer la relación de esta condición con las enfermedades prevalentes de la Infancia que contempla la Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI). Para ello fue necesario conocer la prevalencia de consultas en general o por patología, enfermedad prevalente de la infancia e incidencia de estas de acuerdo al grado de desnutrición.

El tipo de estudio es descriptivo, retrospectivo y longitudinal, tomando como universo la población infantil con desnutrición, reportada en el Informe Estadístico Mensual Automatizado (IEMA) 2005, con un total de 242 niños.

Se calculo la muestra, obteniendo 149 sujetos. Los datos fueron recolectados de forma aleatoria simple de acuerdo al orden de consulta médica diaria a partir de la 4ª. semana de Junio a la 1ª semana de Agosto, revisando el total de consultas del 2005. Se utilizo como instrumento la hoja subsecuente de atención integral de AIEPI 2005, revisando expedientes clínicos. Teniendo como resultado que la mayoría de niños con algún grado de desnutrición acudieron por una morbilidad, de estas, mas de la mitad corresponde a una enfermedad prevalente de la infancia, siendo las mas frecuentes las Infecciones Respiratorias agudas y las Enfermedades Diarreicas Agudas, en los grados de desnutrición leve y moderada, en tanto que en la desnutrición severa se destaca la Neumonía, además se encontró que a mayor grado de desnutrición mayor incidencia de enfermedad prevalente de la infancia.

Por lo que se sugiere mayor atención en este grupo de población, debido a la susceptibilidad de enfermar, haciendo énfasis en los controles preventivos detectando oportunamente alguna anomalía. Capacitando periódicamente al personal de salud para el manejo conciente y correcto de la estrategia AIEPI.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS TODOPODEROSO, que ha permitido que hayamos concluido esta etapa de nuestra carrera.

NUESTRAS FAMILIAS, por sus sacrificios, apoyo incondicional, buenos consejos y principios inculcados que nos orientaron a tomar las decisiones correctas para poder finalizar nuestra carrera y este trabajo de graduación.

A TODOS NUESTROS MAESTROS, gracias por compartir sus conocimientos y experiencias e inculcarnos la ética de la profesión médica, en beneficio de los necesitados.

A NUESTRO DOCENTE DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN, que nos guió en la realización del mismo, lo que nos permitió culminar con éxito todas sus etapas.

A NUESTROS AMIGOS Y COMPAÑEROS, que compartieron con nosotros triunfos y adversidades, demostrando siempre sinceridad y apoyo.

Y a todos los que contribuyeron a que este trabajo fuera posible de realizar, **GRACIAS**.

Los Autores.

INTRODUCCION

El presente trabajo ha sido elaborado con el objetivo de dar a conocer la relación de la desnutrición infantil con las enfermedades prevalentes de la infancia según la Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), en niños que consultaron en la Unidad de Salud de Lislique, La Unión, en el periodo de Enero – Diciembre del 2005.

El capítulo I corresponde a los antecedentes relacionados a ello, brindando un enfoque de la desnutrición infantil, tanto a nivel mundial, en El Salvador, así como en el municipio de Lislique, proporcionando los datos más actualizados sobre esta temática. Dentro de este capítulo también se incluyen los antecedentes entre las enfermedades prevalentes de la infancia y su relación con la desnutrición.

Posteriormente se presenta la justificación del estudio, puntualizando los motivos que nos llevan a realizar dicha investigación. Esta parte finaliza con el planteamiento del problema, que es el punto principal sobre el cual gira este trabajo.

El capítulo II comprende el Marco Teórico que se divide en tres partes: En la primera se realiza una descripción espacial y temporal del municipio de Lislique, incluyendo: su historia y características del lugar. La segunda parte trata acerca de la desnutrición dando a conocer su definición, así como etiología, fisiopatología, manifestaciones clínicas, diagnóstico, evaluación nutricional, clasificación, presentaciones clínica y tratamiento. En la tercera parte se plantea las características del programa AIEPI, el cual es una estrategia que integra todas las medidas disponibles para la prevención de enfermedades y problemas de salud durante la niñez, para su detección precoz y tratamiento efectivo, y para la promoción de hábitos de vida saludables en la

familia y la comunidad. Definiendo sus objetivos y sus componentes principales, tomando como base la clasificación de las enfermedades prevalentes de la infancia en la aplicación de la realización del trabajo.

El capítulo III incluye la metodología e instrumentos utilizados que mejor se acoplan a lo que se desea descubrir.

En el capítulo IV se detalla la presentación de los resultados obtenidos y el análisis de estos; se plantea por medio de tablas y gráficos la respuesta de las interrogantes planteadas.

Finalmente se exponen las conclusiones a las que se llegaron, después de revisar el análisis del trabajo, continuando con las recomendaciones pertinentes; y una propuesta técnica en salud

INDICE

CAPITULO I	9
1. ANTECEDENTES	9
2. JUSTIFICACIÓN	15
3. PLANTEAMIENTO, DELIMITACION Y FORMULACION DEL PROBLEMA	17
4. OBJETIVOS	19
4.1 OBJETIVO GENERAL	19
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	19
CAPITULO II	20
1. DESCRIPCION DEL MUNICIPIO DE LISLIQUE	20
1.1 HISTORIA.	20
1.2 CARACTERISTICAS DEL MUNICIPIO	20
2. DESNUTRICIÓN	24
2.1 DEFINICIÓN	24
2.2 ETIOLOGIA	25
2.3 FISIOPATOLOGIA	25
2.4 MANIFESTACIONES CLINICAS	26
2.5 DIAGNOSTICO	27
2.6 EVALUACION NUTRICIONAL	28
2.7 CLASIFICACION	28
2.8 TRATAMIENTO	29
3. ATENCIÓN INTEGRADA DE LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA (AIEPI)	30
3.1 OBJETIVOS DE AIEPI	30
3.2 COMPONENTES	31
3.3 DIVISIÓN	31

CAPITULO III	33
1. METODOLOGIA	33
1.1 TIPO DE ESTUDIO	33
1.2 UNIVERSO	33
1.3 CRITERIOS PARA SELECCIÓN DE MUESTRA	33
1.4 MUESTRA	33
1.5 METODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	35
1.6 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS	35
1.7 PLAN DE TABULACION DE DATOS	36
1.8 PLAN DE ANALISIS	36
CAPITULO IV	37
1. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS	37
CONCLUSIONES	47
RECOMENDACIONES	49
PROPUESTA TECNICA EN SALUD	50
BIBLIOGRAFÍA	51
ANEXOS	53
GLOSARIO	71

CAPITULO I

1. ANTECEDENTES

Los problemas de desnutrición son cada vez mas frecuentes en el mundo, en unos casos por la falta de alimentos que ingerir, lo que sucede en países subdesarrollados y en vías de desarrollo; y en otros casos por una dieta inadecuada, tal es el caso de países desarrollados.

Según los últimos datos de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación/2000-2002 (FAO) a nivel mundial hay 852 millones de desnutridos y las perspectivas de reducir, de manera relevante, esta cifra en el futuro son sombrías.

Para el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), hoy en día la desnutrición es aceptada como un factor común en la práctica clínica que tiene como consecuencias un aumento en la morbilidad y mortalidad, debido al alto riesgo de complicaciones. La desnutrición es la principal causa de muerte de lactantes y niños pequeños en países en desarrollo.

Unos 53 millones de los 852 millones de personas desnutridas en el mundo viven en América latina y el Caribe, según el informe anual sobre la inseguridad alimentaria¹ divulgado en por FAO.

En la actualidad, más del 50 % de los niños menores de 6 años presentan algún grado de desnutrición. Ahora, el 41% de estos niños sufren retardo de crecimiento*, 7% de los niños menores de 5 años de edad tiene un peso inferior al normal y 16% presenta una talla baja* de la media para su edad².

¹ El estado de la inseguridad alimentaría en el mundo 2003

* ver glosario

² Según FAO

De acuerdo con la oficina regional de FAO, América Central es la subregión con menos progresos en la lucha contra el hambre. Guatemala tiene el índice más alto de Centroamérica: 49 % en desnutrición crónica en niños menores de 5 años. Le siguen Honduras, con 29 %; Nicaragua, 20 %, y El Salvador, 19 %³. Entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio* está reducir los niveles de pobreza, hambre y desnutrición en estos países.

La desnutrición en edades menores a los cinco años, causa déficit en el desarrollo intelectual, enfermedades respiratorias agudas, enfermedades infecciosas en general. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), 190.000 niños latinoamericanos mueren al año por enfermedad prevenibles ligadas a la pobreza (principalmente diarrea y enfermedades respiratorias).

En resumen, la situación de alta frecuencia del retardo severo de crecimiento relacionado con las enfermedades prevalentes de la infancia en países de la sub-región de Centroamérica indica la necesidad de establecer programas y políticas tendientes a disminuir su ocurrencia e impacto.

Con este fin, la Organización Mundial de la Salud (OMS), junto con la UNICEF presentaron en 1996 la estrategia de ATENCION INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA (AIEPI). La misma permite abordar la evaluación, clasificación y tratamiento de las enfermedades prevalentes que afectan a los niños menores de 5 años de los países en desarrollo. Las Infecciones respiratorias agudas (IRAS), las enfermedades diarreicas agudas (EDAS), la desnutrición y la malaria se encuentran entre estas enfermedades. Las IRAS, EDAS y la desnutrición, continúan ubicándose

³ Según PMA
* ver glosario

entre las 5 primeras causas de defunción en la mayoría de los países en desarrollo.

El Salvador es el país más densamente poblado de América Central, y presenta déficit social y económico estructural que se vieron incrementados durante la época del conflicto bélico. En 1990 con las negociaciones de los acuerdos de paz y el inicio de un programa para la reforma económica comenzó una etapa de recuperación. Sin embargo para 1993, el 60% de la población rural no tenía acceso a los servicios de salud, y sólo el 32 % de las mujeres embarazadas y el 29% de los niños y niñas menores de 2 años tenía acceso a los servicios de salud. Por todo ello, las enfermedades infecciosas eran la causa primordial de la mortalidad infantil especialmente en las zonas rurales.⁴

Las familias rurales en condiciones de pobreza extrema estaban distribuidas por todo el país, pero la mayor concentración de pobreza se encontraba en los departamentos de la zona nor-oriental que fueron más afectados por la guerra principalmente Chalatenango, Cabañas, Morazán, sufriendo también los efectos del conflicto, Ahuachapán, Usulután, Cuscatlán, San Vicente y La Unión⁵. En estos departamentos además, los niveles de analfabetismo, de inseguridad alimentaria y como consecuencia los niveles de desnutrición en menores de 5 años, eran los más elevados. Ante esta situación el Programa Mundial de Alimentos (PMA) siguiendo su mandato, centró a partir de los Acuerdos de Paz, la ayuda en estos departamentos para mejorar la calidad de vida de la población más vulnerable.

Según datos del Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL 2002-2003), en El Salvador, revela que la población menor de 1 año tiene un total de 162,479 habitantes, de estos 87,126 pertenecen al área urbana y 75,373, al

⁴ Según el PMA

⁵ Anexo 1 y 2

área rural. La población menor de 5 años tiene un total de 807,368 habitantes, de estos 429,782 corresponden al área urbana y 377,586 al área rural. De acuerdo al estado nutricional, en niños/as de 3 a 59 meses se encuentra un total de retardo en el crecimiento (baja talla para la edad) de 18.9% de este un 11% corresponde al área urbana y un 25.6% al área rural. Además se encuentra emaciación* (bajo peso para la talla) un total de 1.4% y un bajo peso para la edad de un 10.3% para la edad. Todos estos valores son menores que las cifras encontradas en 1998.

Aun cuando la situación ha mejorado en los últimos 15 años, el nivel de retardo del crecimiento todavía es alto. Sin embargo El Salvador tiene el potencial de alcanzar unas de la metas de el desarrollo para el milenio antes de el 2015, disminuir a la mitad el porcentaje de niños/as desnutridos/as menores de 5 años.

En El Salvador, según datos arrojados por el Ministerio de Salud Pública y asistencia Social (MSPAS/2004), las 5 primeras causas de morbilidad por orden de frecuencia, en niños menores de 1 año son: Infecciones agudas de vías respiratorias superiores; Diarrea y gastroenteritis de posible origen infeccioso; bronquitis y bronquiolitis aguda; neumonía y bronconeumonía; dermatitis y eczemas⁶. De 1 a 4 años de edad fueron: Infecciones agudas de vías respiratorias superiores; Diarrea y gastroenteritis de posible origen infeccioso; Parasitismo intestinal; Bronquitis y bronquiolitis aguda; infecciones de la piel y tejido subcutáneo⁷.

En cuanto a la mortalidad, las 5 primeras causas detectadas en niños menores de 1 año fueron: ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal;

⁶ Anexo 3

* ver glosario

⁷ Anexo 4

Malformaciones Congénitas; Neumonías y Bronconeumonias; Diarrea y gastroenteritis de posible origen infeccioso; Septicemias⁸. En niños de 1 a 4 años: Neumonías y Bronconeumonias; Diarrea y gastroenteritis de posible origen infeccioso; Malformaciones Congénitas; Tumores malignos que afectan diferentes regiones del cuerpo; Desnutrición proteico calórica (todos los grados)⁹. Por tanto es de hacer notar que las infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas y desnutrición con el paso del tiempo continúan siendo causa de morbimortalidad elevada.

De acuerdo a datos que arroja FESAL 2002-2003, el departamento de La Unión posee un 40% de desnutrición en niños menores de 5 años, sin especificar el grado predominante. El Fondo de Inversión Social para Desarrollo Local (FISDL), ha elaborado Mapas de Subregiones por condición de Extrema Pobreza* de EL Salvador, donde el Municipio de Lislique¹⁰ se encuentra en la sub-región Norte del Oriente, en el departamento de La Unión; la cual esta estructurada por cuencas y subcuencas que circundan los cerros Cacahuatique y Ocotepeque sin una trama de carreteras que relacionen las tres ciudades de la sub-región. Comparte características de la región norte en lo tocante a la marginalidad* provocada por las deficiencias de interconexión vial. La identidad territorial de la sub-región se concreta en dos aspectos complementarios: Constituir el espacio más rural de El Salvador y enviar a Estados Unidos la mayor proporción de emigrantes.

El FISDL en su mapa de riesgo de extrema pobreza cataloga a Lislique de la siguiente manera: tasa de extrema pobreza 37%, la tasa de pobreza total corresponde al 63.6% y el índice integrado de marginalidad municipal

⁸ Anexo 5

⁹ Anexo 6

¹⁰ Ver marco teórico

* Ver glosario

corresponde a 41.5%. En resumen, clasificándolo como un municipio en pobreza extrema alta¹¹.

Según Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC/2006), en el Municipio de Lislique existe un total de 2,343 habitantes de población infantil, de estos 687 corresponden al área urbana y 1,686 corresponden al área rural. Para el año de 2005, en la Unidad de Salud de Lislique, según el Informe Estadístico Mensual Automatizado (IEMA/2005), realizó las siguientes atenciones: 1,190 consultas en menores de 1 año; en niños de 1 a menores de 2 años 668; de 2 a 4 años 777. El diagnóstico nutricional de la población infantil de dicha Unidad de Salud corresponde a: estado nutricional Normal 893; Desnutrición Leve 183, Desnutrición Moderada/Severa: 59¹².

¹¹ Anexo 7 A-B

¹² Anexo 8

2. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad la desnutrición es un problema mundial que predomina en países en desarrollo, siendo mas afectada la población infantil. En El Salvador constituye un problema trascendental dada la estrecha relación que existe entre esta condición y diversos factores como: sobrepoblación, falta de educación, bajos ingresos económicos, falta de oportunidades de empleo, alto costo de la vida, deficiente cobertura de los servicios de salud e inaccesibilidad geográfica en algunas zonas del país, llevando todo ello a mantener o incrementar el índice de pobreza existente, limitando el acceso a una dieta adecuada y condiciones de salud favorables para un optima calidad de vida.

Lislique es un Municipio que enfrenta muchos problemas que limitan su desarrollo, siendo uno de los principales su extrema pobreza, lo que ha conllevado a una alta tasa de desnutrición infantil y como consecuencia una alta morbi-mortalidad¹³. Es por ello que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha reforzado la atención en salud de este municipio con la ayuda de organizaciones no gubernamentales las cuales han puesto en práctica sus programas, encaminados a controlar y mitigar este mal.

La vulnerabilidad a la que se ve expuesta su población en particular la niñez y lo difícil que se vuelve para ello como municipio resolver esta situación, nos ha motivado a realizar una investigación sobre esta temática.

Para llevar a cabo el estudio, se cuenta como recurso humano: tres médicos en servicio social, dos de los cuales se encuentran laborando en la unidad de salud en donde se realiza el estudio, un docente director y un asesor metodológico. Además se cuenta con el recurso financiero, bibliográfico y tecnológico necesario; se considera que la investigación es factible ya que se

¹³ Anexo 4

puede extraer la información de la consulta diaria de la unidad de salud, lo cual facilita tener la herramienta necesaria para evaluar a esta población en el tiempo previsto para desarrollarlo.

La investigación esta orientada a dar a conocer la relación que guarda la desnutrición con las enfermedades prevalentes de la infancia que incluye la estrategia en salud AIEPI, dirigida a la población menor de cinco años. La metodología apropiada para este tipo de estudio es la descriptiva, retrospectiva, longitudinal ya que daría respuesta a las interrogantes planteadas en los objetivos.

Los datos que arrojará el estudio no podrán ser aplicados a otra población, debido a que existen características específicas de la zona que los hace vulnerables; y por lo tanto esta información es irreproducible.

Se estima que el estudio contribuirá a aportar información útil para dar recomendaciones adecuadas a la Unidad de Salud sobre esta problemática; pero se está consciente que esta medida no es suficiente para resolver el problema de desnutrición del Municipio de Lislique.

3. PLANTEAMIENTO, DELIMITACION Y FORMULACION DEL PROBLEMA

¿CUAL ES LA RELACION QUE GUARDA LA DESNUTRICIÓN INFANTIL CON LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA, SEGÚN AIEPI, EN NIÑOS QUE CONSULTARON EN LA UNIDAD DE SALUD DE LISLIQUE EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2005?

A nivel mundial la desnutrición infantil es un problema de salud, ya que condiciona a un deterioro de la calidad de vida de esta población, acompañado de un incremento de la morbi-mortalidad; por lo que instituciones internacionales se han dado la tarea de crear programas para mitigar el hambre a nivel mundial como FAO, PMA, UNICEF, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Organización de las Naciones Unidas (ONU), OMS, y a pesar de los esfuerzos que estas realizan, las cifras de desnutrición persisten, ya que se encuentran de por medio barreras socioculturales y geográficas además de económicas lo que limita el óptimo desarrollo nutricional en especial de la infancia.

La desnutrición infantil es una condición que predispone al apareamiento de muchas enfermedades, por lo que instituciones como la OMS y UNICEF, interesados en mejorar las condiciones de salud infantil, crearon la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, cuyo objetivo es la prevención de muertes evitables de menores de 5 años, de enfermedades infecciosas y trastornos nutricionales

El Salvador es el país más densamente poblado de América Central, y presenta déficit social y económico estructural que se vieron incrementados durante la época del conflicto armado. Las familias rurales en condiciones de

pobreza extrema están distribuidas por todo el país, pero la mayor concentración de pobreza se encuentra en los departamentos de la zona nor-oriental que fueron más afectados por la guerra, entre ellos La Unión.

El estudio realizado es en uno de los municipios más vulnerables de El Salvador, que se encuentra en desventaja social, económica y geográfica, donde la desnutrición es un problema común en la población infantil lo que lo hace propicio para responder nuestra interrogante.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Investigar la relación que guarda la desnutrición infantil con las enfermedades prevalentes de la infancia según AIEPI, en niños que consultaron en la Unidad de Salud de Lislique, La Unión, en el periodo de Enero a Diciembre del 2005.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la frecuencia de morbilidad por consulta en niños desnutridos en el periodo de Enero – Diciembre del 2005.
- Indagar del total de consulta de población infantil desnutrida, el porcentaje que corresponde a enfermedad prevalente de la infancia y cuales de estas fueron las más frecuentes, en el periodo de Enero – Diciembre de 2005.
- Conocer cuales enfermedades prevalentes de la infancia según AIEPI, predominan de acuerdo al grado de desnutrición, en niños que consultaron en la unidad de salud en estudio.
- Conocer la proporción de enfermedad prevalente de la infancia de acuerdo al grado de desnutrición, en pacientes que consultaron en la Unidad de Salud de Lislique, durante el período de enero a diciembre de 2005.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

1. DESCRIPCION DEL MUNICIPIO DE LISLIQUE

Es un municipio del departamento de La Unión que se encuentra ubicado en la zona nor-oriental de El Salvador, su altitud es de 250 metros sobre el nivel del mar, a una distancia de 199 Km. de la capital.

1.1 HISTORIA¹⁴.

Pueblo lenca, precolombino, Ulúa; del Ulúa, Lislique significa: “ciudad de chispas”. El 22 de Junio de 1865, paso a formar parte del departamento de La Unión, y el 9 de Febrero de 1883, al distrito de Santa Rosa de Lima.

1.2 CARACTERISTICAS DEL MUNICIPIO

➤ FORMAS DE ACCESO

Para trasladarse desde la capital a dicho lugar, puede hacerse uso del transporte colectivo, primero partiendo de la terminal de Oriente hasta el Municipio de Santa Rosa de Lima y luego desde este punto hasta el municipio de Lislique. El recorrido en vehiculo particular desde San Salvador hasta Lislique es de tres horas aproximadamente.

➤ LIMITES GEOGRAFICOS

Al oriente con Nueva Esparta, al poniente con Corinto, al norte con Estancia (Honduras) y al sur con Anamoros.

➤ VIAS DE COMUNICACIÓN

Lislique se comunica con Anamorós por una calle que comprende unos ocho kilómetros, la cual es empedrada y de tierra, al igual las calles que

¹⁴ Según Alcaldía Municipal de Lislique/2000

comunican hacia Corinto, Nueva Esparta y el límite fronterizo de Honduras; cantones y caseríos se enlazan por caminos vecinales a la cabecera municipal. Anamoros se comunica con Santa Rosa de Lima por una carretera pavimentada, que comprende unos 22 Km, en la actualidad en buen estado.

➤ **CERROS PRINCIPALES E HIDROGRAFIA**

El negro, Picacho, Portillo, Zapote, Pelón, Picachito. Ríos principales: Nacascolo, Torola, Grande y Chiquito de Lislique.

➤ **CLIMA, FLORA Y FAUNA**

El clima es cálido. La flora está constituida por bosques húmedos subtropicales. Las especies arbóreas que predominan son: morro, madrecaao, nance, aceituno, almendro y jícaro. Con respecto a las aves se puede apreciar: Torogoz, Sanate, Chiltota, Clarinero, Ala blanca, etc. La fauna predominante: iguanas, armadillo, ardillas, zorritos, zarigüeyas, etc.

➤ **ASPECTOS TERRITORIALES Y DEMOGRAFIA**

Cuenta con una extensión territorial de 98.82 Km², formado por 6 cantones y 39 caseríos

TABLA 1. CANTONES Y CASERIOS DEL MUNICIPIO DE LISLIQUE

CANTONES	CASERIOS
Guajiniquil	8
El Terrero	6
El derrumbado	7
Las Pilas	6
Agua Fría	5
Higueras	7

Fuente: Alcaldía municipal de Lislique/ 2000

TABLA 2. DEMOGRAFIA DEL MUNICIPIO DE LISLIQUE AÑO 2000.

DEMOGRAFÍA ¹⁵			
Habitantes	14, 764	Urbanos	651
		Rurales	14,113
Densidad	149 hab./km2		
Nacidos vivos	599		
Defunciones	41		
Matrimonios	40		
Viviendas totales	1,664	Urbanas	96
		Rurales	1,568
		Unifamiliares	1,664

Fuente: Alcaldía Municipal de Lislisque.

➤ **PRODUCCION AGROPECUARIA**

Los productos agrícolas de mayor cultivo son: granos básicos, plantas hortenses y frutícolas. Hay crianza de ganado vacuno, porcino y caballar; así como las aves de corral.

➤ **INDUSTRIA Y COMERCIO**

Existe la elaboración de dulce de panela, productos lácteos, hamacas, atarrayas. En el comercio local existen farmacias, ferreterías, agro servicios, tiendas. Su comercialización la realiza con las cabeceras municipales de Santa Rosa de Lima, El Sauce, Nueva Esparta, Anamoros, Corinto y otras.

➤ **ASPECTOS VARIOS**

El municipio esta estructurado por una Alcaldía Municipal y su Concejo, una Iglesia Católica y una Evangélica, una Unidad de Salud y una

¹⁵ Dato según Alcaldía Municipal de Lislisque/ 2000

Casa de Salud la cual se encuentra ubicada en Guajiniquil (el cantón mas grande territorialmente, el cual es fronterizo con Honduras), un Complejo Educativo que imparte enseñanza desde parvularia hasta bachillerato, un parque, mercado, cementerio, rastro, casa comunal, dos torres que brindan servicios de telefonía celular: Telemóvil y Telecom, así como telefonía fija. El alumbrado eléctrico proviene de una planta de suministro de energía ubicado en el municipio de Anamoros.

Las principales calles del municipio son adoquinadas, las calles que conducen a los diferentes cantones y municipios vecinos son empedradas permitiendo el paso de autobuses, camiones y vehículos de doble tracción o animales de carga. No cuenta con servicio de agua potable suministrada por la Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados (ANDA), por lo que la municipalidad proporciona el servicio cada dos días, que según las inspecciones hechas por saneamiento ambiental de la unidad de salud, es considerada apta para consumo humano. Además carece de alumbrado público y de oficinas de telecomunicaciones. No dispone de los siguientes servicios: Internet a disposición de la población, casa de la cultura, correos, ni biblioteca publica.

➤ **SALUD**

La Unidad de Salud se encuentra al final de la calle principal al oriente del municipio¹⁶, cuyo personal esta conformado por un medico director, 2 médicos en servicio social, 1 odontólogo, 2 auxiliares de enfermería, 1 licenciada en laboratorio clínico, 1 inspector de saneamiento ambiental, secretaria y 18 promotores de salud; Casa de Salud conformada por un medico general y una licenciada en enfermería.

Dentro de los servicios que brinda están: Consulta general, control materno infantil, planificación familiar, atención al adulto mayor, atención al

¹⁶ Anexo 9 y 10

adolescente, toma de citología, pequeña cirugía, atención de partos, atención odontológica, escuela saludable, vacunación, inyecciones y curaciones

Ampliando la cobertura de los servicios de salud, se encuentra la organización no gubernamental Fundación Salvadoreña para la salud y el desarrollo humano. (FUSAL), con el Proyecto de Reconstrucción de Hospitales y Extensión de Servicios de Salud (RHESSA), el cual pretende realizar un mayor acercamiento a la población, al mismo tiempo la institución Cuerpo de Paz, formada por ciudadanos norteamericanos que imparten charlas educativas a la población.

El gobierno de la Republica, por medio de la Secretaria Nacional de la Familia beneficia a la población con el Programa Mundial de Alimentos, vigente desde el último trimestre del 2005.

2. DESNUTRICIÓN

2.1 DEFINICIÓN

La desnutrición puede definirse como un desbalance entre los aportes y requerimientos de uno o varios nutrientes, a la que el organismo responde con un proceso de adaptación, en la medida que ésta situación se prolongue en el tiempo. Un déficit de nutrientes de corta duración sólo compromete las reservas del organismo, sin alteraciones funcionales importantes; en cambio una desnutrición de larga duración puede llegar a comprometer funciones vitales.

El deterioro nutricional, aparte del consumo de las reservas musculares y grasas, y de la detención del crecimiento, compromete en forma importante y precoz la inmunidad del individuo, especialmente la inmunidad celular, produciéndose así una estrecha interrelación entre desnutrición e infección, con

subsecuente agravamiento del problema, especialmente frente a condiciones ambientales adversas.

2.2 ETIOLOGIA

La desnutrición infantil esta relacionada con factores socioeconómicos y ambientales adversos, se debe no sólo a falta de aportes de nutrientes esenciales, sino a la interacción de factores como la contaminación del medio y saneamiento ambiental, deprivación afectiva, acceso a la salud, educación y condiciones de vivienda.

El destete precoz y la introducción inadecuada de alimentación artificial en el lactante es el principal factor que lleva a su desnutrición en los primeros dos años de vida. La edad y escolaridad de la madre, ocupación del padre y número de hijos, pueden constituir factores de riesgo; así como los malos hábitos dietéticos, el desinterés por los alimentos y ciertos factores emocionales.

2.3 FISIOPATOLOGIA

La desnutrición es una enfermedad que puede ser primaria o secundaria. La desnutrición primaria, es aquella que aparece porque no se puede ingerir una cantidad suficiente de alimentos; lo que se relaciona con la pobreza de sus habitantes y afecta particularmente la población infantil.

La desnutrición secundaria puede aparecer por diferentes causas. Las infecciones crónicas y las neoplasias malignas son enfermedades primarias que, en sus etapas terminales, provocan una pérdida paulatina de peso que puede llegar a la caquexia o inanición.

Sobre la mayoría de los niños desnutridos inciden dos factores que facilitan las infecciones. El primero es extrínseco y tiene que ver con las condiciones insalubres del medio en el cual generalmente habitan y con la pobre preparación cultural que pueden tener los padres. El otro factor consiste en una inmunodeficiencia secundaria.

Las infecciones de los niños desnutridos no solo son más frecuentes que las de los niños sanos, sino también más prolongadas y complicadas.

Generalmente las infecciones enterales y las parasitosis tienen una incidencia elevada en el desnutrido a causa de sus malos hábitos higiénicos. Pero las infecciones comunes de las vías respiratorias se pueden complicar fácilmente, más aun cuando menor sea el niño y más avanzada su desnutrición.

Se ha demostrado una relación entre la ingesta de una dieta deficiente en proteínas y la disminución de la producción de anticuerpos de secreción a nivel de las mucosas. Esta situación parece facilitar la aparición de infecciones en las vías respiratorias y en el tubo digestivo.

Al desnutrido también tiene alterada su capacidad para fagocitar y para llevar a cabo la bacteriolisis* de varios microorganismos. La ingesta deficiente de varios nutrientes, incluyendo algunos elementos traza como el zinc, puede provocar diferentes alteraciones enzimáticas que limitan tanto la endocitosis como la digestión intralisosomal de varias bacterias. Aparentemente, solo cuando los niños alcanzan los grados de desnutrición más avanzada se puede encontrar un deterioro evidente de la endocitosis y la bacteriolisis.

En líneas generales, se puede decir que el desnutrido es un inmunodeficiente que tiene comprometidas, en diversos grados, la mayoría de las funciones defensivas de su sistema inmunitario.

2.4 MANIFESTACIONES CLINICAS

Los signos físicos que acompañan a la desnutrición son: déficit del peso y de la estatura que se espera para la edad, atrofia muscular, retardo en la pubertad

Los signos psicológicos que se encuentran en la desnutrición son: Alteración en el desarrollo del lenguaje, alteración en el desarrollo motor y alteración en el desarrollo del comportamiento (irritabilidad, indiferencia u hostilidad)

La piel estará seca, áspera y descamándose. Generalmente se observan fisuras en los párpados, labios y en los pliegues de codos y rodillas.

Si existe una desnutrición severa el niño tendrá los dedos de las manos y los pies muy fríos y azulados debidos a trastornos circulatorios. Generalmente estos niños tendrán lesiones en piel sobre infectada con bacterias u hongos.

El cabello es seco, quebradizo, de color rojizo (o pajizo) y se desprende fácilmente. Es muy frecuente observar que el cabello del niño tiene varios colores (negruzco en la punta, rojizo en el medio y claro o amarillento en la base de éste) conocido como signo de la bandera. Igualmente, las uñas son muy delgadas y frágiles. La falta de vitamina A conduce a úlcera en la córnea y puede llevar a la ceguera.

Los niños, paradójicamente, tienen anorexia; hepatomegalia y alteración en el ritmo de las deposiciones fecales. La frecuencia cardiaca está acelerada (taquicardia) y son frecuentes las continuas infecciones respiratorias. Se encuentra raquitismo, osteoporosis, escorbuto, debilidad muscular, anemia por falta de hierro o vitamina B12, anemia por falta de ácido fólico, anemia por falta de vitamina C o anemia por infecciones.

Las condiciones de salud que ocasionan desnutrición por una inadecuada absorción o utilización de los nutrientes pueden ser las enfermedades renales crónicas, las enfermedades cardiopulmonares, las enfermedades digestivas, pancreáticas o hepáticas, el cáncer, los errores del metabolismo, etc.

2.5 DIAGNOSTICO

El diagnóstico de malnutrición se basa en una historia dietética precisa; en la evaluación de las desviaciones existentes en los valores medios de la altura, el peso, el perímetro cefálico y la velocidad de crecimiento; en las medidas comparativas del perímetro y del grosor del pliegue cutáneo de la porción media del brazo; y en pruebas químicas y de otro tipo.

En la malnutrición es habitual la insuficiencia inmunitaria, cuya existencia se demuestra por un recuento linfocitario total inferior a 1500/mm³.

2.6 EVALUACION NUTRICIONAL

Antropometría

La medición del peso y talla para la edad, y el peso para la talla, constituyen los parámetros más fieles para evaluar crecimiento y estado nutricional en el niño.

Además de la medición de los valores actuales de la antropometría, en el niño resulta especialmente valiosa la evaluación de la curva y velocidad de incremento de estos parámetros en el tiempo.

2.7 CLASIFICACION

TABLA 3. CLASIFICACION DE ESTADO NUTRICIONAL

Estado	Normal	Desnutrición leve	Desnutrición moderada	Desnutrición severa
Déficit de peso esperado según la edad	90 - 100 %	80 - 90 %	70 - 80 %	< 70 %
Déficit de peso esperado según la talla	95 - 105%	90 - 95 %	85 - 90 %	< 85 %

FUENTE: www.cambiocultural.com

2.8 TRATAMIENTO

El tratamiento inicial se basa en la administración de pequeñas tomas de leche diluida con suplementos nutritivos las cuales se van incrementando durante dos semanas hasta llegar a administrar una leche rica en energía con suplementos cuando el paciente entra en la fase de crecimiento rápido.

Desde el inicio del tratamiento es necesario administrar vitaminas y minerales, especialmente vitamina A, potasio y magnesio. El hierro y el ácido fólico suelen corregir la anemia.

Las infecciones bacterianas deben tratarse al mismo tiempo que se pone en práctica el tratamiento dietético, mientras que el tratamiento de las infecciones parasitarias, si no son graves, puede posponerse hasta que empiece la recuperación.

Una vez iniciado el tratamiento, el paciente puede perder peso durante algunas semanas debido a la disminución del edema, sea este evidente o no. Las enzimas séricas e intestinales vuelven a la normalidad y mejora la absorción intestinal de las grasas y las proteínas.

Si el crecimiento y el desarrollo han resultado muy afectados, el retraso físico y mental puede ser permanente. Aparentemente, cuanto mas joven es el niño que padece la carencia, más devastadores son los efectos a largo plazo.

Los déficit en las capacidad de percepción y abstracción son especialmente duraderos.

3. ATENCIÓN INTEGRADA DE LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA (AIEPI)

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia es una estrategia que comprende todas las medidas disponibles para la prevención de enfermedades y problemas de salud durante la niñez, para su detección precoz y tratamiento efectivo, y para la promoción de hábitos de vida saludables en la familia y la comunidad.

Brinda los conocimientos y habilidades para evaluar en forma secuencial e integrada la condición de salud del niño y, de esta manera, detectar las enfermedades o problemas que más frecuentemente la afectan, según el perfil epidemiológico de cada lugar. A partir de esta evaluación, la AIEPI brinda instrucciones claras sobre la clasificación de las enfermedades y problemas, y establece el tratamiento que debe administrarse para cada una de ellas. La estrategia también contiene las indicaciones para controlar la evolución del tratamiento, para identificar la necesidad de aplicar medidas de prevención y aplicarlas, y para informar y educar a los padres sobre la prevención y promoción de la salud infantil.

Sobre esta base, la AIEPI es considerada en la actualidad como la estrategia más eficiente para reducir la carga de enfermedad y discapacidad en la población, y contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables durante los primeros cinco años de vida.

3.1 OBJETIVOS DE AIEPI

- Reducir la mortalidad en la infancia.
- Reducir la incidencia y gravedad de las enfermedades y problemas de salud que afectan a los niños y niñas.
- Mejorar el crecimiento y desarrollo durante los primeros años de vida de los niños y niñas.

3.2 COMPONENTES

- Mejorar el desempeño del personal de salud para la atención de los menores de cinco años y sus familias (componente de personal de salud).
- Mejorar la organización y el funcionamiento de los servicios de salud para brindar una atención eficiente y de calidad adecuada (componente de servicios de salud).
- Mejorar los conocimientos y las prácticas de las familias para el cuidado y atención de las niñas y niños en el hogar (componente comunitario).

3.3 DIVISIÓN

Con el fin de dar una adecuada atención a este grupo de población, este programa se divide en tres partes:

- Evaluar, clasificar y tratar al niño menor de ocho días de edad (AIEPI neonatal.)¹⁷
- Evaluar, clasificar y tratar al niño de una semana a dos meses de edad.
- Evaluar, clasificar y tratar al niño de dos meses a cuatro años de edad.¹⁸

Objetivos específicos:

- Reducir la mortalidad en los niños menores de 5 años debida en particular a desnutrición, EDA, IRA, malaria y sarampión.
- Reducir la ocurrencia y gravedad de casos de EDA, IRA y sarampión.
- Mejorar la calidad de atención del niño en los servicios de salud disminuyendo el uso inadecuado y excesivo de tecnologías de diagnóstico y tratamiento.

¹⁷ Anexo 11 A y 11 B

¹⁸ Anexo 12-A y 12-B

La estrategia AIEPI incluye la evaluación de los siguientes problemas:

- Evaluación del niño e identificación de signos de peligro;
- Evaluación del niño con dificultad para respirar e identificación de signos de neumonía;
- Evaluación del niño con diarrea e identificación de signos de deshidratación;
- Evaluación de la fiebre e identificación de signos indicativos de dengue, malaria o sarampión.
- Evaluación de problemas de oído;
- Identificación de signos de desnutrición y anemia;
- Evaluación del estado de vacunación del niño;
- Tratamiento de las enfermedades y problemas de salud detectados;
- Educación de la madre y otros responsables del cuidado del niño sobre la atención del niño en el hogar durante la enfermedad y una vez que se recupere de ella;
- vigilancia de los signos de gravedad del niño para la consulta precoz al personal de salud.

El diagnóstico nutricional se realiza una vez al año. Haciendo uso de gráficos de crecimientos¹⁹ presentados en esta estrategia

¹⁹ Ver anexos 13 A- B-C, 14 y 15

CAPITULO III

1. METODOLOGIA

1.1 TIPO DE ESTUDIO

El estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal.

1.2 UNIVERSO

Se obtiene el universo del Informe Estadístico Mensual Automatizado (IEMA) 2005 de la Unidad de Salud de Lislique, La Unión, ya que en el se reporta el diagnóstico de el estado nutricional infantil la primera consulta del año, el cual corresponde a 242 niños.

1.3 CRITERIOS PARA SELECCIÓN DE MUESTRA

➤ LUGAR DONDE SE REALIZARA EL ESTUDIO

Unidad de Salud del Municipio de Lislique, departamento de La Unión, El Salvador.

➤ PERIODO DE ESTUDIO

Enero a Diciembre del año 2005

➤ POBLACION A QUIEN SE DIRIGIRA EL ESTUDIO

Población desnutrida de cero a cinco años.

➤ CRITERIO DE INCLUSION/EXCLUSION

- Niño salvadoreño
- Niño habitante del municipio de Lislique
- Niño de cero a cinco años
- Niño desnutrido
- Niño que consulte en el periodo de Enero a Diciembre del 2005

1.4 MUESTRA

Muestreo: probabilístico aleatorio simple.

Población estimada: 242

Nivel de confianza: 95%

Margen de error: 5%

CALCULO DE MUESTRA

Formula: $n = \frac{Z^2 \times P \times Q \times N}{E^2}$

$$E^2 (N - 1) + Z^2 \times P \times Q$$

Donde:

n: Tamaño de la muestra

N: Tamaño de la población

Z: Valor critico correspondiente a un nivel de confianza

P: Proporción de la población de ocurrencia del evento

Q: Proporción de la población de no ocurrencia del evento

E: Margen de error

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 242}{0.05^2}$$

$$(242 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5$$

$$n = \frac{232.4168}{0.6025 + 0.9604}$$

$$n = 148.70 \text{ (aproximado)} = 149$$

TAMAÑO DE MUESTRA: 149 NIÑOS

1.5 METODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

- **METODO:** se tomo de la consulta médica diaria, en forma aleatoria, de acuerdo al orden de consulta a partir de la cuarta semana de Junio hasta la primera semana de Agosto, cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión. Revisando el total de consultas del año 2005 de los 149 niños seleccionados en la muestra, y clasificando la información de acuerdo a: atención preventiva, atención preventiva mas morbilidad y únicamente morbilidad.
- **INSTRUMENTO:** Hoja de AIEPI (Tomado del expediente clínico de la unidad de salud de la consulta diaria).
- **FUENTE SECUNDARIA:** expedientes clínicos de paciente.

1.6 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

- **TIEMPO:** cuarta semana de junio hasta primera semana de agosto de 2006.
- **RECURSO:** 3 médicos en servicio social.
- **PROCESO:** extracción de datos de consulta medica de unidad de salud.
- **ADiestRAMIENTO:** capacitación de 120 minutos para utilizar software EPI Info 2002, a fin de conocer lo básico para crear una base de datos en dicho programa.
- **SUPERVISION Y COORDINACION**
Reunión de asesoría con docente director para aclaración de dudas y organización de datos recolectados.

1.7 PLAN DE TABULACION DE DATOS

- Variable independiente: desnutrición
- Variable dependiente: Enfermedades Prevalentes de la Infancia
- Cruce de variable: grado de desnutrición y su relación con las enfermedades prevalentes de la infancia.

1.8 PLAN DE ANALISIS

- Distribución de frecuencia
- Programa Microsoft Windows Excel.
- Paquete estadístico: EPI Info 2002.

BASE DE DATOS UTILIZADA EN EL SOFTWARE EPI INFO 2002. DESNUTRICION INFANTIL Y SU RELACION CON LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA SEGÚN AIEPI, DURANTE EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2005.

The screenshot displays the EPI Info 2002 software interface. The window title is "Crear/Editar Vista: isique" and the page number is "Página:1". The interface includes a menu bar (Archivo, Edición, Ver, Insertar, Formato, Herramientas, Ayuda) and a toolbar. The main form area contains several sections:

- Personal Information:** Fields for NOMBRES, PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, SEXO, EDAD EN MESES EN < 1 AÑO, EDAD EN AÑOS EN > DE 1 AÑO, and FECHA DE NACIMIENTO.
- Administrative:** No. DE EXPEDIENTE and ESTADO NUTRICIONAL.
- Classification of 8 Days to 2 Months:** A yellow box containing checkboxes for ENFERMEDAD MUY GRAVE, NIÑO SAND, INFECCION LOCAL, DIARREA CON DSH, DIARREA SIN DSH, DISENTERIA, NO LOGRA ALIMENTARSE, PROBLEMA DE ALIMENTACION O NUTRICION, and NINGÚN PROBLEMA DE ALIMENTACION O NUTRICION.
- Classification of 2 Months to 4 Years:** A pink box containing checkboxes for DIARREA CON DSH GRAVE, NO TIENE FARINGITIS, DIARREA CON DESHIDRATACION, MASTOIDITIS, DIARREA SIN DSH, TOS O RESFRIADO, NEUMONIA, FARINGITIS VIRAL, OTITIS MEDIA AGUDA, INFECCION BACTERIANA DE GARGANTA, DIARREA PERSISTENTE GRAVE, DIARREA PERSISTENTE, ENFERMEDAD MUY GRAVE, DISENTERIA, ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE, SOSPECHA DE DENGUE HEMORRAGICO, SOSPECHA DE DENGUE, OTITIS MEDIA CRONICA, SOSPECHA DE PALUDISMO, NO TIENE INFECCION DE O, ENFERMEDAD FEBRIL, SOSPECHA DE SARAMPION, and OTRA ENFERMEDAD ERUPTIVA.
- Consultations:** Fields for NUMERO DE CONSULTAS EN EL AÑO, CONSULTA POR ATENCION PREVENTIVA, CONSULTA POR MORBILIDAD, CONSULTA + ATENCION PREVENTIVA, and OTRAS CONSULTAS.
- Month Selection:** Buttons for ENERO, FEBRERO, MARZO, ABRIL, MAYO, JUNIO, JULIO, AGOSTO, SEPTIEMBRE, OCTUBRE, NOVIEMBRE, and DICIEMBRE.

The status bar at the bottom shows "Editando vista isique", the date "February 9, 2005", and system information: "Pág. 1 Sec. 1 1/1 A 1" Lín. 1 Col. 1 GRB MCA EXT SOB Inglés (Esta)".

CAPITULO IV

1. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

TABLA 1 GRADOS DESNUTRICION EN NIÑOS QUE CONSULTARON EN LA UNIDAD DE SALUD DE LISIQUE, LA UNION EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2005

GRADO DE DESNUTRICION	FRECUENCIA
DESNUTRICION LEVE	118
DESNUTRICION MODERADA	27
DESNUTRICION SEVERA	4
TOTAL	149

FUENTE: muestra poblacional calculada según datos de IEMA 2005 de la población infantil de la Unidad de Salud Lislique La Unión.

ANALISIS: Partiendo del universo de niños desnutridos de la Unidad de Salud de Lislique que corresponde a 242, según datos arrojados por IEMA-2005, se obtuvo una muestra representativa de 149 niños, de ello se obtiene de forma aleatoria que el mayor número de consulta corresponde a niños con desnutrición leve, lo cual indica que es el estado de desnutrición que mas predomina en dicha unidad, y una mínima frecuencia de desnutrición severa.

TABLA 2. FRECUENCIA DE CONSULTAS EN GENERAL DE ACUERDO AL GRADO DE DESNUTRICION EN NIÑOS QUE ACUDIERON A LA UNIDAD DE SALUD DE LISLIQUE, LA UNION EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE - 2005.

GRADO DE DESNUTRICION	FRECUENCIA
DESNUTRICION LEVE	583
DESNUTRICION MODERADA	141
DESNUTRICION SEVERA	23
TOTAL	747

FUENTE: hoja de AIEPI del expediente clínico, consulta diaria. Datos recolectados desde la 4ta. semana de Junio hasta la 1ra. semana de Agosto-2006.

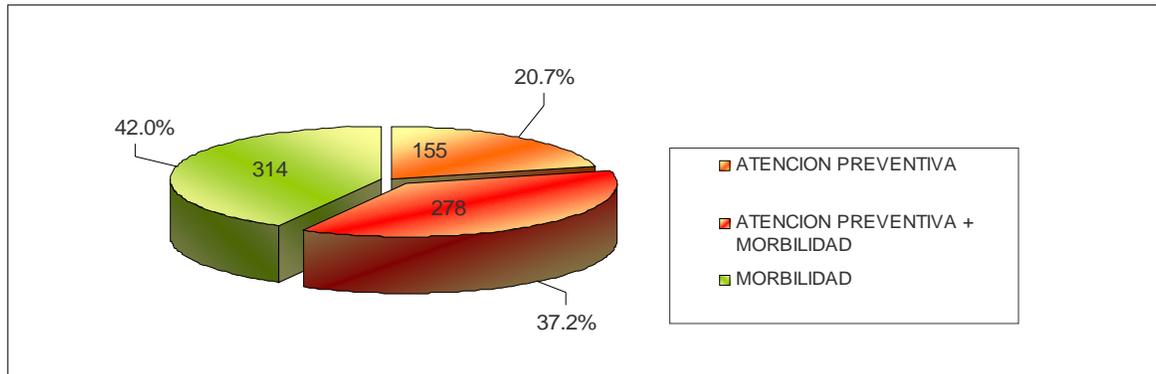
ANALISIS: De la muestra representativa de 149 niños con estado de desnutrición, se obtuvo un total de consulta general de 747, predominando el mayor numero de consultas en el estado de desnutrición leve con 583 casos, lo cual es proporcional al total de pacientes con dicho estado nutricional.

TABLA 3. FRECUENCIA DE ATENCIONES BRINDADAS EN NIÑOS CON DESNUTRICION QUE CONSULTARON EN LA UNIDAD DE LISLIQUE EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE-2005

TIPO DE ATENCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ATENCION PREVENTIVA	155	20.7%
ATENCION PREVENTIVA + ATENCION POR MORBILIDAD	278	37.2%
ATENCION POR MORBILIDAD	314	42.1%
TOTAL	747	100.0%

FUENTE: hoja de AIEPI del expediente clínico, consulta diaria. Datos recolectados desde la 4ta. semana de Junio hasta la 1ra. semana de Agosto-2006.

GRAFICO 1. ATENCION BRINDADA EN NIÑOS DESNUTRIDOS QUE CONSULTARON EN LA UNIDAD DE SALUD LISLIQUE EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE- 2005



FUENTE: hoja de AIEPI del expediente clínico, consulta diaria. Datos recolectados desde la 4ta. semana de Junio hasta la 1ra. semana de Agosto-2006.

ANALISIS: El total de consulta general de niños desnutridos, se divide en tres tipos de atención: atención preventiva, atención preventiva mas morbilidad y atención por morbilidad, siendo la más predominante la atención por morbilidad en un 42%, independientemente del grado de desnutrición; seguido por la atención preventiva mas morbilidad en un 37.2% lo que suma un total de 79.2% de frecuencia de morbilidad, de lo cual se obtendrá el porcentaje que corresponde a las enfermedades prevalentes de la infancia.

**TABLA 4.FRECUENCIA DE CONSULTA POR MORBILIDAD EN NIÑOS
CON DESNUTRICION QUE ACUDIERON A LA UNIDAD DE LISLIQUE EN
EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE - 2005**

CAUSA DE MORBILIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ENFERMEDAD PREVALENTE DE LA INFANCIA	373	63%
OTRO TIPO DE CONSULTA POR MORBILIDAD	219	37%
TOTAL	592	100%

FUENTE: hoja de AIEPI del expediente clínico, consulta diaria. Datos recolectados desde la 4ta. semana de Junio hasta la 1ra. semana de Agosto-2006.

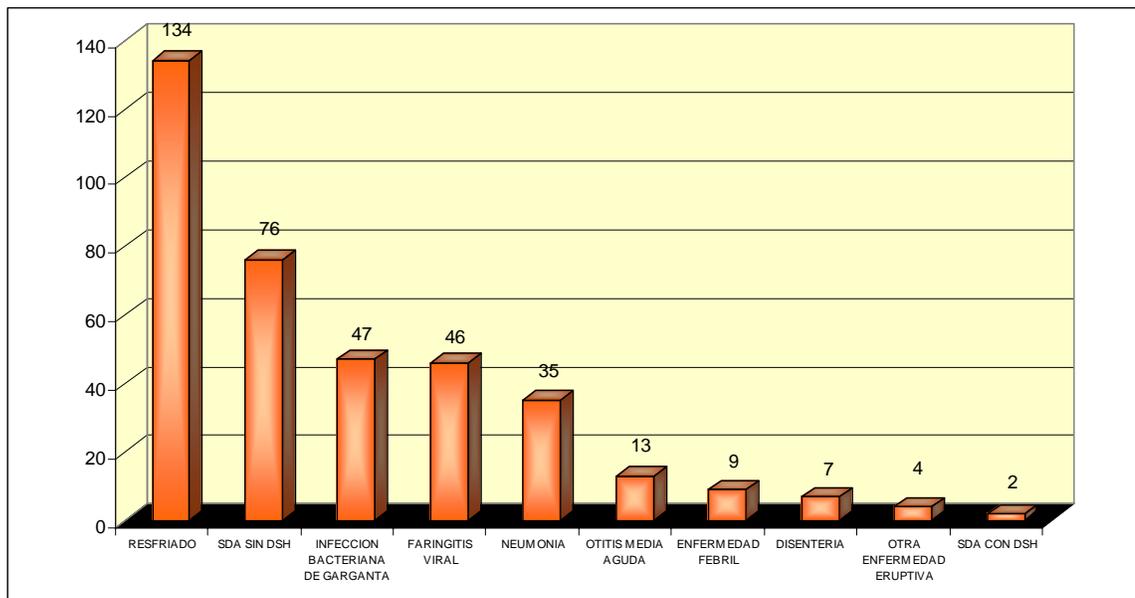
ANALISIS: la suma de niños desnutridos que fueron atendidos por alguna patología en la Unidad de Salud de Lislique corresponde a 592 consultas, un equivalente al 79.2%; del cual se obtiene 373 consultas pertenecientes a una enfermedad prevalente de la infancia, representando mas de la mitad del total de morbilidades; y 219 conciernen a otro tipo de morbilidad.

TABLA 5. ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA POR ORDEN DE FRECUENCIA, EN NIÑOS CON DESNUTRICION QUE CONSULTARON EN LA UNIDAD DE SALUD DE LISLIQUE EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE- 2005

ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RESFRIADO	134	35.9%
SINDROME DIARREICO AGUDO SIN DESHIDRATACION	76	20.4%
INFECCION BACTERIANA DE GARGANTA	47	12.6%
FARINGITIS VIRAL	46	12.4%
NEUMONIA	35	9.4%
OTITIS MEDIA AGUDA	13	3.5%
ENFERMEDAD FEBRIL	9	2.4%
DISENTERIA	7	1.8%
OTRA ENFERMEDAD ERUPTIVA	4	1.1%
SINDROME DIARREICO AGUDO CON DESHIDRATACION	2	0.5%
TOTAL	373	100%

FUENTE: hoja de AIEPI del expediente clínico, consulta diaria. Datos recolectados desde la 4ta. semana de Junio hasta la 1ra. semana de Agosto-2006.

GRAFICO 3. ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA POR ORDEN DE FRECUENCIA, EN NIÑOS DESNUTRIDOS DE LA UNIDAD DE SALUD DE LISLIQUE EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE- 2005



Fuente: hoja de AIEPI del expediente clínico, consulta diaria. Datos recolectados desde la 4ta. semana de Junio hasta la 1ra. semana de Agosto-2006.

ANALISIS: Del total de enfermedades prevalentes de la infancia que agrupa AEIPI en el estudio, sólo diez fueron motivo de consulta; y de éstas los resfriados, el síndrome diarreico agudo sin deshidratación y la infección bacteriana de garganta, son las tres más frecuentes. Es decir que las Infecciones Respiratorias Agudas y las Enfermedades Diarreicas Agudas fueron mayor motivo de consulta en pacientes desnutridos.

TABLA 6. GRADOS DE DESNUTRICION EN RELACION A LAS PRIMERAS TRES CAUSAS DE CONSULTA POR ENFERMEDAD PREVALENTE DE LA INFANCIA EN PACIENTES QUE ACUDIERON A LA UNIDAD DE SALUD DE LISLIQUE, LA UNION EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE-2005

GRADO DE DESNUTRICION	ENFERMEDAD PREVALENTE	FRECUENCIA
LEVE	RESFRIADO	96
LEVE	SDA SIN DSH	53
LEVE	FARINGITIS VIRAL	35
MODERADO	RESFRIADO	25
MODERADO	SDA SIN DSH	21
MODERADO	FARINGITIS VIRAL	9
SEVERO	INFECCION BACTERIANA DE GARGANTA	4
SEVERO	RESFRIADO	4
SEVERO	NEUMONIA	3

FUENTE: hoja de AIEPI del expediente clínico, consulta diaria. Datos recolectados desde la 4ta. semana de Junio hasta la 1ra. semana de Agosto-2006.

ANALISIS: los datos mostrados representan las tres enfermedades prevalentes de la infancia que mas predominaron según el grado de desnutrición; siendo la primer causa las Infecciones Respiratorias agudas, en los tres grados; seguidas por el diarrea sin deshidratación en los grados de desnutrición leve y moderado; sin embargo, las neumonías ya constituyen una de las mayores causas de consulta en la desnutrición severa.

TABLA 7 – A FRECUENCIA DE ENFERMEDAD PREVALENTE DE LA INFANCIA EN ESTADO NUTRICIONAL LEVE EN NIÑOS QUE CONSULTARON EN LA UNIDAD DE SALUD DE LISLIQUE, LA UNION EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE-2005

ENFERMEDAD PREVALENTES DE LA INFANCIA	FRECUENCIA
RESFRIADO	96
SDA SIN DSH	53
FARINGITIS VIRAL	35
INFECCION BACTERIANA DE GARGANTA	35
NEUMONIA	23
OTITIS MEDIA AGUDA	11
TOS	6
ENFERMEDAD FEBRIL	5
OTRA ENFERMEDAD ERUPTIVA	3
DISENTERIA	3
TOTAL	270

FUENTE: hoja de AIEPI del expediente clínico, consulta diaria. Datos recolectados desde la 4ta. semana de Junio hasta la 1ra. semana de Agosto-2006.

TABLA 7 - B. FRECUENCIA DE ENFERMEDAD PREVALENTE DE LA INFANCIA EN ESTADO NUTRICIONAL MODERADO QUE CONSULTARON EN LA UNIDAD DE SALUD DE LISLIQUE, LA UNION EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE-2005

ENFERMEDAD PREVALENTE DE LA INFANCIA	RECUENCIA
RESFRIADO	25
SDA SIN DSH	21
FARINGITIS VIRAL	9
NEUMONIA	9
INFECCION BACTERIANA DE GARGANTA	8
DISENTERIA	4
ENFERMEDAD FEBRIL	4
TOS	3
OTITIS MEDIA AGUDA	2
OTRA ENFERMEDAD ERUPTIVA	1
TOTAL	86

FUENTE: hoja de AIEPI del expediente clínico, consulta diaria. Datos recolectados desde la 4ta. semana de Junio hasta la 1ra. semana de Agosto-2006.

TABLA 7 – C FRECUENCIA DE ENFERMEDAD PREVALENTE DE LA INFANCIA EN ESTADO NUTRICIONAL SEVERA QUE CONSULTARON EN LA UNIDAD DE SALUD DE LISLIQUE, LA UNION EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE-2005

ENFERMEDAD PREVALENTE DE LA INFANCIA	FRECUENCIA
INFECCION BACTERIANA DE GARGANTA	4
RESFRIADO	4
NEUMONIA	3
SDA SIN DSH	2
FARINGITIS VIRAL	2
SDA CON DSH	2
TOTAL	17

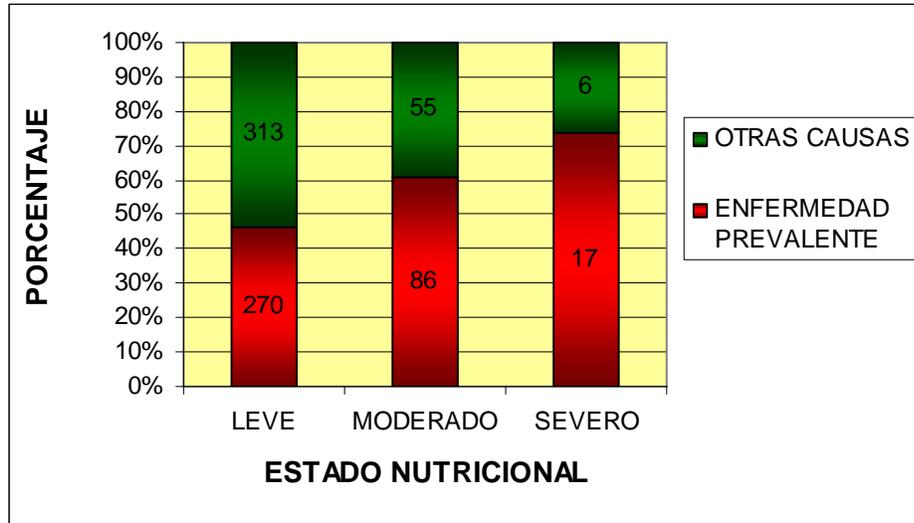
FUENTE: hoja de AIEPI del expediente clínico, consulta diaria. Datos recolectados desde la 4ta. semana de Junio hasta la 1ra. semana de Agosto-2006.

TABLA 8. FRECUENCIA DE CONSULTAS EN GENERAL Y POR ENFERMEDAD PREVALENTE DE LA INFANCIA DE ACUERDO AL GRADO DE DESNUTRICION EN NIÑOS QUE ACUDIERON A LA UNIDAD DE SALUD DE LISLIQUE LA UNION EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2005.

GRADO DE DESNUTRICION	CONSULTAS TOTALES	%	CONSULTAS POR ENFERMEDAD PREVALENTE	%	CONSULTA POR OTRAS CAUSAS	%
DESNUTRICION LEVE	583	100%	270	46.3%	313	53.7%
DESNUTRICION MODERADA	141	100%	86	61%	55	39%
DESNUTRICION SEVERA	23	100%	17	74%	6	26%
TOTAL	747		373		374	

FUENTE: hoja de AIEPI del expediente clínico, consulta diaria. Datos recolectados desde la 4ta. semana de Junio hasta la 1ra. semana de Agosto-2006.

GRAFICO 5. FRECUENCIA DE CONSULTAS POR ENFERMEDAD PREVALENTE DE LA INFANCIA DE ACUERDO AL GRADO DE DESNUTRICION EN NIÑOS QUE ACUDIERON A LA UNIDAD DE SALUD DE LISLIQUE LA UNION EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2005.



FUENTE: hoja de AIEPI del expediente clínico, consulta diaria. Datos recolectados desde la 4ta. semana de Junio hasta la 1ra. semana de Agosto-2006.

ANÁLISIS: En el estado de desnutrición leve, la cantidad de consulta por alguna patología es de 583, y la distribución porcentual demuestra que las consultas por enfermedad prevalente de la infancia corresponde a un poco menos del 50%, esto se interpretaría de la siguiente forma: que cuando un niño con este tipo de desnutrición consulta existe una probabilidad compartida de que sea una enfermedad prevalente de la infancia u otra morbilidad ajena a estas.

Los datos representados muestran que en el estado de desnutrición moderado, el mayor motivo de atención corresponde a enfermedades prevalentes de la infancia en un 61%, notando un leve incremento a los datos anteriormente presentados.

A pesar de que el estado de desnutrición severa es la mínima cantidad de pacientes y por ende de consulta, se puede puntualizar que hay una mayor probabilidad de que corresponda a una enfermedad prevalente de la infancia, cuando asisten a la unidad de salud; lo que demuestra que conforme el grado de desnutrición aumenta, la frecuencia de consulta por enfermedad prevalente de la infancia es mayor.

CONCLUSIONES

- El 79.3% de las atenciones brindadas a la población infantil desnutrida, independientemente de su grado de desnutrición corresponde a una morbilidad, lo que indica que es un grupo altamente vulnerable a enfermarse.
- Del total de consulta por morbilidad en la población infantil con algún grado de desnutrición, el 63% corresponde a una enfermedad prevalente de la infancia.
- Del variado grupo de enfermedades prevalentes de la infancia, las Infecciones Respiratorias Agudas, y Enfermedades Diarreicas Agudas son la causa más frecuente de morbilidad en niños desnutridos.
- Del consolidado de enfermedades prevalentes de la infancia por grado de desnutrición, las predominantes son: las Infecciones Respiratorias Agudas y las Enfermedades Diarreicas Agudas; y sólo dentro de la desnutrición severa, las neumonías alcanzan una alta incidencia.
- Los pacientes con desnutrición leve tuvieron un 46% de incidencia de enfermedad prevalente de la infancia, los moderados un 61% y los severos un 74%, lo que indica que a mayor grado de desnutrición mayor incidencia de enfermedad prevalente.

RECOMENDACIONES

- Debido a que la población infantil desnutrida es vulnerable a enfermar, es necesario darle más periodicidad a la atención preventiva para evaluar si presenta cambios positivos o negativos en su estado de nutrición, y de esta forma tomar medidas pertinentes en cada caso.
- Dado que las enfermedades Prevalentes de La Infancia que agrupa AIEPI, representa más del 50% del total de causas de consulta en niños desnutridos, se considera necesario hacer uso adecuado del manual AIEPI por parte del personal de salud para la atención de estos niños.
- Ya que las Infecciones Respiratorias Agudas y las Enfermedades Diarreicas Agudas constituyen las principales enfermedades Prevalentes de la infancia que afectan a estos niños, es indispensable que su manejo y tratamiento sea oportuno y correcto a fin de evitar posibles complicaciones e incluso muertes.
- Debido a que la incidencia de Enfermedad Prevalente de la Infancia es directamente proporcional al grado de desnutrición, la prevención y control de estas enfermedades debe ser más eficaz a medida que la desnutrición empeora.

PROPUESTA TECNICA EN SALUD

Debido a que la población infantil corresponde a un alto porcentaje de consulta en la Unidad de salud de Lislique, se debe hacer énfasis a las madres de la importancia que tiene acudir a las inscripciones y controles subsecuentes de niño sano y de este modo detectar oportunamente alguna anormalidad en el crecimiento y desarrollo, para tomar medidas pertinentes.

Los programas existentes en la Unidad de Salud destinados a la población infantil, deben ser brindados de manera conciente por parte del personal encargado, ya que son una herramienta fundamental para detectar, tratar o prevenir los problemas de salud en la niñez, además el personal de salud involucrado en estos, necesita ser capacitado de una manera constante, a fin de dominar de forma concreta e integral dichos programas.

Brindar educación a las mujeres inscritas en el programa de control prenatal, hacerles notar lo importante que es una adecuada nutrición desde el embarazo para obtener niños sanos y con un peso y talla adecuada, siendo el primer eslabón de la prevención de la desnutrición infantil.

Hacerles ver a los grupos familiares por medio de charlas educativas la importancia del adecuado estado nutricional, sobre todo en la población infantil, ya que de esta forma disminuye la incidencia de enfermedades prevalentes de la infancia y se garantiza un adecuado crecimiento y desarrollo.

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Demográfica Salvadoreña; CDC. Encuesta Nacional de Salud Familiar/ 2002/20003 (FESAL). El Salvador.ADC.CDC.
- BONILLA, GIDALBERTO. Estadística I: Estadística Descriptiva, 3ª edición. San Salvador, El Salvador. UCA Editores, 1995. 300p.
- BEHRMAN, KLIEGMAN, JENSON. Nelson, Tratado de Pediatría.Vol I, 16ª Edición, Philadelphia, Pennsylvania, USA, McGraw-Hill Interamericana editorial, S.A. de CV, 2001.1351 p.
- GISPERT-VIDAL, CARLOS Y JOSE Diccionario de Medicina Océano Mosby, 4ta. Edición, MMII Océano Grupo Editorial, SA. 1504p.
- Guía de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, Programa Nacional de Atención Integral en Salud a la Niñez, efectuada en El Salvador, febrero de 2005. 38 p.
- Guía metodológica para la elaboración de protocolos de investigación en salud, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección de Planificación de los Servicios de Salud, Unidad de Investigación y Evaluación, Republica de El Salvador, C.A. 2001. 72 p.
- FISDL, Mapa de Pobreza. El Salvador, 2005.

- INFORME SOBRE DESARROLLO HUMANO 2005. Publicado para el Programa de Las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), New York, New York, USA Ediciones Mundi-prensa 2005. 402 p.
- ZACARIAS ORTEZ, ELADIO. Métodos para hacer una investigación.1ª edición. Santa Ana, El Salvador. Diagramación y Levantamiento de Texto. CAMPO 2000, 1998. 210 p.
- www.cambiocultural.com.ar/default.asp
- www.indexmecico.com/publicaciones/journals/revistas
- www.unicef.org/spanish
- www.estanonacion.or.cr/inforegion.htm
- www.edac.cl/htm
- www.tierramerica.net/global/htm

ANEXOS

ANEXO 1

TABLA DE POBREZA DE LA SUBREGION DEL NORTE DEL ORIENTE DE EL SALVADOR ²⁰

Sub - Región Norte del Oriente		Tasa de Extrema Pobreza (Hogares)	Tasa de Pobreza Total (Hogares)	Índice Integrado de Marginalidad Municipal
Mico - Región: Municipios del Norte				
San Miguel	Coyula	41,5	67,9	44,6
San Miguel	Ciudad Barrios	32,3	59,6	33,4
San Miguel	Nuevo Edén de San Juan	39,5	63,8	43,1
San Miguel	San Antonio	39,5	78,0	52,7
San Miguel	San Gerardo	33,6	54,8	36,4
San Miguel	San Luis de La Reina	26,9	52,7	32,4
San Miguel	Basol	34,1	54,8	39,3
Mico - Región: Gotera - Chapeltique				
San Miguel	Chapeltique	14,2	40,3	23,6
Moctasin	Chilanga	38,7	65,5	38,2
Moctasin	El Divisadero	21,4	47,6	26,6
Moctasin	Guatínaga	53,1	78,2	47,9
Moctasin	Lolotiquillo	33,9	63,2	34,6
Moctasin	San Carlos	18,1	46,1	30,3
Moctasin	San Francisco Gotera	16,7	42,1	20,4
Moctasin	Sanseverina	40,4	63,7	37,8
Moctasin	Yamabal	38,8	65,6	39,7
Moctasin	Yoloniquín	16,8	46,7	26,0
Mico - Región: Orizaba - Perquin				
Moctasin	Ayacuahala	31,2	58,3	38,3
Moctasin	Caotopaca	40,9	68,5	40,3
Moctasin	Corinto	33,6	61,1	36,9
Moctasin	Dolores de Concepción	30,1	59,8	28,5
Moctasin	El Rosario	31,5	63,3	30,6
Moctasin	Guayacuti	56,5	80,3	44,8
Moctasin	Itatoca	43,2	74,0	42,1
Moctasin	Jocotitlan	29,2	60,2	26,3
Moctasin	Masapaca	27,6	58,1	24,0
Moctasin	Orión	27,1	57,2	28,8
Moctasin	Perquin	27,5	54,1	30,2
Moctasin	San Facundo	38,1	66,7	37,9
Moctasin	San Isidro	49,8	73,7	44,1
Moctasin	San Simón	44,2	70,1	40,4
Moctasin	Terela	60,4	88,5	53,9
Mico - Región: Santa Rosa de Lima				
Moctasin	Jocoro	19,4	30,4	21,1
Moctasin	Sociedad	24,1	52,7	32,6
La Unión	Anaméca	24,8	48,4	30,2
La Unión	Bolívar	19,7	44,7	24,3
La Unión	Concepción de Oriente	17,8	39,1	28,6
La Unión	El Guero	23,1	46,3	30,7
La Unión	El Milagro	37,0	63,6	41,5
La Unión	Nueva Esperanza	26,7	57,6	33,6
La Unión	Polanco	22,9	45,6	29,5
La Unión	San José	31,3	57,1	29,8
La Unión	Santa Rosa de Lima	14,9	30,0	21,7

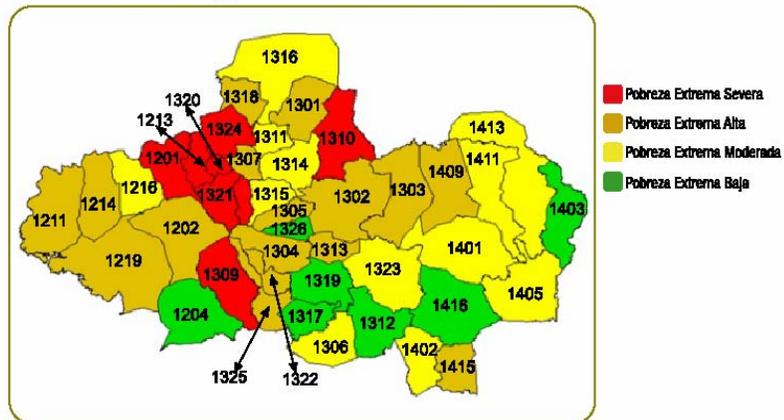
²⁰ FUENTE: Mapa de pobreza FISDL/2005

ANEXO 2

MAPA DE POBREZA DE LA SUBREGION DEL NORTE DEL ORIENTE DE EL SALVADOR ²¹

Fondo de Inversión Social para el Desarrollo Local **FISDL**

Sub-región Norte Del Oriente.



Código de Municipio	Departamento	Municipio	Código de Municipio	Departamento	Municipio
1201	San Miguel	Carolina	1315	Morazán	Oscala
1202	San Miguel	Ciudad Barrios	1316	Morazán	Perquín
1204	San Miguel	Chapeltique	1317	Morazán	San Carlos
1211	San Miguel	Nuevo Edén de San Juan	1318	Morazán	San Fernando
1213	San Miguel	San Antonio	1319	Morazán	San Francisco Gotera
1214	San Miguel	San Gerardo	1320	Morazán	San Isidro
1216	San Miguel	San Luis de La Reina	1321	Morazán	San Simón
1219	San Miguel	Seorí	1322	Morazán	Sensembra
1301	Morazán	Arambala	1323	Morazán	Sociedad
1302	Morazán	Cacaopera	1324	Morazán	Tonala
1303	Morazán	Corinto	1325	Morazán	Yamabal
1304	Morazán	Chilanga	1326	Morazán	Yoloaquin
1305	Morazán	Delicias de Concepción	1401	La Unión	Anamorós
1306	Morazán	El Divisadero	1402	La Unión	Boívar
1307	Morazán	El Rosario	1403	La Unión	Concepción de Oriente
1308	Morazán	Gualococti	1406	La Unión	El Sauce
1309	Morazán	Guatajagua	1409	La Unión	Lisique
1310	Morazán	Jocasta	1411	La Unión	Nueva Esparta
1311	Morazán	Jocoaitique	1413	La Unión	Potrerós
1312	Morazán	Jocoro	1415	La Unión	San José
1313	Morazán	Lolotiquillo	1416	La Unión	Santa Rosa de Lima
1314	Morazán	Meanguera			

²¹ FUENTE: según FISDL/ 2005

ANEXO 3

CINCO PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN MENORES DE 1 AÑO EN EL SALVADOR, PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2004²²

CINCO PRIMERAS CAUSAS DE MAS FRECUENTES DE MORBILIDAD ATENDIDAS EN CONSULTA AMBULATORIA EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO			
EL SALVADOR, ENERO- DICIEMBRE 2004			
Diagnostico	Total de consulta por primera vez	Total de consulta primera vez y subsecuente	Tasa de incidencia por 100,000 habitantes
Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores ²³	184,151	211,492	139,544
Diarrea y gastroenteritis de posible origen infeccioso	62,553	71,997	47,401
Bronquitis y bronquiolitis aguda	25,569	31,569	19,375
Neumonía y bronconeumonias	13,483	17,207	10,217
Dermatitis y eczema ²⁴	12,719	14,719	9,368

Fuente: Censo diario de consulta médica (consulta externa y emergencia) año 2004.

²² Ministerio de Salud Pública y Asistencia social, Dirección de planificación de los servicios de salud. El Salvador/2004.

²³ INCLUYE: Rinofaringitis aguda, sinusitis aguda, faringitis aguda, amigdalitis aguda, laringitis y traqueitis aguda, laringitis obstructiva aguda (crup), epiglotitis, faringoamigdalitis aguda y otras infecciones agudas de vías respiratorias superiores, de sitios múltiples y de sitios no especificados.

²⁴ DERMATITIS DE TIPO: atópica, seborrea capitis e infantil, del pañal, alérgica de contacto debida a disolventes, alimentos y causas no especificada, prurigo, otras no especificadas.

ANEXO 4

CINCO PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD NIÑOS DE 1 - 4 AÑOS EN EL SALVADOR, PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2004²⁵

CINCO CAUSAS MAS FRECUENTES DE MORBILIDAD ATENDIDAS EN CONSULTA AMBULATORIA – AMBOS SEXOS- 1-4 AÑOS			
EL SALVADOR ENERO A DICIEMBRE 2004			
Diagnostico	Total de consulta por primera vez	Total de consulta primera vez y subsecuente	Tasa de incidencia por 100,000 habitantes
Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	515,101	581,236	763,314
Diarrea y gastroenteritis de posible origen infecciosos	115,338	133,050	170,916
Parasitismo intestinal	69,919	81,137	103,611
Bronquitis y bronquiolitis aguda	55,042	66,496	81,565
Infecciones de la piel y tejidos subcutáneos	34,597	39,432	51,268

Fuente: Censo diario de consulta médica (consulta externa y emergencia) año 2004.

²⁵ Ministerio de Salud Publica y Asistencia social, Dirección de planificación de los servicios de salud. El Salvador/2004.

ANEXO 5

CINCO PRIMERAS CAUSAS DE MUERTES HOSPITALARIAS EN AMBOS SEXOS EN MENORES DE 1 AÑO, EN EL SALVADOR, PERIODO DE ENERO- DICIEMBRE 2004²⁶

CINCO PRIMERAS CAUSAS DE MUERTES HOSPITALARIAS EN AMBOS SEXOS EN MENORES DE 1 AÑO ²⁷			
EL SALVADOR, ENERO A DICIEMBRE DE 2004.			
Causa de muerte	Total de muertes	Total de egresos	% del total de muertes
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal 9	597	20,025	57.35
Malformaciones congénitas ²⁹	184	1,372	17.68
Neumonía y bronconeumonía	79	5,072	7.59
Diarrea y gastroenteritis de posible origen infeccioso	37	5,202	3.55
Septicemia ³⁰	23	150	2.21

FUENTE: Registro diario de egresos hospitalarios. (Tasa por mil nacidos vivos: 73,258 niños)

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL INSTITUCIONAL: 14.21

²⁶ Ministerio de Salud Pública y Asistencia social, Dirección de planificación de los servicios de salud. El Salvador/2004.

²⁷ Las diez primeras causas de muerte se han seleccionado con base al total de muertes, ocurridas dentro de los hospitales nacionales durante el año 2004.

⁶⁰ Incluye recién nacidos afectados por ruptura prematura de membrana, trastornos relacionados con la duración de la gestación.

²⁹ MALFORMACIONES CONÉNTAS DE: Sistema nervioso, circulatorio, respiratorio, sistema osteomuscular, digestivos, otros sitios anatómicos

³⁰ No incluye sepsis bacteriana del recién nacido

ANEXO 6

CINCO PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE HOSPITALARIA AMBOS SEXOS- 1 A 4 AÑOS, EL SALVADOR, ENERO A DICIEMBRE 2004³¹

CINCO PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE HOSPITALARIA AMBOS SEXOS- 1 A 4 AÑOS.			
EL SALVADOR, ENERO A DICIEMBRE 2004			
Causas de muerte	Total de muertes	Total de egresos	% del total de muertes
Neumonías y bronconeumonias	23	5,776	14.56
Diarrea y gastroenteritis de posible origen infeccioso	17	5,569	10.76
Malformaciones congénitas ³²	17	764	10.76
Tumores malignos que afectan diferentes regiones del cuerpo	10	146	6.33
Desnutrición proteico calórico (todo grado y el no especificado)	8	149	5.06

FUENTE: Registro diario de egresos hospitalarios.

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL INSTITUCIONAL DE 1 A 4 AÑOS: 3.01
(Tasa por 10,000 habitantes de 1 a 4 años: 524,385)

³¹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia social, Dirección de planificación de los servicios de salud. El Salvador/2004.

³² _INCLUYE: hidrocéfalo congénito, malformaciones congénitas del sistema circulatorio, vasos cerebrales y síndrome de Down.

ANEXO 7-A**TOTAL DE ATENCIONES PREVENTIVAS, UNIDAD DE SALUD DE LISLIQUE/2005**

ATENCIÓN DEL NIÑO MENOR DE 1 AÑO DE LA UNIDAD DE SALUD DE LISLIQUE, AÑO 2005		TOTAL
Total de atenciones del menor de 1 año		1317
Total de inscripciones del menor de 1 año		323
INSCRIPCIONES	Total de inscripciones en el menor de 28 días	196
	Total de inscripciones de 29 a 364 días	127
CONTROLES		
SUBSECUENTES	Total de controles subsecuentes	867
	Normal	399
ESTADO NUTRICIONAL	Leve	35
	Moderado- severo	6

FUENTE: Informe Estadístico Mensual Automatizado/2005

ANEXO 7 - B**TOTAL DE ATENCION PREVENTIVA, UNIDAD DE SALUD DE LISLIQUE/2005**

ATENCIÓN DEL NIÑO MENOR DE 1 A 4 AÑOS DE LA UNIDAD DE SALUD DE LISLIQUE, AÑO 2005		TOTAL
Total de inscripciones de 1 año a menos de 2 años		248
Total de controles de 1 año a menos de 2 años		420
	Normal	228
ESTADO	Leve	77
NUTRICIONAL	Moderado- severo	24
Total de inscripciones de 2 a 4 años		234
Total de controles de 2 a 4 años		543
	Normal	266
ESTADO	Leve	71
NUTRICIONAL	Moderado- severo	29

FUENTE: Informe Estadístico Mensual Automatizado/2005

ANEXO 8

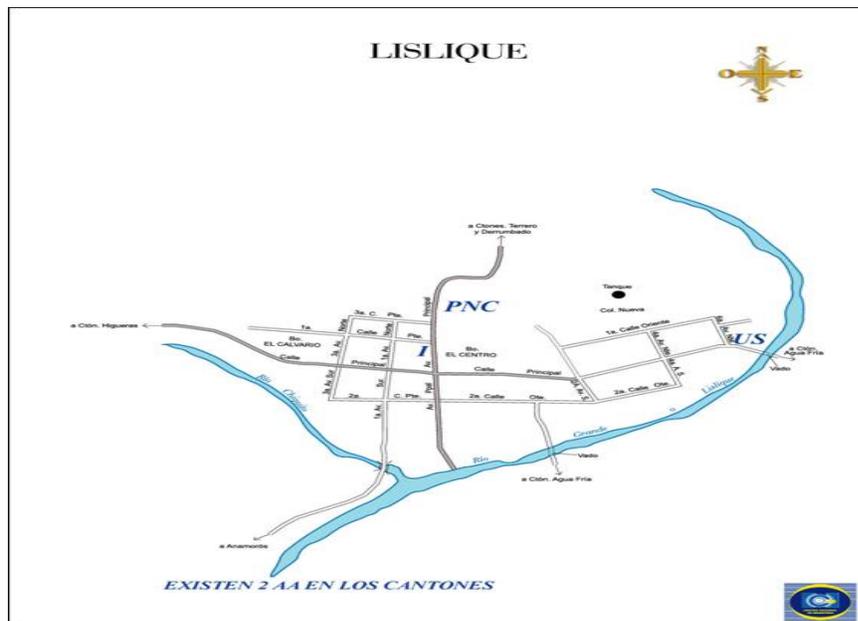
UBICACIÓN GEOGRAFICA DE LISLIQUE



FUENTE: www.mapzones.com

ANEXO 9

MAPA GEOGRAFICO DEL MUNICIPIO DE LISLIQUE



FUENTE: www.mapzones.com

ANEXO 10

UNIDAD DE SALUD DEL MUNICIPIO DE LISLIQUE³³



³³ Toma de fotografía: abril/2006

ANEXO 11-A

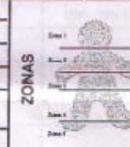
HOJA DE INSCRIPCION DE ATENCION INTEGRAL AL MENOR DE 8 DIAS/AIEPI 2005³⁴

HOJA DE INSCRIPCION DE ATENCION INTEGRAL AL(LA) MENOR DE 8 DIAS													
Nombre:			Fecha de Nacimiento			Fecha (Hoy)			Edad (Días)	Peso (Gramo)	Tº	Talla (cm)	Perim. Abd. (cm)
Nº de Registro:			Dia Mes Año			Dia Mes Año							
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			Establecimiento:										
PARTO ATENDIDO EN:				PARTO ATENDIDO POR:									
Hospital <input type="checkbox"/> U. de S. <input type="checkbox"/> Domiciliar <input type="checkbox"/>				Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Partera <input type="checkbox"/> Promotor de Salud <input type="checkbox"/> Otra persona <input type="checkbox"/> Quien? _____									
PRENATAL			PERINATAL			DEL RECIÉN NACIDO			ALTO RIESGO				
RPM < 18 hrs. Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			•Parto prolongado..... Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			• Lloró y respiró al nacer: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			• APGAR (Si esta disponible) 1º min _____ 5º min _____				
RPM > 18 hrs. Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			•Presentación:..... Podálico <input type="checkbox"/> Cefálico <input type="checkbox"/>			• Recibió reanimación: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			• Contaminado con heces maternas: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sabe <input type="checkbox"/>				
Fiebre Materna Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			•Vía del parto:..... Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/>			• Recibió BCG: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			PRE NATA L Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Enfermedad infecciosa materna.....Si <input type="checkbox"/>			•Presencia de meconio:.....Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>										
IVU reciente (2 sem. Previas al parto) <input type="checkbox"/>			•Embarazo:..... Pretérmino <input type="checkbox"/> Término <input type="checkbox"/>										
CLASIFICACIÓN POR PESO Y EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO:						PREMATURO DE RIESGO Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		BAJO PESO DE RIESGO Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
EDAD GEST CAPURRO	PESO:	PERÍMETRO CEFÁLICO	Prematuro con riesgo			Bajo Peso al Nacer con riesgo			Bajo peso al nacer sin riesgo				
	< 2000 grms. <input type="checkbox"/>		• Menor o igual a 34 sem. <input type="checkbox"/>			• RN menor de 2000 grms. <input type="checkbox"/>			• RN 2000 – 2500 grms. sin signos de peligro. <input type="checkbox"/>				
	2000 – 2500 grms. <input type="checkbox"/>		• 35–36 sem. con signos de peligro <input type="checkbox"/>			• RN 2000 – 2500 grms. con signos de peligro <input type="checkbox"/>			• RN mayor de 2500 grms..... <input type="checkbox"/>				
Semanas	≥ 2500 grms. <input type="checkbox"/>	Cms.	Prematuro sin riesgo			Referir			Control en dos días.				
			• 35–36 sem. sin signos de peligro <input type="checkbox"/>										
VERIFICAR ANTECEDENTES DE VACUNACION: Anotar fecha, las vacunas que se aplicarán hoy y las del próximo control.													
VACUNACION		RN	1ra. DOSIS	2da. DOISIS	3a. DOSIS	12 MESES	15 A 18 MESES	4 A 5 AÑOS					
BCG (Tuberculosis)													
PENTAVALENTE (DPT-HBV-HB)													
SRP													
DPT													
OPV													
OTROS													
VERIFICAR ADMINISTRACIÓN DE MICRONUTRIENTES: Anotar fecha, los micronutrientes que se administrarán hoy y las del próximo control.													
VITAMINA A													
EDAD	0-2 meses	4 meses	6 meses	1 año	1 a 6 m	2 años	2 a 6 m	3 años	3 a 6 m	4 años	4 a 6 m	5 años	
FECHA DE ADMINISTRACIÓN													
HIERRO													
EDAD	6 meses	9 meses	1 año	1 a 4 m	1 a 6 m	2 años	2 a 6 m	3 años	3 a 6 m	4 años	4 a 6 m	5 años	
FECHA DE ADMINISTRACIÓN													
ZINC													
EDAD	6 meses	8 meses	10 meses	1 año	1 a 6 m	2 años	2 a 6 m	3 años	3 a 6 m	4 años	4 a 6 m	5 años	
FECHA DE ADMINISTRACIÓN													
MEBENDAZOL(A PARTIR DEL AÑO) Ó ALBENDAZOL (A PARTIR DE LOS 2 AÑOS)													
EDAD	1 año	1 a 6 m	2 años	2 a 6 m	3 años	3 a 6 m	4 años	4 a 6 m	5 años				
FECHA DE ADMINISTRACIÓN													

³⁴ AIEPI/2005

ANEXO 11-B

**HOJA DE INSCRIPCIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL MENOR DE 8
DÍAS/AIEPI 2005**

MOTIVO DE LA CONSULTA										
VERIFICAR SI HAY UNO O MÁS SIGNOS DE ENFERMEDAD MUY GRAVE										
	SI	NO		SI	NO		SI	NO		
Temp. Axilar <36.0 ó >37.5 °C			Palidez			Movimientos anormales o convulsiones			ENFERMEDAD MUY GRAVE	
FR <40 ó > 50 por minuto			Mal llenado capilar (>2 segundos)			Llanto inconsolable				
Tiraje intercostal			Tiene dificultad para alimentarse al			Hipoactivo				
Aleteo nasal			Distensión abdominal			Manifestaciones de sangrado: equimosis, petequias				SI <input type="checkbox"/>
Apnea			Vomita todo.			Pústulas o vesículas en la piel (Muchas o extensas)				NO <input type="checkbox"/>
Quejido, estridor o sibilancia			«Se ve mal», irritable			Secreción purulenta de ombligo con eritema que se extiende a la piel				
Cianosis central			Letárgico, inconsciente o hipotónico			Anomalías congénitas mayores.				
VERIFICAR SIGNOS DE INFECCIÓN LOCAL:										
				SI	NO				Infección Local	
Secreción purulenta conjuntival						Pústulas en la piel (pocas o localizadas)			SI <input type="checkbox"/>	
Ombligo eritematoso o con secreción purulenta si extenderse a la piel						Placas blanquesinas en la boca			NO <input type="checkbox"/>	
PRESENTA EL RECIÉN NACIDO ICTERICIA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>										
	SI	NO		SI	NO				ICTERICIA DE ALTO RIESGO	
Inicio en las primeras 24 horas de vida			Hipotermia, hipotonía o hipoactividad, no succiona							
Evolución de más de una semana			Llanto agudo y monótono							
Madre Rh negativa			Céfalo hematomas							
Ingestión por la madre de alguno de los medicamentos mencionados			Madre grupo «O» con recién nacidos con diferente grupo (A-B-AB)							
Zona 3 o más de la clasificación de Kramer										
EVALUAR POR ICTERICIA DE BAJO RIESGO										
	SI	NO		SI	NO				ICTERICIA DE BAJO RIESGO	
niño después de 36 horas de vida			Zonas 1 ó 2 de la clasificación de Kramer						Controlar en dos días	
Evolución menor de una semana			Ningún signo neurológico						SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
EVALUAR ALIMENTACIÓN DE RECIÉN NACIDO										
	SI	NO		SI	NO				PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Dar recomendaciones a la madre	
Agarre deficiente del pecho			Se alimenta al pecho menos de 10 veces en 24 horas							
Tiene mal agarre			Recibe otros alimentos o líquidos							
Tiene mala posición			Recibe otra fórmula							
OTROS HALLAZGOS (ESPESIFIQUE):										
DIAGNÓSTICO CLÍNICO:										
TRATAMIENTO:							REFERENCIA			
							SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
FECHA PROXIMA CITA:										
FECHA PROXIMO CONTROL:					SELLO Y FIRMA DEL RESPONSABLE					
CAUSA DE NO SEGUIMIENTO:										
CAMBIO DE DOMICILIO <input type="checkbox"/>			MUERTE <input type="checkbox"/>			OTROS <input type="checkbox"/>				

ANEXO 12-A

HOJA DE INSCRIPCION DE ATENCION INTEGRAL AL MENOR DE 5 AÑOS/AIEPI 2005

HOJA DE INSCRIPCION DE ATENCION INTEGRAL AL MENOR DE 5 AÑOS

Nombre: *		Fecha de Nac.	Fecha			Edad			Peso	T°	Talla	PC	
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	No. de Registro: _____		Día	Mes	Año	Años	Meses	Días				MAC <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> MN <input type="checkbox"/>	
ANTECEDENTES PERINATALES Parto Atendido en: Hosp. <input type="checkbox"/> U. de S. <input type="checkbox"/> Domiciliar <input type="checkbox"/> Parto atendido por: Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Partera <input type="checkbox"/> Promotor de Salud <input type="checkbox"/> Otra persona <input type="checkbox"/>													
Patología Emb. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parto: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Edad Gestacional _____	Peso al nacer _____ Grms.	Recibió Reanimación Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Patología RN Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Apnea <input type="checkbox"/> Mal Form. Congénita <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Hemorragias <input type="checkbox"/> Asfixia <input type="checkbox"/> SDR <input type="checkbox"/> Hiperbil. <input type="checkbox"/> Tras. Neurol. <input type="checkbox"/> M. hialina <input type="checkbox"/> Infección <input type="checkbox"/> Tras. Metabólicos <input type="checkbox"/>				Egreso RN. Sano <input type="checkbox"/> Con Patología <input type="checkbox"/> Especifique: _____					
Parto Vaginal <input type="checkbox"/> Podálico <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Cefálico <input type="checkbox"/>	Menor 2500g. <input type="checkbox"/>	Talla _____ cms.	P.C. _____ cms.										
ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES Ninguno <input type="checkbox"/> Hereditario <input type="checkbox"/> Adquirido <input type="checkbox"/> Especifique: _____				ANTECEDENTES PATOLOGICOS MATERNOS (En Parto Anterior) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cirugías <input type="checkbox"/> Intoxicaciones <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Especifique: _____									
VERIFICAR ANTECEDENTES DE VACUNACION: Anotar fecha, las vacunas que se aplicarán hoy y las del próximo control.													
VACUNACION	RN	1ra. DOSIS	2da. DOISIS	3a. DOSIS	12 MESES	15 A 18 MESES	4 A 5 AÑOS						
BCG (Tuberculosis)													
PENTAVALENTE (DPT-HBV-HIB)													
SRP													
DPT													
OPV													
OTROS													
VERIFICAR ADMINISTRACIÓN DE MICRONUTRIENTES: Anotar fecha, los micronutrientes que se administrarán hoy y las del próximo control.													
VITAMINA A													
EDAD	0-2 meses	4 meses	6 meses	1 año	1 a 6 m	2 años	2 a 6 m	3 años	3 a 6 m	4 años	4 a 6 m	5 años	
FECHA DE ADMINISTRACIÓN													
HIERRO													
EDAD	6 meses	9 meses	1 año	1 a 4 m	1 a 8 m	2 años	2 a 6 m	3 años	3 a 6 m	4 años	4 a 6 m	5 años	
FECHA DE ADMINISTRACIÓN													
ZINC													
EDAD	6 meses	8 meses	10 meses	1 año	1 a 6 m	2 años	2 a 6 m	3 años	3 a 6 m	4 años	4 a 6 m	5 años	
FECHA DE ADMINISTRACIÓN													
MEBENDAZOL (A PARTIR DEL AÑO) Ó ALBENDAZOL (A PARTIR DE LOS 2 AÑOS)L													
EDAD	1 año	1 a 6 m	2 años	2 a 6 m	3 años	3 a 6 m	4 años	4 a 6 m	5 años				
FECHA DE ADMINISTRACIÓN													

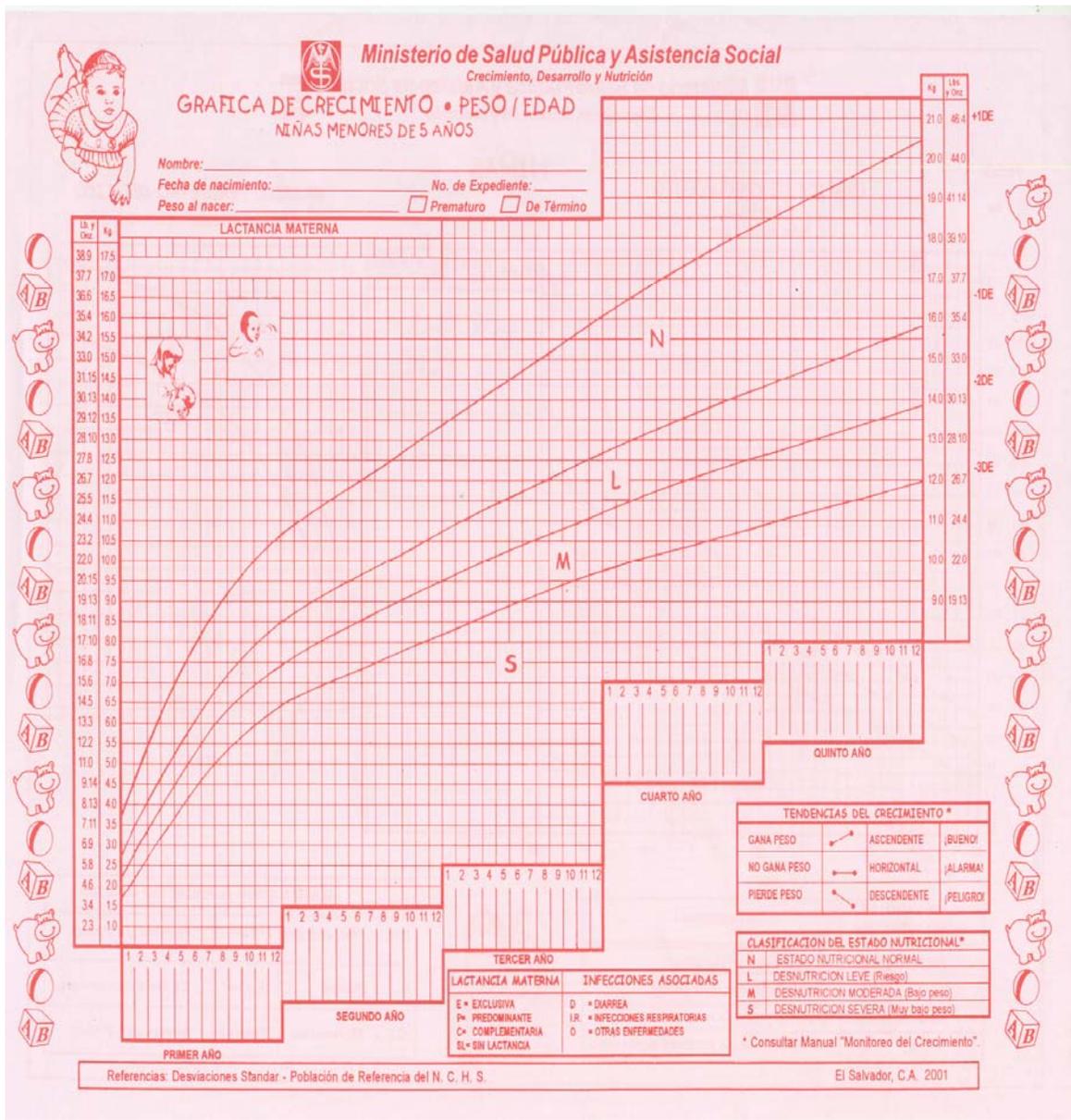
ANEXO 12-B

HOJA SUBSECUENTE DE ATENCION INTEGRAL AL MENOR DE 5 AÑOS/AIEPI 2005

HOJA SUBSECUENTE DE ATENCION INTEGRAL AL MENOR DE 5 AÑOS												
Nombre:		Fecha de Nac.		Fecha			Edad		Peso	Tº	Talla cm	PC
Sexo:		No. de Registro:		Día	Mes	Año	Años	Meses	Días			
M <input type="checkbox"/>												MAC <input type="checkbox"/>
F <input type="checkbox"/>												N <input type="checkbox"/>
												MC <input type="checkbox"/>
MOTIVO DE CONSULTA:			CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO <input type="checkbox"/>									
Primera vez <input type="checkbox"/>			Subsecuente <input type="checkbox"/>									
VERIFIQUE SI HAY SIGNOS GENERALES DE PELIGRO (Encerrar en un círculo lo positivo)												
DEL NIÑO (A) 8 DÍAS A MENOR DE 2 MESES. ENFERMEDAD MUY GRAVE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>										MAYOR DE 2 MESES ENFERMEDAD MUY GRAVE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
<ul style="list-style-type: none"> Temp. axilar <36.0 ó >37.5 °C Aleteo nasal Cianosis central No puede tomar el pecho "Se ve mal", irritable Movimientos anormales ó convulsiones Pústulas o vesículas en la piel (muchas o extensas) Manifestaciones de sangrado, equimosis, petequias Secreción purulenta de ombligo con eritema que se extiende a la piel 										<ul style="list-style-type: none"> FR <40 ó > 60 por minuto Apnea Palidez Distensión abdominal Letárgico, inconsciente o hipotónico Llanto inconsolable Abombamiento de la fontanela ó Tiraje subcostal grave Quejido, estridor o sibilancia Mal llenado capilar (> 2 segundos) Vomita todo Hipoactivo Anomalias congénitas mayores Supuración de oído 		
INFECCION LOCAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>												
Secreción purulenta conjuntival Ombligo eritematoso o con secreción purulenta sin extenderse a la piel, Pústulas en la piel (pocas o localizadas), Placas blanquecinas en la boca.												
¿TIENE EL NIÑO(A) TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>										MAYOR DE 2 MESES		
Cuánto tiempo hace _____ días												
VERIFICAR: Respiración por minuto _____ Respiración rápida Tiraje Subcostal Estridor en reposo												
Sibilancias												
¿TIENE EL NIÑO(A) DIARREA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>										MENOR Y MAYOR DE 2 MESES		
Cuánto tiempo hace? _____ días Sangre en las heces												
Determinar el estado general: Letárgico o Inconsciente, inquieto o irritable, Ojos hundidos, Ofrecer líquidos: Bebe mal o no puede beber												
Bebe ávidamente con sed Signo del pliegue cutáneo: Muy lentamente (mas de 2 seg.) Lentamente (menos de 2 seg.)												
¿TIENE EL NIÑO(A) FIEBRE? (Determinada por interrogatorio, al tacto o temperatura de 38° C o más) SI _____ NO _____										MAYOR DE 2 MESES		
¿Cuánto tiempo hace? _____ días Más de 7 días ¿todos los días? Rigidez de nuca Manifestaciones hemorrágicas/Sosp. de dengue.												
Erupción cutánea generalizada, Tos-Coriza-Conjuntivitis/Sosp. de Sarampión; Area Hiperendémica Paludismo.												
¿TIENE EL NIÑO(A) PROBLEMA DE OIDO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>										MAYOR DE 2 MESES		
Dolor Supuración Cuanto tiempo hace? _____ días Timpano rojo												
Tumefacción dolorosa detrás de la oreja.												
¿TIENE EL NIÑO(A) PROBLEMAS DE GARGANTA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>										MAYOR DE 2 MESES		
Dolor Ganglios del cuello crecidos y dolorosos												
Exudados blancos en la garganta. Garganta eritematosa.												
VERIFICAR SI PRESENTA DESNUTRICIÓN Signos emaciación visible grave, edema ambos pies					VERIFICAR LA TENDENCIA DEL CRECIMIENTO:			VERIFICAR SI TIENE ANEMIA:				
Peso en canal Normal <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Mod. <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/>					Crecimiento: adecuado - inadecuado			Palidez palmar: intensa leve no tiene				
VERIFICAR SI EL NIÑO HA RECIBIDO: Vitamina A: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha de última dosis: _____ Hierro: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha de última dosis: _____												
Mebendazole: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha de última dosis: _____ Zinc: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha de última dosis: _____												
EVALUAR LA ALIMENTACION DE ACUERDO A EDAD: Toma pecho SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuántas veces al día? _____ Ingiere otra alimentación SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>												
En caso afirmativo ¿Cuántas veces al día? _____ cuales alimentos o líquidos _____ ¿Toma pacha? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>												
Durante esta enfermedad hubo algún cambio en la alimentación SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si hubo ¿cual? _____ durante cuánto tiempo? _____												
OTROS HALLAZGOS (ESPECIFIQUE):												
CLASIFICACION:										REFERENCIA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
DIAGNOSTICO CLINICO:						DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: (UNA VEZ AL AÑO)						
TRATAMIENTO:												
FECHA PROXIMA CITA:												
FECHA PROXIMO CONTROL:						SELLO Y FIRMA DEL RESPONSABLE:						
CAUSA DE NO SEGUIMIENTO: CAMBIO DE DOMICILIO <input type="checkbox"/> MUERTE <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>												

ANEXO 13-A³⁵

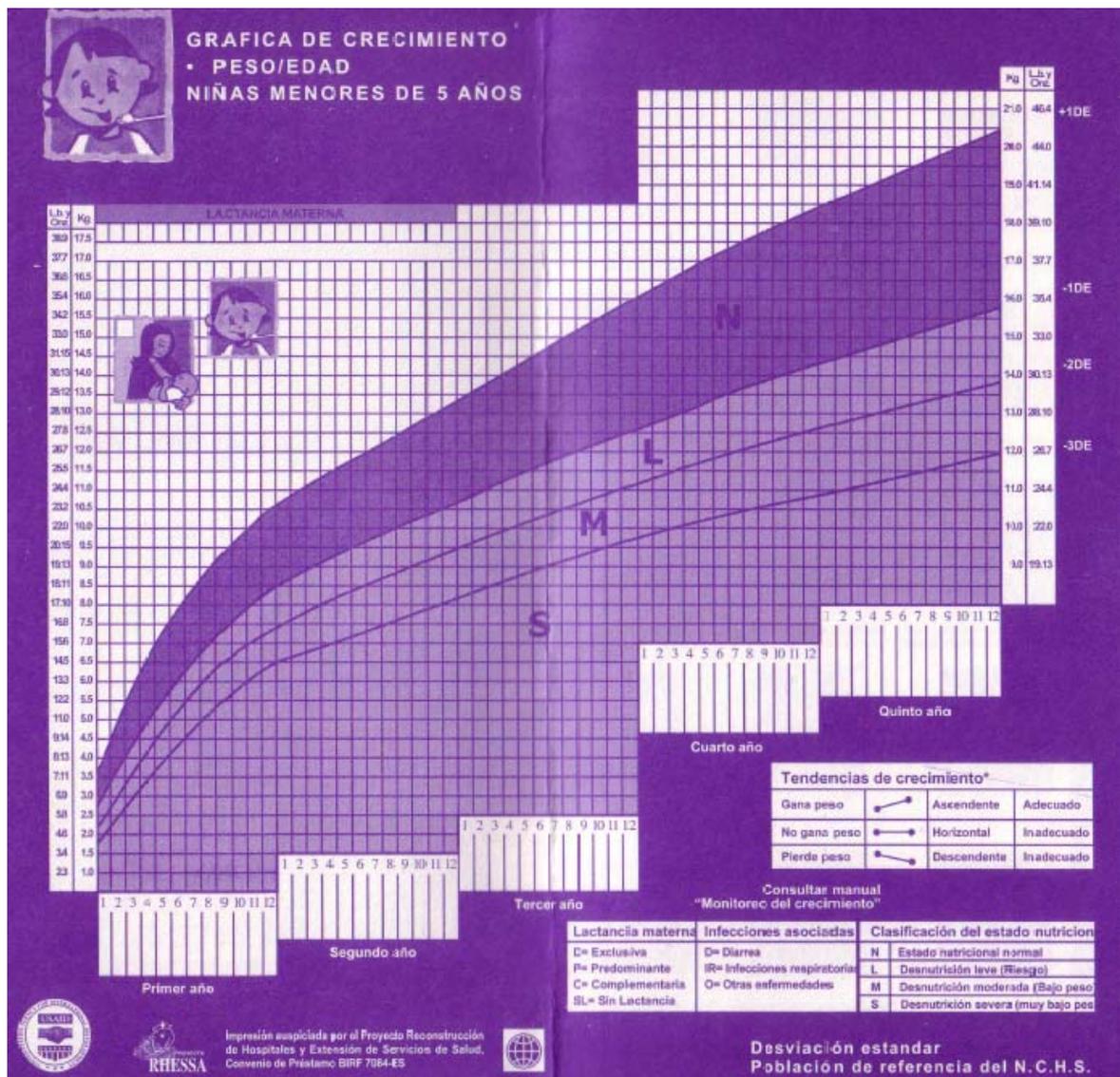
GRAFICA DE CRECIMIENTO PESO/EDAD EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS/AIEPI 2005



³⁵ Fuente: Guía AIEPI 2005.

ANEXO 13 C³⁷

TARJETA DE CONTROL INFANTIL PROGRAMA NACIONAL DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LA NIÑEZ (TABLA DE PESO/EDAD)



³⁷ Fuente: Guía AIEPI 2005

ANEXO 14³⁸

TABLA DE PESO MÍNIMO ESPERADO EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS/AIEPI/2005

TABLA DE PESO MÍNIMO ESPERADO EN NIÑOS(AS) MENORES DE 2 AÑOS

PESO ACTUAL	PESO A LOS 30 DÍAS	PESO A LOS 60 DÍAS	PESO ACTUAL	PESO A LOS 30 DÍAS	PESO A LOS 60 DÍAS	PESO ACTUAL	PESO A LOS 30 DÍAS	PESO A LOS 60 DÍAS	PESO ACTUAL	PESO A LOS 30 DÍAS	PESO A LOS 60 DÍAS
1.8	2.3	2.9	5.0	5.6	6.0	8.2	8.5	8.8	11.4	11.6	11.7
1.9	2.4	3.0	5.1	5.7	6.1	8.3	8.6	8.9	11.5	11.7	11.8
2.0	2.6	3.3	5.2	5.7	6.2	8.4	8.7	8.9	11.6	11.8	11.9
2.1	2.7	3.4	5.3	5.8	6.3	8.5	8.8	9.0	11.7	11.9	12.0
2.2	2.8	3.5	5.4	5.9	6.4	8.6	8.9	9.1	11.8	11.9	12.1
2.3	2.9	3.6	5.5	6.0	6.5	8.7	8.9	9.2	11.9	12.0	12.2
2.4	3.0	3.7	5.6	6.1	6.5	8.8	9.0	9.3	12.0	12.1	12.3
2.5	3.1	3.8	5.7	6.2	6.6	8.9	9.1	9.4	12.1	12.2	12.3
2.6	3.3	3.9	5.8	6.3	6.7	9.0	9.2	9.5	12.2	12.3	12.4
2.7	3.4	4.0	5.9	6.4	6.8	9.1	9.3	9.6	12.3	12.4	12.5
2.8	3.5	4.1	6.0	6.5	6.9	9.2	9.4	9.7	12.4	12.5	12.6
2.9	3.6	4.2	6.1	6.5	6.9	9.3	9.5	9.8	12.5	12.6	12.7
3.0	3.7	4.3	6.2	6.6	7.0	9.4	9.6	9.8	12.6	12.7	12.8
3.1	3.8	4.4	6.3	6.7	7.1	9.5	9.7	9.9	12.7	12.8	12.9
3.2	3.9	4.5	6.4	6.8	7.2	9.6	9.8	10.0	12.8	12.9	13.0
3.3	4.0	4.6	6.5	6.9	7.2	9.7	9.8	10.1	12.9	13.0	13.1
3.4	4.1	4.7	6.6	7.0	7.3	9.8	10.0	10.2	13.0	13.1	13.2
3.5	4.2	4.8	6.7	7.1	7.4	9.9	10.1	10.3	13.1	13.2	13.3
3.6	4.3	4.9	6.8	7.2	7.5	10.0	10.2	10.4	13.2	13.3	13.4
3.7	4.4	5.0	6.9	7.3	7.6	10.1	10.3	10.5	13.3	13.4	13.5
3.8	4.5	5.1	7.0	7.3	7.7	10.2	10.4	10.6	13.4	13.5	13.6
3.9	4.6	5.2	7.1	7.4	7.8	10.3	10.5	10.7	13.5	13.6	13.7
4.0	4.7	5.2	7.2	7.5	7.9	10.4	10.6	10.8	13.6	13.7	13.8
4.1	4.8	5.3	7.3	7.6	7.9	10.5	10.7	10.9	13.7	13.8	13.9
4.2	4.9	5.4	7.4	7.7	8.0	10.6	10.8	11.0	13.8	13.9	14.0
4.3	4.9	5.5	7.5	7.8	8.1	10.7	10.9	11.1	13.9	14.0	14.1
4.4	5.0	5.6	7.6	7.9	8.2	10.8	11.0	11.2	14.0	14.1	14.2
4.5	5.1	5.6	7.7	8.0	8.3	10.9	11.1	11.3	14.1	14.2	14.3
4.6	5.2	5.7	7.8	8.1	8.4	11.0	11.2	11.3	14.2	14.3	14.4
4.7	5.3	5.8	7.9	8.2	8.5	11.1	11.3	11.4	14.3	14.4	14.5
4.8	5.4	5.9	8.0	8.3	8.6	11.2	11.4	11.5	14.4	14.5	
4.9	5.5	6.0	8.1	8.4	8.7	11.3	11.5	11.6			

³⁸ Fuente: guía AIEPI 2005.

GLOSARIO

BACTERIOLISIS: rotura intra o extracelular de las bacterias.

CITOLISIS: destrucción de la célula viva, funcionalmente debido a la destrucción de la membrana celular externa.

DESARROLLO HUMANO: es definido como el proceso de expansión de las capacidades de las personas que amplían sus opciones y oportunidades

EMACIACION: proceso de deterioro caracterizado por pérdida de peso y disminución de la energía física, el apetito y la actividad mental.

EXTREMA POBREZA CRÍTICA: ingreso menor de un dólar diario

GLOBALIZACION: Proceso de integración cada vez más estrecha entre los países y pueblos del mundo, producida por la enorme reducción de los costes de transporte y comunicación, y el desmantelamiento de las barreras artificiales a los flujos de bienes, servicios, capitales, conocimientos y (en menor medida) personas a través de las fronteras.

HIPOPLASIA: desarrollo incompleto o deficiente de un órgano o tejido, habitualmente a causa de un descenso del número de células.

MARGINALIDAD: aislamiento, apartar de la sociedad a alguien.

OBJETIVOS DE EL DESARROLLO DEL MILENIO:

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
2. Lograr la enseñanza primaria universal.
3. Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer
4. Disminuir la mortalidad infantil.
5. Mejorar la salud materna
6. Combatir el VIH/SIDA, el Paludismo y otras enfermedades.
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

POBREZA: es la carencia de recursos necesarios para satisfacer las necesidades de una población o grupo de personas específicas, sin tampoco tener la capacidad y oportunidad de como producir esos recursos necesarios.

POBREZA ABSOLUTA: cuando ciertos estándares mínimos de vida, tales como nutrición, salud y vivienda, no pueden ser alcanzados.

POBREZA RELATIVA: cuando no se tiene el nivel de ingresos necesarios para satisfacer todas o parte de las necesidades básicas. En este caso se puede efectuar una comparación según el acceso a bienes y subsidios, así como ingreso (personal y familiar).

PRODUCTO INTERNO BRUTO: El valor de todos los servicios y bienes finales producidos en un país en un año (véase también producto nacional bruto). El PIB se puede medir sumando todos los ingresos de una economía (salarios, intereses, utilidades y rentas) o los gastos (consumo, inversión, compras del Estado y exportaciones netas [exportaciones menos importaciones]). De ambas formas se debería llegar al mismo resultado, porque el gasto de una persona es siempre el ingreso de otra, de modo que la suma de todos los ingresos debe ser igual a la suma de todos los gastos.

QUIMIOTAXIS: respuesta que supone un movimiento, hacia un estímulo químico, o negativo, alejándose del mismo

RAQUITISMO: estado patológico producido por deficiencia de vitamina D, calcio y fósforo. Aparece sobre todo en la infancia dando lugar a la anómala formación del hueso.

RETARDO DEL CRECIMIENTO: Es el crecimiento anormalmente lento, poco aumento de peso o ambos en niños menores de 5 años de edad.

SEPTICEMIA: infección sistémica caracterizada por la aparición de patógenos en sangre circulante, procedentes de una infección localizada en cualquier parte del organismo.

TALLA BAJA PARA LA EDAD: Se refiere a cualquier persona que es significativamente más baja que la talla promedio --específicamente el 5% más bajo-- al compararla con una persona de la misma edad y sexo. El término se puede referir a niños y adolescentes que se encuentren significativamente por debajo de la talla de los de su misma edad.

TASA DE MORTALIDAD EN LA NIÑEZ: Defunciones que ocurren después de cumplir un año y antes de los cinco años (por 1000 niños que sobreviven a su primer cumpleaños)

TASA DE MORTALIDAD: Número de defunciones ocurridas en un año, como porcentaje de la población o por cada 1.000 personas.

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL: De cada 1.000 niños que nacen, número que muere antes de llegar a su primer cumpleaños.