

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
UNIDAD CENTRAL
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA**



**IMPACTO DE LOS CONTROLES INFANTILES EN LA FRECUENCIA DE
MORBILIDAD EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS QUE CONSULTAN UCSFI
SACACOYO, ABRIL A JUNIO 2016.**

Informe Final Presentado Por:

Verónica Azucena Aguirre Ventura

Karla María Araujo Andrade

Griselda Melissa Alfaro Castro

Para Optar al Título de:

DOCTOR EN MEDICINA

Asesor:

Dr. Juan Manuel Sánchez Bermúdez

San Salvador, Octubre 2016

AGRADECIMIENTOS:

Agradezco primeramente a Dios, que ha marcado sus pasos guiándome y poniéndome en el lugar donde siempre ha necesitado tenerme.

A mis padres, Santos Aguirre y Graciela de Aguirre, que han sido un pilar fundamental y con su sacrificio y esfuerzo, permanecieron ahí para que pudiera culminar mi formación profesional.

A mi hermana Claudia Aguirre, que me abrió camino en las sendas de la medicina y con su dedicación y empeño construyó un escalón para que pudiera lograr mi meta, a mi hermano Augusto Aguirre, que con su ejemplo me enseñó a siempre luchar hasta el final, a mi hermano político Miguel Barahona que me ha brindado su mano y apoyo cada vez que ha sido necesario, a la luz de mis ojos mi sobrina Sofía Barahona que con su llegada inyectó fuerzas para poder vencer cualquier obstáculo.

A mis mejores amigas y compañeras de tesis, Karla Araujo y Melissa Alfaro, a quienes Dios puso durante este camino para acompañarme y hacerlo más fácil, a mi gran Amiga y colega Yanecy Ángel que me ha acompañado de manera incondicional desde el inicio hasta el final, a mi mejor amigo y compañero Josué Alemán a quien agradezco su tiempo y apoyo absoluto.

A nuestro Asesor de tesis, Dr. Sánchez Bermúdez, gran maestro y médico que nos brindó tiempo y dedicación para culminar satisfactoria mente este proceso.

A cada uno de los docentes que aportaron a mi formación profesional, a lo largo de mi carrera.

Y a cada uno de los pacientes que me permitieron aprender de medicina y demás lecciones de la vida, que sin ellos no hubiese sido posible formarme académica y personalmente.

Verónica Aguirre

AGRADECIMIENTOS:

Agradezco a Dios por proveerme de todo lo necesario para lograr finalizar de esta manera mis estudios, por cada bendición que puso en mi camino y por cada dificultad, ya que mediante ellas conocí mi verdadera fortaleza y su verdadero amor. Gracias a Él por confiarme esta vocación.

Gracias a mis padre por ser mi soporte diario, por estar en cada momento de mi vida, por su apoyo sin condición, por cada uno de sus consejos y cada una de sus oraciones; porque con cada desvelo mío había un sacrificio de ellos. Gracias a mis hermanas Celina, Susana y Adriana, porque en tiempos difíciles siempre me apoyaron, fueron y siguen siendo mi ayuda más sincera, una bendición. A toda mi familia porque siempre han estado pendientes de mis proyectos y siempre me han dado su ayuda incondicional.

Gracias a mis amigas Verónica, Melisa y Yanecy que siempre han sido mis amigas de batalla, gracias por su apoyo, sus consejos, su comprensión, por estar siempre dispuestas a ayudarme y por su manera única de hacer de los malos momentos las mejores experiencias de vida.

A mi grupo de Modulo, que creyeron en que podría lograrlo desde el principio, gracias por sus oraciones y su apoyo.

Gracias a mi grupo de jóvenes que me han enseñado en el último año más de lo que yo creí, y porque son para mí el reflejo del amor de Dios.

Gracias a todos los buenos amigos y amigas que pude conocer en este camino, por los que siguen estando y por los que ya no están, porque fueron apoyo y ayuda idónea.

Gracias a nuestro asesor de tesis Dr. Juan Sánchez por ser un gran maestro, por guiarnos con paciencia, por su ayuda y dedicación.

Karla Araujo.

AGRADECIMIENTOS:

Le agradezco a Dios Todopoderoso por darme siempre las fuerzas necesarias para continuar mi camino aun en lo adverso, por guiarme por el sendero correcto, por otorgarme la sabiduría y paciencia en situaciones difíciles, por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera.

Gracias a mis padres Mario Alfaro y Blanca Castro por ser mis amigos, apoyo y motor que me ha impulsado a seguir todos mis sueños aun durante las adversidades, por darme una mano y un consejo oportuno, por haberme brindado todo lo necesario para recibir una educación excelente a lo largo de mi vida y sobre todo por ser un ejemplo de vida a seguir. A mis hermanos Vanessa y Rodrigo por siempre apoyarme y creer en mí.

Infinitas gracias a mi abuela Juanita que siempre tuvo amor incondicional para todos que quien sus oraciones nos mantuvo a salvo y aunque ya no esté con nosotros sabemos que es un ángel que nos cuida desde el cielo.

A mis compañeras de tesis Karla y Vero, quienes me han acompañado en gran parte de mi carrera y más que compañeras son hermanas, por estar siempre en las buenas y en las malas, por no dejarme renunciar cuando las cosas se ponían difíciles y por encontrar siempre tiempo para hacerme reír. A mis mejores amigos por ser parte importante de este proceso, porque siempre estuvieron para apoyarme y ayudarme cada vez que lo necesitaba, por brindarme cordura en los momentos de locura.

A los docentes por la paciencia y esmero que demostraron durante el desarrollo de mi carrera brindando sus conocimientos.

Melisa Alfaro.

CONTENIDO

I. RESUMEN	3
II. INTRODUCCIÓN	5
III. OBJETIVOS	7
OBJETIVO GENERAL.....	7
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	7
IV. MARCO TEORICO	8
V. HIPOTESIS	15
VI. DISEÑO METODOLOGICO	16
1. Tipo de investigación:.....	16
2. Periodo de investigación:	16
3. Universo:.....	16
4. Muestra:	16
5. Criterios de inclusión	17
6. Criterios de exclusión:	17
7. Variables:	17
8. Instrumento de recolección de información:.....	19
9. Fuentes de información:.....	19
10. Técnicas de obtención de información:.....	19
11. Herramientas para obtención de información:	20
12. Mecanismos de confidencialidad y resguardo de los datos:	20
13. Procesamiento y análisis de información:.....	21
VII. RESULTADOS	22
VIII. DISCUSIÓN	30

IX. CONCLUSIONES	33
X. RECOMENDACIONES	34
XI. BIBLIOGRAFÍA	35
XII. ANEXOS	36

I. RESUMEN

El objetivo principal de la investigación fue demostrar a través de un estudio transversal, descriptivo como inciden los controles infantiles, en la frecuencia de morbilidad en los niños menores de 3 años, que asistieron a sus controles infantiles en la Unidad de Salud de Sacacoyo, departamento de La Libertad en la república de El Salvador, en el periodo de abril a junio 2016. Tomando como universo todos los niños menores de 3 años inscritos en la Unidad de Salud de Sacacoyo siendo, 957 niños, obteniendo mediante formula una muestra de 91 niños.

Se recolectaron los datos mediante la revisión de expedientes clínicos, identificando en la historia, el perfil epidemiológico del paciente, número de controles infantiles completos o incompletos para la edad, y consultas por morbilidad, además identificar dentro de ellas las causas más frecuentes.

Según el sexo 60 expedientes de pacientes fueron del sexo masculino y 31 femeninos, del total de pacientes masculinos un 60% recibió sus controles infantiles incompletos y un 40% completos para la edad, no así el sexo femenino donde un 55% llevo sus controles infantiles incompletos y un 45% completos, la edad en la que son llevados con mayor porcentaje a sus controles es de 1 a 6 meses con un 82% y donde son menos los controles infantiles es de los 13 a 18 meses, con un 62%; en general del total de expedientes revisados un 41% llevaron sus controles infantiles completos para la edad y de estos un 47% consultó con menor frecuencia por morbilidad el 59% llevaron de manera incompleta sus controles infantiles y de estos un 60% consultó con mayor frecuencia por morbilidad.

Las principales morbilidades de consulta son las infecciones respiratorias agudas superiores con un 60% y en segundo lugar las enfermedades diarreicas agudas con un 22%

Los controles infantiles como estrategia de prevención y detección temprana de morbilidades, genera un impacto y una influencia grande y significativa en la reducción de las morbilidades en las diferentes edades y etapas de la niñez, por lo que se recomienda incrementar y fortalecer la promoción y vigilancia comunitaria, de manera que los padres de familia, sean responsables de la asistencia puntual a los controles infantiles de sus hijos, para disminuir de esta manera la morbimortalidad de los menores.

II. INTRODUCCIÓN

El control, supervisión de salud y desarrollo del niño sano hasta los seis años de edad, se lleva a cabo fundamentalmente de manera que se pueda detectar eventuales alteraciones, enfermedades o situaciones de riesgo. Aunque para algunos padres puede parecer innecesario, especialmente a medida que el niño crece y no padece afecciones tan frecuentes como cuando es lactante, el cuidado de su salud está directamente relacionado con su asistencia a esta supervisión. ¹

Muchas de las circunstancias que influyen en la salud, como la paz, la vivienda, la educación, la alimentación, el salario, un ecosistema estable, los recursos sostenibles, la justicia social y la equidad, no pueden modificarse fácilmente a través del sistema sanitario. En los países en vías de desarrollo, la contaminación del agua y la falta de sistema de alcantarillado, junto con la desnutrición, el hacinamiento y la carencia de vivienda suponen grandes amenazas para la salud. En Estados Unidos y otros países industrializados, los grandes problemas sanitarios se refieren más a los estilos de vida, es decir: los accidentes, al consumo de alcohol, de drogas, el hábito de fumar, la violencia y a los efectos tóxicos de la contaminación ambiental.

A medida que la mortalidad de origen infeccioso ha ido disminuyendo gracias a la mejoría de la higiene ciudadana, las medidas de salud pública y vacunación el concepto de promoción de la salud se ha ampliado para abarcar el bienestar emocional y mental de niños y familias.

La atención sanitaria pediátrica es un continuo que abarca la prevención primaria, secundaria y terciaria. Las medidas de prevención primaria pretenden evitar los trastornos antes de que tengan lugar, dando a menudo una importancia especial a aquellos que corren mayor riesgo de desarrollar procesos o enfermedades. ² De manera

que la salud preventiva en la infancia, es de gran importancia, los controles de niño sano se han convertido en Apoyo importante en el primer nivel de atención en la prevención de las enfermedades prevalentes en la niñez.

III. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer la influencia que tienen los controles infantiles en la frecuencia de morbilidades en los niños menores de 3 años que asisten a control infantil en la UCSFI de Sacacoyo en el periodo de abril a junio de 2016.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir el perfil epidemiológico de los niños menores de 3 años de edad que asisten a los controles infantiles según los criterios de MINSAL.
- Determinar el porcentaje de niños menores de 3 años de edad que cumplen los controles infantiles de forma completa o incompleta.
- Identificar la frecuencia de morbilidad en niños menores de 3 años que cumplen en forma completa o incompleta con los controles infantiles.
- Identificar las principales enfermedades que se presentan en los niños menores de 3 años que cumplen en forma completa e incompleta con los controles infantiles.

IV. MARCO TEORICO

El desarrollo integral en la infancia es fundamental para el desarrollo humano y la construcción por lo tanto de la base social. Este es un elemento considerado principal y necesario para romper el ciclo vicioso e intergeneracional de la pobreza y reducir las brechas de inequidad, igualando oportunidades, no solo a nivel socioeconómico, sino también de género.

La mayoría de los estudios clasifica los riesgos de ocurrencia de problemas en el desarrollo del niño como riesgos biológicos y riesgos ambientales basados en que son estos los que de una u otra manera predisponen al apareamiento y prevalencia de morbilidad.

Los riesgos biológicos son eventos pre, peri y posnatales, que resultan en daños propiamente biológicos y que pueden aumentar la probabilidad de daño en el desarrollo como la prematuridad, la hipoxia cerebral grave, el kernícterus, la meningitis, la encefalitis, etc. Algunos autores separan de los riesgos biológicos aquellos ya establecidos, refiriéndose a desórdenes médicos definidos, especialmente los de origen genético: como los errores innatos del metabolismo, las malformaciones congénitas, el síndrome de Down y otros síndromes genéticos.

Riesgos ambientales son las experiencias adversas de la vida ligadas a la familia, al medio ambiente y a la sociedad; entre éstos estarían las condiciones precarias de salud, la falta de recursos sociales, recursos educacionales, el estrés familiar y las prácticas inadecuadas de cuidado entre otros.

Está muy bien estudiado que la mitad de las muertes en menores de 5 años se deben a enfermedades que se podrían evitar y entre las causas más frecuentes de mortalidad en estos niños se encuentra el bajo peso, las enfermedades respiratorias agudas, enfermedades crónicas y lesiones accidentales³.

Durante varios años, se ha tenido evidente mejoría en la salud infantil, gracias a la introducción de los antibióticos y las vacunas. Estos nuevos descubrimientos se

3. Kleigman, Behrman, Jenson, Stanon, NELSON TRATADO DE PEDIATRIA, 18° edición, Editorial Elsevier Saunders, 2008, volumen 1, Capitulo 1 pag 5.

acompañaron de una disminución en la morbilidad y la mortalidad tomado de esta manera una importancia superior a la Esperada.

Debido a estas medidas, en los últimos veinte años la esperanza de vida de la población se incrementó y el esfuerzo de los diferentes países por disminuir la mortalidad infantil ha sido responsable de una proporción importante de este incremento.

El número de muertes antes de los cinco años se redujo drásticamente desde el inicio de la década de los ochenta y hasta finales de los noventa y se logró en año 2000 la meta fijada de reducirse en un tercio con respecto al valor de 1990⁴.

Este importante logro en la reducción de la mortalidad no siempre se acompañó con un mejoramiento de las condiciones de vida de los niños y sus familias. Por el contrario, durante los años noventa se produjo un deterioro grave en las condiciones económicas y sociales de grandes sectores de la población de diferentes países, especialmente latinoamericanos, y las condiciones de vida de la infancia en muchos países se alejaron de ser las más apropiadas para garantizarles un buen estado de salud. En este contexto, la promoción de la salud, así como la implementación de intervenciones apropiadas que contribuyan a la prevención de enfermedades, su detección precoz y tratamiento efectivo tomaron un nuevo significado en el tema de salud.

Se consideró que incorporar dentro de la estrategia los contenidos y prácticas para evaluar la condición de desarrollo de los niños y las niñas contribuye aún más a fortalecer esta visión integrada de la salud infantil; además, permitía optimizar el uso de todo contacto entre el personal de salud y las familias para identificar posibles problemas, brindar las recomendaciones de tratamiento más apropiadas, y fomentar la aplicación de prácticas sencillas que contribuirán a estimular precozmente el desarrollo infantil. De esta manera, la incorporación de la vigilancia del desarrollo infantil vino a dar respuesta al compromiso ético de trabajar simultáneamente por la supervivencia infantil y por brindar a todos los infantes, las mejores oportunidades

4. Kleigman, Behrman, Jenson, Stanon, NELSON TRATADO DE PEDIATRIA, 18° edición, Editorial Elsevier Saunders, 2008, volumen 1, Capítulo 1 pag 16.

para alcanzar su máximo potencial y crecer y desarrollarse como adolescentes, jóvenes y adultos sanos y socialmente productivos.

Por lo tanto, el control de niño sano empezó a ser considerado un proceso flexible, longitudinal, continuo y acumulativo en el que los profesionales de la salud identifican a los niños que pueden tener problemas de desarrollo e identifican los factores de riesgo y factores protectores relacionados con el estado de salud de los infantes.

Las consultas de niño sano son una serie de consultas programadas con regularidad para detectar enfermedades infecciosas y observar el desarrollo infantil; estas son consideradas la piedra angular de la asistencia sanitaria en lactantes, niños y adolescentes⁵.

Hoy en día, en la práctica médica diaria en los diferentes niveles de salud y especialmente en el primer nivel de atención, la inmunización, valoración nutricional y evaluación del desarrollo siguen siendo elementos esenciales de la consulta de supervisión sanitaria en los niños sanos, pero los cambios en la salud de toda la población han llevado a la adición de nuevos componentes al contenido de la consulta de niño sano.

Entre los Objetivos de Desarrollo Sostenible adoptados por las Naciones Unidas en 2015 se encuentra el de garantizar que todos los niños tengan vidas sanas y promover su bienestar. Las metas consisten en poner fin a todas las formas de malnutrición, dado que esta constituye una causa de muerte frecuente en menores de 5 años. Estas metas figuran también en la nueva Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente, que se propone acabar con las muertes infantiles evitables y abordar las prioridades emergentes en la salud del niño.

Diferentes consensos de expertos han determinado la frecuencia y el contenido de cada una de estas consultas de niño sano, como lo vemos es El Programa de Periodicidad el cual recopila las edades recomendadas para realizar cada uno de las diferentes intervenciones en salud en las diferentes etapas de crecimiento y

5.http://www.ongawa.org/ods_una_oportunidad/

desarrollo⁶. Este calendario de periodicidad recomienda durante el primer año de vida un promedio de 7 consultas y de 1 años a 5 años un promedio de otras siete consultas. Las actividades y tareas de cada una de las consultas del niño sano suponen una serie de contribuciones que fomentan el bienestar de los niños y consisten en:

- Detección de enfermedades.
- Prevención de enfermedades.
- Promoción de la salud.
- Guías preventivas.

La detección clínica de las diferentes morbilidades se realiza mediante la vigilancia y la detección selectiva. En la atención, la vigilancia se lleva a cabo en cada consulta y se potencia por la posibilidad de repetir la consulta y las observaciones a medida que se avanza por las distintas fases del crecimiento del niño.

En nuestro país la estrategia para la Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, rige las diferentes intervenciones que se realizan a niños menores de 5 años. Cada una de ellas enfocada en la detección y prevención temprana de morbilidades en estos grupos de edades.

La estrategia para la Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia en adelante AIEPI de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) fue adoptada por el país en 1997⁷, tomando como base la propuesta y realizando las adaptaciones nacionales a partir de la revisión del perfil epidemiológico, para dar respuesta a las primeras causas de mortalidad y morbilidad que afectan la salud de los niños menores de cinco años.

La estrategia AIEPI plantea diferentes objetivos, entre ellos busca disminuir los factores de riesgo, incidiendo de esta forma en la reducción y control de las enfermedades prevalentes en la infancia. La estrategia AIEPI se implementa en cada uno de los controles de niño sano.

6. Kleigman, Behrman, Jenson, Stanton, NELSON TRATADO DE PEDIATRÍA, 18ª edición, Editorial Elsevier Saunders, 2008, Volumen 1, Capítulo 5 pag. 27

7. Ministerio de Salud El Salvador, LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS, 4ª ed. El Salvador: Programa Editorial MINSAL; 2014.

Evidencia:

Muy pocas actividades sanitarias del niño sano se han evaluado para determinar su eficacia⁸, aunque dichas actividades cuentan con una elevada valoración, por lo que ha sido poco estudiado su verdadero impacto.

En la actualidad no se han encontrado estudios a nivel de nuestro país que valoren la importancia e impacto que dichas medidas tienen en la salud de la población infantil actual.

Nutrición:

En la actualidad, el mundo se enfrenta a una doble carga de malnutrición que incluye la desnutrición y la alimentación excesiva. La malnutrición también se caracteriza por la carencia de diversos nutrientes esenciales en la dieta, en particular hierro, ácido fólico, vitamina A y yodo.

La malnutrición, en cualquiera de sus formas, presenta riesgos considerables para la salud humana. La desnutrición contribuye a cerca de un tercio de todas las muertes infantiles. Las crecientes tasas de sobrepeso y obesidad en todo el mundo están asociadas a un aumento en las enfermedades crónicas como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes las cuales estas siendo responsables de mortalidad en población cada vez más joven. Estas enfermedades están afectando con cifras crecientes a las personas pobres y las más vulnerables.

Los nuevos patrones de crecimiento infantil de la OMS proporcionan ahora información sobre el crecimiento idóneo de los niños: demuestran, que los niños nacidos en regiones diferentes del mundo a los que se ofrecen unas condiciones de vida óptimas cuentan con el potencial de crecer y desarrollarse hasta estaturas y pesos para la edad similares. Los patrones de crecimiento infantil son un instrumento para la vigilancia del bienestar de los niños y para detectar a niños o poblaciones que no

8. Kleigman, Behrman, Jenson, Stanton, NELSON TRATADO DE PEDIATRIA, 18ª edición, Editorial Elsevier Saunders, 2008, Volumen 1, Capítulo 5 pag. 30

crecen adecuadamente (con bajo peso o sobrepeso) y a los que puede ser preciso aplicar medidas específicas de atención médica o de salud pública⁹. El crecimiento normal es una expresión fundamental de la buena salud y una medida de los esfuerzos realizados para reducir la mortalidad y morbilidad en la infancia.

Según la OMS el sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Tanto el bajo peso como el sobrepeso se pueden valorar en un control infantil mediante los diversos indicadores que pone a disposición los instrumentos y gráficos de los lineamientos de Atención Integral de la Infancia. Tales indicadores son:

- Longitud/ estatura para la edad.
- Peso para la edad.
- Peso para longitud/estatura.
- Índice de masa corporal para la edad.

Cerca de dos tercios de las muertes infantiles son prevenibles con intervenciones prácticas de bajo costo. Se busca la mejora de la salud infantil buscando la ayudando a los países a prestar una atención sanitaria integrada y eficaz que va del embarazo sano hasta la infancia.

Infecciones Respiratorias Agudas:

Las enfermedades respiratorias son aquellas que afectan el tejido de las vías respiratorias, incluidas las vías nasales, los bronquios y parénquima pulmonar¹⁰.

La neumonía es la principal causa de muerte en menores de cinco años. Para prevenir muchas de las enfermedades respiratorias son imprescindibles la vacunación, la lactancia materna y el combate a los principales factores de riesgo, en particular la malnutrición.

9. tr_summary_spanish_rev.pdf

10. http://www.who.int/topics/pneumococcal_infections/es/

Enfermedad Diarreica Aguda.

Se define como diarrea la deposición, tres o más veces al día (o con una frecuencia mayor que la normal para la persona) de heces sueltas o líquidas. La deposición frecuente de heces formes (de consistencia sólida) no es diarrea, ni tampoco la deposición de heces de consistencia suelta y “pastosa” por bebés amamantados¹¹.

La diarrea suele ser un síntoma de una infección del tracto digestivo, que puede estar ocasionada por diversos organismos bacterianos, víricos y parásitos. La infección se transmite por alimentos o agua de consumo contaminada, o bien de una persona a otra como resultado de una higiene deficiente.

Las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años. Son enfermedades prevenibles y tratables, suele ser un síntoma de una infección del tracto digestivo, que puede estar ocasionada por diversos organismos bacterianos, víricos y parásitos. La infección se transmite por alimentos o agua de consumo contaminada, o bien de una persona a otra como resultado de una higiene deficiente.

11. <http://www.who.int/topics/diarrhoea/es/>

V. HIPOTESIS

Hipótesis de la investigación.

Los niños menores de 3 años que llevan controles infantiles completos, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Sacacoyo, presentan una menor frecuencia de morbilidad, que los que llevan controles infantiles incompletos.

Hipótesis Nula

Los niños menores de 3 años que llevan sus controles infantiles, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Sacacoyo de manera incompleta, presentan una menor frecuencia de morbilidad que los que llevan controles infantiles completos.

VI. DISEÑO METODOLOGICO

1. Tipo de investigación:

El estudio será una investigación descriptiva, transversal, prospectiva.

2. Periodo de investigación:

Abril 2016 a junio 2016

3. Universo:

Todos los niños menores de 3 años, que están inscritos en la UCSFI de Sacacoyo que consta de 957 niños.

4. Muestra:

Todos los niños a los que se les realizo su control infantil en el periodo de abril a junio 2016 que estén inscrito en UCSFI Sacacoyo.

Se determinó una muestra de 91 niños menores de 3 años, inscritos en la UCSFI de Sacacoyo por la siguiente formula:

$$n = \frac{N \sigma^2 Z^2}{(N - 1)e^2 + \sigma^2 Z^2}$$

$$n = 957 \times 0.25 \times 2.72 \div (2.39 + 0.259) \times 2.72$$

Donde:

$$n = 650.76 \div 7.18 = 91$$

n = el tamaño de la muestra.

N = tamaño de la población.

σ = Desviación estándar de la población, se utiliza un valor constante de 0,5.

Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza. Se lo toma en relación al 90% de confianza equivale a 1,65.

e = Límite aceptable de error muestral que, se utiliza el valor de 5% (0,05)

5. Criterios de inclusión

- Niños de 1 mes a 3 años
- Que hayan sido inscritos en control, de niño sano en UCSFI Sacacoyo.
- Que llegue a control infantil en el periodo de abril a junio 2016.
- Que asista a controles infantiles con encargado para firmar consentimiento informado.

6. Criterios de exclusión:

- Neonatos.
- Niños diagnosticados con enfermedad crónica, discapacidad, enfermedad genética.
- Que no sea del área geográfica de estudio.
- No inscritos en UCSFI sacacoyo y que consulte.

7. Variables:

- **Operacionalización de variables**

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Valores
Edad cronológica	Edad de un individuo expresada como el período de tiempo transcurrido desde el nacimiento.	Edad cronológica del paciente en su último control	Edad en años y meses cumplidos.	1-6m 6m-1 ^a 1 ^a -1 ^a 6m 1 ^a 6m-2 ^a 2 ^a -2 ^a 6m 2 ^a 6m- 3 ^a
Sexo	Conjunto de características de un animal o una planta por las que se distingue entre individuos machos y hembras que producen células sexuales (o gametos) masculinas o femeninas.	Género al que pertenece el paciente	Genero	Masculino Femenino

Procedencia	Lugar, cosa o persona del que procede alguien o algo	Dirección actual del paciente	Procedencia	Urbano Rural.
Control infantil	La vigilancia del crecimiento y desarrollo, la identificación de factores de riesgo, el abordaje de las enfermedades prevalentes, la nutrición, vacunación, salud bucal, VIH, abordaje de la violencia, derechos de la niñez y promoción de la salud.	N° de controles infantiles por edad.	1 mes = 1 control 2-3 meses = 2 controles 4-5 meses = 3 controles 6-7 meses = 4 controles 8-9 meses = 5 controles 10-11 meses = 6 controles 1 año - 1ª 2m = 7 controles 1ª 3m- 1ª 5m = 8 controles. 1ª 6m-1ª 8m = 9 controles 1ª 9m- 1ª 11m = 10 controles. 2ª - 2ª 5 meses = 11 controles 2ª 6m - 2ª 11m = 12 controles 3 años = 13 controles	Completo Incompleto
Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Valores
Consulta por Morbilidad	Es toda aquella consulta brindada a la población para diagnosticar, y tratar cualquier tipo de enfermedad.	N° de consulta por morbilidad.	Poco frecuente (1-3 consultas por morbilidad) Frecuente(3-5	Poco frecuente Frecuente

			consulta por morbilidad)	
			Muy frecuente (más de 5 consultas por morbilidad)	Muy frecuente
Tipo de morbilidad.	Cantidad de individuos considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en un espacio y tiempo determinado.	N° de episodios.	Enfermedades prevalentes en la infancia.	IRA: Superiores. Inferiores. EDAS Desnutrición Obesidad Sobrepeso.

8. Instrumento de recolección de información:

La información obtenida se vaciara a partir de los formularios de recolección de datos en una base de datos en Excel®. (Anexo 1)

9. Fuentes de información:

Expedientes clínicos de los niños menores de tres años inscritos en UCSFI Sacacoyo.

10. Técnicas de obtención de información:

Se realizará una revisión de expedientes clínicos de los niños menores de 3 años de edad inscritos en UCSFI Sacacoyo.

A partir de la historia clínica de cada expediente se obtendrán los datos de los controles que han sido brindados a cada niño pudiendo determinar si se encuentran completos de acuerdo a la edad, así como la consulta por morbilidades y su frecuencia.

Los datos obtenidos se recopilarán en un formulario de recolección de datos que contienen variables a ser estudiadas. (Ver Anexo 2).

11. Herramientas para obtención de información:

- Lápiz, lapiceros y papelería.
- Expedientes clínicos.
- Computadora.
- Vehículo de transporte.
- Base de datos
- Formulario de recolección de información.

12. Mecanismos de confidencialidad y resguardo de los datos:

Para llevar a cabo la investigación propuesta, se realizará la revisión de expedientes clínicos de los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión para el estudio, de esta revisión se obtendrán datos acerca de edad, sexo, número de controles recibidos, cantidad de consulta por morbilidades y cuáles son las causas más frecuentes de consulta por morbilidad.

Durante el estudio se mantendrá la confidencialidad necesaria para los pacientes en estudio y sus padres, a pesar que para la realización de este no se utilizarán datos personales de los involucrados, se hará firmar consentimiento informado por los encargados.

Se envió carta dirigida a la Directora de UCSFI Sacacoyo solicitando el permiso para la revisión de expedientes. Los resultados obtenidos pretenden conocer la influencia que

tienen los controles infantiles en los niños menores de 3 años inscritos en UCSFI Sacacoyo, lo cual permitirá demostrar la importancia de estos en la salud de la niñez.

13. Procesamiento y análisis de información:

Para procesar la información obtenida, se realizará el almacenamiento de datos, mediante bases de datos, hojas de cálculo y programas estadísticos: utilizando el sistema office 2013 de Microsoft, donde se harán los cálculos de los distintos parámetros y pruebas estadísticas cuyo análisis se realizará a través del tabulador estadístico Excel perteneciente a este sistema.

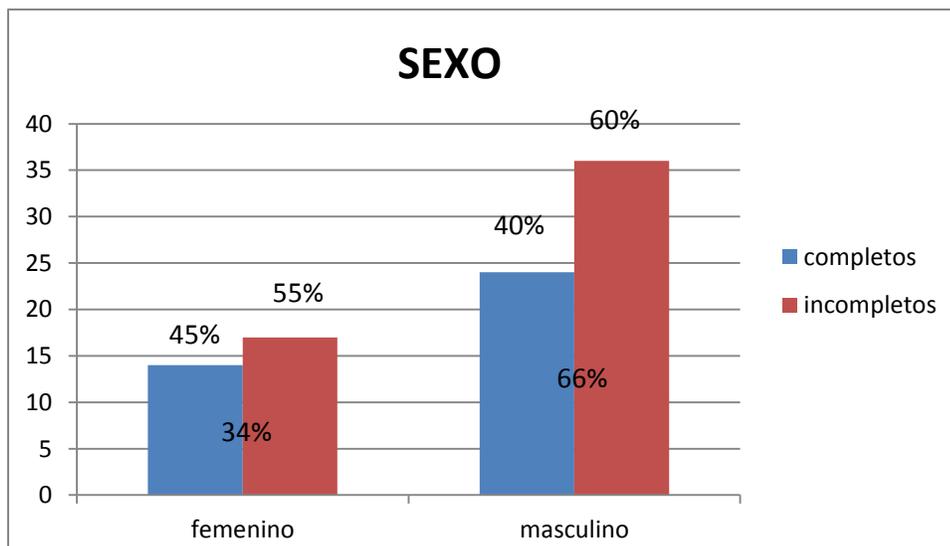
Los resultados se expondrán expresados en frecuencias absolutas, relativas, porcentajes y gráficos.

VII. RESULTADOS

Objetivo 1: Describir el perfil epidemiológico de los niños menores de 3 años de edad que cumplen con los controles infantiles de forma completa o incompleta según los criterios de MINSAL.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO:

GRÁFICO 1. PARTICIPACIÓN POR GÉNERO; IMPACTO DE LOS CONTROLES INFANTILES EN LA FRECUENCIA DE MORBILIDAD EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS QUE CONSULTAN EN UCSFI SACACOYO DE ABRIL A JUNIO 2016.



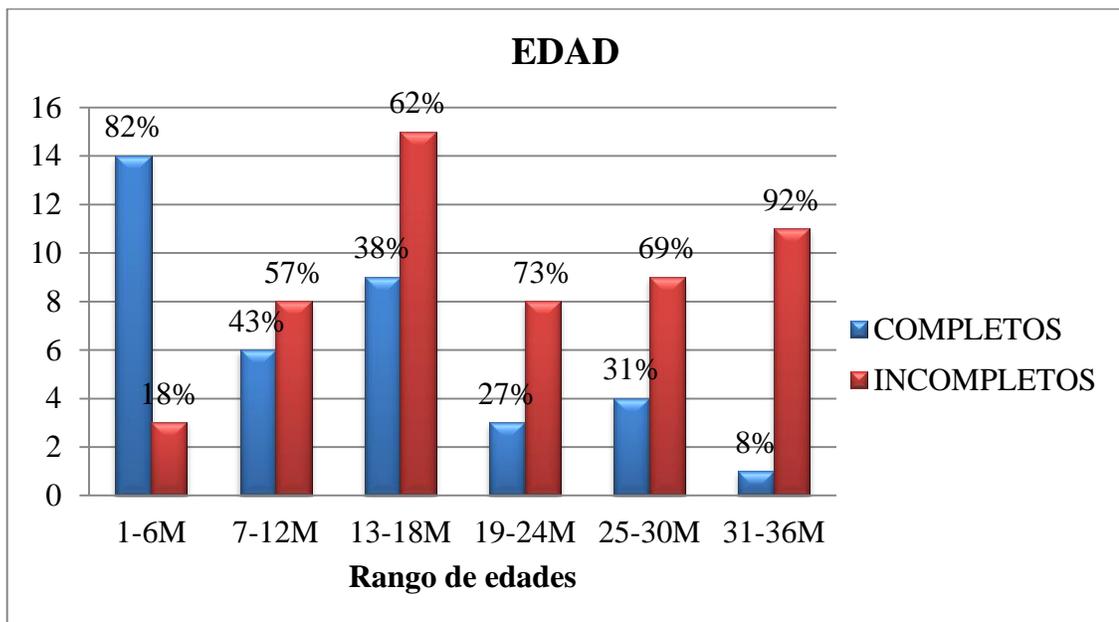
Fuente: instrumento de recolección de datos elaborado por el equipo de investigación del tema: “Impacto de los controles infantiles en la frecuencia de morbilidad en niños menores de 3 años que consultan UCSFI Sacacoyo, abril a junio 2016”.

Análisis

En base a los resultados del gráfico 1, de los 91 pacientes un 66% (60) fueron masculinos de ellos 40% (24) cumplieron con controles infantiles completos y 60% (36) fueron controles infantiles incompletos. Se obtuvo un 34% (31) de pacientes son

femeninas de los cuales 45% (14) cumplieron con controles infantiles completos y 55% (17) con controles infantiles incompletos.

GRÁFICO 2. PARTICIPACIÓN POR EDAD; IMPACTO DE LOS CONTROLES INFANTILES EN LA FRECUENCIA DE MORBILIDAD EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS QUE CONSULTAN EN UCSFI SACACOYO DE ABRIL A JUNIO 2016.



Fuente: Formulario de recolección de datos elaborado por el equipo de investigación del tema: “Impacto de los controles infantiles en la frecuencia de morbilidad en niños menores de 3 años que consultan UCSFI Sacacoyo, abril a junio 2016”.

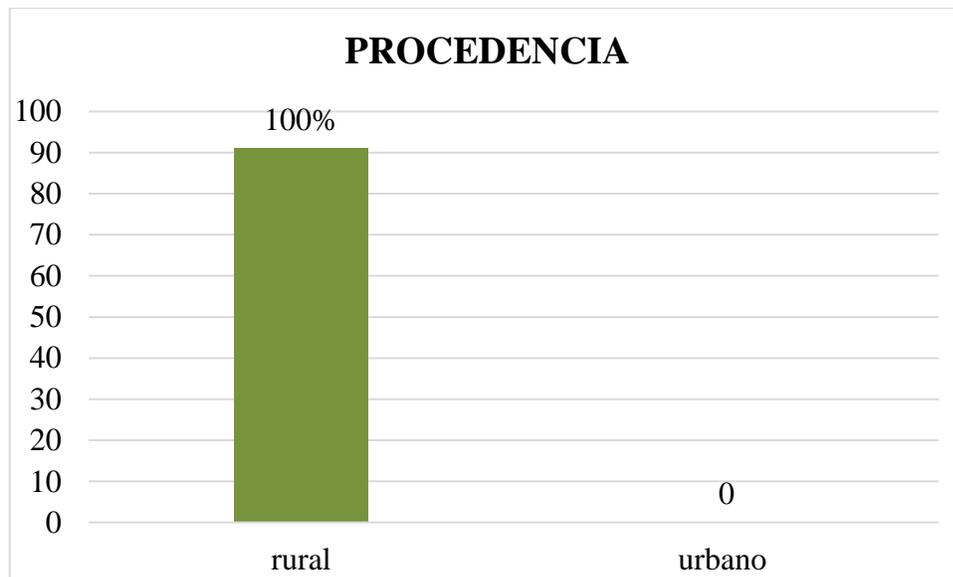
Análisis

De acuerdo a los resultados obtenidos en base a controles infantiles completos podemos comprobar que de 1-6 meses cumple un 82% (14), 7-12 meses un 43% (6), 13-18 meses 38% (9), 19-24 meses 27% (3), 25-30 meses 31% (4), 31-36 meses 8% (1) respectivamente.

Según controles infantiles incompletos se obtiene que de 1-6 meses muestra incidencia en un 18% (3), 7-12 meses un 57% (8), 13-18 meses 62% (15), 19-24 meses 73% (8), 25-30 meses 69% (9), 31-36 meses 92% (11) respectivamente.

-Procedencia: los 91 pacientes proceden de área rural.

GRÁFICO 3. PROCEDENCIA DE PACIENTES; IMPACTO DE LOS CONTROLES INFANTILES EN LA FRECUENCIA DE MORBILIDAD EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS QUE CONSULTAN EN UCSFI SACACOYO DE ABRIL A JUNIO 2016.



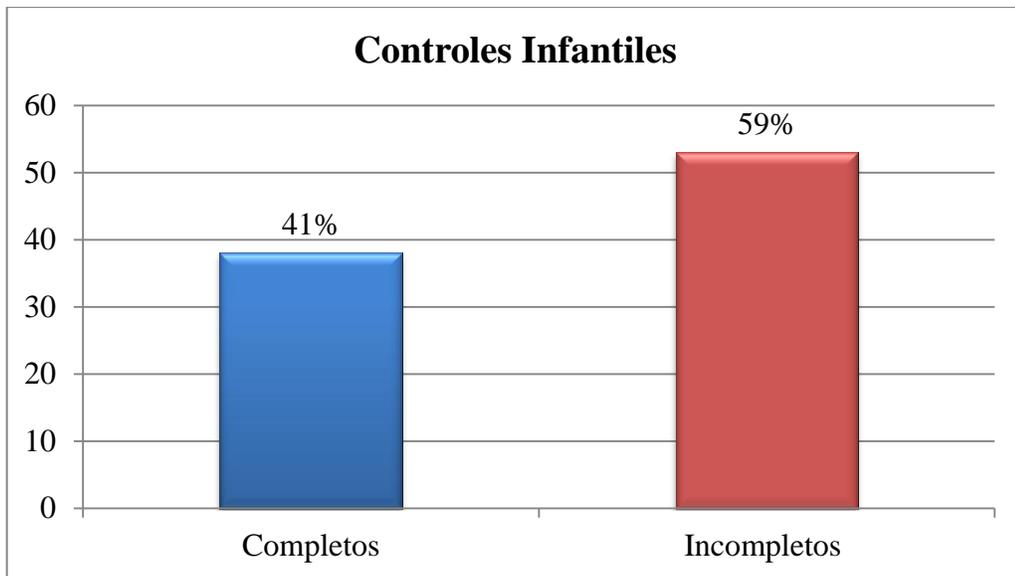
Fuente: Formulario de recolección de datos elaborado por el equipo de investigación del tema: “Impacto de los controles infantiles en la frecuencia de morbilidad en niños menores de 3 años que consultan UCSFI Sacacoyo, abril a junio 2016”.

Análisis

Debido a la ubicación geográfica de la UCSFI Sacacoyo se obtiene que todos los pacientes proceden de zonas rurales.

- **Objetivo específico 2:** Determinar el porcentaje de niños menores de 3 años de edad que cumplen los controles infantiles de forma completa o incompleta.

GRÁFICO 4. CONTROLES INFANTILES; IMPACTO DE LOS CONTROLES INFANTILES EN LA FRECUENCIA DE MORBILIDAD EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS QUE CONSULTAN EN UCSFI SACACOYO DE ABRIL A JUNIO 2016.



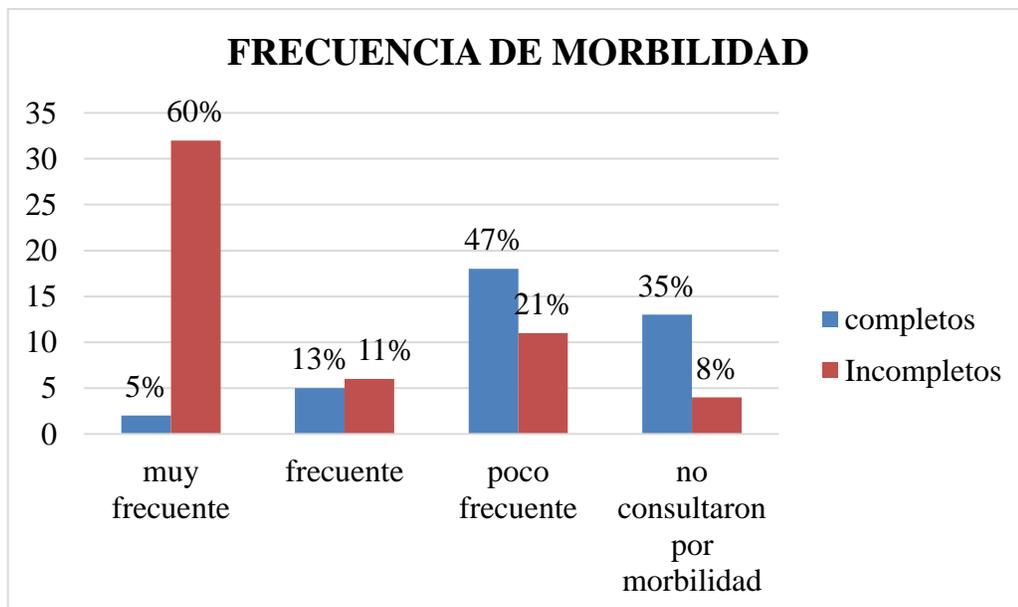
***Fuente:** Formulario de recolección de datos elaborado por el equipo de investigación del tema: "Impacto de los controles infantiles en la frecuencia de morbilidad en niños menores de 3 años que consultan UCSFI Sacacoyo, abril a junio 2016".*

Análisis

De nuestra muestra de 91 niños menores de 3 años de edad se obtiene que un 59% (53) tuvo controles infantiles de forma incompleta y un 41% (38) llevaron controles de forma completa.

- **Objetivo específico 3:** Identificar la frecuencia de morbilidad en niños menores de 3 años que cumplen en forma completa o incompleta con los controles infantiles.

GRÁFICO 5. FRECUENCIA DE MORBILIDAD; IMPACTO DE LOS CONTROLES INFANTILES EN LA FRECUENCIA DE MORBILIDAD EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS QUE CONSULTAN EN UCSFI SACACOYO DE ABRIL A JUNIO 2016.



Fuente: Formulario de recolección de datos elaborado por el equipo de investigación del tema: "Impacto de los controles infantiles en la frecuencia de morbilidad en niños menores de 3 años que consultan UCSFI Sacacoyo, abril a junio 2016".

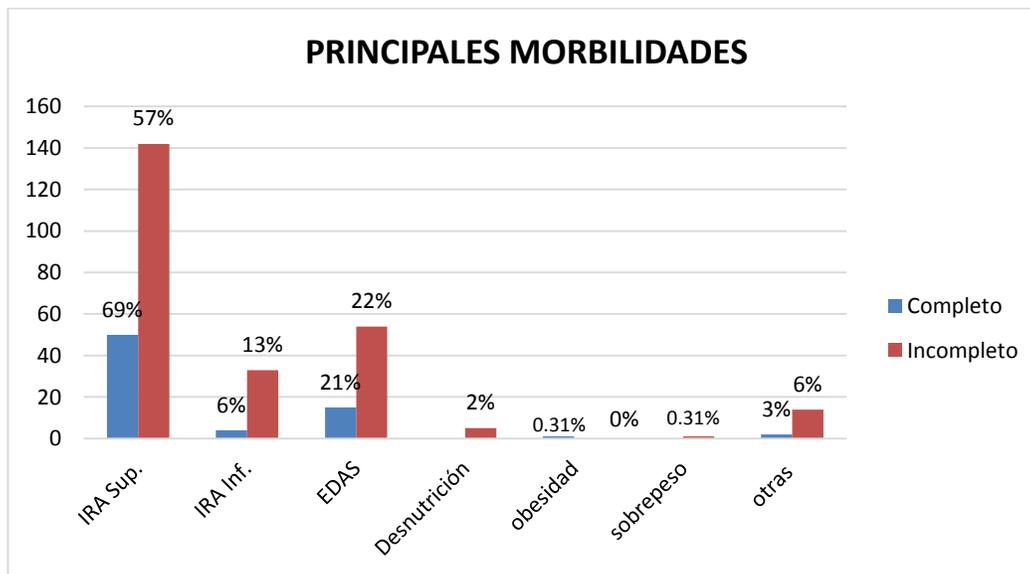
Análisis

En base al gráfico 5 de nuestra muestra de 38 pacientes que tienen controles de niño sano completo para su edad, encontramos que un 5% (2) consulto muy frecuentemente por morbilidad, un 13% (5) consulto frecuentemente por morbilidad; se observa que un 47% (18) consulto poco frecuente por morbilidad. Mientras que el 35% (13) de estos pacientes no consultaron en ninguna ocasión por morbilidad.

De un total de 53 niños que tienen controles de niño sano incompletos para la edad, un 60% (32) consulto muy frecuentemente por morbilidades, 11% (6) consulto frecuentemente por morbilidades y 21% (11) consultaron poco frecuente por morbilidades. Solamente el 8% (4) de los pacientes nunca consultaron por ninguna morbilidad.

- **Objetivo específico 4:** Identificar las principales enfermedades que se presentan en los niños menores de 3 años que cumplen en forma completa e incompleta con los controles infantiles.

GRÁFICO 6. PRINCIPALES MORBILIDADES ENCONTRADAS; IMPACTO DE LOS CONTROLES INFANTILES EN LA FRECUENCIA DE MORBILIDAD EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS QUE CONSULTAN EN UCSFI SACACOYO DE ABRIL A JUNIO 2016.



Fuente: Formulario de recolección de datos elaborado por el equipo de investigación del tema: “Impacto de los controles infantiles en la frecuencia de morbilidad en niños menores de 3 años que consultan UCSFI Sacacoyo, abril a junio 2016”.

Análisis

De acuerdo a los resultados obtenidos en gráfico 6 podemos observar que las principales enfermedades por las cuales consultan los menores de 3 años se encuentran las Infecciones Respiratoria Agudas de vías aéreas superiores con 60% (191) de las consultas, en segundo lugar, las Enfermedades Diarreicas Agudas con un total de 22% (69), Infecciones Respiratorias Agudas de vías aéreas inferiores con un total de 11%

(37), se obtiene el 2% (5) de consulta con desnutrición y 5% de consultas por otras enfermedades.

Mostrando un resultado global de 321 consultas por morbilidades.

VIII. DISCUSIÓN

No se han encontrado datos de estudios anteriores que midan el verdadero impacto que tienen los controles infantiles en la salud, por lo que se hace difícil comparar con otros autores.

La población del municipio de Sacacoyo Tiene una población de 12,299 habitantes, de los cuales 5,947 son del sexo masculino y 6,325 del sexo femenino. De los 91 expedientes de niños menores de 3 años que fueron revisados, 60 (66%) corresponden a niños y 31 (40%) corresponden a niñas. La mayor cantidad de expedientes revisados corresponden a infantes entre las edades de 13 meses a 18 meses, seguido por las edades de 1 a 6 meses y de 7 a 12 meses.

Entre los niños de 1 a 6 meses nos encontramos con que 14 niños (82%) presentaron sus controles infantiles completos, y entre las edades de 31 a 36 meses solo uno (8%) presento controles completos para la edad. Al detenernos en estos datos se puede observar un decremento en la cantidad de controles infantiles completos para la edad a medida que aumenta la edad de los niños, es evidente que los padres, cuidadores o encargados de los infantes, a medida que estos crecen muchas veces descuidan y restan importancia al seguimiento de estos, resultando en un aumento en las faltas.

A partir de los datos obtenidos en la búsqueda de la influencia que aportan las diferentes medidas de detección temprana y prevención de morbilidades en la infancia, podemos observar que 53 niños (59%) de los niños menores de 3 años que han sido inscritos en la UCSFI Sacacoyo y que consultaron en el presente año, no tienen los controles infantiles completos para su edad, siendo este un valor bastante significativo y alarmante de niños que por diferentes razones, no se les han realizado las adecuadas medidas preventivas que refuercen y mejoren su estado de salud.

Solo 38 niños (41%) de la población blanco de estudio, permanece con controles infantiles completos para la edad, muy a pesar de la importancia que estos representan

para la salud infantil y de las diferentes actividades comunitarias de educación, orientación y promoción de estos, que se realizan de forma permanente en todo el municipio.

Estos porcentajes han sido comparados con la frecuencia de consultas por morbilidad que estos niños han presentado desde su nacimiento, obteniendo valores variados pero significativos.

De un total de 38 niños que tienen controles de niño sano completo para su edad, 18 (47%) han presentado un promedio de 1 a 3 consultas por morbilidad desde su nacimiento, siendo este un porcentaje bastante alto de infantes que no han frecuentado el centro de salud en reiteradas ocasiones. Una cantidad de 5 niños (20%) consulto entre 3 y 5 veces por una morbilidad y solo 2 (8%) han tenido que asistir más de 5 veces. La diferencia entre estas tres categorías es evidente. Es interesante hacer mención que 13 infantes (35%) no han consultado en ninguna ocasión por alguna morbilidad.

Por otro lado, de un total de 53 niños que tienen controles de niño sano incompletos para la edad, 32 (60%) consulto muy frecuentemente por morbilidades, es decir que se presentó al centro de salud más de 5 veces, 12% consulto frecuentemente y solo 11 (21%) de ellos consultaron menos de 3 veces. Solo 4 pacientes (8%) nunca han asistido al centro de salud por alguna morbilidad.

Al analizar ambos datos podemos retomar y verificar que, el impacto que las diferentes medidas preventivas de salud que se aplican a los niños durante los controles infantiles, junto con la detección temprana y la educación, son verdaderamente significativas, ya que disminuye en gran medida la frecuencia de morbilidades en los infantes que los reciben de una manera periódica y completa, siendo estas medidas por si solas una manera de mejorar la calidad de vida de la niñez. La falta de estos, conlleva y se traduce en un aumento en la frecuencia de morbilidades, las cuales generan un gran impacto en el desarrollo normal de todo niño. La epidemiología de las diferentes

enfermedades de los infantes no incluye como factor de riesgo la falta de controles preventivos para el desarrollo de estas.

Muy pocas actividades del niño sano se han evaluado a lo largo del tiempo para determinar su eficacia, ya que dichas actividades cuentan con una elevada valoración. Basados en los datos obtenida dicha valoración se vuelve aún más fundamentada y por lo tanto genera la necesidad de apostar en mayor medida al cumplimiento de los controles infantiles en las diferentes etapas de la vida.

Dentro de las diferentes morbilidades que predominan en la infancia encontramos las enfermedades respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas, la desnutrición, el sobre peso y la obesidad. Es importante conocer también que entre los menores de 3 años que llevan sus controles incompletos, sumas una cantidad de 249 consultas por morbilidades, comparado con una cantidad de tan solo 72 consultas generadas por los niños que se les ha cumplido sus controles.

Dentro de estas 249 consultas de niños con controles incompletos se destacan las consultas por IRA y por EDA; a las cuales les sumamos 5 niños con desnutrición y un niño con sobrepeso. Al evaluar las 72 consultas de niños con controles infantiles completos se destacan igualmente IRA, EDA y un niño con obesidad.

Todos aquellos aporte que ayuden de una u otra manera a priorizar y mejorar la accesibilidad de todos los niños a las diferentes atenciones de prevención en salud, son esenciales en el camino de alcanzar los diferentes objetivos que se han planteado las organizaciones que buscan la reducción de la morbi-mortalidad infantil.

IX. CONCLUSIONES

- Los controles infantiles como estrategia de prevención y detección temprana de morbilidades, genera un impacto y una influencia significativa en la reducción de las morbilidades en las diferentes edades y etapas de la niñez.
- El sexo no parece influir en el cumplimiento o no cumplimiento de los controles infantiles programados para cada niño en sus diferentes edades, por parte de los padres o encargados de los infantes.
- A medida que los infantes aumentan de edad, se vuelve más frecuente el incumplimiento de sus controles infantiles.
- La población infantil menor de 3 años, en su mayoría, no presentan controles infantiles completos para su edad.
- El cumplimiento o no cumplimiento de los controles infantiles no es un factor que predisponga a un tipo de morbilidad específica prevalente de la niñez. En ambos grupos de niños las morbilidades más frecuentes y que fueron motivo de consulta son las mismas.
- La cantidad de consultas generadas por parte de los niños que no se les lleva a sus controles infantiles programados, es mayor; en comparación con los niños con controles infantiles completos.

X. RECOMENDACIONES

- Al Ministerio de Salud continuar fortaleciendo los programas encaminados a la atención infantil para obtener una población adulta saludable influyendo directamente en el progreso del país.
- Incentivar al personal de salud a continuar cumpliendo con los estándares de calidad normados sobre el control de niño sano.
- En base al registro de los pacientes faltistas a controles infantiles deben realizarse estrategias y acciones encaminadas a la promoción de asistencia a controles infantiles programados especialmente en las zonas de difícil acceso.
- Concientizar a la población mediante educación continua sobre la importancia de asistir a controles infantiles de niño sano independientemente de la edad.
- Promover incentivos a los padres de familia o encargados de los menores que asistan a controles infantiles completos para su edad.
- Realizar estudios de investigación encaminados a la búsqueda de los factores que influyen de manera directa, en que los niños no pueda llevar sus controles infantiles completos.

XI. BIBLIOGRAFÍA

- Plan municipal de gestión de riesgo de desastres. Alcaldía Municipal de Sacacoyo, Sacacoyo, La Libertad: 2013.
- Behrman R. capítulo 1, aspectos generales de la pediatría, Behrman R., Kliegman R., Jenson H., Stanton B, Nelson tratado de pediatría. 18ª ed. México: Editorial Elsevier Saunders; 2008. Pag. 1-6.
- Lineamientos técnicos para la atención integral de niños y niñas menores de cinco años, Miniterio de Salud El Salvador, 4º ed. El Salvador: Programa Editorial MINSAL; 2014.
- Dr. Hernández R. Dr., Collado R., Dra., Baptista M. Metodología de la Investigación, 5º ed. México: Ed. Mc Graw Hill; 2006.

XII. ANEXOS

ANEXO 1

-**Sexo:** muestra de 91 pacientes, 60 masculinos, 31 femeninos.

TABLA 1: PARTICIPACIÓN POR GÉNERO; IMPACTO DE LOS CONTROLES INFANTILES EN LA FRECUENCIA DE MORBILIDAD EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS QUE CONSULTAN EN UCSFI SACACOYO DE ABRIL A JUNIO 2016.

	Total	Controles Completos	Controles Incompletos
Masculino	60	24	36
Femenino	31	14	17

***Fuente:** Formulario de recolección de datos elaborado por el equipo de investigación del tema: “Impacto de los controles infantiles en la frecuencia de morbilidad en niños menores de 3 años que consultan UCSFI Sacacoyo, abril a junio 2016”.*

ANEXO 2:

-Edad: se agruparon en las siguientes edades obteniendo los siguientes resultados:

TABLA 2: PARTICIPACIÓN POR EDAD; IMPACTO DE LOS CONTROLES INFANTILES EN LA FRECUENCIA DE MORBILIDAD EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS QUE CONSULTAN EN UCSFI SACACOYO DE ABRIL A JUNIO 2016.

	Total	Controles Completos	Controles Incompletos
1-6M	17	14	3
7-12M	14	6	8
13-18M	24	9	15
19-24M	11	3	8
25-30M	13	4	9
31-36M	12	1	11

***Fuente:** Formulario de recolección de datos elaborado por el equipo de investigación del tema: “Impacto de los controles infantiles en la frecuencia de morbilidad en niños menores de 3 años que consultan UCSFI Sacacoyo, abril a junio 2016”.*

ANEXO 3

Procedencia: Los 91 pacientes provienen del área rural.

TABLA 3: PARTICIPACIÓN POR EDAD; IMPACTO DE LOS CONTROLES INFANTILES EN LA FRECUENCIA DE MORBILIDAD EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS QUE CONSULTAN EN UCSFI SACACOYO DE ABRIL A JUNIO 2016.

Procedencia	Total
Rural	91
Urbano	0

***Fuente:** Formulario de recolección de datos elaborado por el equipo de investigación del tema: “Impacto de los controles infantiles en la frecuencia de morbilidad en niños menores de 3 años que consultan UCSFI Sacacoyo, abril a junio 2016”.*

ANEXO 4

TABLA 4: CONTROLES INFANTILES; IMPACTO DE LOS CONTROLES INFANTILES EN LA FRECUENCIA DE MORBILIDAD EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS QUE CONSULTAN EN UCSFI SACACOYO DE ABRIL A JUNIO 2016.

Controles infantiles	Total
Completos	38
Incompletos	53

Fuente: Formulario de recolección de datos elaborado por el equipo de investigación del tema: “Impacto de los controles infantiles en la frecuencia de morbilidad en niños menores de 3 años que consultan UCSFI Sacacoyo, abril a junio 2016”.

ANEXO 5

TABLA 5: FRECUENCIA DE MORBILIDAD; IMPACTO DE LOS CONTROLES INFANTILES EN LA FRECUENCIA DE MORBILIDAD EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS QUE CONSULTAN EN UCSFI SACACOYO DE ABRIL A JUNIO 2016.

Controles Infantiles	Muy Frecuente	Frecuente	Poco Frecuente	No consultaron por morbilidad	Total
Completos	2	5	18	13	38
Incompletos	32	6	11	4	53

Fuente: Formulario de recolección de datos elaborado por el equipo de investigación del tema: “Impacto de los controles infantiles en la frecuencia de morbilidad en niños menores de 3 años que consultan UCSFI Sacacoyo, abril a junio 2016”.

ANEXO 6

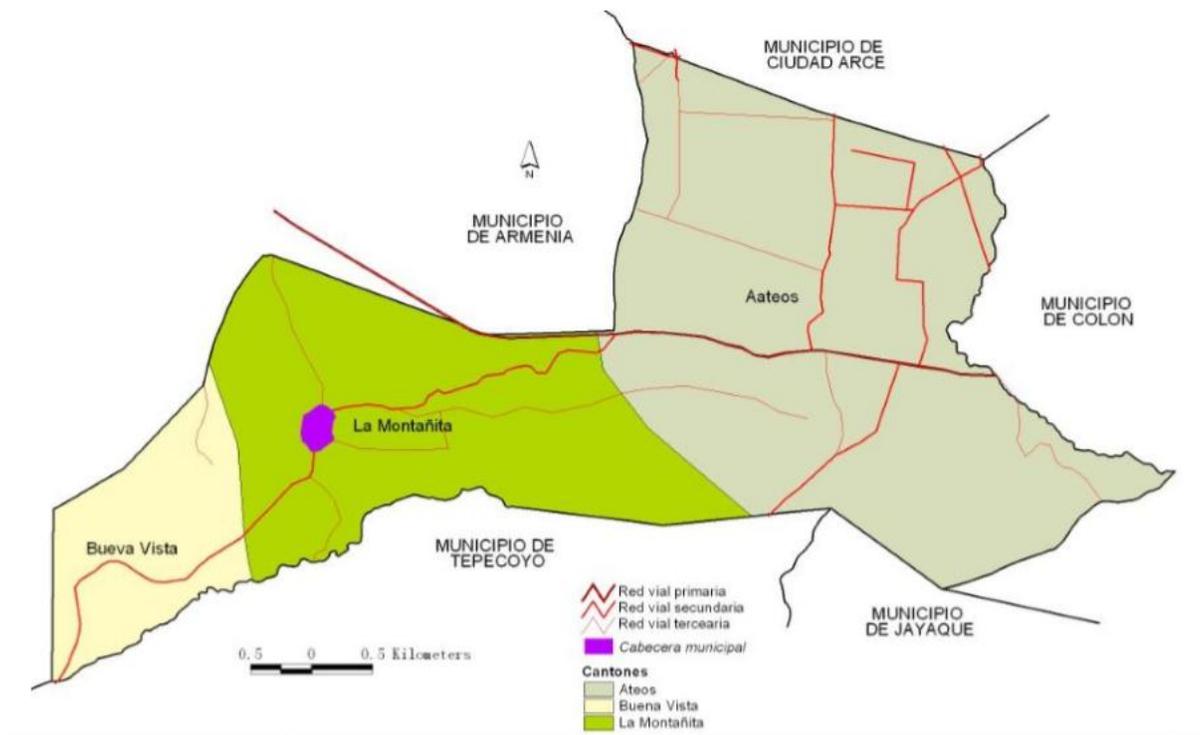
TABLA 6: PRINCIPALES MORBILIDADES; IMPACTO DE LOS CONTROLES INFANTILES EN LA FRECUENCIA DE MORBILIDAD EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS QUE CONSULTAN EN UCSFI SACACOYO DE ABRIL A JUNIO 2016.

Control	IRA Sup	IRA Inf.	EDAS	Desnutrición	Obesidad	Sobrepeso	Otras	Total
completo	50	4	15	0	1	0	2	72
incompleto	142	33	54	5	0	1	14	249

***Fuente:** Formulario de recolección de datos elaborado por el equipo de investigación del tema: “Impacto de los controles infantiles en la frecuencia de morbilidad en niños menores de 3 años que consultan UCSFI Sacacoyo, abril a junio 2016”.*

ANEXO 7.

MAPA DEL MUNICIPIO DE SACACOYO



DESCRIPCION DEL MUNICIPIO DE SACACOYO

El presente estudio se llevará a cabo en el municipio de Sacacoyo, en el departamento de La Libertad de la Republica de El Salvador, en la América Central.

Información general:

El municipio de Sacacoyo se encuentra en el Departamento de La Libertad, a una altitud de 670 mts sobre el nivel del mar, a 21 km al Oeste de la Ciudad de Nueva

San Salvador y 36 Km de San Salvador. Está ubicado en un valle sobre la cadena de la Cordillera del Bálsamo. Sus límites geográficos son: al Norte con municipio de Ciudad Arce, al Sur con el municipio de Jayaque y el municipio de Tepecoyo, al Este con el municipio de Colón, todos del Departamento de La Libertad y al Oeste con el municipio de Armenia del Departamento de Sonsonate (Anexo 1) El municipio tiene una extensión territorial de 25.22 Km². el área urbana es de 0.08 Kms² y el área rural es de 25.14 Km. El municipio está dividido en 3 cantones: Ateos, Buena Vista y La Montañita; los cuales están divididos en caseríos, colonias y Barrios. Tiene una población de 12,299 habitantes, de los cuales 5,947 son del sexo masculino y 6,325 del sexo femenino¹².

Clima:

El clima del municipio de Sacacoyo es tropical cálido, pertenece al tipo de tierra caliente, el monto pluvial anual oscila entre 1600 a 2000 mm.

Rocas:

En este municipio predominan los tipos de lava andesítica (rocas volcánicas) y basáltica (basalto: roca volcánica negra o verdosa, muy dura y de estructura prismática).

Vegetación:

La flora del municipio de Sacacoyo está constituida por un bosque húmedo subtropical. Las especies arbóreas más notables son: Conacaste, Cedro, Ceiba, de mango.

Suelos:

Los tipos de suelos que más predominan en el municipio son:

- Suelos Aluviales: aluvión a venida fuerte de agua.
- Suelos Entisoles: fase casi a nivel, ligeramente inclinado.
- Suelos Inceptosoles: fase ondulada o montañosa de pedregosidad variable.

Orografía:

Los cerros más importantes del municipio son los siguientes:

- Masatepeque está situado a 1.8 Kilómetros del casco urbano de Sacacoyo en el cantón Buena vista, con una elevación de 815 metros sobre el nivel del mar.
- El Cerrón ubicado a 1.3 Kilómetros al este del Casco urbano de Sacacoyo, ubicado en el cantón La Montañita el cual posee una elevación de 685 metros sobre el nivel del mar.
- Las Pascuas o San Pablo situado a 2.1 kilómetros al este del casco Urbano de Sacacoyo con una elevación de 734 metros sobre el nivel del mar, sirve de límite entre Sacacoyo y Tepecoyo.

Ríos:

El municipio de Sacacoyo cuenta con los siguientes ríos:

- Talnique se forma a 2.6 Kilómetros al Este de Talnique. Longitud que recorre es de 1.7 Kilómetros.
- Shutía se forma al Suroeste de Tepecoyo. Longitud que recorre es de 1.3 Kilómetros en el Cantón Ateos
- Chuchucato se forma al Este del Municipio. Longitud que recorre es de 3.5 Kilómetros
- Nacimiento El Zapote se ubica el nacimiento en la Calle que conduce a Cantón la Montañita donde se han construido lavaderos públicos Zona Urbana y Cantón la Montañita.
- Nacimiento Ticuma se ubica en el Caserío Ticuma, Cantón Buena Vista, se han construido pilas colectoras de agua Caserío Ticuma y Colonia Los Naranjos.

Salud:

- El municipio de Sacacoyo cuenta con Unidad de Salud ubicada en Sacacoyo en la Colonia Santa Elena, Buena Vista. Una casa de salud en la Villa Tzuchi, una Unidad Médica del ISSS en el Cantón Ateos y la Clínica Parroquial San Antonio de Padua ubicada en Ateos, además hay clínicas particulares de medicina general y odontológica.
- ***Vulnerabilidad Ambiental:***
- El municipio de Sacacoyo se encuentra ubicado en la parte alta de la subcuenca del río Sucio, esta Subcuenca, forma parte del conjunto de Subcuenca que constituyen la Cuenca del río Lempa. La Subcuenca del río Sucio, comprende los siguientes municipios: Armenia, Ciudad Arce, Colón, El Congo, Jayaque, Sacacoyo, San Juan Opico, Talnique, Tepecoyo, Nueva San Salvador y Coatepeque.
- El río Sucio nace en la Laguna del valle de Zapotitán, Departamento de la Libertad después de un recorrido de unos 60 Km. Con una superficie de 843 km² representa un 8.2 % de la Cuenca del río Lempa perteneciente a El Salvador y un 4 % de la superficie total del país. La problemática ambiental severa de la Subcuenca del río Sucio, se convierte en una creciente amenaza real para el municipio de Sacacoyo, debido a la contaminación de los manto acuíferos, la contaminación de las aguas de los ríos que drenan en el territorio municipal por la excesiva carga de desechos sólidos, sustancias tóxicas, productos químicos, las cargas vertidas en los riesgos producto de la industria y más, siendo un verdadero peligro para la salud e integridad de las familias del municipio de Sacacoyo.
- Por su ubicación geográfica en la Subcuenca del río Sucio, el municipio de Sacacoyo presenta una alta vulnerabilidad a inundaciones y deslizamiento, por ser un territorio que sirve de punto crítico de drenaje de todos los caudales

de los ríos ante mencionados, que drenan sus agua hasta el río Lempa. El poder destructivo de la concentración de acumulación de agua que pasa por el municipio, contribuyo a que el puente de Ateos cediera por la fuerza de la escorrentía en pasadas depresiones tropicales.

Principales actividades económicas:

La producción se caracteriza por el predominio del sector agropecuario, destacando la producción de granos básicos; cultivo y producción de café y en menor escala, la actividad pecuaria. Con la caída de los precios del café, las fincas están siendo mínimamente explotadas lo que representa que las personas que se dedicaban a las actividades de la corta de café o actividades afines, se encuentran desempleadas o realizando otras actividades de tipo agrícola como la siembra de caña azúcar.

Un fuerte componente económico en el municipio es la producción agropecuaria. En la industria manufacturera se destacan productores artesanales de cepillos, ladrillos y tejas de barro; así mismo, la industria mecanizada está liderada por la Fábrica de Zapatos ADOC, Nestlé de El Salvador, S. A. Cerámica del Pacífico, S. A., Frutimsa, Trópix, S. A. e Inverpinos, S. A., siendo el cantón Ateos un ejemplo fuerte de la actividad comercial de tiendas de productos de primera necesidad.

Sacacoyo forma parte de AMUVASAN, Asociación de Municipios del Valle de San Andrés y de la Micro región El Bálsamo. Poder realizar gestiones de proyectos productivos por medio de la integración de los municipios ha sido uno de los proyectos piloto para mejorar la economía de la población. El ingreso de remesas familiares y la existencia de programas de carácter nacional e internacional que se enfocan en el fortalecimiento del sector productivo ha sido una de las vías de acceso principales de la economía en los últimos años. A través de la micro región se ha pretendido impulsar la diversificación agrícola, de fábricas, fincas de café, Granjas avícolas, ganadería y de Instituciones que brinden capacitaciones técnicas.

Instituciones:

El municipio cuenta con 13 centros escolares desde kínder hasta el nivel de bachillerato general y vocacional. El municipio de Sacacoyo cuenta con Unidad de Salud ubicada en Sacacoyo en la Colonia Santa Elena, una casa de salud en la Villa Tzu-chi, 1 Unidad Médica del ISSS en el Cantón Ateos y la Clínica Parroquial San Antonio de Padua ubicada en Ateos, además hay clínicas particulares de medicina general y odontológica .

Además cuenta con otras instituciones como Juzgado de Paz, Puesto de la Policía Nacional Civil (PNC), Sub delegación de la PNC en Cantón Ateos, Iglesias Católicas y evangélicas, oficina de correo en Cantón Ateos, Centro de retiros Emiliani ubicado en pueblo de sacacoyo, Casa de la Mujer, Centro de encuentro juvenil y un Museo municipal de Sacacoyo.

Los cantones, colonias, caseríos y comunidades, cuentan con estructuras organizativas de Asociaciones de Desarrollo Comunal (ADESCO) y directivas escolares

ANEXO 8

FORMULARIO PARA RECOLECCION DE DATOS DE TRABAJO DE INVESTIGACION SOBRE IMPACTO DE CONTROLES INFANTILES EN LA FRECUENCIA DE MORBILIDAD EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS DE UCSFI SACACOYO.

N°exp. p.	Nombre	Edad						Sexo		Procedencia		Controles infantiles		Consulta Por Morbilidad			Tipo de morbilidad				
		1m-6m	7m-12m	13m-18m	19m-24m	25m-30m	31m-36m	M	F	Urbano	Rural	Comp.	Incom.	PF	F	MF	IRA S	EDAS	Desn. u.	Obe s.	Sobre p.



ANEXO 9

Sacacoyo, San Salvador, 02 de Mayo de 2016

Dr. Ever Gómez
Director UCSFI Sacacoyo.
Presente.

Le enviamos saludos y al mismo tiempo deseándole éxitos en sus labores cotidianas.

El motivo de la presente es para solicitar de su valiosa colaboración, para la realización de nuestro trabajo de investigación de tesis, el cual hemos decidido dirigirlo a la población, que consulte en su establecimiento en el periodo de abril- junio del presente año, dicho trabajo lleva por título: *“Impacto de los controles infantiles en la frecuencia de morbilidad en niños menores de 3 años que consultan UCSFI Sacacoyo, abril a junio 2016”* cuyo objetivo principal es conocer la influencia que tienen los controles infantiles en la frecuencia de morbilidad, para lo que se ha decidido la revisión exhaustiva de expedientes clínicos de pacientes que consulten en dicho periodo la UCSFI de Sacacoyo, para lo que solicitamos permiso para realizar dicha investigación.

Cabe mencionar que como parte de nuestra investigación, pretendemos indicar las principales enfermedades prevalentes de la infancia causas de consulta en su establecimiento, brindándole así valiosa información, que esperamos sea de su interés.

Sin más sobre el particular, nos despedimos, quedando a sus órdenes para resolver cualquier duda o aclaración, y en espera de una respuesta favorable.

Médicos en Servicio Social

Verónica Azucena Aguirre Ventura
Griselda Melissa Alfaro Castro.
Karla María Araujo Andrade.

ANEXO 10



CONSENTIMIENTO INFORMADO

IMPACTO DE LOS CONTROLES INFANTILES EN LA FRECUENCIA DE MORBILIDAD EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS QUE CONSULTAN UCSFI SACACOYO, ABRIL A JUNIO 2016

Nombre del paciente: _____

Nombre del Responsable: _____

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

OBJETIVO DEL ESTUDIO: Conocer la influencia que tienen los controles infantiles en la frecuencia de morbilidades en los niños menores de 3 años que asisten a control infantil.

BENEFICIOS DEL ESTUDIO: demostrar la importancia de los controles infantiles.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO En caso de aceptar participar en el estudio se le realizará la revisión del expediente clínico de su hijo para verificar, la cantidad de controles infantiles y además la frecuencia con la que consulto cada vez que se enfermó.

ACLARACIONES

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, -aun cuando el Investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.

- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, madre o padre de _____ de ____ años de edad; he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Firma del participante o del padre o tutor

Número de D.U.I.

Firma de testigo

Número de D.U.I.

He explicado al Sr(a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Lugar y fecha: _____.-