

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
CARRERA DE DOCTORADO EN MEDICINA**



TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

**ANÁLISIS DE LA APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA AIEPI Y SU
INFLUENCIA EN LA MORBIMORTALIDAD INFANTIL EN LAS UNIDADES DE
SALUD DE CHILANGA Y YAMABAL, MORAZÁN Y CONCEPCIÓN BATRES,
USULUTÁN, EN EL PERIODO DE ENERO A SEPTIEMBRE DE 2008.**

**PRESENTADO POR:
ATILIO VARGAS TREJO
FRANKLIN OSMÍN GÓMEZ MENDOZA
RENÉ ATILIO VELÁSQUEZ GIRÓN**

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

**DOCENTE DIRECTOR:
LICENCIADA REINA AMERICA RODRIGUEZ FLORES**

DICIEMBRE DE 2008

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

INGENIERO RUFINO ANTONIO QUEZADA

RECTOR

MAESTRO MIGUEL ÁNGEL PÉREZ RAMOS

VICERRECTOR ACADÉMICO

MAESTRO ÓSCAR NOÉ NAVARRETE

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

LICENCIADO DOUGLAS VLADIMIR ALFARO CHÁVEZ

SECRETARIO GENERAL

DOCTOR RENÉ MADECADEI PERLA JIMÉNEZ

FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

AUTORIDADES

INGENIERO DAVID ARNOLDO CHÁVEZ SARAVIA

DECANO

DOCTORA ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO

VICEDECANA

INGENIERO JORGE ALBERTO RUGAMAS RAMÍREZ

SECRETARIO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

AUTORIDADES

DOCTORA NORMA OZIRIS SÁNCHEZ DE JAIME

JEFA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

COMISIÓN COORDINADORA:

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

**COORDINADORA GENERAL DE LA COMISION DE PROCESOS DE GRADO
DE LA CARRERA DOCTORADO EN MEDICINA.**

MAESTRA SONIA MARGARITA DEL CARMEN MARTÍNEZ PACHECO

**MIEMBRO DE LA COMISIÓN COORDINADORA DE PROCESOS DE GRADO
DE LA CARRERA DOCTORADO EN MEDICINA.**

MAESTRA OLGA YANETH GIRÓN DE VÁSQUEZ

**MIEMBRO DE LA COMISIÓN COORDINADORA DE PROCESOS DE GRADO
DE LA CARRERA DOCTORADO EN MEDICINA.**

ASESORES

LICENCIADA REINA AMÉRICA RODRÍGUEZ FLORES

DOCENTE ASESOR

LICENCIADA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

ASESORA DE METODOLOGÍA

INGENIERA SANDRA NATZUMIN FUENTES SÁNCHEZ

ASESORA DE ESTADÍSTICA

JURADO CALIFICADOR

LICENCIADA REINA AMÉRICA RODRÍGUEZ FLORES

DOCENTE ASESOR

DOCTORA LIGIA JEANNET LÓPEZ LEIVA

MIEMBRO DEL JURADO CALIFICADOR

LICENCIADA SONIA MARGARITA RAMOS

MIEMBRO DEL JURADO CALIFICADOR

I N D I C E

CONTENIDO	PÁG.
RESUMEN.....	i
INTRODUCCIÓN	v
1. CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. ANTECEDENTES DEL FENÓMENO OBJETO DE ESTUDIO	2
1.2. ENUNCIADO DEL PROBLEMA	10
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	11
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	11
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
2. CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA.....	13
2.2. OBJETIVOS DE LA ESTRATEGIA AIEPI	14
2.3. COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA AIEPI.....	14
2.4. INSTRUMENTOS BASICOS.....	16
2.5. PILARES FUNDAMENTALES DE LA APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA AIEPI.....	16
2.6. ÁREAS DE CAPACITACION TEÓRICO PRÁCTICA DE LA ESTRATEGIA AIEPI DIRIGIDA AL PERSONAL DE SALUD.....	18
2.7. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	19
3. CAPÍTULO III: SISTEMA DE HIPÓTESIS	
3.1. HIPÓTESIS DE TRABAJO	26

6. CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
6.1. CONCLUSIONES	112
6.2. RECOMENDACIONES	117
BIBLIOGRAFÍA.....	120
ANEXOS	125
1. Cronograma de Actividades Generales	126
2. Cronograma de Actividades Específicas.....	127
3. Evaluar clasificar y tratar el crecimiento del niño(a)	130
4. Algoritmo para evaluar la presencia de sobrepeso y obesidad	131
5. Algoritmo para evaluar la tendencia del crecimiento del niño (a)	132
6. Algoritmo para evaluar problemas de alimentación	133
7. Algoritmo para evaluar problemas de alimentación	134
8. Algoritmo de la condición del desarrollo del niño(a).....	135
9. Suplementación de micronutrientes	136
10. Programa Nacional de Vacunación.....	137
11. Algoritmo para evaluar riesgo por bajo peso.....	138
12. Algoritmo para evaluar posible prematuridad	139
13. Algoritmo para evaluar salud bucal	140
14. Algoritmo para cita de seguimiento	141
15. Consejería a la Madre o al acompañante sobre la alimentación del niño(a) sano(a).....	142

16. Recomendaciones de Alimentación para Niños (as) enfermos y en recuperación.....	143
17. Cita para reevaluar al niño(a) con problemas de obesidad o sobrepeso.....	144
18. Principales problemas para lograr una alimentación óptima	145
19. Algoritmo para Evaluar, Clasificar y tratar al niño (a) de 8 días a 2 meses de edad.....	146
20. Algoritmo para evaluar al niño con tos o dificultad para respirar	147
21. Flujograma para manejo de niño con neumonía.....	148
22. Flujograma para manejo de niño con sibilancias	149
23. Etiología y Tratamiento para neumonías.....	150
24. Algoritmos para evaluar niños(as) con diarrea.....	151
25. Algoritmos para evaluar niños(as) con diarrea mayor de 14 días y disentería	152
26. Pruebas de laboratorio y tratamiento de diarreas.....	153
27. Tratamiento para la diarrea Plan A.....	154
28. Tratamiento para la diarrea Plan B.....	155
29. Algoritmo para evaluar al niño con fiebre	156
30. Algoritmo para evaluar al niño con paludismo	157
31. Algoritmo para evaluar al niño con erupción cutánea generalizada	158
32. Algoritmo para evaluar al niño con problema de oído.....	159
33. Algoritmo para evaluar al niño con problema de garganta	160

34. Algoritmo para evaluar si el niño presenta anemia	161
35. Algoritmo para evaluar si el niño con presenta problemas en la boca o mal aliento	162
36. Consejería sobre higiene oral	163
37. Grafica de crecimiento de niños de 0 a 24 meses.....	164
38. Grafica de crecimiento de niños de 2 a 5 años	166
39. Grafica de crecimiento de niñas de 0 a 24 meses.....	168
40. Grafica de crecimiento de niñas de 2 a 5 años	170
41. Escala simplificada de evaluación del desarrollo	172
42. Hoja de inscripción al niño de 8 días a 5 años.....	173
43. Hoja de inscripción al menor de 8 días.....	175
44. Hoja subsecuente de atención al niño de 8 días a 5 años.....	177
45. Tasas de mortalidad en niños menores de 5 años.	179
46. Mortalidad Infantil de la Unidad de Salud de Concepción Batres.....	180
47. Mortalidad Infantil de la Unidad de Salud de Chilanga.....	181
48. Mortalidad Infantil de la Unidad de Salud de Yamabal	182
49. Mortalidad Infantil en las 3 unidades de salud estudiadas	183
50. IRAS en menores de 5 años en la Unidad de Salud de Concepción Batres.....	184
51. EDAS en menores de 5 años en la Unidad de Salud de Concepción Batres.....	185
52. Neumonías en menores de 5 años en la Unidad de Salud de Concepción Batres.....	186

53. IRAS en menores de 5 años en la Unidad de Salud de Chilanga	187
54. EDAS en menores de 5 años en la Unidad de Salud de Chilanga	188
55. Neumonías en menores de 5 años en la Unidad de Salud de Chilanga	189
56. IRAS en menores de 5 años en la Unidad de Salud de Yamabal .	190
57. EDAS en menores de 5 años en la Unidad de Salud de Yamabal	191
58. Neumonías en menores de 5 años en la Unidad de Salud de Yamabal	192
59. Curva de IRAS en menores de 5 años en la Unidad de Salud de Concepción Batres.....	193
60. Curva de EDAS en menores de 5 años en la Unidad de Salud de Concepción Batres.....	194
61. Curva de Neumonías en menores de 5 años en la Unidad de Salud de Concepción Batres	195
62. Curva de IRAS en menores de 5 años en la Unidad de Salud de Chilanga.....	196
63. Curva de EDAS en menores de 5 años en la Unidad de Salud de Chilanga.....	197
64. Curva de Neumonías en menores de 5 años en la Unidad de Salud de Chilanga	198

65. Curva de IRAS en menores de 5 años en la Unidad de Salud de Yamabal	199
66. Curva de EDAS en menores de 5 años en la Unidad de Salud de Yamabal	200
67. Curva de Neumonías en menores de 5 años en la Unidad de Salud de Yamabal.....	201
68. Encuesta dirigida al personal de salud que labora con la Aplicación de la Estrategia AIEPI en las Unidades de salud de Chilanga y Yamabal, Morazán y Concepción Batres, Usulután.....	202
69. Tabla de frecuencias de la encuesta dirigida al personal de salud.....	208

RESUMEN.

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), es considerada actualmente la estrategia más efectiva para reducir la mortalidad en la infancia y la incidencia y gravedad de las enfermedades que afectan a los niños y niñas menores de 5 años, mismas que son uno de los mayores problemas de salud en países subdesarrollados. Para que la estrategia sea eficaz, debe ser analizada y evaluada constantemente; por tal motivo se decidió llevar a cabo esta investigación; en la cual, se realizó el análisis de la aplicación de la estrategia AIEPI y su influencia en la morbimortalidad infantil en las Unidades de Salud de Chilanga y Yamabal, Morazán y Concepción Batres, Usulután; durante el periodo de Enero a Septiembre de 2008.

En El Salvador, la atención en salud a la niñez, está normada por la “Guía de Atención Integral a Niños y Niñas menores de 5 años”; la cual estandariza las atenciones, estableciendo parámetros clínicos para la evaluación, clasificación, tratamiento, referencia, retorno y control subsecuente de las enfermedades prevalentes en la infancia.

El estudio realizado fue de tipo descriptivo, prospectivo y transversal; en el cual, el objeto de investigación fue el personal de salud que aplica la estrategia AIEPI en las unidades de salud estudiadas, con una población y muestra de 24 personas. Se utilizaron técnicas documentales para recopilar información de la morbimortalidad infantil de los últimos 4 años de cada unidad de salud, que sirvieron para la elaboración de curvas de enfermedades prevalentes en la infancia y tasas de mortalidad; así como

técnicas de trabajo de campo, utilizando un cuestionario sobre la guía de atención, con el que se realizó la encuesta dirigida al personal de salud, cuyos resultados se tabularon para su análisis e interpretación, el cual se realizó en base a frecuencias mayores; se ordenaron los datos en cuadros de frecuencia de respuestas correctas e incorrectas, tomando como criterio de decisión lo estipulado por la guía de atención AIEPI, obteniéndose los siguientes resultados:

Según la encuesta, la mayor parte del personal de salud, respondió correctamente a la mayoría de las preguntas de las diferentes áreas básicas de la estrategia AIEPI (**Anexo 69**); en base a esto, se demostró que la mayoría del personal de salud aplica adecuadamente la estrategia; sin embargo existen algunas deficiencias en ciertas aéreas de aplicación de la guía de atención AIEPI.

Es importante mencionar que en el momento de realizar la encuesta, el personal de salud no contaba con la Guía AIEPI como material de apoyo; por lo que, a pesar de las deficiencias encontradas, no se puede decir que la estrategia AIEPI se ha aplicado incorrectamente; porque, para proporcionar la atención a los niños(a) menores de 5 años, es indispensable, contar con la Guía de Atención AIEPI en el momento de brindar las atenciones; ya que, esta guía fue diseñada como material de consulta durante las atenciones, permitiendo que estas se brinden de forma correcta, influyendo directamente en la disminución de la morbimortalidad infantil; tal es el caso de las 3 unidades de salud estudiadas, en las que se observó disminución en las enfermedades prevalentes de la infancia y la mortalidad infantil.

Fue necesario también tomar en cuenta que la morbimortalidad infantil en todas las unidades de salud estudiadas, presentan una marcada tendencia a la disminución en los últimos 4 años, como lo demuestran las curvas de prevalencia y tasas de mortalidad, obtenidas del Sistema Nacional de Vigilancia de las Enfermedades (**Ver anexos del N° 45 al 67**). Los resultados obtenidos, que se reflejan en las conclusiones de este estudio, dan por aceptada la hipótesis de trabajo.

**ANÁLISIS DE LA APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA AIEPI Y
SU INFLUENCIA EN LA MORBIMORTALIDAD INFANTIL EN LAS
UNIDADES DE SALUD DE CHILANGA Y YAMABAL,
MORAZÁN Y CONCEPCIÓN BATRES, USULUTÁN, EN EL
PERIODO DE ENERO A SEPTIEMBRE DE 2008.**

INTRODUCCION.

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), es considerada actualmente la estrategia más efectiva para mejorar las condiciones de salud infantil. Además de ser la estrategia de mayor impacto en la prevención de las muertes prevenibles de menores de 5 años, debido principalmente a enfermedades infecciosas y trastornos nutricionales, AIEPI es considerada como la mejor puerta de entrada para mejorar la cobertura de aplicación de las medidas básicas de prevención de enfermedades y problemas de salud, y para promover hábitos más saludables de vida que contribuirán a un mayor bienestar de la población.

La Atención de los niños y niñas menores de 5 años a través de la Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) es de importancia para contribuir a la disminución de la Morbimortalidad infantil en El Salvador. Son muchos los esfuerzos que se realizan desde hace muchos años para mejorar la calidad de vida de cada niño y niña salvadoreño(a), disminuir la mortalidad, la morbilidad y severidad por enfermedades prevalentes, mejorar la calidad y calidez en la atención hacia la niñez en los establecimientos de salud.

En este marco, una de las estrategias para garantizar lo anterior es contar con la Aplicación de la Estrategia AIEPI en la consulta diaria que recibe la niñez por parte de los Médicos(as) y Enfermeras en los diferentes niveles de atención y especialmente en el Primer Nivel de Atención en todo el país.

En este sentido, la necesidad de contar con información documentada de la aplicación de la estrategia, es de vital importancia para el mantenimiento y mejoramiento de la misma; pues, al momento se cuenta con capacitación e información para la implementación en relación a la documentación destinada al análisis de su aplicación.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año mueren en el mundo alrededor de 11 millones de niños antes de alcanzar los 5 años de edad. Un gran porcentaje de estas muertes ocurre durante el primer año de vida, y la mayor parte de ellas (98% en 2002) se produce en países en vías de desarrollo.

Este tipo de investigación es relevante porque según la OPS, las infecciones respiratorias agudas, la diarrea y la desnutrición son tres de las principales causas de muerte de niños de una semana hasta los 5 años de edad, en la mayoría de los países en desarrollo, representando hasta el 70% o sea 7 de cada 10 defunciones.

La Organización Panamericana de la Salud estima que en América, todos los años, aproximadamente medio millón de niños y niñas mueren antes de alcanzar los cinco años de edad. Se estima que aproximadamente el 27% de estas muertes se debe a enfermedades infecciosas y a trastornos nutricionales, lo que representa más de 150,000 defunciones anuales de menores de cinco años en todo el continente americano.

Hasta el momento, los mayores esfuerzos y recursos del proceso de implementación de AIEPI han estado orientados hacia la capacitación del personal de salud; en este sentido, las instituciones que han implementado la estrategia AIEPI y los países que la respaldan, deben conocer el impacto de la capacitación sobre las prácticas del personal de salud, su adecuada administración, así como los diferentes cambios que la estrategia ha sufrido con el tiempo; motivo por el cual, es necesario contar con indicadores que permitan la comparación futura de la aplicación de la estrategia AIEPI, su impacto en la morbilidad y las modificaciones de esta estrategia de salud.

El presente documento contiene el trabajo de la investigación que se realizó con el objetivo de analizar la aplicación de la estrategia AIEPI y su influencia en la morbilidad, en las Unidades de Salud de Chilanga y Yamabal, Morazán y Concepción Batres, Usulután, durante el periodo de Enero a Septiembre de 2008.

El trabajo de investigación realizado sobre la aplicación de la estrategia AIEPI y su influencia en la morbilidad infantil, ha sido estructurado en seis capítulos, los cuales se describen a continuación:

El Capítulo I ó Planteamiento del Problema, describe el panorama sobre la situación problemática, incluyéndose los antecedentes de la misma; desde el ámbito internacional hasta el nivel local; el inicio de la estrategia, su implementación en El Salvador, las modificaciones que ha presentado la guía de atención en nuestro país para mejorar los resultados de la estrategia. En el planteamiento del problema de igual

forma se incluye el enunciado del problema, cuyo planteamiento fue la línea directriz para el desarrollo de la investigación. En este capítulo también se definen los objetivos, planteados como un compromiso de la investigación; en donde, se proyectó analizar la aplicación de la Estrategia AIEPI y su influencia en la morbimortalidad infantil en las unidades de salud estudiadas, como objetivo general; además, como objetivos específicos, determinar el conocimiento del personal de salud e identificar limitantes en la aplicación de la estrategia.

En el Capítulo II ó Marco Teórico, se desarrolla la base teórica del estudio, mencionando aspectos básicos de la estrategia como la definición de sus objetivos, los componentes básicos, los pilares de la estrategia; así también, se hace mención sobre la capacitación teórico-práctica y se definen términos básicos, para una mejor comprensión del lector.

Capítulo III ó Sistema de Hipótesis. En este apartado se enuncia la hipótesis de trabajo planteada; además, la operacionalización de la hipótesis en variables e indicadores.

El Capítulo IV expone el diseño metodológico, describiendo el tipo de investigación, la población, universo y muestra, los criterios de inclusión y exclusión que se utilizaron para llevar a cabo la investigación; así como las técnicas de obtención de información, donde se describe el instrumento utilizado para la recopilación de los datos. En esta sección se describe de igual forma el proceso de planificación, ejecución, tabulación, análisis e interpretación de los resultados.

Capítulo V. En este capítulo se presentan los resultados de la investigación, el cual se realizó a través del análisis e interpretación de cada una de las preguntas de la encuesta dirigida al personal de salud, con el objetivo de obtener la información necesaria sobre los conocimientos que estos tienen de la guía de atención, resultados que se tabularon y graficaron para su análisis e interpretación; los cuales fueron la base fundamental para realizar la comprobación de hipótesis, cuyo proceso se describe al final de este capítulo.

En el Capítulo VI, se describen las conclusiones a las cuales se llegó, en base a la comprobación de hipótesis, los datos estadísticos de cada unidad de salud y al proceso de análisis e interpretación de los resultados de la investigación; así como, las recomendaciones propuestas en base a las conclusiones.

Finalmente se presenta la bibliografía consultada que fundamenta la base teórica de la investigación; y por último, están los anexos, donde se colocaron tablas, imágenes y gráficas de importancia para una mejor comprensión del marco teórico y la problemática investigada.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1. ANTECEDENTES DEL FENÓMENO OBJETO DE ESTUDIO.

Aunque durante los últimos decenios se han logrado importantes avances en la prevención y tratamiento efectivo de las enfermedades, la mortalidad durante los primeros años de vida continúa siendo un hecho frecuente a nivel de Latinoamérica, “más de 11 millones de niños menores de cinco años mueren por año, la mayoría de enfermedades prevenibles”.¹

La pobreza es uno de los factores que más influye en la morbimortalidad y que afecta especialmente a la población más vulnerable, como: los niños, las mujeres embarazadas, personas adultas mayores, personas con discapacidad e indígenas. “En los países de bajos ingresos, uno de cada 10 niños muere antes de los cinco años. En los países más ricos la cifra corresponde a uno de cada 143”.²

América Latina en el año 2004, alcanzó la tasa más alta de crecimiento económico en los últimos 25 años (6%), mientras que El Salvador creció 1.8% superando sólo a Haití. Durante 2003-2005, El Salvador creció menos que cualquier promedio regional, aún los países vecinos centro americanos crecieron más. Según el PNUD, “El Salvador se ubica en la posición 14 de las quince economías con el déficit comercial más alto del mundo, dicha situación se empeora aun mas actualmente por la caída de precios del café, los altos precios del petróleo, la tendencia alcista de las

¹ PNUD. “Informe de 2004 del Secretario General sobre la Aplicación de la Declaración del Milenio” (Disponible en www.pnud.org.sv/) consultado el 29/06/08

² Ibidem.

tasas de interés internacionales, desaceleración económica de los Estados Unidos, la competencia china para las exportaciones salvadoreñas, especialmente de la maquila textil. De no ser por las remesas el país no sería macroeconómicamente viable”.

Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL en 2007, la tasa promedio de desempleo en América Latina y el Caribe fue del 8.5%, se estima que actualmente se registran 17 millones de personas desempleadas en el área urbana de la región. En el Salvador en el período 2000-2005 el desempleo abierto disminuyó con respecto a la primera mitad de los años noventa, alcanzando un promedio de 6.9%, pero la tasa promedio de subempleo urbano superó el 31%; en 2005, el desempleo a nivel nacional alcanzó el 7.2% y el subempleo urbano fue de 32.1%. En el área rural, al menos 4 de cada diez personas económicamente activas están desempleadas o subempleadas.

El país se ubica entre los 20 países con mayor desigualdad de ingresos en el mundo y cuatro de cada diez familias rurales y casi un tercio de las familias urbanas del país se encuentran en situación de pobreza; según un informe del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) sobre Centroamérica, el 21,4% de la población (o sea 1.393.214 personas) sobreviven una situación de extrema pobreza con menos de un dólar diario, en el presente año (2008) según la Procuraduría de la Defensa de los Derechos Humanos en El Salvador, la carencia de una Política Social que efectivamente redistribuya la riqueza de manera equitativa, a través de un incremento sostenible en el gasto social que permita mejorar progresivamente las capacidades institucionales es evidente en el país, y que aun con el crecimiento

económico reportado en los últimos dos años son insuficientes para beneficiar a los hogares más pobres.

La desnutrición afecta a un 11% de la población total (PNUD 2002), la desnutrición en los niños menores de cinco años con bajo peso para su edad afectaba al 10% y con altura inferior a la media de su edad al 19%. A nivel mundial 125 millones (25%) no tienen acceso permanente a servicios básicos de salud, 17% de los nacimientos sin atención de personal de salud calificado, 80,000 niños no completan su programa de vacunación, según datos 152 millones de personas no tienen acceso a agua potable y saneamiento básico. “En El Salvador el 84% de la población cuenta con servicio de agua potable, la cobertura de vacunación de niños es de 98% y el 43% de los partos son atendidos por personal calificado”.³

En las últimas décadas del Siglo XX, la Región de las Américas fue testigo de la drástica reducción en la mortalidad y en la ocurrencia de enfermedades como la poliomielitis y el sarampión, ambas objeto de programas de erradicación a través de vacunas de alta eficacia. Durante ese mismo período, la reducción en la mortalidad por diarrea y por infecciones respiratorias agudas también fue notable, y contribuyó durante las dos últimas décadas de ese siglo a un marcado incremento en la esperanza de vida de toda la población.

“En sur América la Esperanza de Vida al Nacer para ambos sexos, en el año 2007 tiene una mediana de 73,5 años con rangos entre 65,2 en Bolivia y 78,4 en

³OPS: “Situación de Salud en las Américas”. Documento OPS. (Disponible en: www.paho.org/spanish/dd/ais/IB_2007_SPA.pdf) consultado 29/06/08)

Chile, la Esperanza de Vida es mayor en las mujeres. En Centroamérica la Esperanza de Vida al Nacer para ambos sexos, tiene una mediana de 71,6 años con rangos entre 68,2 años para Guatemala y 78,7 años en Costa Rica. Para El Salvador la Esperanza de vida en ambos sexos fue de 71 años. En El Caribe la Esperanza de Vida al Nacer para ambos sexos, tiene una mediana de 76.7 años con rangos entre rangos entre 53,1 años para Haití y 79,2 años en Martinica.”⁴

El descenso en las tasas de mortalidad tiene relación estrecha con el analfabetismo materno, la desnutrición, el índice de desarrollo humano, pobreza, etc.; variables que deben ser enfrentadas ya que no es admisible la ocurrencia, ni siquiera, de una muerte que se hubiera podido evitar. Es importante la combinación de buena atención, mejor nutrición y acceso al tratamiento médico de calidad podrían salvar a millones de niños cada año. Lo único que falta es la voluntad política.

La Organización Panamericana de la Salud estima que todos los años aproximadamente medio millón de niños y niñas mueren antes de alcanzar los cinco años de edad. Se estima que aproximadamente el 27% de estas muertes se debe a enfermedades infecciosas y a trastornos nutricionales, lo que representa más de 150,000 defunciones anuales de menores de cinco años en todo el continente americano. Entre estas enfermedades, las enfermedades respiratorias, y principalmente la neumonía, y las enfermedades diarreicas, son las causas principales de mortalidad.

⁴ PNUD: “RESUMEN DE PROYECTO Informe sobre Desarrollo Humano El Salvador 2007”. Documento PNUD. (Disponible en: www.pnud.org.sv/2007/component/option,com_docman/task,doc_download/gid,71/Itemid,56/) consultado 29/06/08).

La mayoría de las enfermedades infecciosas que continúan afectando la salud de la niñez y que son responsables de más de 150,000 muertes anuales en el continente americano, puede ser prevenida o efectivamente tratada mediante la aplicación de intervenciones sencillas y de bajo costo. Sin embargo, miles de familias aún no disponen de acceso a estas intervenciones, o carecen de los conocimientos y de la práctica que les permitiría aplicarlas en el hogar y la comunidad.

Con base en esta situación, durante los primeros años de la década de los 90, OMS y UNICEF trabajaron en conjunto para diseñar una estrategia que integre todas las intervenciones de prevención, de tratamiento y de promoción de la salud que pueden contribuir a reducir la mortalidad y la morbilidad en la niñez y a fomentar mejores condiciones para la salud y el desarrollo de los niños y niñas durante sus primeros cinco años de edad: AIEPI—Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, estrategia que fue presentada a los países de la región en 1996.

Desde su presentación en 1996, 14 países de Latinoamérica iniciaron el proceso de implementación de la estrategia AIEPI, priorizando aquellas áreas en las que se registran las mayores Tasas de Mortalidad Infantil (TMI), donde puede producirse el mayor impacto en términos de la reducción de la mortalidad y morbilidad en la infancia. Desde el nivel regional, se enfocaron las acciones en apoyo de los países con mayor TMI, lográndose que la estrategia AIEPI se adopte en Bolivia, Brasil, Ecuador, Perú y República Dominicana en 1996, y en El Salvador, Haití, Honduras y Nicaragua durante 1997.

En diciembre de 1999, todos los países se adhirieron a la iniciativa "Niños Sanos: la Meta de 2002", mediante la implementación universal de la estrategia AIEPI, que se proponía reducir, para el año 2002 en 100.000 las muertes de menores de 5 años, principalmente por enfermedades transmisibles como las IRAS y las diarreas, con respecto a las defunciones ocurridas en 1998.

Durante la Asamblea del Milenio realizada en el año 2000, los Estados Miembros de las Naciones Unidas aprobaron la Declaración del Milenio, comprometiéndose a lograr, a través de ocho objetivos, el progreso de las naciones. El cuarto de estos Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) plantea la meta de reducir la tasa de mortalidad infantil de los niños menores de cinco años en dos terceras partes hacia 2015, en alguna medida la mortalidad infantil ha disminuido en África septentrional, América Latina y el Caribe y Asia sudoriental, pero ha sido menos satisfactorio en Asia meridional e insignificante en Asia occidental, África subsahariana y Oceanía. África subsahariana sigue registrando la tasa más alta de mortalidad de niños menores de 5 años, estimada en 174 muertos cada 1.000 nacidos vivos, casi el doble de la región que ocupa el segundo lugar -Asia meridional-, y más de 20 veces la tasa de las regiones desarrolladas".⁵

“Hasta fines de 2001, diecisiete países de América Latina y el Caribe habían adoptado e implementado la estrategia AIEPI. En estos países, se concentra el 52% de

⁵ UNICEF: “El Informe de 2004 del Secretario General sobre la Aplicación de la Declaración del Milenio”. Documento [UNICEF](http://www.unicef.org/spanish/). (Disponible en: www.unicef.org/spanish/) Consultado 29/07/08).

la población menor de cinco años del continente; pero en ellos ocurre el 75% de las muertes anuales en este grupo de edad”⁶.

En El Salvador, desde la presentación de la estrategia AIEPI, la respuesta fue favorable y se decidió adaptarla y luego incluirla dentro de las estrategias del Programa Nacional de Atención Integral en Salud a la Niñez. “En febrero de 1997, se recibió la asistencia técnica de OPS/OMS para realizar la recopilación de datos estadísticos, el análisis de la situación epidemiológica de las enfermedades prevalentes en la infancia en El Salvador y elaborar el Primer Plan Operativo Nacional para el período 1997-1998”⁷.

Operativamente, la estrategia AIEPI en El Salvador, tiene dos modalidades básicas: El AIEPI-Clínico, implementado por el Personal de Salud del primer nivel y de los Hospitales de referencia. El AIEPI-Comunitario implementado a través de dos tipos de actores: Promotores de Salud y Voluntarios. El AIEPI-Comunitario, por su falta de renovación, tiene muchos procedimientos que no se han actualizado; motivo por el cual, ha perdido su validez operativa.

A partir de esa fecha se han realizado esfuerzos por mejorar la capacitación e implementación y se ha revisado constantemente la normativa; dando como resultado para febrero de 2005 la publicación de la: “Guía de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia”, incluyendo las modificaciones propuestas

⁶ OPS. “La Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia”. Revista OPS. (Disponible en: <http://www.amro.who.int/spanish/ad/fch/ca/si-aiapi.htm>) Consultado 13/03/08).

⁷ MSPAS. “Análisis del Proceso de Implementación de la Estrategia de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)”, El Salvador, Documento, Pág., 15.

por los profesionales que participaron en la validación del documento a nivel interinstitucional; con lo que se impulsa nuevamente la estrategia.

“Según la Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL), del año 1998, El Salvador tenía para el quinquenio (1993-1998) una mortalidad de la niñez (menores de 5 años), de 43 por 1.000 nacidos vivos y una tasa de mortalidad infantil (menores de un año) de 35 por 1.000 nacidos vivos.⁸

“Para FESAL 2003, las tasas de mortalidad neonatal, infantil y en la total de 0 a 4 años han disminuido drásticamente, como resultado de impacto en parte a la implementación de la Estrategia AIEPI en el país desde 1997”⁹. Según la última Encuesta Nacional (FESAL), del año 2003, “El Salvador tiene una Tasa de Mortalidad de Menores de 5 años de 25 por 1,000 nacidos vivos”.¹⁰

Actualmente en El Salvador, se ha iniciado la socialización y capacitación sobre el material más reciente de la estrategia; la “Guía de Atención Integral a Niños y Niñas Menores de 5 años. Reforma aprobada en octubre del año 2007 y cuyas modificaciones vienen encaminadas a mantener la disminución constante en la morbimortalidad infantil como lo demuestra FESAL en los últimos años.

A nivel local de las unidades de salud de estudio el inicio de la aplicación de la estrategia se da en las tres unidades de salud en la segunda fase o implementación inicial como parte de la priorización de los departamentos de alto riesgo.

⁸ MSPAS, “Guía de Atención Integral a Niños y Niñas Menores de 5 años”, Documento, El Salvador, 2007, Pág. 6.

⁹ *Ibidem*, Pág. 7.

¹⁰ UNICEF, “Panorama: El Salvador – Estadísticas”, Documento, El Salvador, 2007, (Disponible en: www.unicef.org/spanish/infobycountry/elsalvador_statistics.html) consultado 29/06/2008).

1.2. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

A partir de la problemática antes descrita el problema se enuncia a través de la siguiente interrogante:

¿La aplicación de la estrategia AIEPI influye en la morbimortalidad infantil en las Unidades de Salud de Chilanga y Yamabal, Morazán y Concepción Batres, Usulután?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.3.1. OBJETIVO GENERAL.

1.3.1.1. Analizar la aplicación de la Estrategia AIEPI y su influencia en la morbimortalidad infantil, en las Unidades de Salud de Chilanga y Yamabal en el departamento de Morazán y Concepción Batres en el departamento de Usulután, durante el periodo de Enero a Septiembre de 2008.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1.3.2.1. Determinar el conocimiento que tiene el personal de salud sobre la aplicación de la Guía de Atención de la estrategia AIEPI y su influencia en la morbimortalidad infantil en las Unidades de Salud de estudio.

1.3.2.2. Identificar las limitantes para la aplicación de la estrategia AIEPI en las unidades de salud de estudio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2. CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. LA ESTRATEGIA DE ATENCION INTEGRADA DE LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA

La estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), fue creada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en 1996, y se basa en un conjunto de acciones de diagnóstico, tratamiento, prevención y promoción, que se brindan tanto en los servicios de salud como en el hogar y la comunidad. AIEPI 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 lo afectan, según el perfil epidemiológico de cada lugar. A partir de esta evaluación, AIEPI entrega 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 el control de la evolución del tratamiento, las medidas de prevención necesarias y su aplicación; además, la consejería, en la cual, se informa y se educa a los padres sobre la prevención y promoción de la salud de sus hijos.

AIEPI funciona con guías clínicas, basadas en la opinión de expertos y resultados de investigación sólida, las cuales proveen una estrategia estandarizada de atención y tratamiento basada en el síndrome. Hace uso de algoritmos para asegurar el manejo rápido y adecuado. Con los algoritmos el trabajador de salud o el cuidador

del niño informado hacen un chequeo de signos y síntomas indicando la presencia de una enfermedad severa o una condición que amerita una intervención.

AIEPI ha permitido disponer de una guía práctica que puede ser aplicada en los diferentes niveles de la estructura de salud, y también en la familia y la comunidad. Brinda los elementos para detectar precozmente los problemas más frecuentes que afecta la salud infantil para administrar tratamientos y medidas de prevención efectivas y para promover prácticas saludables de cuidado en la infancia, con vistas a garantizar el mejor crecimiento y desarrollo durante los primeros años de vida.

2.2. OBJETIVOS DE LA ESTRATEGIA AIEPI.

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

2.3. COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA

La implementación de la estrategia AIEPI tiene tres componentes:

1. ***Mejorar el desempeño del personal de salud para la atención de los menores de cinco años y sus familias (Componente Personal de Salud).***

Este componente considera, fundamentalmente, la capacitación en AIEPI Clínico del personal de salud, tanto en pre como en postgrado; personal que será el responsable directo de la atención a los niños y niñas menores de 5 años (incluyendo recién nacidos). Es ampliamente conocido el hecho de que la sola capacitación, no garantiza la aplicación de las habilidades aprendidas y que el acompañamiento o seguimiento, después de la capacitación, es un aspecto fundamental. Por lo tanto se recomienda que la vinculación capacitación – visitas de seguimiento sea enfocada desde un inicio.

2. *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).*

El Componente de Servicios de Salud, se refiere a crear las condiciones adecuadas para que la estrategia AIEPI pueda ser aplicada. Incluye el desarrollo de capacidades gerenciales (planificación, dirección, organización, coordinación, control) a todo nivel, que permita la coordinación e integración entre programas (PAI, Medicamentos, Vigilancia epidemiológica, etc.), buscando garantizar la existencia de una red de servicios funcional y estructurada, establecimientos de salud que cuenten con insumos y medicamentos básicos, sistemas de información adecuados, etc., además promover la elaboración de planes de implementación y expansión de AIEPI, tanto para el nivel central como para niveles locales.

3. *Mejorar los conocimientos y las prácticas de las familias para el cuidado y atención de las niñas y niños en el hogar (Componente Comunitario).*

Este componente representa el AIEPI-Comunitario. Es responsabilidad del Promotor de Salud la aplicación del AIEPI Comunitario.

2.4. INSTRUMENTOS BASICOS

Para mejorar el desempeño del personal de salud AIEPI brinda un conjunto de instrumentos prácticos entre los que pueden mencionarse:

- Cuadros para la evaluación, clasificación y tratamiento de los menores de cinco años y materiales de capacitación sobre los cuadros. **(Anexo N° 3).**
- Guías para el seguimiento del personal de salud (Citas de reevaluación), para apoyarlo en la efectiva aplicación de la estrategia AIEPI. **(Anexo N° 17).**
- Materiales de capacitación para mejorar la comunicación con los padres durante la evaluación de sus hijos (consejería), para brindar las indicaciones de tratamiento de los problemas, y para promover prácticas de crecimiento y desarrollo saludables. **(Anexo N° 15).**

2.5 PILARES FUNDAMENTALES DE LA APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA AIEPI.

Los pilares fundamentales de la aplicación de la estrategia AIEPI son: **Evaluación, Clasificación, Tratamiento, Seguimiento, Referencia y Consejería Familiar.**

La estrategia implica aprovechar la visita del niño al centro de salud para evaluar su estado de salud general e identificar cualquier problema. Aplicando AIEPI el personal de salud a través del examen físico completo identifica primero a los niños muy enfermos que requieren tratamiento hospitalario y procede a su inmediata derivación a centros más especializados; en casos de menor gravedad siempre se realiza un examen completo del niño y se evalúa no solo el motivo de consulta, sino también cualquier otra señal o síntoma de las enfermedades o problemas de salud más frecuentes en la niñez.

Como parte de la evaluación integral el personal examina el estado nutricional, el registro de vacunas, el crecimiento del niño y las prácticas de cuidado en el hogar, finalmente administra el tratamiento de cualquier enfermedad que pueda presentar el niño, brindando información sobre las prácticas más adecuadas de prevención cuidado y atención del niño en el hogar.

La estrategia AIEPI incluye una serie de pasos para la evaluación de la condición de salud del niño(a) que permite tanto al personal de salud como a los padres identificar los signos de enfermedad teniendo en cuenta aquellas que con mayor frecuencia se presentan en el lugar en que el niño(a) vive. Para cada signo identificado, la estrategia utiliza un sistema de clasificación basado en el riesgo que el hallazgo implica para la vida y la salud del niño(a), estableciendo la conducta a seguir que puede ser la necesidad de una consulta urgente a un hospital, el manejo y tratamiento ambulatorio del cuadro, o el cuidado con medidas sintomáticas en el hogar.

2.6 ÁREAS DE CAPACITACION TEÓRICO PRÁCTICA DE LA ESTRATEGIA AIEPI DIRIGIDA AL PERSONAL DE SALUD.

La estrategia AIEPI incluye una capacitación teórico-práctica en los siguientes aspectos:

- Búsqueda de signos de peligro, predictivos de muerte.
- Tos y dificultad para respirar, signos de neumonía.
- Diarrea, signos de deshidratación.
- Fiebre, signos de malaria, sarampión o neumonía.
- Problemas de oído.
- Desnutrición y anemia.
- Manejo del menor en: infecciones bacterianas localizadas y generalizadas, diarrea, problemas de alimentación y bajo peso.
- Mejorar prácticas alimentarias, lactancia materna.
- Control de vacunas e inmunizaciones.
- Asesoramiento familiar.

Además, promueve el entrenamiento sobre: seguimiento, supervisión, referencia y contra referencia, medicamentos y suministros, investigaciones operativas, información, educación y comunicación.

2.7 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

AIEPI: Atención Integrada a la Enfermedades Prevalentes de la Infancia.

ANEMIA: Trastorno que se caracteriza por disminución de la hemoglobina sanguínea hasta concentraciones inferiores a los límites normales. En los menores de 6 años de edad se considera anemia cuando la hemoglobina se encuentra por debajo de 9.3 gramos/decilitro (hematocrito < 27%).

DESHIDRATACIÓN: Pérdida excesiva de agua de los tejidos corporales, que se acompaña de un trastorno en el equilibrio de los electrolitos esenciales, particularmente el sodio, potasio y cloro.

DISENTERÍA: Inflamación del intestino, especialmente del colon, que puede deberse a irritantes químicos, bacterias, protozoos o parásitos. Se caracteriza por deposiciones frecuentes, heces con sangre, dolor abdominal y tenesmo rectal.

ENFERMEDAD ERUPTIVA: Son enfermedades de la piel, más frecuentes en la infancia, caracterizadas por el apareamiento de exantema, vesículas o pústulas.

ENFERMEDAD PREVALENTE: Son enfermedades las cuales son frecuentes en determinada área geográfica, raza y grupo étnico determinado.

ERITEMA: Enrojecimiento o inflamación de la piel o las membranas mucosas como resultado de la dilatación o congestión de los capilares superficiales

ESTRIDOR: Sonido respiratorio anómalo de tono musical y alta frecuencia, producido por la existencia de una obstrucción en la tráquea o la laringe.

ETIOLOGÍA: Estudio de las causas de las cosas. Estudio de las causas de las enfermedades. Factores o agentes causales de entidades nosológicas específicas.

EXUDADO: Líquido, células u otras sustancias que se han eliminado lentamente de las células o los vasos sanguíneos a través de pequeños poros o roturas en las membranas celulares.

FARINGITIS VIRAL: La faringitis es una enfermedad inflamatoria de la mucosa que reviste la faringe, producida por virus y que se manifiesta por hiperemia y edema de la misma.

GOTA GRUESA: Prueba de laboratorio utilizada para el diagnóstico de paludismo.

HIPOXIA: Estado de un organismo sometido a un nivel bajo de oxígeno.

INFANCIA: Primer período de la vida del hombre desde su nacimiento a su pubertad.

INMUNIZACIÓN: La inmunización es el proceso de inducción de inmunidad artificial frente a una enfermedad. Esta puede ser de dos tipos: Inmunización pasiva: Involucra anticuerpos o inmunoglobulinas de forma directa; e Inmunización activa: a través de la aplicación de vacunas, preparados antigénicos atenuados con el fin de generar una respuesta inmunológica por parte del organismo, consistente en la formación de anticuerpos protectores contra el antígeno al que se es expuesto.

LETARGIA: Estado mental caracterizado por pérdida de la voluntad, el paciente que se encuentre consciente y su función intelectual es normal; es incapaz de actuar.

LUXACIÓN CONGENITA DE LA CADERA: Afección más frecuente en la niña que el niño, consiste en el desplazamiento hacia atrás y por encima de la cabeza femoral con rotación hacia delante.

MASTOIDITIS: Inflamación o infección del oído la cual puede ser externa, interna y/o media.

MORBILIDAD INFANTIL: Proporción de niños que enferman en un lugar durante un período de tiempo determinado en relación con la población total de ese lugar.

MORBILIDAD: Proporción de personas que enferman en un lugar durante un período de tiempo determinado en relación con la población total de ese lugar.

MORBIMORTALIDAD: Proporción de personas que enferman y mueren por una enfermedad aparentemente conocida.

NEONATO: Se aplica al niño recién nacido y es el período posterior al nacimiento hasta las 4 semanas de vida (28 días).

NEUMONÍA: Inflamación de los pulmones que afecta la porción más distal de la vía aérea que son los alveolos (encargados del intercambio respiratorio) y se acompaña de signos graves de dificultad respiratoria.

NIÑO DE TERMINO: Niño nacido entre la 37° semana a la 42° semana de gestación.

NIÑO PREMATURO: Niño nacido antes de la 37° semana de gestación.

OBSERVACION: Primer paso del examen físico, que consiste en la inspección o el reconocimiento a simple vista o con la ayuda de un lente de aumento simple, del aspecto, color, forma y movimiento del cuerpo y de su superficie externa, como también de algunas cavidades o conductos accesibles por su amplia comunicación como la boca.

OSTEOMIALGIAS: Dolor de origen óseo y muscular, producido por afecciones locales o enfermedades sistémicas.

OTITIS MEDIA AGUDA: Inflamación del oído, tímpano hiperémico, opaco y abombado con mala motilidad de dos semanas de evolución.

OTITIS MEDIA CRÓNICA: Inflamación de oído medio, tímpano hiperémico, opaco y abombado con mala motilidad, sin manifestaciones de dolor y fiebre de más de dos semanas de evolución.

PERINATAL: Relativo al tiempo y al proceso de nacimiento; periodo comprendido entre la semana 22 de la gestación y el séptimo día de vida extrauterina

PRUEBA DE LAZO: Prueba de tamizaje de dengue la cuál consiste en aplicar la presión arterial media con un esfigmomanómetro durante 5 minutos a nivel del tercio del brazo verificando la presencia de petequias (>20/pulg.) a partir del pliegue de la articulación del codo en la cara anterior del antebrazo.

REFERENCIA: Evaluación preliminar de las necesidades de un paciente, enviándolo a un establecimiento de salud de mayor complejidad; con mayores y mejores recursos e infraestructura para la administración del tratamiento adecuado; cuando este no puede ser brindado en el establecimiento de salud donde consulta.

RESFRIADO COMÚN: Es una enfermedad viral, en la cual el paciente presenta rinorrea y congestión nasal como síntomas principales.

RETORNO: Contrarreferencia a acción de regresar a un paciente al establecimiento que lo refirió, posterior a su tratamiento; para el consiguiente control de su enfermedad y administración de la terapéutica.

RIESGO: Contingencia de un daño. Exposición a situaciones de peligro, enfermedad o daño, que depende de factores externos e internos; amenaza y vulnerabilidad respectivamente; con diferentes niveles de impacto.

SIBILANCIA: Ruido pulmonar anormal caracterizado por un tono musical agudo. Se produce al pasar aire a una velocidad elevada a través de una vía estrecha.

SOPLO CARDÍACO: Sonido cardíaco anómalo que se oye en la auscultación del corazón y se debe al flujo de sangre a través de una cámara o al cierre o apertura valvular.

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL: es un indicador demográfico que señala el número de defunciones en una población de niños por cada mil, durante un periodo de tiempo determinado, generalmente un año. Tradicionalmente la tasa de

mortalidad infantil se mide sobre los niños menores de 1 año, pero se ha hecho también usual medirla sobre niños menores de 5 años. Se trata de un indicador relacionado íntimamente con la pobreza y constituye el objeto de uno de los 8 Objetivos del Milenio de las Naciones Unidas.

CAPÍTULO III

SISTEMA DE HIPÓTESIS.

3. CAPÍTULO III: SISTEMA DE HIPÓTESIS

3.1. HIPÓTESIS DE TRABAJO

Hi - La aplicación de la estrategia AIEPI influye en la morbimortalidad infantil en las Unidades de Salud en estudio.

Ho - La aplicación de la estrategia AIEPI no influye en la morbimortalidad infantil en las Unidades de Salud en estudio.

3.2. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS HIPÓTESIS EN VARIABLES E INDICADORES.

Hipótesis de Trabajo	Variables	Conceptualización	Indicadores
<p>Hi - La aplicación de la estrategia AIEPI influye en la morbimortalidad infantil en las Unidades de Salud en estudio.</p>	<p>Variable Independiente: Aplicación de la Estrategia AIEPI.</p>	<p>Son las diferentes acciones y procedimientos a seguir en la consulta del niño menor de 5 años.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación • Clasificación • Seguimiento • Referencia • Consejería • Recurso humano • Instrumento de registro AIEPI • Medicamentos
	<p>Variable Dependiente: Morbimortalidad Infantil en las unidades de salud de estudio.</p>	<p>Casos de enfermedad y muertes basadas en las tasa de morbimortalidad infantil</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Curvas de tendencia de morbilidad infantil en niños menores de 5 años de las unidades de salud de estudio. • Tasas de mortalidad infantil en niños menores de 5 años de las Unidades de Salud de estudio.

CAPÍTULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO.

4. CAPÍTULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y el registro de la información el estudio de investigación que se realizó fue:

- **Prospectivo:** Porque permitió registrar la información según la ocurrencia del fenómeno en estudio durante los meses de enero a septiembre del año 2008.

Según el análisis y los alcances realizados a partir de los resultados del trabajo de investigación, el estudio fue:

- **Descriptivo:** Ya que este estudio puede ser el punto inicial para otras investigaciones; porque describe la información proporcionada por el personal de salud sobre la estrategia AIEPI y su influencia en la morbilidad infantil en las unidades de salud objeto de estudio en los meses de Enero a Septiembre de 2008.

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA OBJETO DE ESTUDIO.

La población en investigación estuvo conformada por 24 personas, mismas que forman parte del personal de salud de las unidades de salud estudiadas, distribuido de la siguiente forma:

Distribución del Personal de Salud en las Unidades de Salud estudiadas.

UNIDAD DE SALUD	Médicos	Licenciadas en Enfermería	Técnicos en Enfermería	TOTAL
Chilanga	2	1	7	10
Yamabal	2	2	2	6
Concepción Batres	4	2	2	8
TOTAL	8	5	11	24

Fuente: Coordinadores de SIBASI y Directores de Unidades de Salud.

Para determinar la muestra de estudio se aplicaron los siguientes criterios de inclusión y de exclusión:

4.2.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Médicos que aplican la Guía AIEPI Clínico.
- Personal de enfermería que aplica la Guía AIEPI Clínico

4.2.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Personal de enfermería que no aplica la Guía AIEPI Clínico.
- Médicos que no aplican la Guía de AIEPI Clínico.
- Médicos en Año Social que realizaron la investigación.

4.3. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

Las técnicas que se utilizaron para la recolección de la información necesaria del trabajo de investigación fueron:

a) Técnica Documental: Por medio de esta técnica se obtuvo la información documentada, a través de la consulta de Fuentes Bibliográficas de Registro de cada Unidad de Salud y SIBASI correspondiente: **Sistema Nacional de Vigilancia de Enfermedades (SISNAVE), Informe Estadístico Mensual IEMA**, Tabulador Diario de Consulta y Documentos publicados en Páginas Electrónicas y Revistas tales como los siguientes: **Guía de Registro de AIEPI Clínico, Vigilancia Epidemiológica Diaria por Unidad de Salud, Boletín Epidemiológico.**

b) Técnica de Trabajo de Campo: Se utilizó la Técnica de la Encuesta para recopilar información, misma que se le proporcionó al personal de salud que aplica el AIEPI Clínico en cada una de las Unidades de Salud estudiadas.

4.4. INSTRUMENTO

Como instrumento para la realización de la encuesta se utilizó el Cuestionario, mismo que contaba con 33 preguntas de opción múltiple y 2 abiertas correspondientes a las siguientes áreas del AIEPI: Crecimiento y Desarrollo; Evaluar, Clasificar y Tratar al (la) recién nacido (a) menor de ocho días; de 8 días a menor de 2 meses de edad y de 2 meses a 4 años de edad. **Anexo N° 68.**

4.5. PROCEDIMIENTO

4.5.1. PROCESO DE INVESTIGACIÓN.

El estudio se realizó en un periodo de nueve meses, partiendo desde la planificación hasta la elaboración del informe final.

La investigación se llevó a cabo en dos etapas:

- Etapa de planificación
- Etapa de ejecución

4.5.1.1. PRIMERA ETAPA O PLANIFICACIÓN:

La cual abarcó desde la selección del tema hasta el planteamiento del desarrollo de la investigación, que consistió en Analizar la Aplicación de la Estrategia AIEPI y su Influencia en la Morbimortalidad Infantil, en las Unidades de Salud de Chilanga y Yamabal, Morazán y Concepción Batres, Usulután, durante el periodo de Enero a Septiembre de 2008.

4.5.1.2. SEGUNDA ETAPA O EJECUCIÓN.

La segunda etapa o fase de ejecución se llevó a cabo en tres periodos:

- Validación del instrumento.

- La recolección de los datos.
- La tabulación, análisis e interpretación de los resultados.

4.5.1.2.1. VALIDACION DEL INSTRUMENTO:

La validación del instrumentó se realizó a través de una prueba piloto, la cual se llevó a cabo en la cuarta semana del mes de Julio del año 2008, para lo cual, cada miembro del equipo administró 3 instrumentos a personal de salud con las mismas características del personal de las unidades de salud estudiadas y teniendo en cuenta que estos no formaban parte del estudio.

4.5.1.2.2. RECOLECCION DE LOS DATOS:

La recolección de los datos se realizó en los Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASI) de Morazán y Usulután, obteniendo información estadística de los últimos 4 años sobre las enfermedades prevalentes y la mortalidad infantil de cada unidad objeto de estudio; además, en las tres diferentes Unidades de Salud: Chilanga y Yamabal en el departamento de Morazán y Concepción Batres en el departamento de Usulután, se recabó información de forma simultánea, durante el periodo de Enero a Septiembre de 2008; a través de la administración de las encuestas dirigidas al personal de salud que aplica la estrategia AIEPI.

Se tomaron en cuenta los siguientes Criterios de Inclusión:

1. Médicos que aplican la Guía AIEPI Clínico.
2. Personal de enfermería que aplican la Guía AIEPI Clínico.

4.5.1.2.3. PLAN DE TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

Una vez recolectada la información obtenida por parte del personal de salud que aplica la guía AIEPI en las unidades de salud objeto de estudio, se presentaron los resultados en tablas de frecuencia y gráficos de barras, tomando para su interpretación y análisis las frecuencias mayores.

CAPITULO V:
PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

5. CAPITULO V: PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

En este capítulo se presenta los resultados obtenidos mediante la técnica de la encuesta, realizada a cada uno de los profesionales que aplican la guía de Atención Integral en Salud a niños y niñas menores de 5 años, en las unidades de salud de Chilanga y Yamabal, Morazán y Concepción Batres, Usulután, en el periodo de Enero a Septiembre de 2008.

En primer lugar, se realizó la recopilación de los datos en cada una de las unidades de salud en estudio; consolidando la información obtenida y representándolos en cuadros de categorías, frecuencias y porcentajes. Posterior a la tabulación se realizó el análisis e interpretación de los datos consolidados de cada pregunta, donde se describe el conocimiento del personal de salud sobre la estrategia y su aplicación en las unidades de salud estudiadas.

Posteriormente se presentan los resultados ordenados en graficas de barras con sus respectivos porcentajes, para una mejor comprensión de los mismos; y al final, se ordenaron los datos en un cuadro de frecuencias de respuestas correctas e incorrectas **(Anexo 69)**, en base a la normativa de la estrategia AIEPI.

Al final del capítulo se presenta la comprobación de la hipótesis, donde se interpretaron los resultados de la encuesta al personal de salud, la aplicación de la estrategia AIEPI y su influencia en la morbilidad infantil en las unidades de salud objeto de estudio.

5.1. TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS.

5.1.1. RESULTADOS DE LA ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL DE SALUD.

CUADRO N° 1.

En caso de marasmo ¿Cuál es el tratamiento?

N°	Categorías	Frecuencia									TOTAL	%
		U/S Chilanga			U/S Yamabal			U/S Batres				
		Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf		
1	Referir al hospital urgentemente	2	1	7	2	2	2	4	1	3	24	100%
2	Evaluar en 30 días	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
3	Dejar exámenes de laboratorio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
4	Indicar a la madre cuando volver de inmediato	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
TOTAL		2	1	7	2	2	2	4	1	3	24	100%

Fuente: Encuesta dirigida al personal de Salud de las Unidades estudiadas.

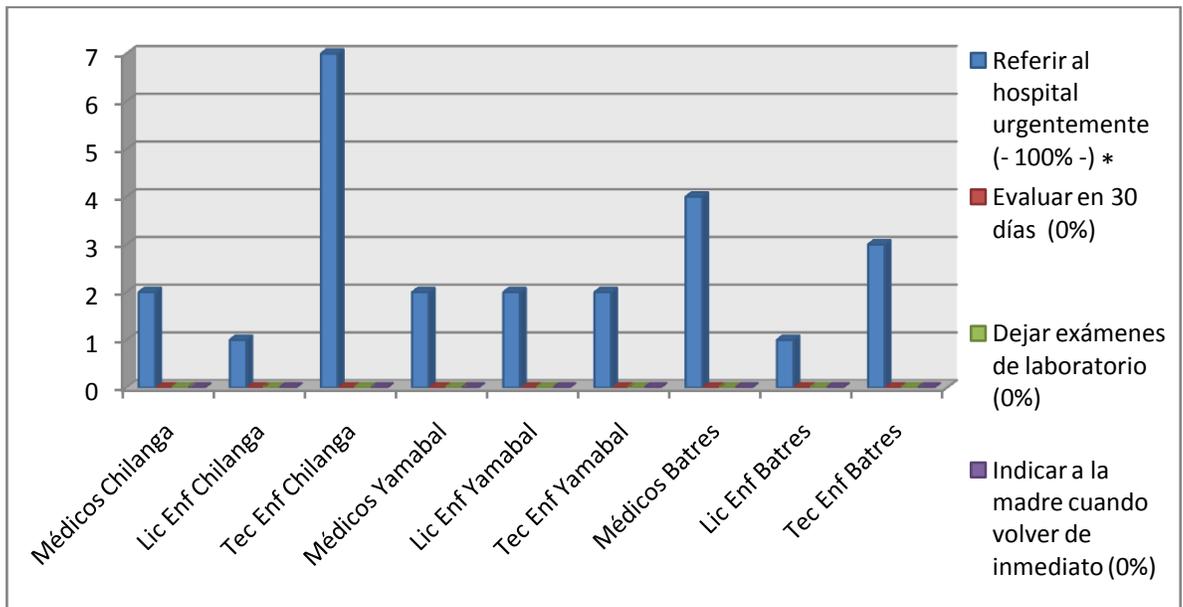
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

Ante el diagnóstico de un niño con marasmo, lo adecuado según lo estipulado por la guía de atención a niños y niñas menores de 5 años, es la referencia del menor al hospital más cercano (**Ver Anexo N° 3**); de las 24 personas encuestadas, el 100% contestaron que debían referir al niño al hospital; siendo esta la respuesta adecuada,

observándose de esta forma que la normativa en este ámbito se aplica de forma correcta. El personal de salud encuestado en las unidades de salud estudiadas, considera de importancia el referir al paciente ante la presencia de marasmo, que es una desnutrición proteico – calórica severa; siendo esta, una patología de alto riesgo para la vida del paciente; ya que, su estado inmunológico es deficiente y es vulnerable a cualquier infección o agresión de causa externa; en esta afección se necesita un buen soporte vital, por lo que, se debe manejar hospitalariamente y bajo la evaluación de un médico pediatra. El paciente necesita tratamiento y observación intrahospitalaria, para restaurar el peso adecuado para su edad y el restablecimiento adecuado de su salud, por lo que su referencia temprana es de vital importancia.

GRAFICO N° 1

En caso de marasmo ¿Cuál es el tratamiento?



Fuente: Cuadro N° 1.

* Respuesta correcta

CUADRO N° 2.

Si la talla en la gráfica Peso/Talla, el menor se encuentra en el canal arriba de más 3 desviaciones estándar ¿Cuál es la clasificación?

N°	Categorías	Frecuencia									TOTAL	%
		U/S Chilanga			U/S Yamabal			U/S Batres				
		Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf		
1	No Tiene Sobrepeso ni Obesidad	1	0	1	0	0	0	0	1	3	6	25%
2	Problema de Obesidad	0	0	2	0	0	0	4	0	0	6	25%
3	Problema de Sobrepeso	1	1	4	2	2	2	0	0	0	12	50%
TOTAL		2	1	7	2	2	2	4	1	3	24	100%

Fuente: Encuesta dirigida al personal de Salud de las Unidades estudiadas.

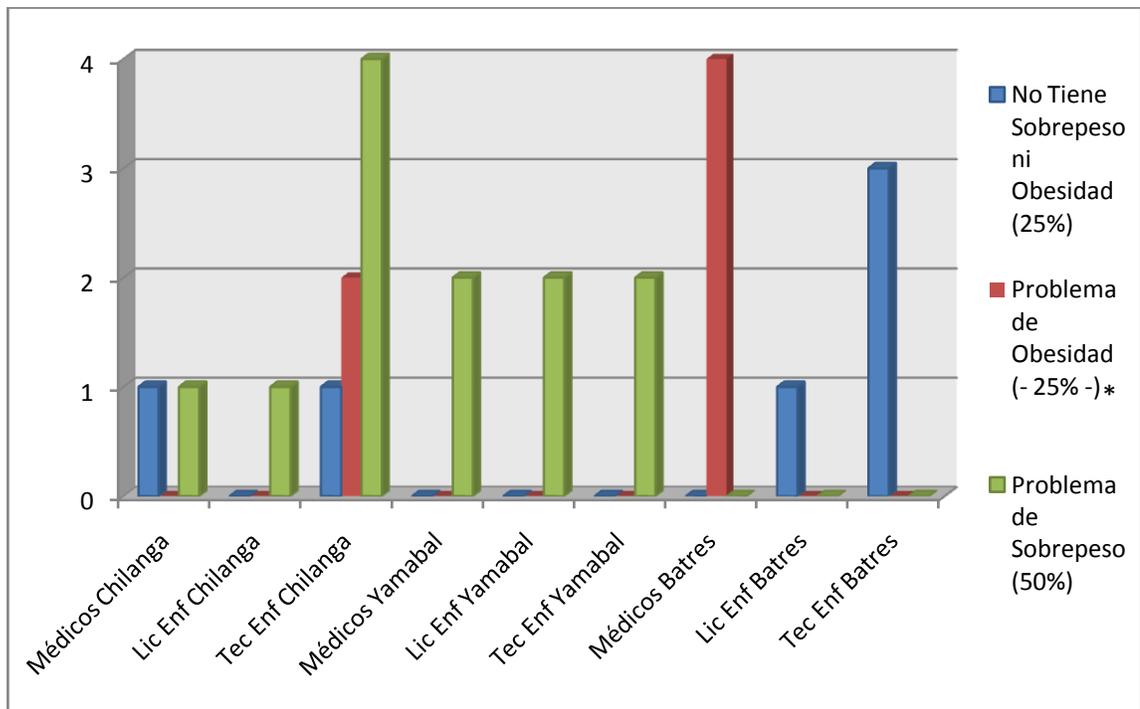
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

Cuando la talla para la edad en un paciente, se encuentra arriba de más 3 desviaciones estándar en la tabla peso/talla (**Anexo N° 4**); la clasificación según la guía de atención es un problema de obesidad; de la 24 personas entrevistadas el 25% respondieron que este tipo de paciente no tiene problema de sobrepeso ni obesidad, otro 25% mencionó que lo catalogaría como problema de obesidad y el 50% restante que tienen problema de sobrepeso, las respuestas en esta pregunta son variadas, destacándose el hecho que el 75% del personal contestó incorrectamente, lo que

permite hacer notar la deficiencia en el conocimiento sobre el uso de las tablas para la evaluación del peso y la talla; posiblemente por falta de capacitación o de retroalimentación en el área de crecimiento y desarrollo. El personal de salud presenta dificultades en la aplicación e interpretación en cuanto a los problemas nutricionales de sobrepeso y obesidad. Las tablas están construidas en base a desviaciones estándar y son una parte innovadora en la normativa.

GRAFICO N° 2

Si la talla en la gráfica Peso/Talla, el menor se encuentra en el canal arriba de más 3 desviaciones estándar ¿Cuál es la clasificación?



Fuente: Cuadro N° 2.

* Respuesta correcta

CUADRO N° 3.

En la evaluación de crecimiento del niño (a) la tendencia adecuada según la tabla de desviación estándar, es la siguiente:

N°	Categorías	Frecuencia									TOTAL	%
		U/S Chilanga			U/S Yamabal			U/S Batres				
		Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf		
1	Cuando tiene tendencia Horizontal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
2	Cuando tiene tendencia Vertical	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
3	Cuando tiene tendencia Ascendente	2	1	7	2	2	2	4	1	3	24	100%
TOTAL		2	1	7	2	2	2	4	1	3	24	100%

Fuente: Encuesta dirigida al personal de Salud de las Unidades estudiadas.

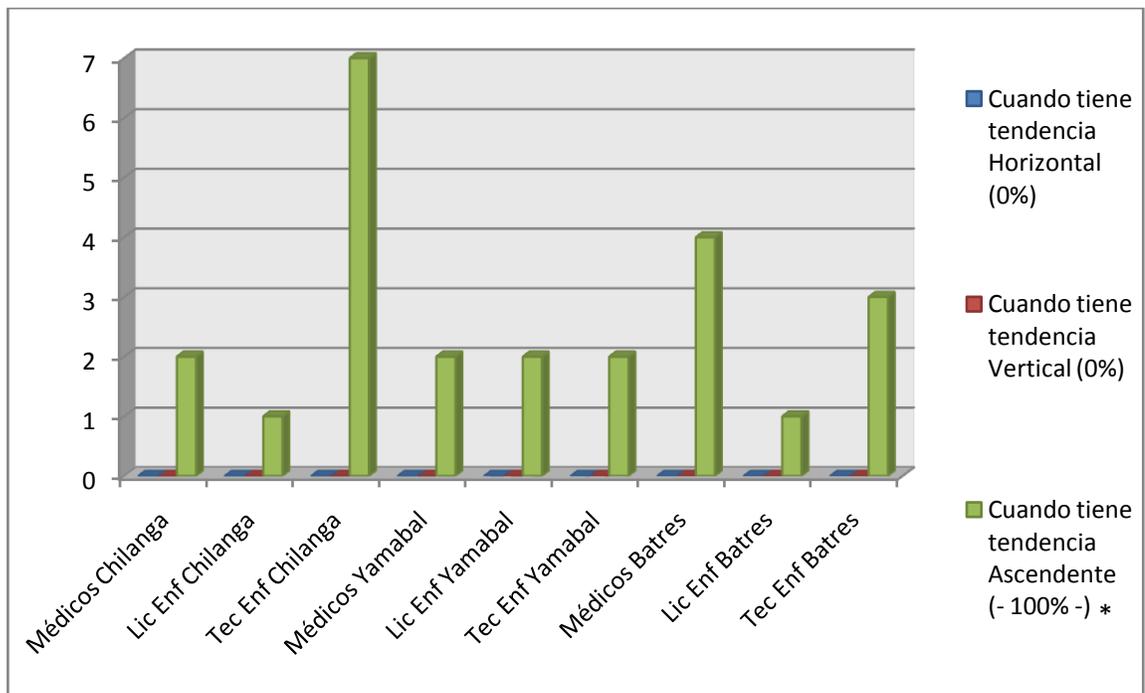
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

En la evaluación de crecimiento del niño (a), la tendencia adecuada según la tabla de desviación estándar; se observa cuando al graficar y trazar una línea, uniendo puntos consecutivos y evaluando desde el control anterior al actual, esta sigue un curso con tendencia ascendente, indicando buen crecimiento y ganancia de peso adecuada a partir del último control registrado (**Ver Anexo N° 5**); de las 24 personas encuestadas, el 100% de ellas respondió de forma correcta, según lo estipulado por la guía de atención. Por lo cual se hace evidente el conocimiento adecuado que tiene el personal de salud sobre la forma normal que debe crecer el menor de edad, dando la pauta para

inferir que en las unidades de salud estudiadas a todos los pacientes y familiares, se les brinda un manejo adecuado en cuanto al control del peso, tanto como la prevención y el tratamiento de la desnutrición, lo que conllevaría a un correcto desarrollo y prevención adecuada de enfermedades comórbidas relacionadas a este padecimiento, tanto como para el estancamiento crónico del peso en el menor.

GRAFICO N° 3

En la evaluación de crecimiento del niño (a) la tendencia adecuada según la tabla de desviación estándar, es la siguiente:



Fuente: Cuadro N° 3.

* Respuesta correcta

CUADRO N° 4.

En la consejería, al acompañante o a la madre de un niño(a) de 8 meses de edad la consejería correcta respecto a la alimentación es la siguiente:

N°	Categorías	Frecuencia									TOTAL	%
		U/S Chilanga			U/S Yamabal			U/S Batres				
		Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf		
1	Dar de mamar 12 veces en 24 horas	0	0	3	0	0	0	0	0	0	3	13%
2	Dar de mamar 8 veces en 24 horas	2	1	3	2	2	2	2	0	0	14	58%
3	Dar de mamar 6 veces en 24 horas	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	4%
4	Dar comida 3 veces al día	0	0	0	0	0	0	2	1	3	6	25%
TOTAL		2	1	7	2	2	2	4	1	3	24	100%

Fuente: Encuesta dirigida al personal de Salud de las Unidades estudiadas.

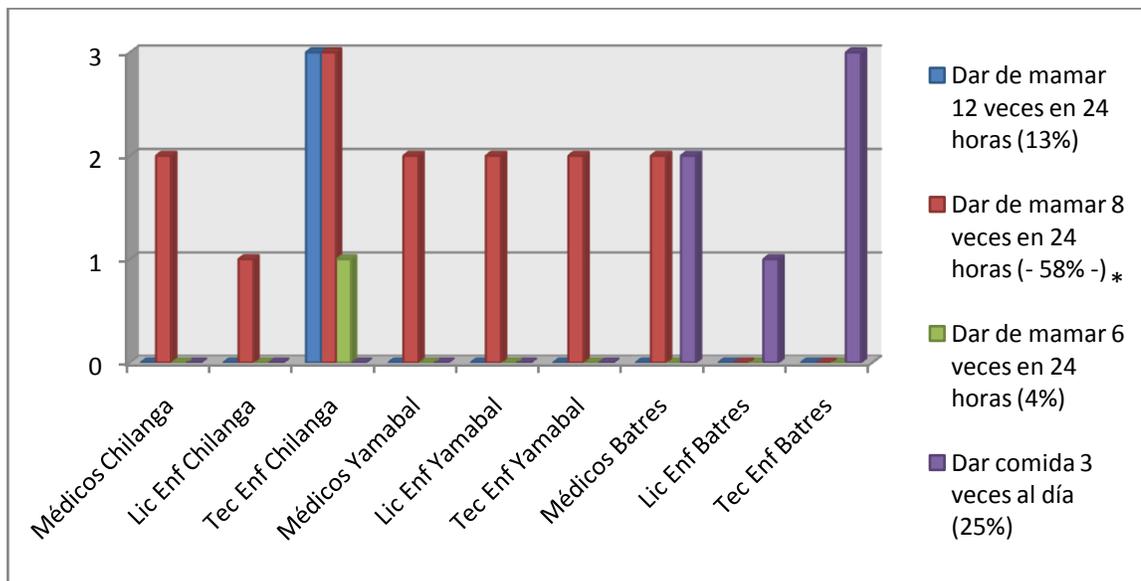
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

En cuanto a la consejería que la guía de atención sostiene que se debe brindar al acompañante o a la madre de un niño(a) de 8 meses de edad, sobre las recomendaciones en alimentación, se establece que se debe dar lactancia materna en un número de 8 veces al día (**Ver Anexo N° 15**); que es la cantidad que a esa edad se considera necesaria para poder combinar con la alimentación semisólida; de las 24 personas a las cuales se les realizó la encuesta, el 13% de ellas respondieron que se

debía dar 12 veces en 24 horas, el 58% respondió adecuadamente según la guía de atención, el 4% respondió 6 veces en 24 horas y el 25% restante, respondió que se debía dar 3 comidas al día, con lo que se observa un resultado equilibrado, con una mayor parte de respuestas acertadas de acuerdo a la guía, lo que demuestra que la mayoría del personal conoce el tipo de alimentación que se debe dar a un lactante de 8 meses, demostrando que han aplicado la norma correctamente; aunque existe una cantidad considerable del personal, a la cual se le dificultaría brindar la consejería en nutrición de forma adecuada, posiblemente por falta de conocimiento en la área de alimentación o falta de retroalimentación por el mismo personal; con lo que se puede notar que la mayoría, aunque no todos aplican de forma correcta la consejería en esta área.

GRAFICO N° 4

En la consejería, al acompañante o a la madre de un niño(a) de 8 meses de edad la consejería correcta respecto a la alimentación es la siguiente:



Fuente: Cuadro N° 4.

* Respuesta correcta

CUADRO N° 5.

A la madre de un niño(a) de 0 a 8 días respecto a la alimentación, en la consejería se recomienda lo siguiente:

N°	Categorías	Frecuencia									TOTAL	%
		U/S Chilanga			U/S Yamabal			U/S Batres				
		Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf		
1	Dar leche en biberones	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
2	Dar comidas ralas para evitar las diarreas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
3	Dar miel de abeja para limpiar en estomago	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
4	Dar comidas espesas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
5	Ninguna de las anteriores	2	1	7	2	2	2	4	1	3	24	100%
TOTAL		2	1	7	2	2	2	4	1	3	24	100%

Fuente: Encuesta dirigida al personal de Salud de las Unidades estudiadas.

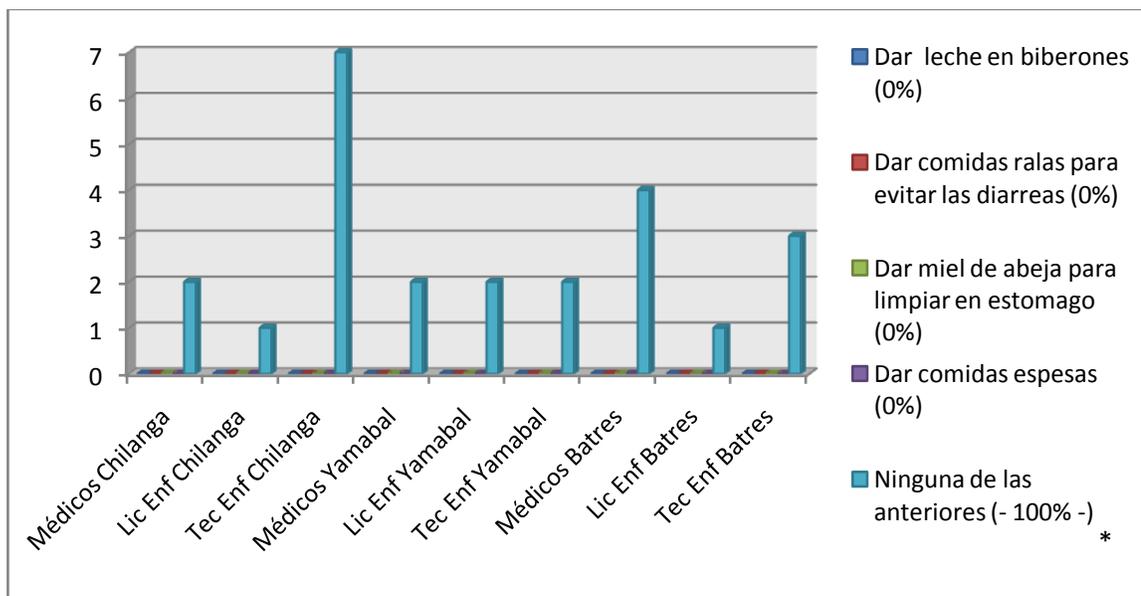
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

En el área de consejería sobre la alimentación adecuada de un niño(a) de 0 a 8 días, la consejería que se debe brindar al acompañante o a la madre del menor en el mejor de los casos, lo correcto es recomendarle que debe brindarle lactancia materna exclusiva, evitando darle otro tipo de alimentación, ya sea fórmulas lácteas artificiales, agua y cualquier otra alimentación que no sea la lactancia materna (**Ver Anexo N° 15**); de las

24 personas encuestadas, el 100% respondieron que la respuesta era ninguna de las opciones que se plantearon en el cuestionario; por lo que queda demostrado que todo el personal de salud en su consejería, aplica de forma correcta la normativa, reconociendo que la lactancia materna es la mejor alimentación que puede recibir un lactante en esta etapa y recomendándola de forma exclusiva durante los primeros días de vida, misma que se debe prolongar hasta los 6 meses de vida; lo que permite ver como todo el personal esta consciente de lo importante que es aconsejar a la madre una nutrición adecuada al menor, para evitar problemas de desnutrición, que a largo plazo traen complicaciones.

GRAFICO N° 5

A la madre de un niño(a) de 0 a 8 días respecto a la alimentación, en la consejería se recomienda lo siguiente:



Fuente: Cuadro N° 5.

* Respuesta correcta

CUADRO N° 6.

En caso de un (a) niño(a) con diarrea, se le recomienda a la madre lo siguiente:

N°	Categorías	Frecuencia									TOTAL	%
		U/S Chilanga			U/S Yamabal			U/S Batres				
		Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf		
1	Consumir alimentos en grandes cantidades	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2	8%
2	Dar sodas para entonar el estomago	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
3	Dar leche en polvo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
4	Ofrecer alimentos en pequeñas cantidades	1	1	6	2	2	2	4	1	3	22	92%
TOTAL		2	1	7	2	2	2	4	1	3	24	100%

Fuente: Encuesta dirigida al personal de Salud de las Unidades estudiadas.

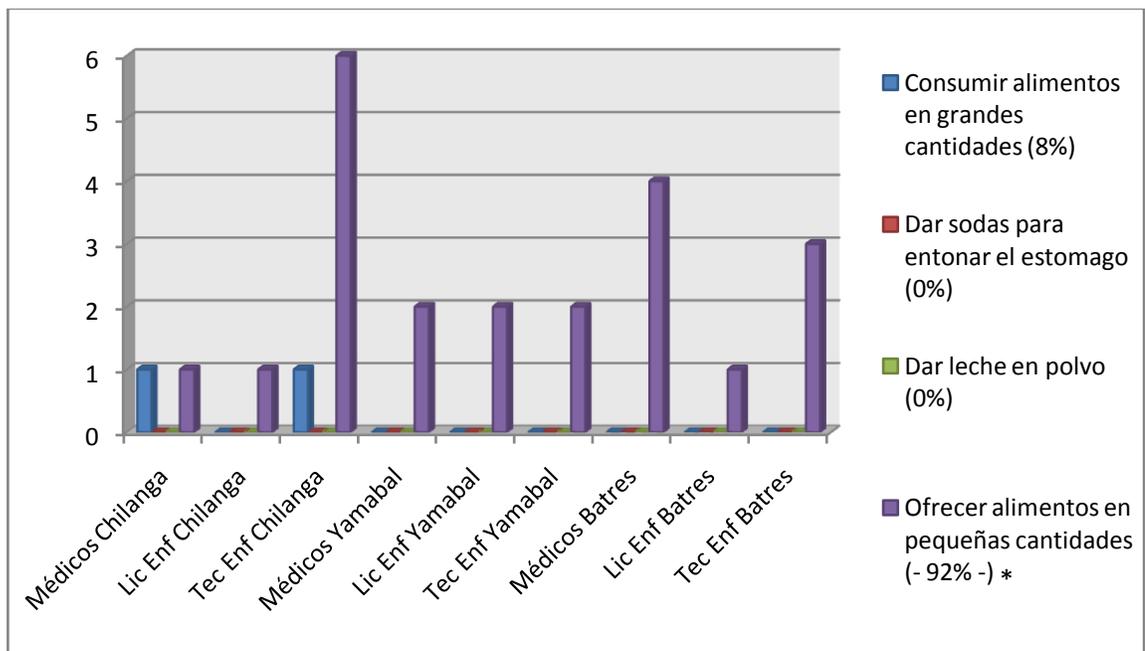
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

En el caso de un(a) niño(a) con diarrea, sobre las recomendaciones que refiere la guía de atención, se le debe recomendar a la madre, que al menor le brinde alimentos en pocas cantidades, con lo que se propone evitar la emesis, provocando una mejor tolerancia a los alimentos y evitando la desnutrición al aumentar la frecuencia a costa de la disminución en la cantidad por ingesta (**Ver Anexo N° 16**). De las 24 personas entrevistadas 22 personas, que corresponden al 92% de los encuestados contestaron de forma adecuada y solo un 8% contestó que se debe de dar alimento en grandes

cantidades. La mayoría de los encuestados aplican de forma correcta la consejería en relación a la alimentación adecuada en presencia de diarrea, la cual es una de las primeras causas de morbimortalidad en nuestro país.

GRAFICO N° 6

En caso de un (a) niño(a) con diarrea, se le recomienda a la madre lo siguiente:



Fuente: Cuadro N° 6

* Respuesta correcta

CUADRO N° 7.

Cuando un (a) niño(a) presenta problemas respiratorios las indicaciones que se le brindan a la madre son las siguientes:

N°	Categorías	Frecuencia									TOTAL	%
		U/S Chilanga			U/S Yamabal			U/S Batres				
		Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf		
1	Dar alimentos ácidos, como limón	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2	8%
2	Aumentar la ingesta de líquidos	2	1	4	2	2	2	3	1	3	20	84%
3	No dar alimentos fritos	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	8%
TOTAL		2	1	7	2	2	2	4	1	3	24	100%

Fuente: Encuesta dirigida al personal de Salud de las Unidades estudiadas.

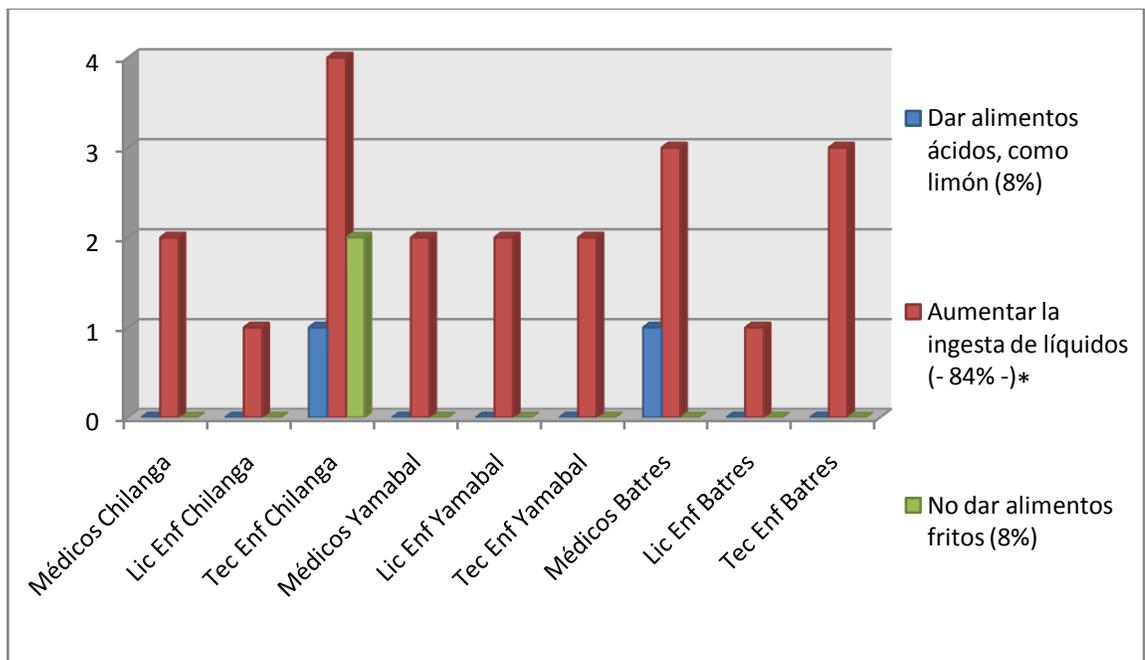
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

Cuando un (a) niño(a) presenta problemas respiratorios, según la guía de AIEPI, en el apartado de “Recomendaciones de Alimentación para Niños(as) Enfermos y en Recuperación”, los consejos que se deben dar al acompañante o madre del niño son los siguientes: se debe aumentar la ingesta de líquidos, dar alimentos fritos y no se debe dar limón (**Ver Anexo N° 16**). De las 24 personas entrevistadas el 8% respondió dar ácidos como limón, un 84% respondió adecuadamente el aumentar los líquidos, un 8% respondió no dar alimentos fritos. La mayor parte de los profesionales respondieron adecuadamente; mediante la prevención de estas enfermedades con los cuidados en

el hogar, dentro de los cuales unos de los más importantes es incremento en la ingesta de líquidos, mismos que funcionan como expectorante, mucolítico y rehidratante.

GRAFICO N° 7

Cuando un (a) niño(a) presenta problemas respiratorios las indicaciones que se le brindan a la madre son las siguientes:



Fuente: Cuadro N° 7

* Respuesta correcta

CUADRO N° 8.

La cita para evaluar niños(a) con problemas de obesidad es en:

N°	Categorías	Frecuencia									TOTAL	%
		U/S Chilanga			U/S Yamabal			U/S Batres				
		Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf		
1	1 mes	2	1	5	0	0	0	3	1	2	14	58%
2	10 días	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
3	2 meses	0	0	2	2	2	2	1	0	1	10	42%
4	3 meses	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
TOTAL		2	1	7	2	2	2	4	1	3	24	100%

Fuente: Encuesta dirigida al personal de Salud de las Unidades estudiadas.

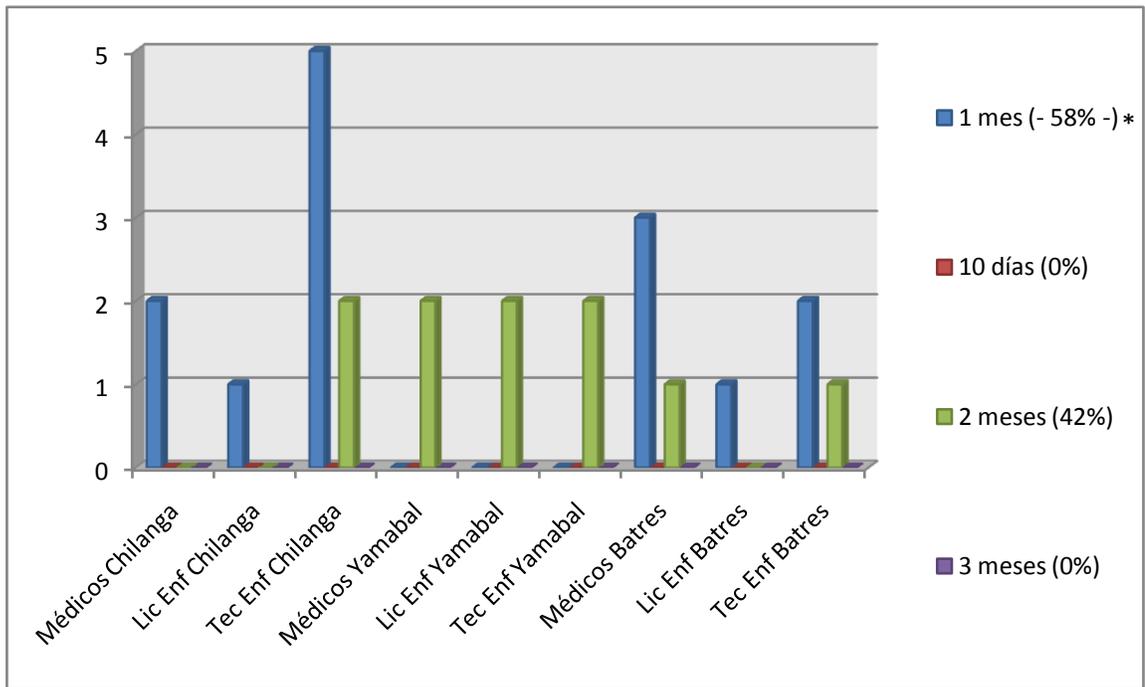
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

La cita para evaluar niños(a) con problemas de obesidad según la norma de la estrategia, se debe dejar para un período no mayor a 1 mes (**Ver Anexo N° 17**), recomendando que esta cita sea de preferencia al mes para poder evaluar de una mejor forma la variación (ganancia, disminución o mantenimiento) en el peso y el acatamiento de las recomendaciones. De las 24 personas entrevistadas el 58% respondió que en 1 mes, la cual es la forma adecuada para evaluar al niño; el otro 42% de los encuestados, refirió que la cita se debe hacer 2 meses después. Por lo que en el área de la evaluación para problemas de obesidad en niños menores de 5 años, existen respuestas diversas por parte del personal, se puede observar que casi la

mitad del personal no aplica este apartado de la guía en forma correcta; aunque la mayoría si conoce el periodo recomendado para monitorear el estado de nutrición en un niño diagnosticado con obesidad y establece citas adecuadamente aplicando la normativa de forma correcta.

GRAFICO N° 8

La cita para evaluar niños(a) con problemas de obesidad es en:



Fuente: Cuadro N° 8.

* Respuesta correcta

CUADRO N° 9.

Cuando los niños (as) menores de 6 meses presentan cólicos, lo correcto es:

N°	Categorías	Frecuencia									TOTAL	%
		U/S Chilanga			U/S Yamabal			U/S Batres				
		Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf		
1	Dar refresco artificial	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
2	Explicar a la madre como sacar el aire	2	1	7	2	2	2	4	1	3	24	100%
3	Dar a la madre chocolate	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
4	Dar coliflor, repollo y rábano	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
TOTAL		2	1	7	2	2	2	4	1	3	24	100%

Fuente: Encuesta dirigida al personal de Salud de las Unidades estudiadas.

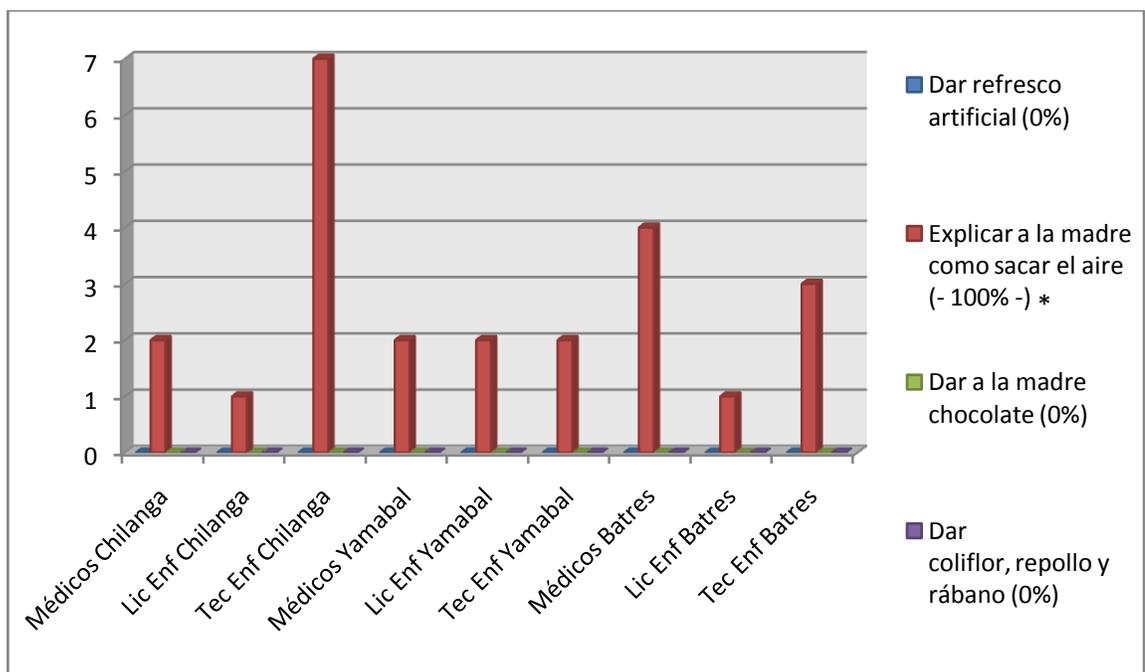
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

Según la Guía de Atención Integral en Salud a niños y niñas menores de 5 años de edad, en el área de los “Principales Problemas para lograr una Alimentación Óptima”, se recomienda que, cuando los niños (as) menores de 6 meses presentan cólicos lo correcto es extraerle el aire para mejorar los cólicos abdominales (**Ver Anexo N° 18**). De las 24 personas encuestados el 100% respondieron de forma adecuada según lo estipulado por la guía de atención, respondiendo que al sacarle el aire mejoran los cólicos; el personal aplica de forma correcta la normativa proporcionando información estandarizada sobre la consejería establecida por la guía de atención, en busca de una

participación activa de los responsables del cuidado de los niños a través de la educación en salud sobre cómo sacar el aire a los niños, el tipo de alimentos que deben evitarse y sobre la no realización de etnoprácticas ya que esto influye en el estado de salud del menor.

GRAFICO N° 9

Cuando los niños (as) menores de 6 meses presentan cólicos, lo correcto es:



Fuente: Cuadro N° 9.

* Respuesta correcta

CUADRO N° 10.

¿Cuáles son los primeros alimentos que se deben brindar a los niños (as) mayores de 6 meses de edad?

N°	Categorías	Frecuencia									TOTAL	%
		U/S Chilanga			U/S Yamabal			U/S Batres				
		Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf		
1	Papillas y puré	2	1	7	2	2	2	4	1	3	24	100%
2	Comidas ralas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
3	Sopas de arroz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
4	Gerber	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
TOTAL		2	1	7	2	2	2	4	1	3	24	100%

Fuente: Encuesta dirigida al personal de Salud de las Unidades estudiadas.

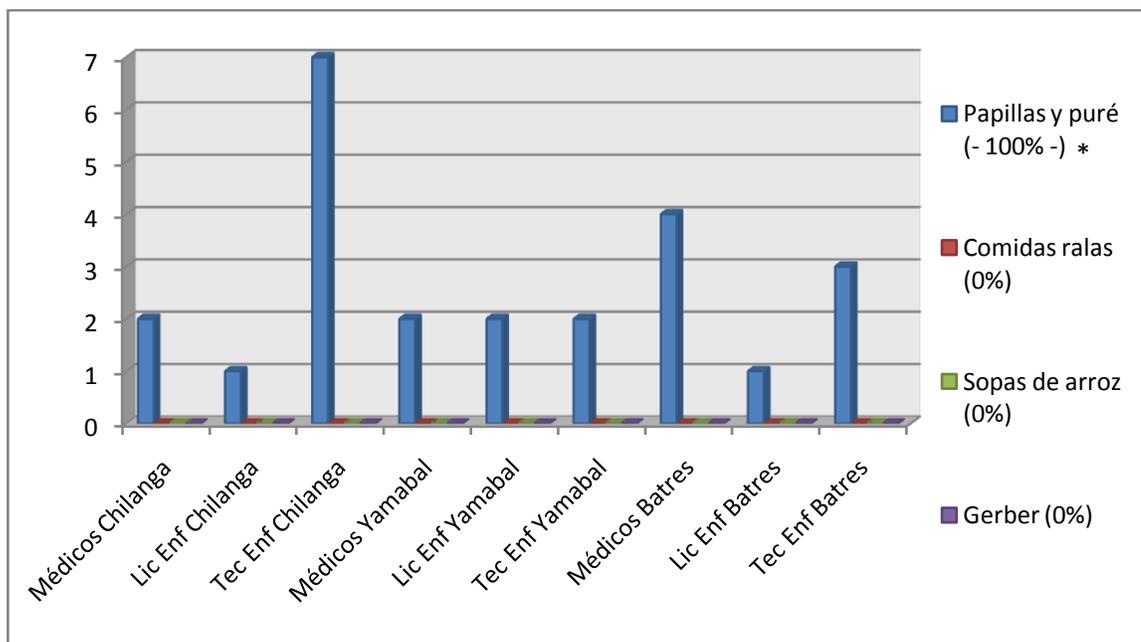
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

Según la Guía de Atención Integral en Salud a niños y niñas menores de 5 años de edad, en el área de “Consejería a las madres o acompañantes para la alimentación del niño(a) sano(a)”, los alimentos que se deben brindar a los niños (as) mayores de 6 meses de edad son las papillas, donde se recomienda, se cambie la consistencia de la alimentación de rala a espesa, ya que la sustancia está en el alimento y no en el agua, dando papillas o purés como arroz aguado, puré de papas con zanahoria, puré de verdura con arroz o mango maduro (**Ver Anexo N° 15**). De las 24 personas

encuestadas, el 100% respondieron que los alimentos que se deben brindar a los niños (as) mayores de 6 meses de edad son las papillas. El personal de salud proporciona las recomendaciones adecuadas para el inicio de la ablactación posterior a la lactancia materna exclusiva, para que el niño tenga una adecuada nutrición, que conllevaría a un crecimiento adecuado, se comprueba que la consejería se aplica de forma correcta en cuanto a la alimentación a niños (as) mayores de 6 meses de edad.

GRAFICO N° 10

¿Cuáles son los primeros alimentos que se deben brindar a los niños (as) mayores de 6 meses de edad?



Fuente: Cuadro N° 10.

* Respuesta correcta

CUADRO N° 11.

Al tratar al niño(a) de 8 días a menor de 2 meses de edad y clasificar como enfermedad muy grave, su tratamiento es:

N°	Categorías	Frecuencia									TOTAL	%
		U/S Chilanga			U/S Yamabal			U/S Batres				
		Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf		
1	Referir urgentemente al hospital mas cercano	2	1	5	2	2	2	4	1	3	22	92%
2	Proporcionar tratamiento según infección encontrada	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	4%
3	Revisar el esquema de vacunación	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	4%
TOTAL		2	1	7	2	2	2	4	1	3	24	100%

Fuente: Encuesta dirigida al personal de Salud de las Unidades estudiadas.

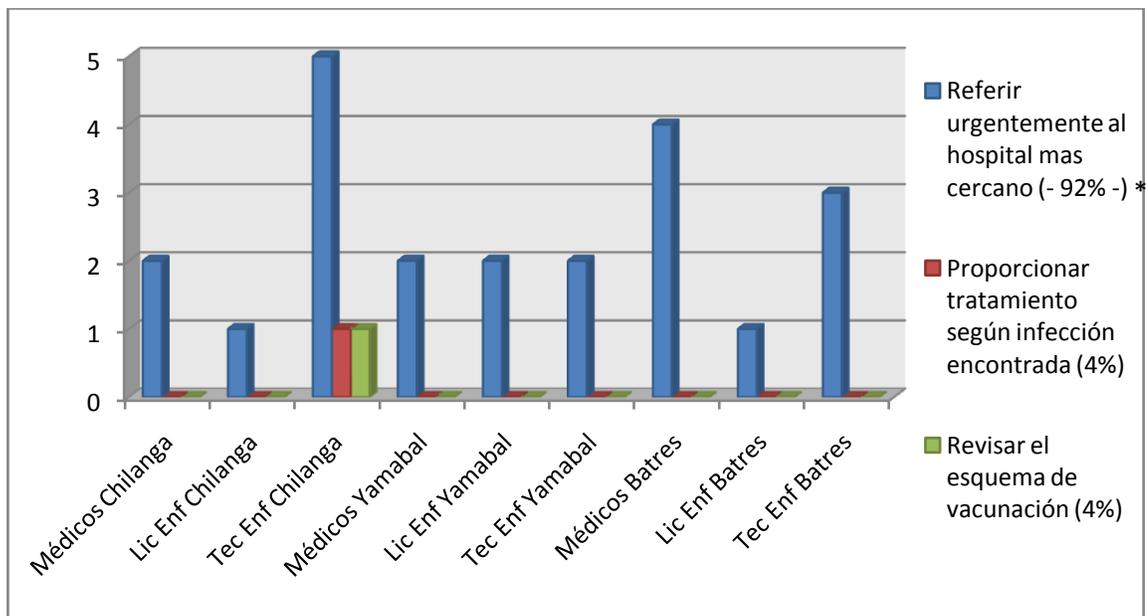
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

Según la Guía de Atención Integral en salud a niños y niñas menores de 5 años; al tratar al niño(a) de 8 días a menor de 2 meses de edad y clasificarlo como enfermedad muy grave, su tratamiento adecuado es referir al paciente de forma inmediata al hospital más cercano (**Ver Anexo N° 19**). Del personal encuestado, el 92% respondió de forma acertada, demostrando que si aplica en sus labores diarias la guía AIEPI en este apartado para el tratamiento adecuado de los pacientes que necesitan soporte vital, medicamentos endovenosos, exámenes y observación en instalaciones con

mejores equipos y recursos. La mayor parte del personal tiene conocimientos adecuados sobre la aplicación de la normativa para la oportuna referencia en estos casos. Sin embargo, solo un 4% respondió que se debía proporcionar el tratamiento según la infección en unidad de salud, dando manejo ambulatorio y el 4% restante respondió que revisarían el esquema de vacunación; lo que demuestra que un mínimo porcentaje de 8% aplican en forma errónea las recomendaciones de la guía AIEPI.

GRAFICO N° 11

Al tratar al niño(a) de 8 días a menor de 2 meses de edad y clasificar como enfermedad muy grave, su tratamiento es:



Fuente: Cuadro N° 11.

* Respuesta correcta

CUADRO N° 12.

**Al tratar al niño(a) de 8 días a menor de 2 meses, clasificado con infección local,
¿Cuándo deberá volver a consulta?**

N°	Categorías	Frecuencia									TOTAL	%
		U/S Chilanga			U/S Yamabal			U/S Batres				
		Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf		
1	5 días	0	0	4	2	2	2	0	0	0	10	42%
2	Cuando corresponda el próximo control	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
3	2 días	2	1	3	0	0	0	4	1	3	14	58%
TOTAL		2	1	7	2	2	2	4	1	3	24	100%

Fuente: Encuesta dirigida al personal de Salud de las Unidades estudiadas.

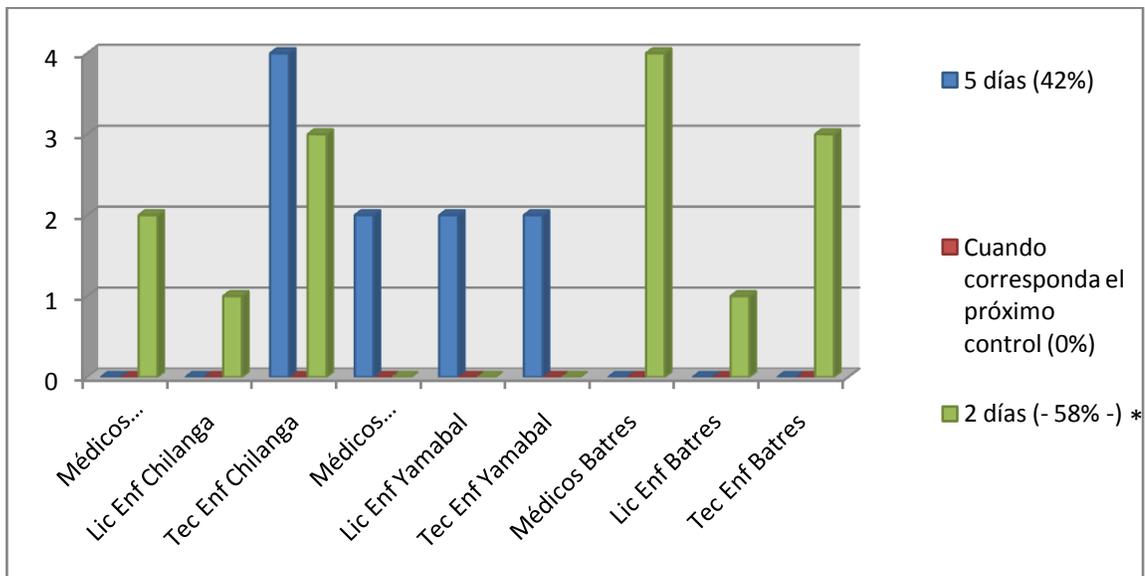
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

En el tratamiento del niño(a) de 8 días a menor de 2 meses, al clasificarlo con diagnóstico de infección local, la guía de atención estipula que la cita de reevaluación deberá realizarse a los 2 días posterior a la consulta (**Ver Anexo N° 19**). El 58% de los encuestados respondieron que se debe realizar la cita de reevaluación en 2 días, demostrando que la mayor parte del personal de salud aplica en sus labores diarias la normativa de la guía AIEPI para el tratamiento adecuado de niño(a) de 8 días a menor de 2 meses de edad. Sin embargo el 42% restante respondieron que la cita de control debe realizarse en 5 días, los resultados obtenidos demuestran que una parte de el

personal está más familiarizado con los manuales antiguos de AIEPI; aunque la mayoría, conocen las nuevas modificaciones que se le han realizado, con el objetivo de evitar infecciones neonatales y que estas posteriormente evolucionen a sepsis neonatal o muertes, siendo un elemento importante la colaboración de los padres en la consejería durante la consulta y el reconocimiento de signos de alarma, para evitar posibles complicaciones.

GRAFICO N° 12

**Al tratar al niño(a) de 8 días a menor de 2 meses, clasificado con infección local,
¿Cuándo deberá volver a consulta?**



Fuente: Cuadro N° 12.

* Respuesta correcta

CUADRO N° 13.

Al tratar al niño(a) de 8 días a menor de 2 meses con cualquier problema de alimentación, ¿Cuándo volverá a consulta de control?

N°	Categorías	Frecuencia									TOTAL	%
		U/S Chilanga			U/S Yamabal			U/S Batres				
		Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf		
1	Ref. prom/sal. y/o volunt. AIN; regresar en 30 días	2	1	3	2	2	2	4	1	3	20	84%
2	2 meses	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	8%
3	Referirlo a hospital mas cercano	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	8%
4	Adelantar la Administrar vitamina A, Zinc y hierro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
TOTAL		2	1	7	2	2	2	4	1	3	24	100%

Fuente: Encuesta dirigida al personal de Salud de las Unidades estudiadas.

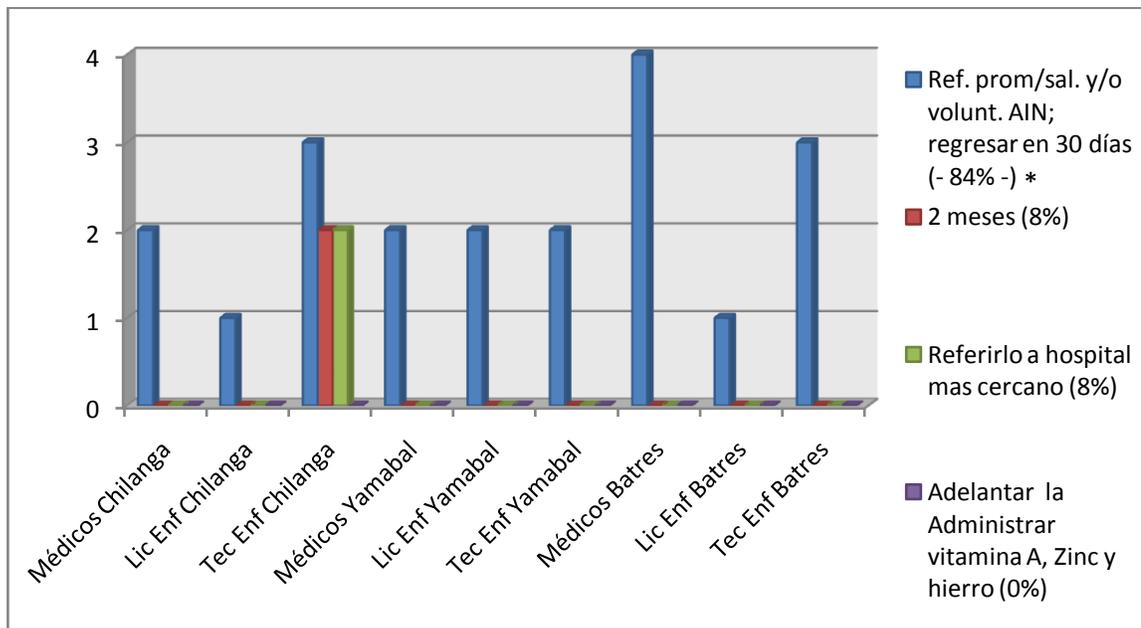
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

En el tratamiento de los niños(as) de 8 días a menor de 2 meses con cualquier problema de alimentación, la guía de AIEPI sugiere que se debe de Referir al promotor de salud y/o voluntario (AIN) y regresar en 30 días (**Ver Anexo N° 14**). Del personal encuestado un 84% respondió que debía referirlo al promotor de salud y/o voluntario AIN y regresar en 30 días, como lo establece la guía; demostrando que el personal si aplica en sus labores diarias la guía AIEPI para el tratamiento adecuado de niño(a) de

8 días a menor de 2 meses de edad, así mismo fomentar la participación de los padres y la comunidad en el reconocimiento de signos de desnutrición. Sin embargo un 8% de los encuestados respondieron que el control debía ser en 2 meses y el otro 8% restante, respondieron que debían referirlo al hospital más cercano; lo que demuestra que un 16% del personal aplica en forma incorrecta las recomendaciones de la guía AIEPI.

GRÁFICO N° 13

Al tratar al niño(a) de 8 días a menor de 2 meses con cualquier problema de alimentación, ¿Cuándo volverá a consulta de control?



Fuente: Cuadro N° 13.

* Respuesta correcta

CUADRO N° 14.

Al tratar al niño(a) de 8 días a menor de 2 meses de edad con clasificación de moniliasis oral, ¿Cuándo volverá para su control?

N°	Categorías	Frecuencia									TOTAL	%
		U/S Chilanga			U/S Yamabal			U/S Batres				
		Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf		
1	5 meses	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	4%
2	5 días	2	1	7	0	0	0	4	1	2	17	71%
3	1 semana	0	0	0	2	2	2	0	0	0	6	25%
TOTAL		2	1	7	2	2	2	4	1	3	24	100%

Fuente: Encuesta dirigida al personal de Salud de las Unidades estudiadas.

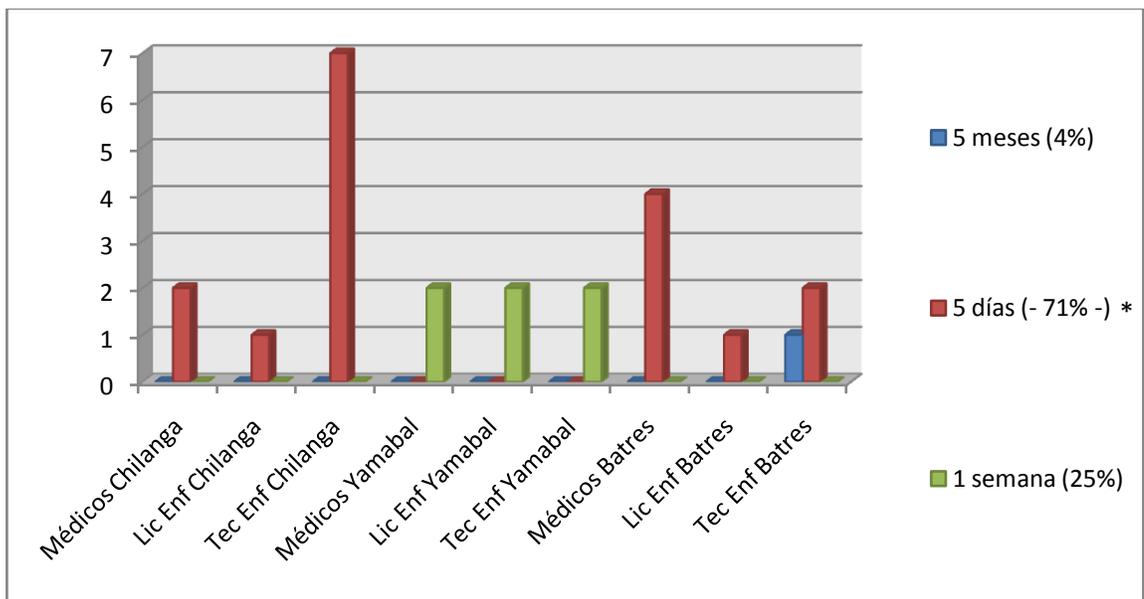
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

En el tratamiento de niño(a) de 8 días a menor de 2 meses de edad con clasificación de moniliasis oral, según lo que estipula la normativa AIEPI este deberá volver para su control en 5 días (**Ver Anexo N° 14**). De los encuestados, la mayoría, en un 71% respondieron que el control es en 5 días demostrando que el personal de salud, aplica la normativa de la guía AIEPI para el tratamiento adecuado del niño(a) de 8 días a menor de 2 meses de edad, permitiendo una mejor evolución clínica de cada uno de los pacientes y al mismo tiempo garantizando el apoyo de los padres o responsables de los niños. Sin embargo un 4% de los encuestados respondieron que el control es en

5 meses y un 25% que el control es en 1 semana; lo que demuestra que un 29 % del personal de salud no aplican las recomendaciones de la normativa de la guía AIEPI.

GRÁFICO N° 14

Al tratar al niño(a) de 8 días a menor de 2 meses de edad con clasificación de moniliasis oral, ¿Cuándo volverá para su control?



Fuente: Cuadro N° 14.

* Respuesta correcta

CUADRO N° 15.

Al evaluar y clasificar al niño de 2 meses a 4 años de edad como tos o resfriado su manejo es el siguiente:

N°	Categorías	Frecuencia									TOTAL	%
		U/S Chilanga			U/S Yamabal			U/S Batres				
		Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf		
1	Referir urg. al hospital más cercano	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
2	Recomendar a madre que cont. lact. Mat.	2	1	6	2	2	2	4	1	3	23	96%
3	Administrar salbutamol	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	4%
TOTAL		2	1	7	2	2	2	4	1	3	24	100%

Fuente: Encuesta dirigida al personal de Salud de las Unidades estudiadas.

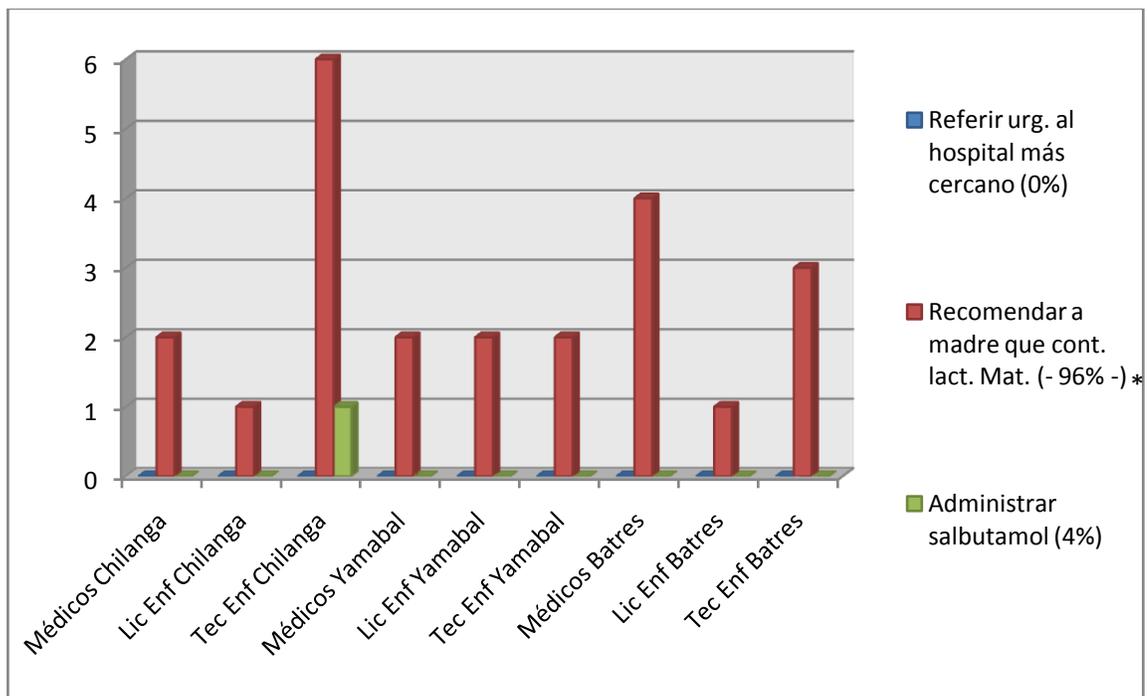
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

Al evaluar y clasificar al niño de 2 meses a 4 años de edad como tos o resfriado; su manejo según la normativa de la guía AIEPI establece que se debe recomendar a la madre del paciente que continúe la lactancia Materna (**Ver Anexo N° 20**). La mayoría de los encuestados 96%, contestaron que se debe recomendar a la madre que continúe la lactancia materna, tal como lo recomienda la normativa AIEPI, lo cual estaría contribuyendo a evitar posibles complicaciones y permitiendo una mayor participación de las madres en la lactancia materna exclusiva. Sin embargo un 4%

respondió que se le debía administrar salbutamol; contrario a lo que estipula la normativa en el área de problemas respiratorios de la guía AIEPI.

GRÁFICO N°15

Al evaluar y clasificar al niño de 2 meses a 4 años de edad como tos o resfriado su manejo es el siguiente:



Fuente: Cuadro N° 15.

* Respuesta correcta

CUADRO N° 16.

¿Cuándo deberá volver a citar para evaluar un niño(a) de 2 meses a 4 años de edad con neumonía?

N°	Categorías	Frecuencia									TOTAL	%
		U/S Chilanga			U/S Yamabal			U/S Batres				
		Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf		
1	Posterior al alta hospitalaria	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	4%
2	Reevaluar en 2 días	2	1	5	2	2	2	4	1	3	22	92%
3	Reevaluar en 5 días	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	4%
TOTAL		2	1	7	2	2	2	4	1	3	24	100%

Fuente: Encuesta dirigida al personal de Salud de las Unidades estudiadas.

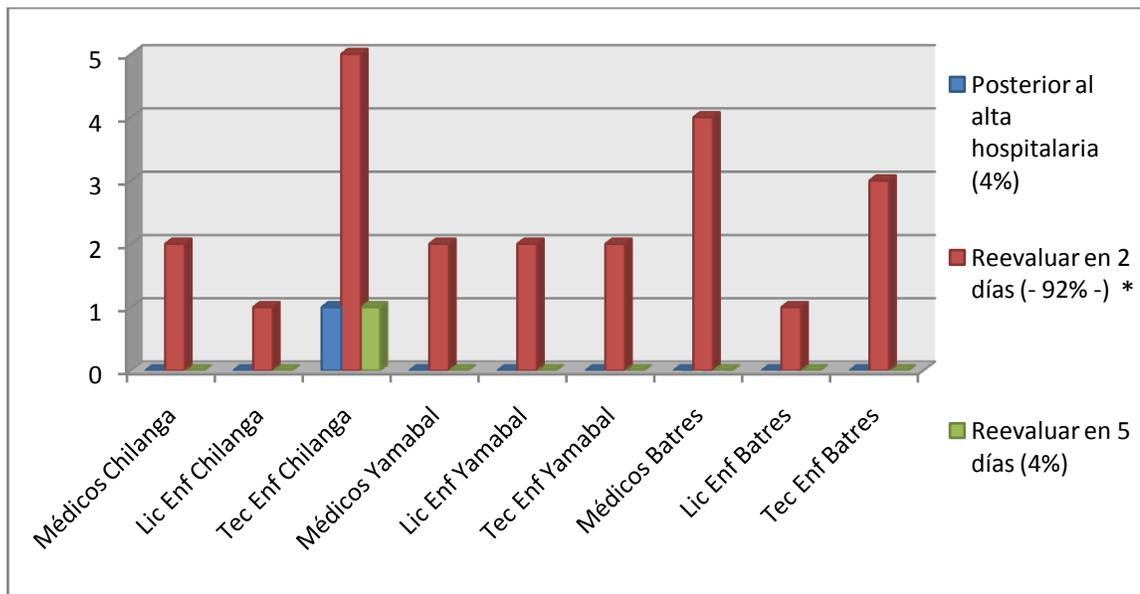
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

Todo niño(a) de 2 meses a 4 años de edad que sea clasificado y tratado como neumonía, el personal de salud deberá volver a citar para reevaluar en un periodo de 2 días posterior a la consulta inicial (**Ver Anexo N° 20**). De los encuestados, el 92% respondieron que se debe reevaluar en 2 días; aplicando en forma correcta las recomendaciones de la guía AIEPI; evitando de esta forma las complicaciones ocasionadas por las neumonías y permitiendo una mejor evolución clínica de la enfermedad en los pacientes, así como una mayor participación de los responsables de los niños en el cuidado a través del reconocimiento de signos de alarma que se

deben proporcionar durante la consulta; un 4% de los encuestados respondió que realizarían el control posterior al alta hospitalaria y el 4% restante que el control para reevaluar sería en 5 días; demostrando que un 8% desconoce completamente los cambios que ha tenido la normativa en esta sección de la guía AIEPI, lo que estaría ocasionando complicaciones médicas en los pacientes.

GRÁFICO N° 16

¿Cuándo deberá volver a citar para evaluar un niño(a) de 2 meses a 4 años de edad con neumonía?



Fuente: Cuadro N° 16.

* Respuesta correcta

CUADRO N° 17.

Dosis de medicamento para neumonía:

N°	Categorías	Frecuencia									TOTAL	%
		U/S Chilanga			U/S Yamabal			U/S Batres				
		Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf		
1	Amoxicilina 80 mg/kg/día c/12 hr x 10 días.	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	4%
2	Amoxicilina 80 mg/kg/día c/12 hr x 7 días.	1	1	5	2	2	2	4	1	3	21	88%
3	Amoxicilina 50mg/kg/día c/8 hr x 5 días.	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2	8%
TOTAL		2	1	7	2	2	2	4	1	3	24	100%

Fuente: Encuesta dirigida al personal de Salud de las Unidades estudiadas.

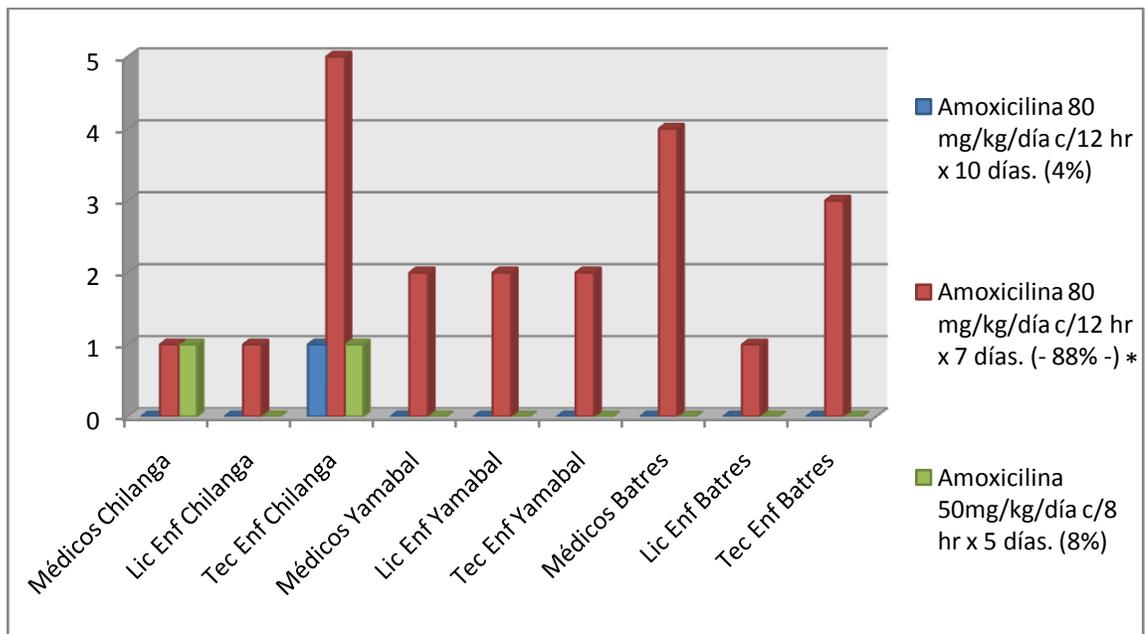
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

En cuanto al tratamiento para un paciente clasificado con neumonía, lo que estipula la normativa de la guía AIEPI en relación a la dosis de los medicamentos de elección, la Amoxicilina, su dosis es de 80 mg/kg/día c/12 horas por 7 días (**Ver Anexo N° 23**). La mayoría de los encuestados 88%, respondieron adecuadamente. La mayor parte del personal que labora en las diferentes unidades de salud objeto de estudio aplica en forma correcta las dosis recomendadas para neumonía de la guía AIEPI, posiblemente por una buena información en la capacitación de este apartado. Sin embargo un 8% de los encuestados respondieron Amoxicilina 50mg/kg/día c/8 horas por 5 días; y el 4% restante respondieron Amoxicilina 80 mg/kg/día c/12 horas por 10 días; con lo que se

demuestra que un mínimo porcentaje del personal no está familiarizado con el tratamiento sugerido por la guía AIEPI; lo que podría ocasionar aumento en la utilización de antibioticoterapia, resistencia bacteriana.

GRÁFICO N° 17

Dosis de medicamento para neumonía:



Fuente: Cuadro N° 17.

* Respuesta correcta

CUADRO N° 18.

Dosis de medicamento para otitis media aguda:

N°	Categorías	Frecuencia									TOTAL	%
		U/S Chilanga			U/S Yamabal			U/S Batres				
		Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf		
1	Amoxicilina 80 mg/kg/día c/12 hr x 10 días.	1	1	4	2	2	2	1	1	1	15	62%
2	Amoxicilina 80 mg/kg/día c/12 hr x 7 días.	0	0	1	0	0	0	2	0	1	4	17%
3	TMP-SMZ 10mg/kg/día c/12 hr x 7 días	1	0	2	0	0	0	1	0	1	5	21%
TOTAL		2	1	7	2	2	2	4	1	3	24	100%

Fuente: Encuesta dirigida al personal de Salud de las Unidades estudiadas.

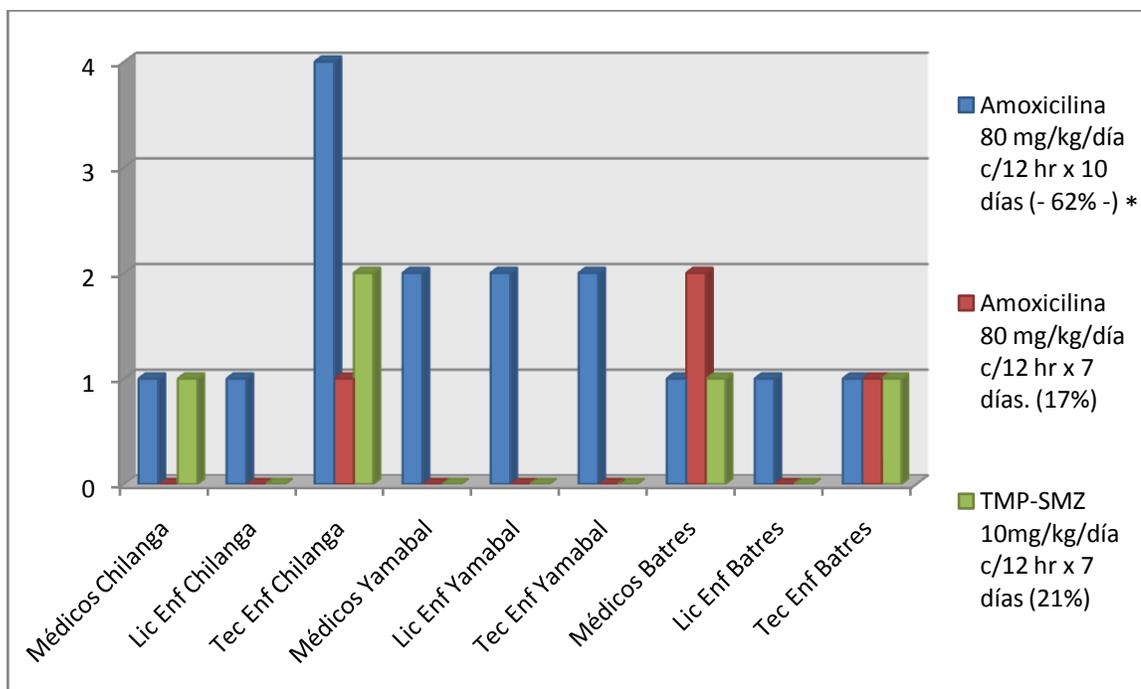
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

En relación al tratamiento y dosificación de los medicamento de elección para otitis media aguda, la guía de atención AIEPI estipula que la dosis de medicamento recomendada para el tratamiento es Amoxicilina 80 mg/kg/día c/12 horas por 10 días **(Ver Anexo N° 23)**. De los encuestados, un 62% respondieron Amoxicilina 80 mg/kg/día c/12 horas por 10 días; aplicando en forma correcta las recomendaciones de la guía AIEPI en relación al tratamiento para la otitis media aguda. Un 17% de los encuestados respondió Amoxicilina 80 mg/kg/día c/12 hr por 7 días; y el otro 21% restante respondió TMP-SMZ 10mg/kg/día c/12 horas por 7 días; Un 38% de los

encuestados no aplican lo estipulado por la normativa de la guía AIEPI, lo que estaría ocasionando aumento indiscriminado en la utilización de la antibioticoterapia.

GRÁFICO N° 18

Dosis de medicamento para otitis media aguda:



Fuente: Cuadro N° 18.

* Respuesta correcta

CUADRO N° 19.

¿Con cuántos de los siguientes síntomas se clasifica a un niño con diarrea: “DIARREA CON DESHIDRATACIÓN GRAVE”? letárgico o inconsciente, mama mal o no puede mamar, ojos hundidos, signo del pliegue cutáneo muy lento.

N°	Categorías	Frecuencia									TOTAL	%
		U/S Chilanga			U/S Yamabal			U/S Batres				
		Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf		
1	1 ó más	0	1	4	2	2	2	2	1	3	17	71%
2	2 ó más	2	0	3	0	0	0	0	0	0	5	21%
3	3 ó más	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
4	4 ó más	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	8%
TOTAL		2	1	7	2	2	2	4	1	3	24	100%

Fuente: Encuesta dirigida al personal de Salud de las Unidades estudiadas.

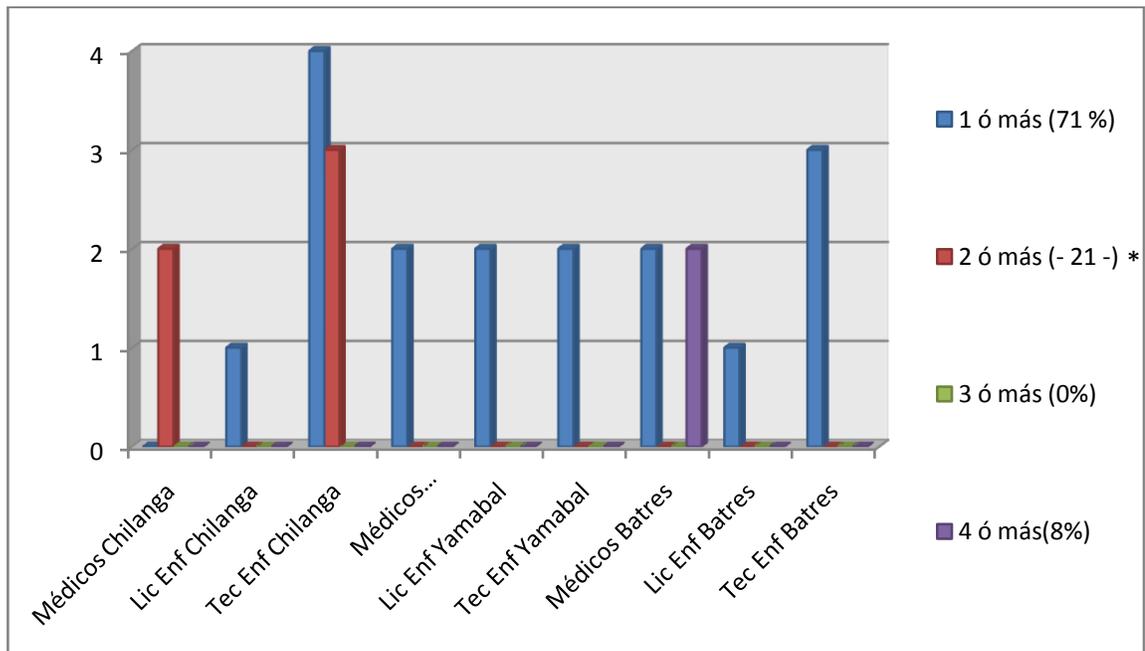
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Si el niño tiene dos o más de los signos siguientes: letárgico o inconsciente, mama mal o no puede mamar, ojos hundidos, signo del pliegue cutáneo muy lento, la deshidratación se clasifica como DESHIDRATACION GRAVE (**Ver Anexo N° 24**). De los 24 encuestados, 17 que corresponden al 71% contestaron que solo se necesitaba 1 o más de los síntomas mencionados; en esta sección de la encuesta solo el 21% del personal de salud contestó correctamente según lo estipulado por la guía de atención y 8% respondieron que se necesitaban 4 o más; comprobándose de esta forma, la dificultad que tienen los encuestados para clasificar adecuadamente un caso de

Diarrea con Deshidratación Grave, cuya causa puede ser la falta de capacitación de la nueva normativa en cuanto a la clasificación de las diarreas.

GRÁFICA N° 19

¿Con cuántos de los siguientes síntomas se clasifica a un niño con diarrea: “DIARREA CON DESHIDRATACIÓN GRAVE”? letárgico o inconsciente, mama mal o no puede mamar, ojos hundidos, signo del pliegue cutáneo muy lento.



Fuente: Cuadro N° 19.

* Respuesta correcta

CUADRO N° 20.

En un caso de Diarrea con Deshidratación Grave, la forma correcta de tratar es la siguiente:

N°	Categorías	Frecuencia									TOTAL	%
		U/S Chilanga			U/S Yamabal			U/S Batres				
		Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf		
1	Rápido ex fís, ref, can vena, iniciar hidratación, acompañar a hos.	2	1	6	0	0	0	4	1	3	17	71%
2	Hist clín y ex fís completo, tomar exámenes y ref al hosp.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
3	"Plan B" y eval c/hora, ref al hosp si en 4 horas no mejora.	0	0	0	2	2	2	0	0	0	6	25%
4	Tratar con el "Plan C" en el establecimiento.	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	4%
TOTAL		2	1	7	2	2	2	4	1	3	24	100%

Fuente: Encuesta dirigida al personal de Salud de las Unidades estudiadas.

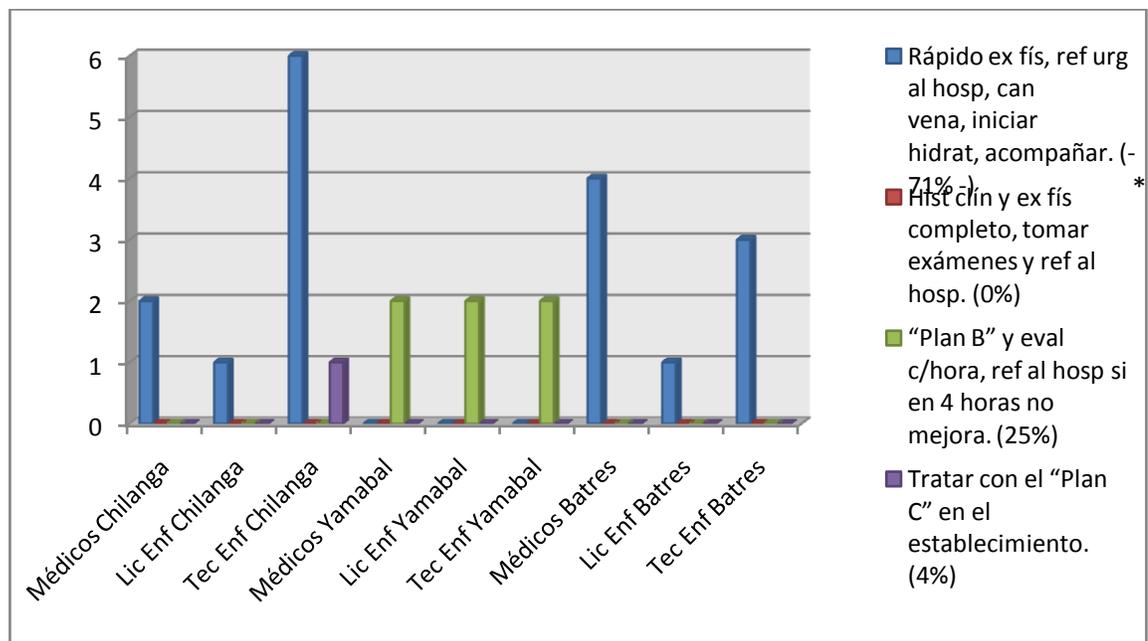
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Un niño clasificado con DESHIDRATACIÓN GRAVE O CON SHOCK necesita líquidos rápidamente y necesita ser hospitalizado; por lo que este se debe referir urgentemente al hospital, haciéndole una evaluación rápidamente, canalizarle vena si es posible, empezar rehidratación y acompañarlo al hospital para su tratamiento completo y definitivo (**Ver Anexo N° 24**). De los encuestados, el 71% respondió adecuadamente,

un 25% tratarían el caso con el “Plan B” y un mínimo 4% indicarían el “Plan C” en el establecimiento. Demostrando así, que la mayor parte del personal de salud aplica la normativa de forma adecuada, evitando demora en la instauración del tratamiento. En este caso el tratamiento debe ser brindado de forma definitiva en un hospital con el equipo y la infraestructura adecuada para la aplicación de la rehidratación parenteral y el monitoreo en la evolución del balance hídrico en rehidratación del paciente.

GRÁFICO N° 20

En un caso de Diarrea con Deshidratación Grave, la forma correcta de tratar es la siguiente:



Fuente: Cuadro N° 20.

* Respuesta correcta

CUADRO N° 21.

La cita de reevaluación o seguimiento para un paciente con Disentería o Diarrea

Persistente debe ser:

N°	Categorías	Frecuencia									TOTAL	%
		U/S Chilanga			U/S Yamabal			U/S Batres				
		Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf		
1	En 5 días	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	8%
2	En 3 días	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
3	Después de 24 horas.	0	0	1	2	2	2	0	1	2	10	42%
4	En 2 días	2	1	4	0	0	0	4	0	1	12	50%
TOTAL		2	1	7	2	2	2	4	1	3	24	100%

Fuente: Encuesta dirigida al personal de Salud de las Unidades estudiadas.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

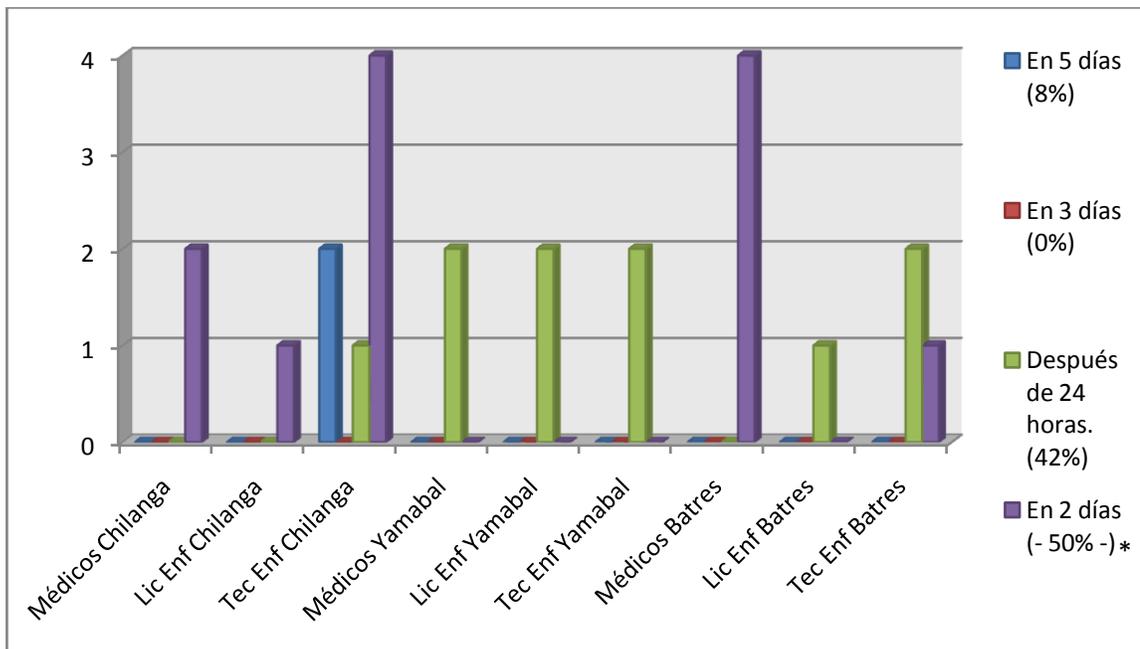
Según la Guía de Atención a Niños menores de 5 años para la aplicación de la estrategia AIEPI, todos los pacientes que al evaluarlos han presentado expulsión de sangre con las heces en las últimas 72 horas, deben ser clasificados como Disentería; y dejar cita de evaluación en 2 días (**Ver Anexo N° 25**). De los encuestados, el 50% contestó de forma adecuada según la guía, el 42% contestó que la cita de evaluación se realiza después de 24 horas, y un 8% contestó que en 5 días; resultado que evidencia que la mitad del personal conoce el periodo de evaluación de este

padecimiento; no así el resto del personal de salud, lo que conlleva a un manejo inadecuado, pudiendo dar como resultado un pronóstico menos favorable para el paciente.

GRÁFICO N°21

La cita de reevaluación o seguimiento para un paciente con Disentería o Diarrea

Persistente debe ser:



Fuente: Cuadro N° 21

* Respuesta correcta

CUADRO N° 22.

**En un caso de disentería, el examen general de heces no reporta amibas,
pensamos en:**

N°	Categorías	Frecuencia									TOTAL	%
		U/S Chilanga			U/S Yamabal			U/S Batres				
		Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf		
1	Giardiasis	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	8%
2	Salmonelosis	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4%
3	Shigellosis	1	1	4	2	2	2	3	1	2	18	75%
4	E. coli	0	0	1	0	0	0	1	0	1	3	13%
TOTAL		2	1	7	2	2	2	4	1	3	24	100%

Fuente: Encuesta dirigida al personal de Salud de las Unidades estudiadas.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

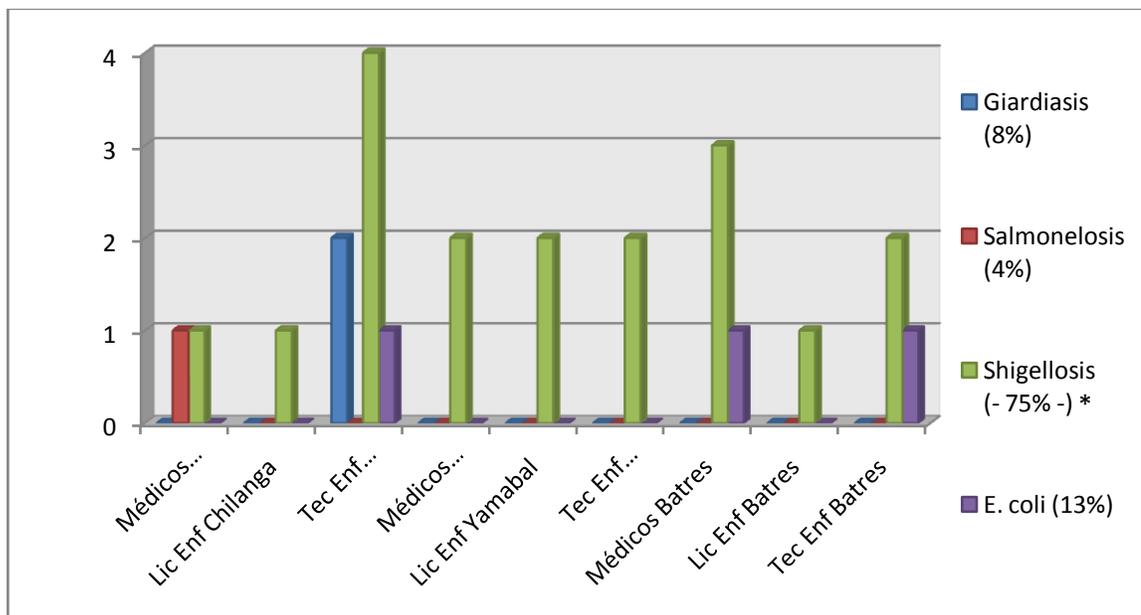
Es de importancia saber que según datos de AIEPI, la *Shigella sp.*, causa alrededor del 60% de los casos de disentería vistos en los servicios de salud; además, la *Shigella* causa casi todos los casos de disentería que ponen en peligro la vida, motivo por el cual todo personal de salud al clasificar un cuadro como disentería debe saber su etiología más probable y más letal, pues esta es, de la que primordialmente se esperan prevenir complicaciones que pongan en riesgo la vida de los menores (**Ver Anexo N° 25**); de los resultados de la encuesta, el 75% del personal de salud estudiado, está de acuerdo en que el agente causal más frecuente es la *Shigella*; otro 13% respondieron E. coli;

8% Giardiasis y el 4% restante respondió que la patología más probable sería Salmonelosis; la mayoría de los encuestados tiene conocimiento sobre el agente causal más importante en los cuadros disentéricos, lo que permitiría una adecuada clasificación y manejo del caso, disminuyendo de esta forma los casos letales producidos por esta patología. Existe conocimiento adecuado del personal de salud en este apartado; conocimiento que fortalece la correcta aplicación de la normativa de AIEPI en relación a la disentería.

GRÁFICO N° 22

La cita de reevaluación o seguimiento para un paciente con Disentería o Diarrea

Persistente debe ser:



Fuente: Cuadro N° 22

* Respuesta correcta

CUADRO N° 23.

El caso anterior lo tratamos con:

N°	Categorías	Frecuencia									TOTAL	%
		U/S Chilanga			U/S Yamabal			U/S Batres				
		Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf		
1	TMP-SMZ x10d.	0	0	0	2	2	2	0	0	0	6	25%
2	Metronidazol x10d	0	0	3	0	0	0	0	1	2	6	25%
3	TMP-SMZ x5d	2	1	3	0	0	0	3	0	0	9	38%
4	Eritromicina x3d	0	0	1	0	0	0	1	0	1	3	12%
TOTAL		2	1	7	2	2	2	4	1	3	24	100%

Fuente: Encuesta dirigida al personal de Salud de las Unidades estudiadas.

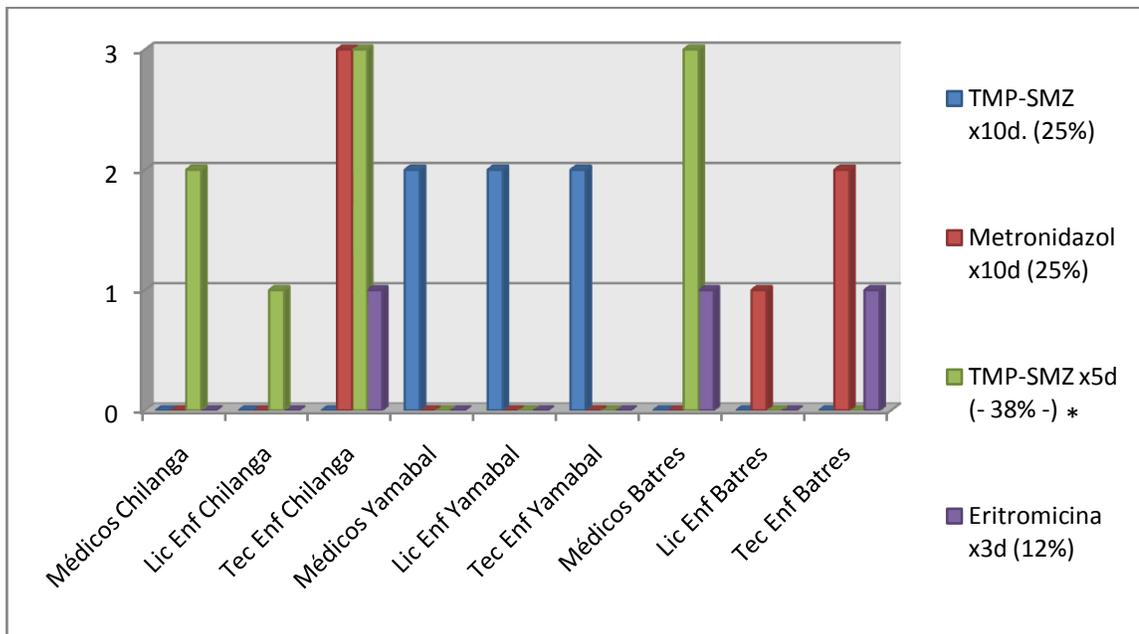
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Existen varios esquemas para el tratamiento de la Shigellosis; algunos con Trimetoprim-Sulfametoxazol, Furazolidona y otros antibióticos. En la guía de Atención de AIEPI, se establece un régimen estandarizado con Trimetoprim-Sulfametoxazol (40mg/200mg/5ml) a dosis de 10 mg/kg/día c/12 horas durante 5 días, para el tratamiento normado (**Ver Anexo N° 26**). de los encuestados, el 38% contestó correctamente dicho tratamiento, otro 25% que se usa TMP-SMZ a igual dosis, pero por un periodo de 10 días, un 25% contestó que se debe usar metronidazol por 10 días y el 12% restante respondió que el tratamiento se realiza con Eritromicina por un periodo de 3 días; de donde se deduce que existe deficiencia en la elección de la

terapéutica establecida y que la mayor parte del personal de salud un 62% no esta apto para tratar un caso de disentería por Shigellas según norma, probablemente por dificultad para clasificar adecuadamente esta entidad, ya que según datos del CUADRO 22 existe en un 25% del personal encuestado una deficiencia para el diagnóstico de esta patología.

GRÁFICO N° 23

El caso anterior lo tratamos con:



Fuente: Cuadro N° 23.

* Respuesta correcta

CUADRO N° 24.

En la prueba de heces teñida con azul de metileno, arriba de que valor de leucocitos y polimorfonucleares se considera la diarrea de etiología bacteriana:

N°	Categorías	Frecuencia									TOTAL	%
		U/S Chilanga			U/S Yamabal			U/S Batres				
		Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf		
1	Leucocitos > 10; PMN > 60%	1	0	4	2	2	2	0	0	0	11	46%
2	Leucocitos > 15; PMN > 50%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
3	Leucocitos > 15; PMN > 60%	0	1	1	0	0	0	1	0	1	4	16%
4	Leucocitos > 10; PMN > 50%	1	0	2	0	0	0	3	1	2	9	38%
TOTAL		2	1	7	2	2	2	4	1	3	24	100%

Fuente: Encuesta dirigida al personal de Salud de las Unidades estudiadas.

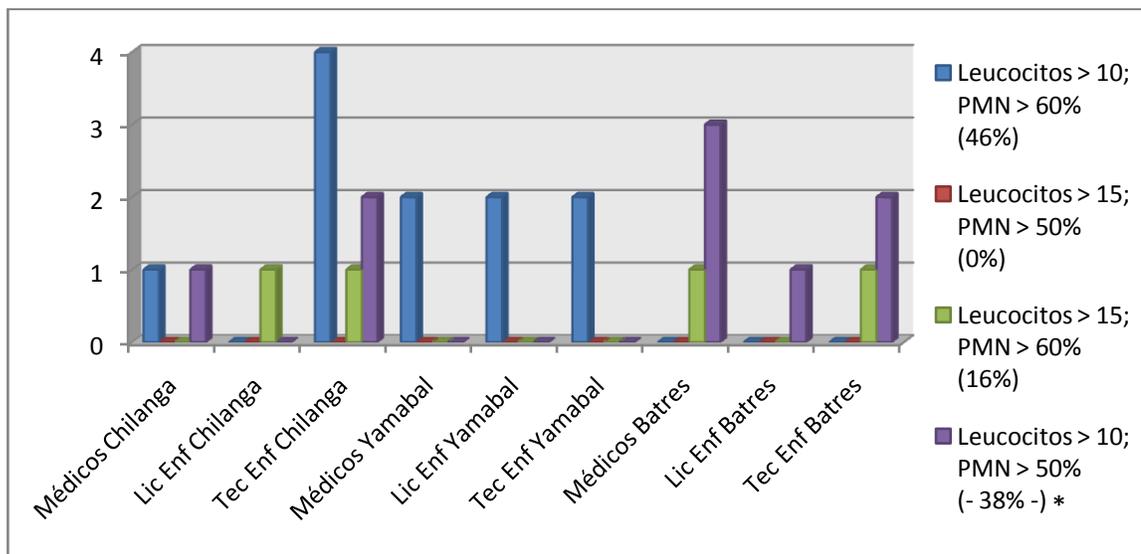
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Más del 85% de las diarreas producidas en niños(as) menores de 5 años de edad, son de origen etiológico viral, motivo por el cual el uso de antibióticos está restringido única y exclusivamente para las diarreas de origen bacteriano comprobadas; el diagnóstico es eminentemente clínico; la orientación diagnóstica etiológica, también es clínica, apoyada en un examen general de heces y una prueba de azul de metileno; la última nos indica etiología bacteriana si al resultado de la misma, el laboratorio clínico reporta más de 10 leucocitos por campo y los polimorfonucleares (PMN) mayores de 50% (**Ver**

Anexo N° 26). De los encuestados, el 46% respondió leucocitos arriba de 10 y PMN mayor de 60, un 38% respondió correctamente y un 16% leucocitos arriba de 15 y PMN más de 60. Lo que demuestra que la mayor parte del personal de salud, no conoce los valores de la prueba de azul de metileno que apoyan el diagnóstico de diarrea de etiología bacteriana, probablemente por desconocimiento o poco énfasis en la capacitación sobre este apartado; tal situación podría influir en la clasificación adecuada de un cuadro de diarrea y un tratamiento inadecuado al no reconocer las alteraciones que produce una diarrea bacteriana en una prueba de este tipo.

GRÁFICO N° 24

En la prueba de heces teñida con azul de metileno, arriba de que valor de leucocitos y polimorfonucleares se considera la diarrea de etiología bacteriana:



Fuente: Cuadro N° 24.

* Respuesta correcta

CUADRO N° 25.

En un paciente con sospecha de dengue clásico, al realizar la prueba de lazo, esta resulta positiva, el paciente lo clasificamos como:

N°	Categorías	Frecuencia									TOTAL	%
		U/S Chilanga			U/S Yamabal			U/S Batres				
		Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf		
1	Dengue Clásico con Manif. Hemorrágicas.	0	0	2	0	0	0	0	1	1	4	17%
2	Sospecha de Dengue Hemorrágico.	0	0	1	0	0	0	2	0	0	3	12%
3	Sospecha de Dengue Clásico con Manif. Hemorrágicas.	2	1	4	2	2	2	2	0	2	17	71%
4	Dengue Hemorrágico.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
TOTAL		2	1	7	2	2	2	4	1	3	24	100%

Fuente: Encuesta dirigida al personal de Salud de las Unidades estudiadas.

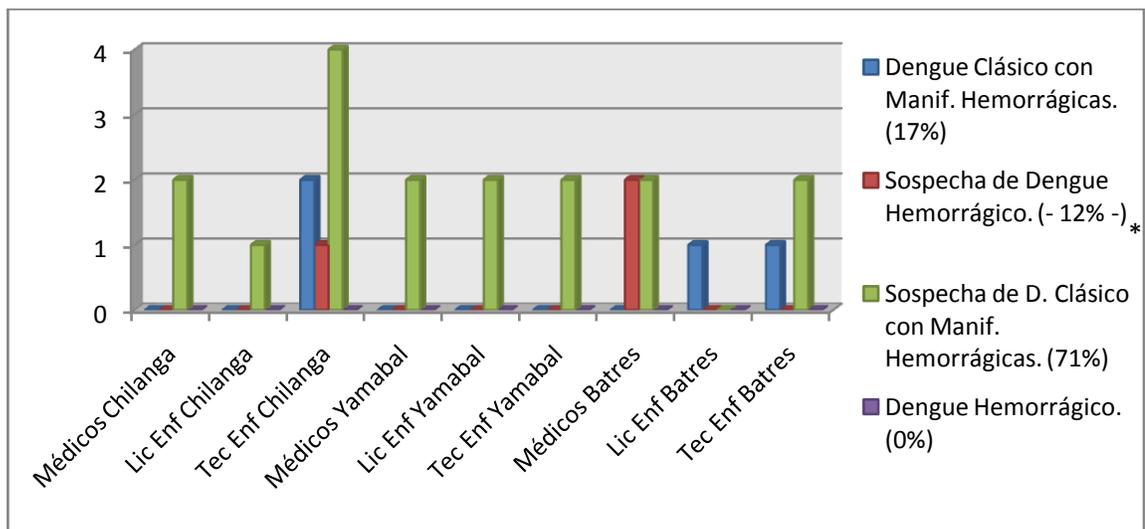
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Todo niño con historia de proceso febril, que presente al menos dos de los siguientes síntomas: cefalea frontal, dolor retro ocular, exantema máculo-papular, rash, escalofríos, vómitos, osteomiasias/artralgias; debe ser clasificado como Sospecha de Dengue y al presentar cualquier signo de alarma o prueba de lazo positiva, su clasificación debe ser Sospecha de Dengue Hemorrágico según lo establecido en la guía de atención AIEPI (**Ver Anexo N° 29**); el diagnóstico definitivo se establece con la

demostración de los anticuerpos en sangre. De los 24 encuestados, 17 que corresponden al 71% respondieron que se clasifica como Sospecha de Dengue Clásico con Manifestaciones hemorrágicas; un 17% dengue clásico con manifestaciones hemorrágicas, y 3 de los encuestados que corresponde al 12% Sospecha de Dengue Hemorrágico, que es lo que establece la guía; lo anterior demuestra que la mayor parte del personal de salud no conoce la clasificación de la enfermedad febril en los pacientes con sospecha de dengue según lo estipula la guía. Según la Norma Nacional de Dengue, este caso lo clasificaríamos como Sospecha de Dengue con Manifestaciones Hemorrágicas, la guía de AIEPI solo tiene dos posibles clasificaciones: Sospecha de Dengue Hemorrágico y Sospecha de Dengue Clásico.

GRÁFICO N° 25

En un paciente con sospecha de dengue clásico, al realizar la prueba de lazo, esta resulta positiva, el paciente lo clasificamos como:



Fuente: Cuadro N° 25.

* Respuesta correcta

CUADRO N° 26.

Un lactante menor de 1 año con erupción maculo-papular, cataratas, cardiopatías, sordera y púrpura trombocitopénica, lo clasificamos como:

N°	Categorías	Frecuencia									TOTAL	%
		U/S Chilanga			U/S Yamabal			U/S Batres				
		Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf		
1	Rubeola Congénita.	0	1	3	0	0	0	1	0	0	5	21%
2	Sospecha de Rubeola.	0	0	1	2	2	2	0	0	0	7	29%
3	Sosp. de Rubeola Congénita.	2	0	2	0	0	0	3	1	3	11	46%
4	Rubeola.	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	4%
TOTAL		2	1	7	2	2	2	4	1	3	24	100%

Fuente: Encuesta dirigida al personal de Salud de las Unidades estudiadas.

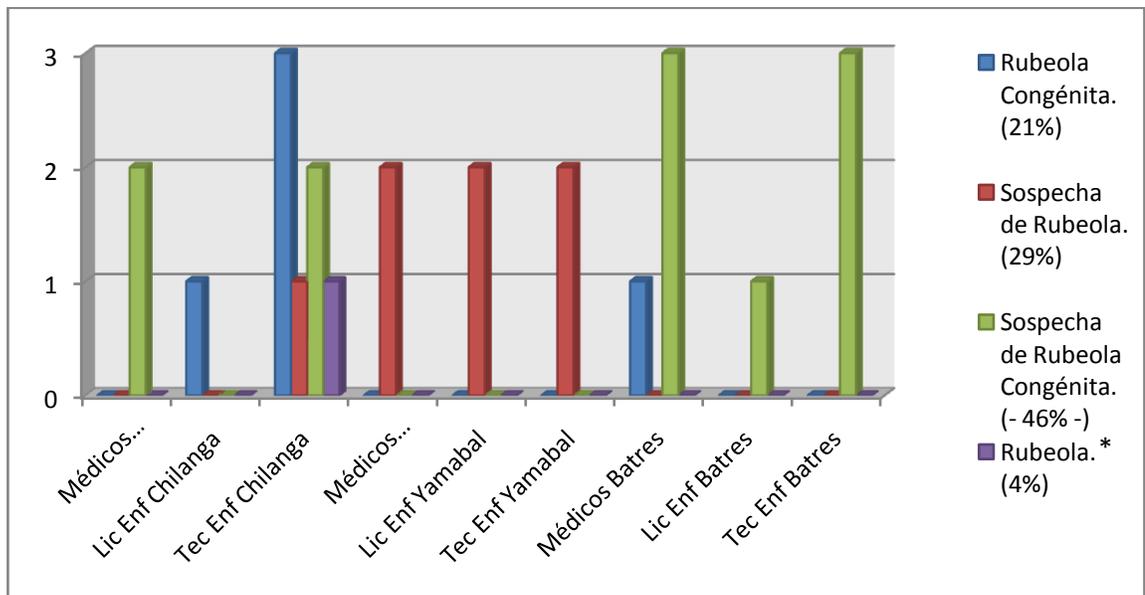
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Según la Guía de Atención Integral en Salud a niños (as) menores de 5 años, todo lactante menor de 1 año con erupción maculo papular y que presente anomalías congénitas compatibles con síndrome de rubeola congénita al nacer como cataratas, cardiopatías, sordera y púrpura trombocitopénica, debe ser clasificado como Sospecha de Síndrome de Rubeola Congénita (**Ver Anexo N° 31**); de los encuestados, el 46% respondió según la normativa; un 29% que se clasifica como sospecha de rubeola, otro 21% que se diagnostica directamente como rubeola congénita y un mínimo 4% respondió que este cuadro se trata de rubeola. Con esto se puede notar la dificultad

que tiene el personal de salud para clasificar un cuadro clínico de una sospecha de rubeola congénita, ya que un poco menos de la mitad de los encuestados contestó correctamente; se evidencia la falta de conocimiento sobre los signos y síntomas que caracterizan a la enfermedad y clasificar a estos pacientes como una rubeola, apresurando el diagnóstico cuando aún no se puede confirmar solo con el cuadro clínico.

GRÁFICO N° 26

Un lactante menor de 1 año con erupción maculo-papular, cataratas, cardiopatías, sordera y púrpura trombocitopénica, lo clasificamos como:



Fuente: Cuadro N° 26.

* Respuesta correcta

CUADRO N° 27.

**La cita de reevaluación o seguimiento para un paciente con enfermedad febril
debe ser:**

N°	Categorías	Frecuencia									TOTAL	%
		U/S Chilanga			U/S Yamabal			U/S Batres				
		Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf		
1	En 1 día	0	1	2	0	0	0	2	0	1	6	25%
2	En 3 días	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	4%
3	En 5 días	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2	8%
4	En 2 días	2	0	3	2	2	2	1	1	2	15	63%
TOTAL		2	1	7	2	2	2	4	1	3	24	100%

Fuente: Encuesta dirigida al personal de Salud de las Unidades estudiadas.

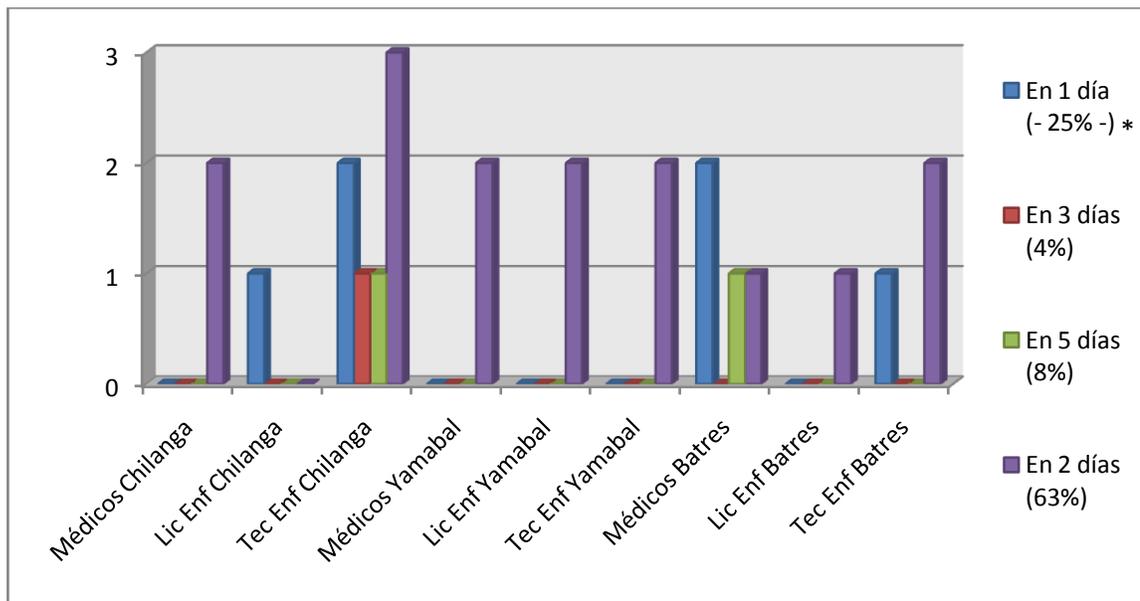
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

La Guía de Atención Integral en Salud a niños (as) menores de 5 años, en el apartado de “Citas para reevaluar al niño (a) con sospecha de paludismo y enfermedad febril”, refiere que en un menor con enfermedad febril, la cita de reevaluación se debe de realizar en 1 día (**Ver Anexo N° 30**). Del personal encuestado, el 63% respondió que la cita se debe dejar en 2 días, un 25% en 1 día; tal y como lo recomienda la guía, 8% en 5 días y el 4% restante que la cita se deja en 3 días. Con esto podemos notar que solo la cuarta parte del personal esta apta para monitorear, de forma estandarizada según la normativa, la evolución del paciente con enfermedad febril; por lo tanto, la mayor parte del personal, o sea, el 75%, no citan de forma adecuada a los pacientes con

procesos febriles, tampoco siguen de forma adecuada la dosificación y el acatamiento de las recomendaciones brindadas, ni la supervisión del avance o empeoramiento de la enfermedad, así como de la aparición de nuevos síntomas o señales de peligro; Se puede deducir que en este ámbito, no se está aplicando los lineamientos que la norma recomienda respecto al manejo del paciente con enfermedad febril.

GRÁFICO N° 27

La cita de reevaluación o seguimiento para un paciente con enfermedad febril debe ser:



Fuente: Cuadro N° 27.

* Respuesta correcta

CUADRO N° 28.

En un paciente con otitis media crónica el manejo es el siguiente:

N°	Categorías	Frecuencia									TOTAL	%
		U/S Chilanga			U/S Yamabal			U/S Batres				
		Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf		
1	ATB x10d + Analgésicos + Eval. en 5 Días.	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	8%
2	ATB x10d + Analg + Sec de oído c/mechas + Eval. en 5 Días.	1	0	0	2	2	2	4	0	1	12	50%
3	Sec de oído c/mechas + Ref a hosp p/mejor evaluación.	1	1	2	0	0	0	0	1	1	6	25%
4	Referir urgentemente al hospital.	0	0	3	0	0	0	0	0	1	4	17%
TOTAL		2	1	7	2	2	2	4	1	3	24	100%

Fuente: Encuesta dirigida al personal de Salud de las Unidades estudiadas.

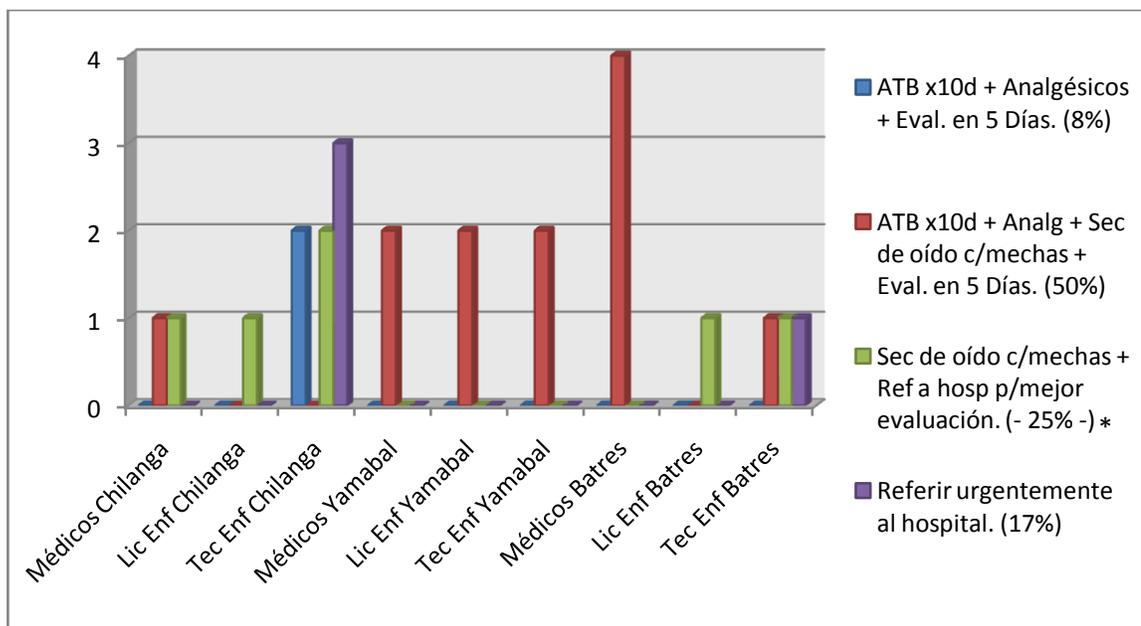
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

La Otitis Media Crónica es la infección del oído medio, generalmente de origen bacteriana y que según la guía de atención, se clasifica de esta manera al paciente que presenta supuración visible del oído de más de 14 días de evolución; para lo cual se recomienda en el primer nivel de atención, únicamente secar el oído con mechas si hay supuración y referir al paciente al hospital para una mejor evaluación (**Ver Anexo N° 32**). De los encuestados, el 50% respondió que al paciente se le debe manejar con

antibioticoterapia por 10 días, analgésicos, secar el oído con mechas y evaluar en 5 días. El 25 % respondió correctamente; un 17 % de encuestados contestó que se debe referir de forma urgente al hospital y el 8% restante lo tratarían con antibióticos por 10 días, analgésicos y evaluación en 5 días. Se demuestra que en esta área de tratamiento, el conocimiento del personal sobre esta patología es deficiente, ya que el 75% contestaron de forma errónea; Se deduce que existe poca capacitación en cuanto al tratamiento, posiblemente por falta de retroalimentación o revisión de la guía por parte del personal.

GRÁFICO N° 28

En un paciente con otitis media crónica el manejo es el siguiente:



Fuente: Cuadro N° 28.

* Respuesta correcta

CUADRO N° 29.

Un tratamiento recomendado para la infección bacteriana de garganta es el siguiente:

N°	Categorías	Frecuencia									TOTAL	%
		U/S Chilanga			U/S Yamabal			U/S Batres				
		Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf		
1	Amoxicilina 50 mg/Kg/día c/8hr X 7 días.	0	0	2	2	2	2	0	0	0	8	33%
2	Pen. Benzatinica 1.2 mill UI IM en dosis única.	2	1	5	0	0	0	0	1	1	10	42%
3	Eritromicina 50 mg/Kg/día c/8hr X 7 a 10 días.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
4	Amoxicilina 80 g/Kg/día c/12hr X 10 días.	0	0	0	0	0	0	4	0	2	6	25%
TOTAL		2	1	7	2	2	2	4	1	3	24	100%

Fuente: Encuesta dirigida al personal de Salud de las Unidades estudiadas.

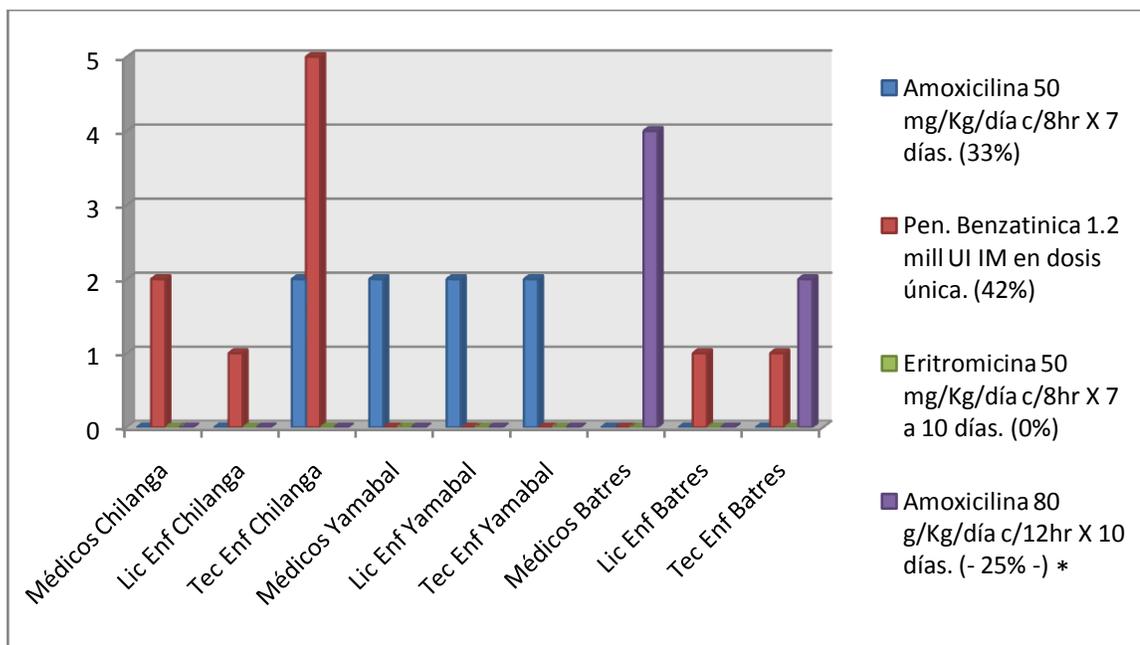
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Según la Guía de Atención Integral en Salud a niños (as) menores de 5 años, en el área de problemas de garganta en niños de 2 meses a 4 años; al evaluar al paciente, presenta ganglios linfáticos del cuello crecidos y dolorosos y exudado blanco en la garganta, se clasifica como Infección Bacteriana de Garganta; que debe tratarse con antibioticoterapia; entre las que menciona el AIEPI se encuentra la Penicilina Benzatínica, de elección a 50,000 UI/Kg como unidosis; así como la Amoxicilina a 80

mg/kg/día cada 12 horas (**Ver Anexo N° 33**). De los encuestados el 42% respondió que se debe dar la Penicilina Benzatínica a dosis de 1.2 millones de unidades en todos los casos; el 33% contestó Amoxicilina a 50 mg/Kg/día cada 8hr por 7 días y solo el 25% respondió adecuadamente, comprobándose la falta de conocimiento sobre las nuevas dosificaciones que contempla la guía. Se observa que parte del personal maneja todavía dosis empleadas en guías anteriores; debido posiblemente a la falta de actualización y capacitación en los cambios que ha tenido la normativa.

GRÁFICO N° 29

Un tratamiento recomendado para la infección bacteriana de garganta es el siguiente:



Fuente: Cuadro N° 29.

* Respuesta correcta

CUADRO N° 30.

En el área de problemas de la boca o mal aliento, a que pacientes se deben referir con odontología.

N°	Categorías	Frecuencia									TOTAL	%
		U/S Chilanga			U/S Yamabal			U/S Batres				
		Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf		
1	Infección aguda o crónica.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
2	Caries, Avulsión dental, estomatitis o hematoma.	0	0	0	2	2	2	0	0	0	6	25%
3	Dientes Sanos con riesgo de Caries.	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	4%
4	Dientes sanos sin riesgo de Caries.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
5	Solo a y b	1	0	2	0	0	0	1	0	0	4	17%
6	a, b y c	0	0	0	0	0	0	3	0	1	4	17%
7	Todos.	1	1	4	0	0	0	0	1	2	9	37%
TOTAL		2	1	7	2	2	2	4	1	3	24	100%

Fuente: Encuesta dirigida al personal de Salud de las Unidades estudiadas.

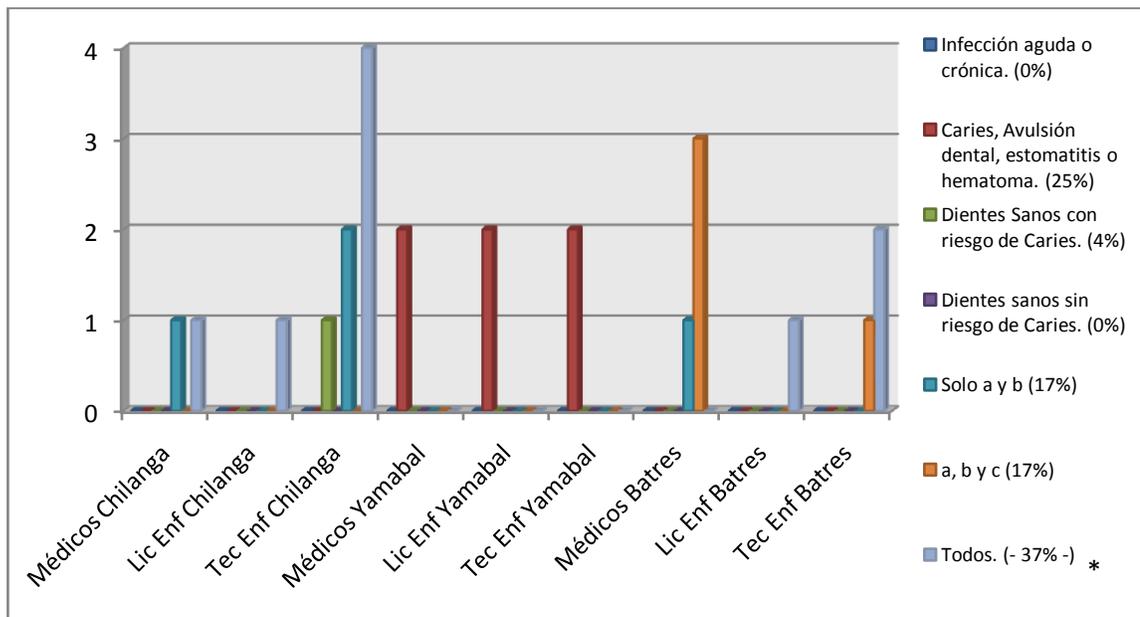
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Según la Guía de Atención Integral en Salud a niños (as) menores de 5 años, en el área de problemas de la Boca o Mal Aliento en niños de 2 a 4 meses de edad, la norma estipula que todos los pacientes con Infección aguda o crónica, Caries, Avulsión dental, estomatitis, hematoma y Dientes Sanos con o sin riesgo de Caries deben ser referidos para evaluación por odontología, si existe este recurso en la unidad; o en su defecto, se refiere a establecimiento que cuente con este servicio; permitiendo de esta manera que todo niño que pase por control, debe ser visto y evaluado también por odontólogo(a), **(Ver Anexos N° 35 – 36)**. Del personal de salud encuestado, el 37%

respondió adecuadamente, refiriendo todos los casos a odontología, 25% solo referiría a los que presentan caries, avulsión dental, estomatitis o hematoma; 17% contestó que se refieren a los que presentan infección, caries, avulsión dental, estomatitis o hematoma; otro 17% a los que presentan infección, caries, avulsión dental, estomatitis o hematoma y dientes sanos sin riesgo de caries; y un 4% respondió que se refieren a los que presentan dientes sanos con riesgo de caries. Demostrando de esta forma que la mayoría no aplica lo estipulado en la guía, que al igual que otras áreas agregadas es un apartado nuevo. Se deduce que hay poca capacitación y actualización en los nuevos aspectos que incluye la guía.

GRÁFICO N° 30

En el área de problemas de la boca o mal aliento, a que pacientes se deben referir con odontología.



Fuente: Cuadro N° 30.

* Respuesta correcta

CUADRO N° 31.

Las Gráficas para la evaluación del Crecimiento de la guía están fabricadas en base a:

N°	Categorías	Frecuencia									TOTAL	%
		U/S Chilanga			U/S Yamabal			U/S Batres				
		Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf		
1	Percentiles.	0	0	3	2	2	2	0	0	0	9	37%
2	Desviaciones Medias.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
3	Desviaciones Estándar.	2	1	4	0	0	0	4	1	3	15	63%
4	Porcentajes.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
TOTAL		2	1	7	2	2	2	4	1	3	24	100%

Fuente: Encuesta dirigida al personal de Salud de las Unidades estudiadas.

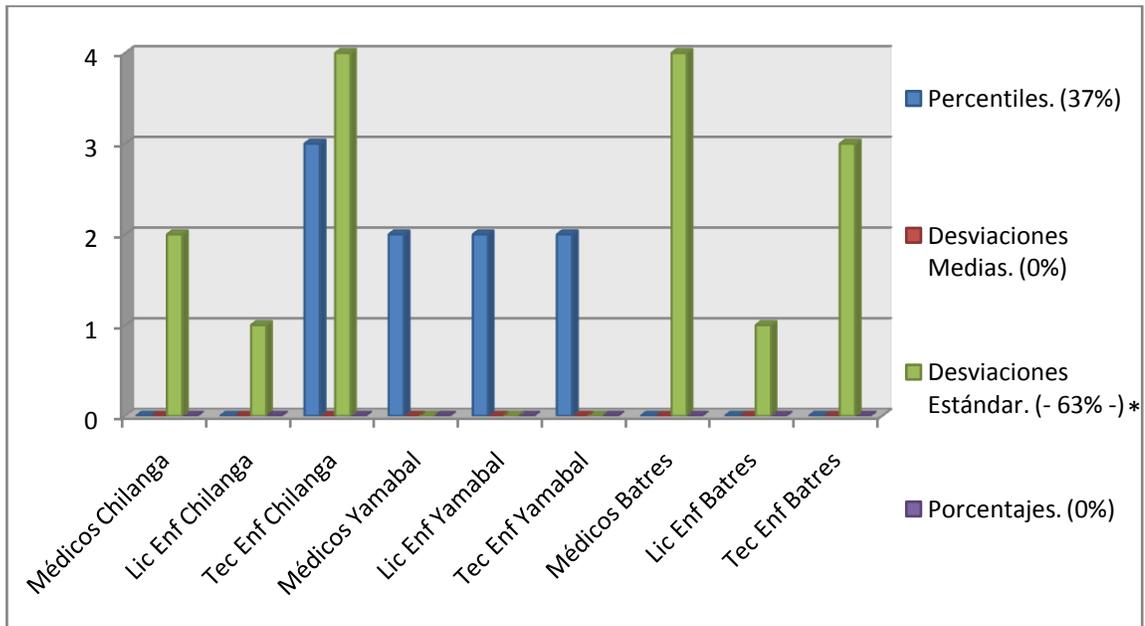
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El nuevo Patrón Internacional de Crecimiento Infantil referido a los lactantes y niños pequeños difundido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 27 de abril de 2006 en Ginebra, proporciona, por primera vez, datos científicos y orientación sobre la manera en que cada niño del mundo debería crecer, proporcionando tablas de referencia peso/edad; longitud/edad; talla/edad, peso/talla, índice de masa corporal, etc., recomendando su diseño en base a desviaciones estándar y características propias de cada población; para el caso, la guía de Atención en El Salvador proporciona las gráficas en base a desviaciones estándar **(Ver Anexos del N° 37 al**

40). Del total de encuestados, el 63% respondió de forma adecuada según lo establecido, y 37% que la construcción de estas gráficas es en base a percentiles; se demuestra que la mayor parte del personal tiene conocimiento sobre el cambio de los percentiles por desviaciones estándar; que contempla la guía y que aplica de forma correcta la normativa, en cambio el restante 38% no conoce las modificaciones que se han realizado en esta sección, manejando conceptos de guías anteriores, ya sea por falta de énfasis o retroalimentación en capacitaciones sobre este apartado

GRÁFICO N° 31

Las Gráficas para la evaluación del Crecimiento de la guía están fabricadas en base a:



Fuente: Cuadro N° 31.

* Respuesta correcta

CUADRO N° 32.

¿Cuál es la fórmula para calcular suero de rehidratación oral por kilogramo de peso en 4 horas?

N°	Categorías	Frecuencia									TOTAL	%
		U/S Chilanga			U/S Yamabal			U/S Batres				
		Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf		
1	25 ml/kg/4 horas	1	0	3	0	0	0	0	1	0	5	20%
2	55 ml/kg/4 horas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
3	75 litros/kg/4 horas	0	0	1	0	0	0	1	0	1	3	13%
4	65 ml/kg/4 horas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
5	75 ml/kg/4 horas	1	1	3	2	2	2	3	0	2	16	67%
TOTAL		2	1	7	2	2	2	4	1	3	24	100%

Fuente: Encuesta dirigida al personal de Salud de las Unidades estudiadas.

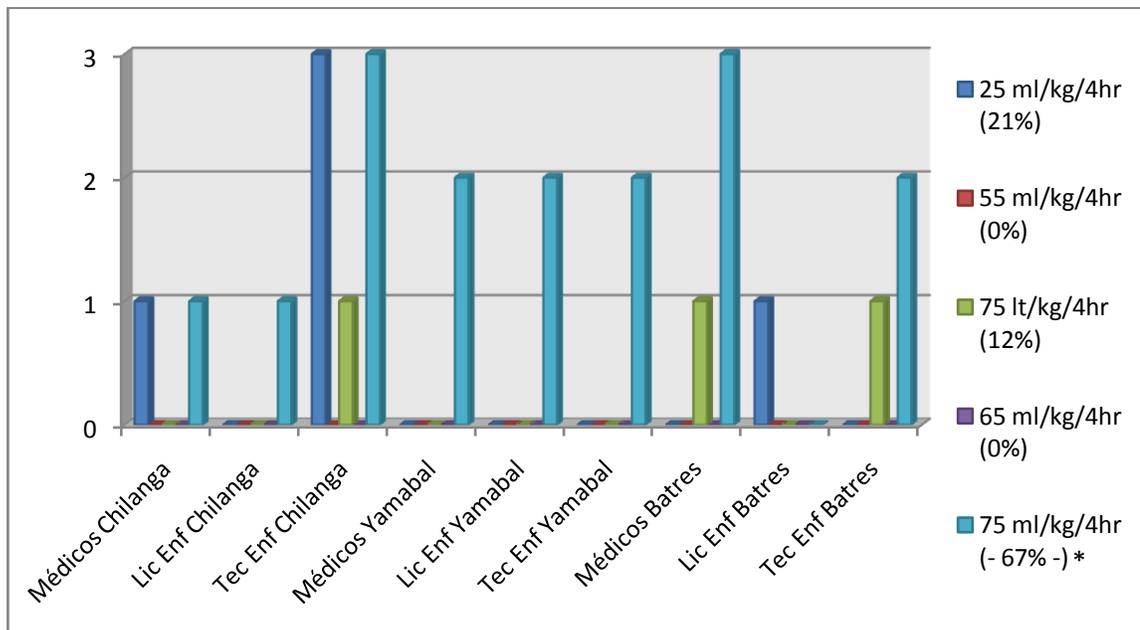
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Cuando un menor de edad presenta diarrea con deshidratación, toda vez que no sea grave, la guía de atención refiere que el cuadro se puede manejar en el establecimiento de salud, con el Plan B de la Rehidratación, el cual contempla el uso de sales de rehidratación oral preparadas en la unidad de salud y que se proporcionan al menor en base a la fórmula de suero de rehidratación oral por kilogramo de peso por hora, 75 ml/Kg en 4 horas (**Ver Anexo N° 28**). Del total de encuestados, el 67% contestó de forma adecuada según la guía; el 20% respondió que 25 ml/kg en 4 horas

y el 13% restante respondió que se debían dar 75 Lt/Kg en 4 horas, se demuestra que la mayor parte del personal tiene conocimiento sobre la cantidad adecuada de suero oral a proporcionar al menor, y que están aplicando de manera correcta la normativa, posiblemente porque ha existido énfasis en el tratamiento, para prevenir la deshidratación grave y el shock hipovolémico; el 33% de los encuestados no aplica lo estipulado en la guía, lo que podría repercutir en la morbilidad infantil.

GRÁFICO N° 32

¿Cuál es la formula para calcular suero de rehidratación oral por kilogramo de peso en 4 horas?



Fuente: Cuadro N° 32.

* Respuesta correcta

CUADRO N° 33.

En un niño con clasificación de diarrea sin deshidratación su tratamiento y control es:

N°	Categorías	Frecuencia									TOTAL	%
		U/S Chilanga			U/S Yamabal			U/S Batres				
		Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf		
1	SRO, dimenhid. o metoclop y control en 2 días.	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	4%
2	Plan B y control en 1 día.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
3	Plan A, Zinc según edad y control en 24 horas.	2	1	4	2	2	2	4	0	2	19	79%
4	Plan A, Zinc según edad y control en 72 horas.	0	0	2	0	0	0	0	1	1	4	17%
TOTAL		2	1	7	2	2	2	4	1	3	24	100%

Fuente: Encuesta dirigida al personal de Salud de las Unidades estudiadas.

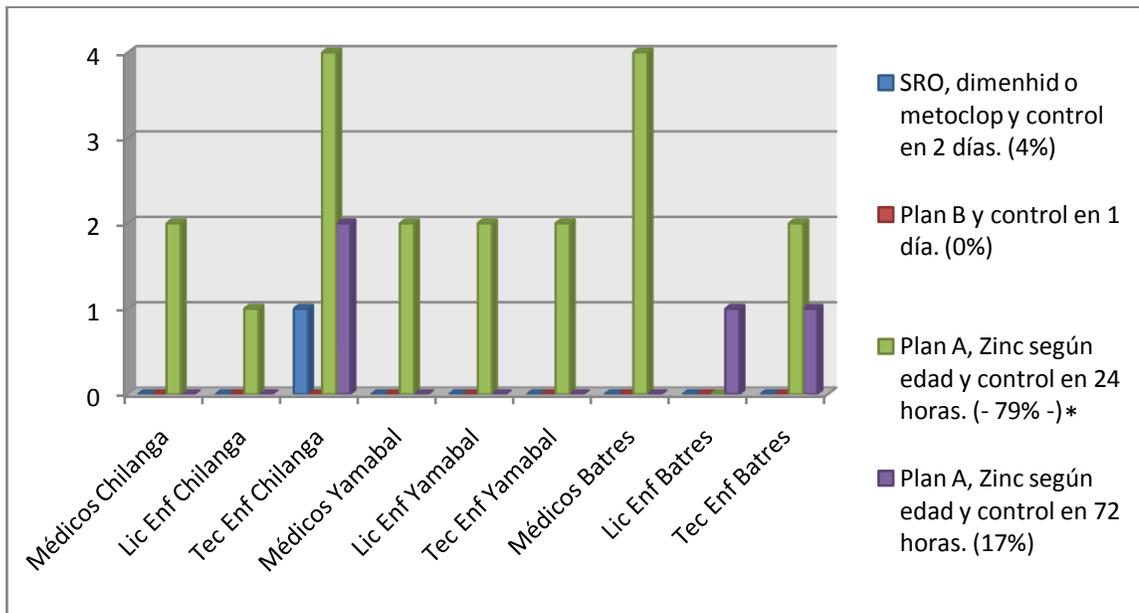
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Según la Guía de Atención Integral en Salud a niños (as) menores de 5 años, en el área de Tratamiento para la diarrea, el “Plan A”, se indica en pacientes cuya clasificación es la de diarrea sin deshidratación, manejándolos ambulatoriamente con sueros de rehidratación oral, zinc según la edad, recomendaciones y consejería a la madre sobre alimentación, uso del suero, signos de peligro, cuando volver y se le cita en 24 horas (**Ver Anexos N° 24 y 28**). De los encuestados el 79% respondieron de

forma correcta, 17% que el control es en 72 horas y un 4% contestó que se le indica suero oral, antieméticos y control en 2 días; La mayor parte del personal de salud encuestado tiene conocimientos sobre el manejo que se le debe proporcionar a un niño con enfermedad diarreica, para evitar la deshidratación con el plan A, el uso adecuado del suero y monitoreo correcto de la evolución a las 24 horas de evolución, evitando el uso de antieméticos que pueden complicar el cuadro. Se evidencia que el manejo de las diarreas sin deshidratación, se aplica según la normativa en las unidades de salud estudiadas.

GRÁFICO N° 33

En un niño con clasificación de diarrea sin deshidratación su tratamiento y control es:



Fuente: Cuadro N° 33.

* Respuesta correcta

CUADRO N° 34.

¿Qué limitantes considera que existen para la correcta aplicación de la estrategia AIEPI?

N°	Categorías	Frecuencia									TOTAL	%
		U/S Chilanga			U/S Yamabal			U/S Batres				
		Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf		
1	Falta de Capacitación del personal.	2	1	5	2	2	2	4	1	3	22	33%
2	Falta de insumos e instrumentos	2	0	7	0	0	0	4	1	3	17	25%
3	Falta de guías AIEPI	0	0	0	2	0	0	4	1	3	10	15%
4	Desabastecimiento de medicamentos	1	1	0	0	0	0	4	1	3	10	15%
5	Escaso personal	0	0	0	0	0	0	4	1	3	8	12%
TOTAL		5	2	12	4	2	2	20	5	15	67	100%

Fuente: Encuesta dirigida al personal de Salud de las Unidades estudiadas.

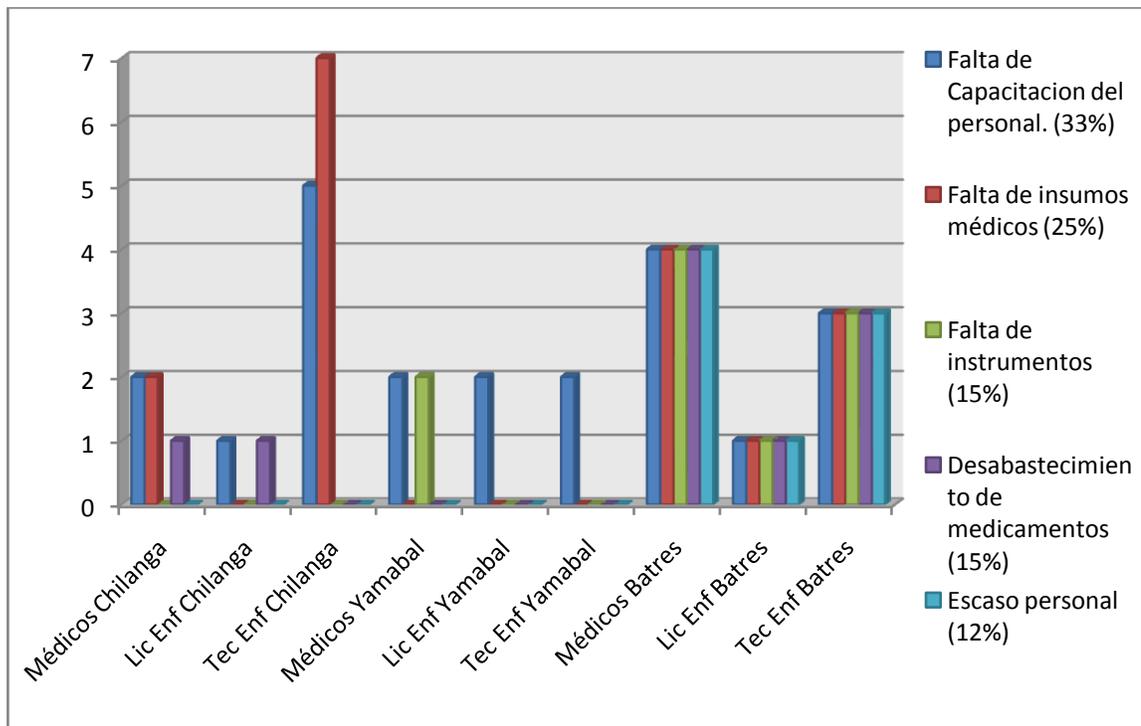
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Respecto a las limitantes para la correcta aplicación de la estrategia AIEPI, el personal de salud considera que la Falta de capacitación es la principal limitante, para la aplicación de la estrategia AIEPI. 33% consideran que no se ha recibido la asesoría suficiente y la socialización debida a la nueva guía de atención. Otra limitante importante mencionada en un 25% es la falta de insumos e instrumentos como papelería, baja lenguas, cintas métricas, lámparas, básculas, tensiómetros pediátricos, etc., que puede influir en las consultas y controles. También el 15% menciona la falta

de guías en los consultorios donde se brindan atenciones AIEPI, al igual 15% menciona el desabastecimiento de medicamentos y 12% que hace falta personal, Todo lo anterior limita el tiempo por paciente para la correcta evaluación y llenado de la hoja.

GRÁFICA N° 34

¿Qué limitantes considera que existen para la correcta aplicación de la estrategia AIEPI?



Fuente: Cuadro N° 34.

CUADRO N° 35.

¿Cuáles recomendaciones proporcionaría usted para mejorar la aplicación de la estrategia la AIEPI?

N°	Categorías	Frecuencia									TOTAL	%
		U/S Chilanga			U/S Yamabal			U/S Batres				
		Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf	Med	Lic. Enf	Tec. Enf		
1	Capacitar a todo el personal de salud	2	1	5	2	2	2	4	1	3	22	28%
2	Mantener abastecimiento de medicam, instrum e insumos	2	1	4	2	2	0	4	1	3	19	24%
3	Socializar la estrategia AIEPI en todos los niveles	0	1	1	0	2	2	4	1	3	14	18%
4	Proporcionar más guías.	2	0	1	2	0	0	4	1	3	13	17%
5	Contratar más recursos de personal	1	0	1	0	0	0	4	1	3	10	13%
TOTAL		7	3	12	6	6	4	20	5	15	78	100%

Fuente: Encuesta dirigida al personal de Salud de las Unidades estudiadas.

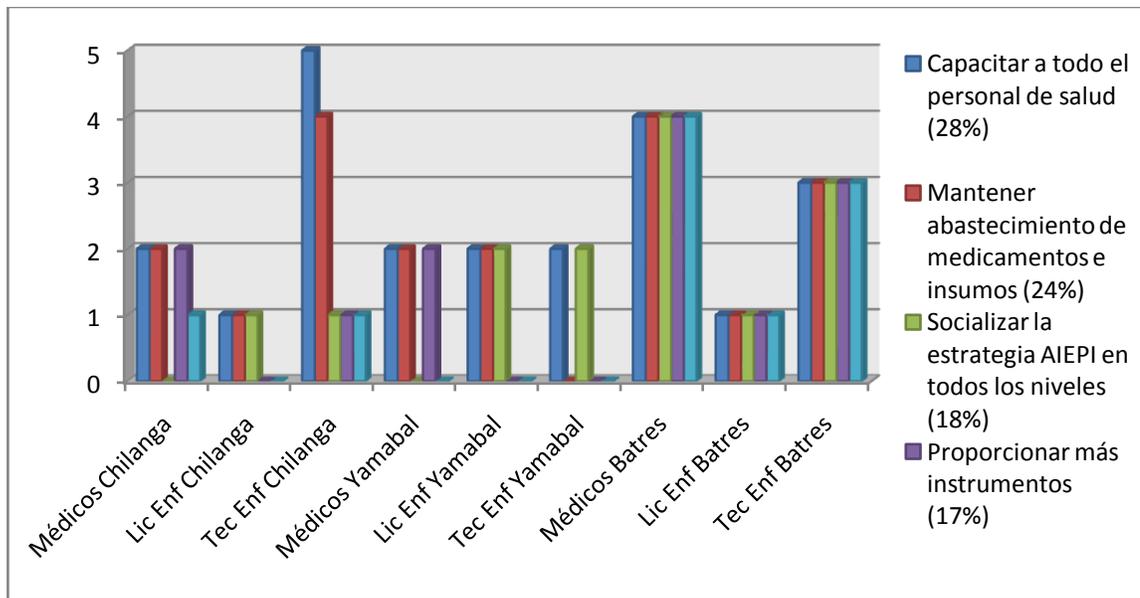
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Se le pregunto al personal de salud objeto de estudio que mencionara las recomendaciones que proporcionaría para mejorar la aplicación de la estrategia AIEPI; al respecto, el 28% responde “Capacitar a todo el personal de salud”, ya que consideran que aunque la estrategia es efectiva, es necesario, capacitar, retroalimentar

y fortalecer los conocimientos de las guías y actualizar sobre los cambios en las normativas. El 24% recomienda mantener un buen abastecimiento de medicamentos, insumos e instrumentos para aplicar la normativa correctamente. 18%, espera se socialice la estrategia en todos los niveles, para un adecuado sistema de apoyo entre los diferentes sectores sociales y de salud; el 17% recomienda en proporcionar más guías de atención, por consultorio, misma que no debe faltar en el momento de la atención según los lineamientos; el 13% recomienda además la contratación de más recursos de personal pues el tiempo de consulta por cada paciente es poco, debido a la gran demanda, la estrategia AIEPI requiere de de todos estos insumos para una correcta aplicación.

GRÁFICA N° 35

¿Cuáles recomendaciones proporcionaría usted para mejorar la aplicación de la estrategia la AIEPI?



Fuente: Cuadro N° 35.

CUADRO N° 36.

PREGUNTAS CON MAYOR FRECUENCIA DE RESPUESTAS INCORRECTAS.

Categoría	Correctas	Incorrectas	% Correctas	% Incorrectas
Pregunta 2	6	18	25.00 %	75.00 %
Pregunta 19	5	19	20.83 %	79.17 %
Pregunta 23	9	15	37.50 %	62.50 %
Pregunta 24	9	15	37.50 %	62.50 %
Pregunta 25	3	21	12.50 %	87.50 %
Pregunta 26	11	13	45.83 %	54.17 %
Pregunta 27	6	18	25.00 %	75.00 %
Pregunta 28	6	18	25.00 %	75.00 %
Pregunta 29	6	18	25.00 %	75.00 %
Pregunta 30	9	15	37.50 %	62.50 %

Fuente: Encuesta dirigida al personal de Salud de las Unidades estudiadas.

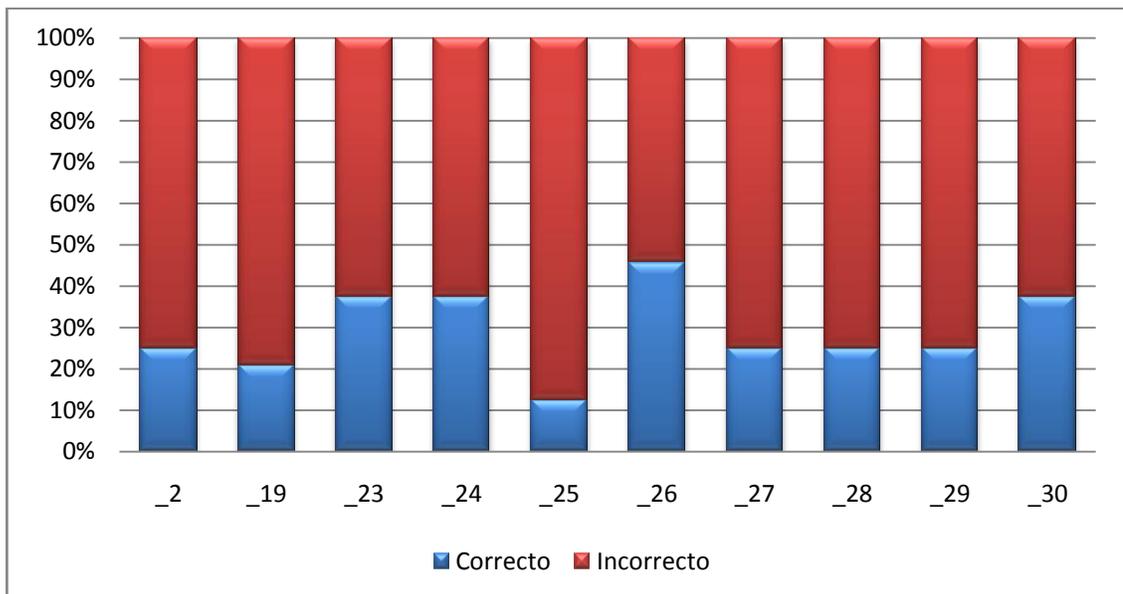
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Al realizar el cuadro comparativo de frecuencias de respuestas correctas e incorrectas de la encuesta dirigida al personal de salud (**Ver Anexo 69**); se observa mayor frecuencia de respuestas correctas; aunque, en un porcentaje menor, pero muy significativo, se comprobó que existen áreas de conocimiento de la Guía de Atención AIEPI en las cuales el resultado es deficiente. Se observó que, la mayor frecuencia de respuestas incorrectas se obtuvieron de las preguntas en las que se interrogaron los aspectos nuevos de la última guía de atención; tal como el área de los problemas de sobrepeso y obesidad, clasificación del dengue, manejo de otitis crónica, área de problemas de la boca o mal aliento, dosificación de medicamentos para otitis,

disentería e infecciones bacterianas de garganta; posiblemente por la falta de capacitación o poco énfasis de las modificaciones y elementos nuevos de la guía de atención; a los cuales, se les debe brindar la importancia debida, ya que son éstos los que permiten que la estrategia se mantenga vigente con el tiempo y se encamine con miras al cumplimiento de sus objetivos; como son la reducción de la mortalidad en la infancia, la disminución de la incidencia y gravedad de las enfermedades y problemas de salud que los afectan; así como, mejorar su crecimiento y desarrollo durante los primeros años de vida.

GRÁFICA N° 36.

PREGUNTAS CON MAYOR FRECUENCIA DE RESPUESTAS INCORRECTAS.



Fuente: Anexo 69.

5.2. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS.

El estudio realizado fue de tipo descriptivo y puede servir de base para otro tipo de investigaciones; por lo que se planteó la hipótesis de trabajo, que pretendía dar respuesta a la pregunta de investigación y los objetivos planteados. Para comprobar la hipótesis de trabajo no fue necesario el uso test estadísticos; tal cómo se explicó anteriormente, el análisis se realizó en base a frecuencias mayores; para ello, se ordenaron los datos en cuadros de frecuencia de respuestas correctas e incorrectas, tomando como criterio de decisión lo estipulado por la guía de atención AIEPI; donde se sumaron todas las respuestas para obtener el total de respuestas correctas y la suma de las respuestas incorrectas de las 33 preguntas de la encuesta.

Según los resultados de la encuesta, la mayor parte del personal de salud, respondió correctamente a la mayoría de las preguntas de las diferentes áreas básicas de la estrategia AIEPI (**Anexo 69**); en base a esto, se demostró que la mayoría del personal de salud aplica adecuadamente la estrategia; sin embargo existen algunas deficiencias en ciertas aéreas de aplicación de la guía de atención AIEPI.

Es importante mencionar que en el momento de realizar la encuesta, el personal de salud no contaba con la Guía AIEPI como material de apoyo; por lo que, a pesar de las deficiencias encontradas, no se puede decir que la estrategia AIEPI se ha aplicado incorrectamente; porque, para proporcionar la atención a los niños(a) menores de 5 años, es indispensable, contar con la Guía de Atención AIEPI en el momento de brindar las atenciones; ya que, esta guía fue diseñada como material de consulta

durante las atenciones, permitiendo que estas se brinden de forma correcta, influyendo directamente en la disminución de la morbimortalidad infantil; tal es el caso de las 3 unidades de salud estudiadas, en las que se observó disminución en las enfermedades prevalentes de la infancia y la mortalidad infantil.

Fue necesario también tomar en cuenta que la morbimortalidad infantil en todas las unidades de salud estudiadas, presentan una marcada tendencia a la disminución en los últimos 4 años, como lo demuestran las curvas de prevalencia y tasas de mortalidad, obtenidas del Sistema Nacional de Vigilancia de las Enfermedades (**Ver Anexos del N° 45 al 67**). Los resultados obtenidos, que se reflejan en las conclusiones de este estudio, dan por aceptada la hipótesis de trabajo.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

6. CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

En relación a las hipótesis planteadas y con los datos obtenidos de la encuesta dirigida al personal de salud sobre el conocimiento de la Guía de Atención Integral a Niños y Niñas menores de 5 años, se concluye que:

- En las Unidades de Salud de Chilanga y Yamabal en Morazán y Concepción Batres, Usulután; las curvas de enfermedades prevalentes de la infancia y tasas de mortalidad de cada unidad de salud, obtenidas en el SIBASI correspondiente registran disminución en la morbimortalidad infantil **(Ver Anexos del N° 45 al 67)**. La estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia; en El Salvador está normada por la Guía de Atención Integral a Niños y Niñas menores de 5 años; según la investigación, se está aplicando de forma adecuada; ya que, la mayor parte del personal aplica, según lo estipulado, la normativa de la estrategia AIEPI **(Ver Anexo 69)**; del análisis e interpretación de la encuesta, se concluye que el conocimiento del personal de salud si influye en la morbimortalidad infantil en las unidades de salud estudiadas, aceptando la Hipótesis de Investigación, la cual enuncia que “La aplicación de la estrategia AIEPI influye en la morbimortalidad infantil en las Unidades de Salud en estudio”.

Al realizar el Análisis e Interpretación de la Encuesta, se observó fortalezas en la mayor parte de aspectos de la guía por parte del personal; aunque existe, falta de conocimiento en ciertos aspectos de la guía, así como limitaciones para la correcta aplicación de la estrategia; de lo que se concluye lo siguiente:

- Las áreas de la Guía de Atención AIEPI en las que se observó mayor deficiencia en el conocimiento, fueron los contenidos nuevos de la estrategia, tales como: los problemas de sobrepeso y obesidad; clasificación del dengue; manejo de otitis crónica; problemas de la boca o mal aliento, dosificación de medicamentos para otitis, disentería e infecciones bacterianas de garganta.
- Existen nuevos apartados en la última normativa; como el nuevo contenido del sobrepeso y los problemas de obesidad en niños menores de 5 años de edad; cuya área debe fortalecerse en la interpretación de las tablas y los periodos de las citas de reevaluación, para una mejor aplicación en beneficio de la población infantil en la prevención de enfermedades comórbidas que surgen por estos problemas.
- El personal de salud está consciente de la importancia de la lactancia materna y aplica de forma correcta la educación respecto a ella.
- En cuanto al número de veces que se debe de dar lactancia materna de acuerdo a la edad del niño(a) se observó que debe dársele la importancia adecuada por que no todo el personal de salud aplicaba correctamente.

- La educación en salud comunitaria, a través de la consejería se aplica de forma correcta según, la normativa siendo un pilar importante para la aplicación de la estrategia AIEPI en la prevención de las enfermedades.
- En el área de clasificar al menor como enfermedad muy grave; se aplica de forma correcta la normativa, permitiendo la disminución de posibles complicaciones con su referencia oportuna.
- En la clasificación del niño como infección local y su control para evaluación; el personal aplica de forma correcta la normativa permitiendo una mayor participación de los responsables de los menores a través de la educación primaria en salud.
- En cuanto a los problemas de alimentación el personal de salud aplica de forma correcta la normativa de la guía de AIEPI, con lo que se previenen posibles casos de desnutrición.
- Al clasificar al menor con moniliasis oral; se pudo observar que el personal de salud aplica la normativa en forma correcta.
- Al clasificar como tos o resfriado, el personal de salud aplica de forma correcta la normativa de la guía AIEPI permitiendo durante la consulta a través de la consejería una mayor participación de los padres en el reconocimiento de signos de alarma.

- Al clasificar al menor de 5 años como neumonía, el personal de salud aplica de forma correcta la normativa permitiendo una mejor evolución del paciente y evitar posibles complicaciones.
- En cuanto al tratamiento y dosificación de medicamentos para el tratamiento de neumonía y otitis media aguda el personal aplica de forma correcta la normativa de la guía AIEPI.
- Para clasificar a un niño con Diarrea con Deshidratación Grave se observó dificultad, pues la mayoría contestó de forma errónea, posiblemente por falta de capacitación; aunque en la practica clínica el tratamiento brindado por ellos mismos sería el correcto.
- En cuanto a la clasificación y el tratamiento de la disentería; se pudo comprobar que el personal conoce su causa etiológica más común, no así su tratamiento adecuado.
- En cuanto a la clasificación del dengue, la mayoría contesto equivocadamente, manifestándose la falta de conocimiento en esta sección, debido a falta de capacitación o énfasis en esta área al impartirla.
- Con relación al tratamiento de la otitis media crónica, así como el de la infección bacteriana de garganta; se observó falta de conocimiento en la mayoría del personal.

- A pesar de ser un elemento reciente en la guía de atención, la mayor parte del personal conoce que las gráficas para la evaluación del crecimiento están diseñadas con desviaciones estándar y no en percentiles como en manuales anteriores.
- Para la aplicación del “Plan B” de rehidratación, se observó que la mayor parte del personal tiene conocimiento sobre la cantidad adecuada de suero oral a proporcionar al menor, por lo tanto están aplicando de manera correcta la normativa.
- Las limitantes encontradas para la adecuada aplicación de la estrategia AIEPI en las unidades de salud estudiadas son la falta de capacitación del personal de salud; falta de insumos e instrumentos como lámparas, cintas métricas, tallímetros, básculas, estetoscópios, tensiómetros con brazaletes para neonatos, lactantes, pre-escolares y escolares, etc.; falta de guías impresas de la estrategia AIEPI; escaso personal y desabastecimiento frecuente de medicamentos.

6.2. RECOMENDACIONES

Según los datos obtenidos de la encuesta dirigida al personal de salud; la disminución evidente en las gráficas obtenidas de cada SIBASI sobre la morbimortalidad infantil de las unidades de salud estudiadas y la aceptación de la hipótesis de investigación planteada; se concluye que, la estrategia AIEPI se está aplicando de forma adecuada, con una influencia importante en la disminución de la morbimortalidad infantil. Por otra parte existen deficiencias en el conocimiento del personal en algunos aspectos de la normativa y limitantes para su correcta aplicación; las cuales, pueden ser mejoradas para brindar un servicio de equidad, calidad y calidez, por lo que se recomienda lo siguiente:

Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

- Se recomienda al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Unidad de Atención Integral en Salud a la Niñez, Regiones de Salud, Sistemas Básicos de Salud Integral; que realicen capacitaciones constantes sobre la ejecución de la estrategia AIEPI al personal de las unidades de salud, realizando refuerzos sobre sus nuevos elementos para su correcta aplicación; incluyendo a médicos(as) directores y consultantes, licenciadas enfermería y técnicos(as) en enfermería; sin dejar en el olvido a los médicos de año social; personal que también brinda la atención a la población infantil.

- Que el material de capacitación sea distribuido a todo el personal de salud incluyendo médicos graduados y en año social, licenciados(as), técnicos(as) en enfermería a todas las unidades y casas de salud.
- Mayor contratación de recurso médico para brindar a la población una mejor atención; con equidad, calidad y calidez; en la actualidad, el tiempo utilizado para la evaluación de cada paciente es inferior al normado, debido a la demanda de pacientes, lo cual influye en la calidad de la atención.
- Que la papelería sea proporcionada oportunamente, de forma completa y constante a las unidades y casas de la salud.
- Realizar supervisiones continuas sobre el cumplimiento de la estrategia, con el objeto de retroalimentar los aspectos nuevos de la guía de atención, a fin de mejorar y corregir el llenado de cada una de las hojas y cuadrículas que contempla la guía.
- Capacitar en la normativa de la estrategia AIEPI y sus modificaciones, frecuentemente a docentes que laboran en educación superior impartiendo las cátedras relacionadas a la educación en salud.

A las Universidades.

- Se recomienda implementar jornadas, clases magistrales y laboratorios prácticos sobre la estrategia AIEPI tempranamente, en la formación profesional de médicos, enfermeras y técnicos en áreas de la salud.

A las Unidades de Salud.

- Elaborar una programación de educación continua al personal de salud sobre la aplicación de la estrategia AIEPI, con el fin de retroalimentar las capacitaciones recibidas y actualizar al personal sobre las modificaciones de la estrategia.
- Realizar círculos de estudio, donde se planteen casos clínicos, practicando la correcta evaluación, reconocimiento de signos de alarma; para su adecuada clasificación, diagnóstico oportuno, tratamiento, referencia y seguimiento estipulado en la normativa de la estrategia.

BIBLIOGRAFÍA.

LIBROS:

COMBONI, Sonia; Suarez, José Manuel. ***Biblioteca Universitaria Básica "Introducción a las Técnicas de Investigación"***. 1ª edic en español, México, D.F., Editorial Trilla, 1990, 168 págs.

MENDICOA, Gloria Edel. ***Manual Teórico-práctico de Investigación Social***. 2ª edic en español, Argentina, Buenos Aires, Espacio editoriales, 2000, 168 págs.

HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNANDEZ COLLADO, Carlos; BAPTISTA LUCIO, Pilar. ***Metodología de la Investigación***. 4ª edic en español, México, D.F., McGraw-Hill, 2006, 850 págs.

MACHINI, Luis Ricardo. ***Introducción a la Estadística en Ciencia de la Salud***. 1ª edic en español, Argentina, Buenos Aires, Editorial Medica Panamericana, 2003, 123 págs.

MEDARDO HERNADEZ, Salvador. ***Como Hacer una Tesis "Tesina, Informe, Memoria, Seminario de Investigación y Monografía"***. 2ª edic en español, México, D.F., Editorial Limusa Noruega, 1997, 294 págs.

MUÑOZ RAZO, Carlos. ***Como Elaborar y Asesorar una Investigación de Tesis***. 1ª edic en español, México, D.F., Pearson Educación, 1998, 300 págs.

NJAIM, Humberto; BEIRUTTI, Ivanowa; TORREALBA, José Miguel. ***Manual para la elaboración de Tesis Doctorales, Trabajos de Grado y Trabajos Especiales***. 1ª edic en español, Caracas, Venezuela, Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas, Universidad Central de Venezuela, 2004, 82 págs.

TAMAYO, Mario y TAMAYO. ***El Procesos de la Investigación Científica “Incluye Glosario y Manual de Evaluación de Proyectos”***. 3ª edic en español, México, D.F., Editorial Limusa Noruega, 1994, 231 págs.

DOCUMENTOS:

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL DE EL SALVADOR. “Análisis del Proceso de Implementación de la Estrategia de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)”, Documento. San Salvador, El Salvador, C.A., Diciembre, 2003. 84 págs.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL DE EL SALVADOR. “Comunicándonos con los Padres o Acompañante del Niño(a) Sobre AIEPI”, Documento. San salvador, El Salvador, C.A, junio, 2001. 49 págs.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL DE EL SALVADOR. “Guía de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia”, Documento: San Salvador, El Salvador, C.A, Febrero 2005. 38 págs.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL DE EL SALVADOR. “Curso para Promotores de Salud” Documento: San Salvador, El Salvador, C.A, Mayo 2001. 69 págs.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL DE EL SALVADOR GERENCIA DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LA NIÑEZ. “Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)”, Documento: San Salvador, El Salvador, C.A, Febrero 2002. 33 págs.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL DE EL SALVADOR GERENCIA DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LA NIÑEZ. “Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)”, Documento: San Salvador, El Salvador, C.A, Mayo 2000. 28 págs.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL DE EL SALVADOR PROGRAMA NACIONAL DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LA NIÑEZ. “Curso para Promotores de Salud Guía de Consulta para el Participante”, Documento: San Salvador, El Salvador, C.A, Junio 2002. 121 págs.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. “Norma de Atención Integral en Salud a la Niñez”. Documento. Gerencia de Atención Integral en Salud a la Niñez, San Salvador, El Salvador C.A., Abril, 2005, 32 págs.

DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS:

Organización Panamericana de la Salud (bossioju@paho.org). “Investigaciones Operativas sobre Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI”. **Libro electrónico**. Disponible en <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/aiepi-inv-ops.htm> (Consulta 12/03/08)

Organización Panamericana de la Salud (bossioju@paho.org). “La Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia”. **Revista OPS**. Disponible en: <http://www.amro.who.int/spanish/ad/fch/ca/si-aiepi.htm> (Consulta 13/03/08).

Organización Panamericana de la Salud (bossioju@paho.org). “Sobre Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)”. **Revista OPS**. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/imci-aiepi.htm> (Consulta 13/03/08).

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. “31° Sesión del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo de la Estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)”.

Documento Electrónico. Disponible en
http://www.paho.org/spanish/gov/ce/spp/spp31_3.pdf (Consulta 13/03/08).

Organización Panamericana de la Salud. "AIEPI Comunitario. El componente comunitario de la estrategia AIEPI: marco conceptual". **Documento Electrónico.** Disponible en <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-fs2.pdf> (Consulta 13/03/08).

ANEXOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE LA EJECUCIÓN DEL ANÁLISIS DE LA APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA AIEPI Y SU INFLUENCIA EN LA MORBIMORTALIDAD INFANTIL EN LAS UNIDADES DE SALUD DE CHILANGA Y YAMABAL, MORAZÁN Y CONCEPCIÓN BATRES, USULUTÁN, EN EL PERIODO DE ENERO A SEPTIEMBRE DE 2008.

MES	Agosto/2008																															
Actividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Administración del cuestionario en Concepción Batres Atilio Vargas																																
Administración del cuestionario en San Juan de la Cruz, Yamabal Franklin Gómez																																
Administración del cuestionario en Chilanga Atilio Velásquez																																

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE LA EJECUCIÓN DEL ANÁLISIS DE LA APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA AIEPI Y SU INFLUENCIA EN LA MORBIMORTALIDAD INFANTIL EN LAS UNIDADES DE SALUD DE CHILANGA Y YAMABAL, MORAZÁN Y CONCEPCIÓN BATRES, USULUTÁN, EN EL PERIODO DE ENERO A SEPTIEMBRE DE 2008.

MES	Septiembre/2008																														
Actividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Administración del cuestionario en Concepción Batres Atilio Vargas		■						■																							
Administración del cuestionario en San Juan de la Cruz, Yamabal Franklin Gómez	■							■																							
Administración del cuestionario en Chilanga Atilio Velásquez			■							■																					

ANEXO N° 3

I. EVALUAR CLASIFICAR Y TRATAR EL CRECIMIENTO DEL NIÑO (A)

PESAR Y TALLAR AL NIÑO (A) SEGÚN TÉCNICA DEL MANUAL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

SI EL NIÑO(A) LLEGA A INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA NIÑEZ O LLEGA POR PRIMERA VEZ EN EL AÑO, EL MÉDICO Y O ENFERMERA EVALUARÁ LO SIGUIENTE:

OBSERVAR Y PALPAR:

- Verificar si hay emaciación
- Verificar si hay edema en ambos pies

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
<p>Uno de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edema visible • Emaciación visible grave • Si el peso para la edad en el niño(a) de 0 a 24 meses abajo de -3 Desviaciones Standard. • Si el Peso para la talla en el niño(a) de 2 a menor de 5 años abajo de -3 Desviaciones Standard 	<p>MARASMO O KWASHIORKOR / DESNUTRICION SEVERA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Referir urgentemente al hospital más cercano, en las mejores condiciones hemodinámicas posibles. • Acompañar al niño(a) al hospital
<ul style="list-style-type: none"> • Peso para la edad en el niño(a) de 0 a 24 meses se encuentra en el canal: de -2 y -3 Desviaciones Standard • Peso para la talla en el niño(a) de 2 a menor de 5 años se encuentra en el canal: de -2 y -3 Desviaciones Standard 	<p>DESNUTRICIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la alimentación del niño(a) y aconsejar a la madre sobre la alimentación adecuada para su edad. (Ver pág12) • Evaluar el desarrollo segun hoja simplificada de desarrollo • Administrar micronutrientes según edad • Indicar a la madre cuando debe volver de inmediato (Ver pág. 54). • Si la U. de S. tiene laboratorio enviar exámenes: Ht, Hb, EGH y EGO • Referir al promotor de salud, consejera voluntaria de AIN u otro personal de salud comunitario. • Hacer una cita de reevaluación, máximo en 30 días.
<ul style="list-style-type: none"> • Peso para la edad en el niño(a) de 0 a 24 meses se encuentra en el canal normal: entre -2 y +2 Desviaciones Standard. • Peso para la talla en el niño(a) de 2 a menor de 5 años se encuentra en el canal normal: entre de -2 y +2 Desviaciones Standard 	<p>NORMAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Felicitar a la madre o responsable por el peso del niño(a) • Evaluar su alimentación y aconsejar a la madre sobre la alimentación adecuada para su edad (Ver pág 12) • Evaluar el desarrollo • Administrar micronutrientes de acuerdo a la edad • Hacer una consulta de Control de Crecimiento y Desarrollo según normas de Atención Integral en Salud a la Niñez • Indicar a la madre cuando debe volver de inmediato.

NOTA: La clasificación del estado nutricional del niño (a) de 0 a 5 años, que se reportara en el IEMA será a través del índice Peso para la edad a la inscripción en el programa y la primera vez en el año.

ANEXO N° 4

SI AL EVALUAR EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS(AS) DE 2 A MENOR DE 5 AÑOS NO SE CLASIFICAN EN EL ALGORITMO ANTERIOR, DEBERA DESCARTAR PRESENCIA DE SOBREPESO U OBESIDAD EN EL SIGUIENTE ALGORITMO:

Evaluar a niños(as) de 2 a menor de 5 años de edad con el índice peso para la talla

<p>DETERMINAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pesar y Tallar al niño(a) y determinar su estado nutricional utilizando el gráfico de peso/talla <p>EVALUAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentación del niño(a) • Actividad física 	<p>PREGUNTAR</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Cuántas veces come al día? ¿Qué tipo de alimentos y bebidas consume el niño(a)? ¿Qué cantidad de alimentos consume? ¿Qué tipo de alimentos le da en los refrigerios? ¿Realiza el niño(a) algún deporte? ¿Qué tipo de ejercicio o pasatiempo realiza el niño(a)?
---	---

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> • Peso para la talla se encuentra en el canal: arriba de +3 Desviaciones Standard 	PROBLEMA DE OBESIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la alimentación del niño(a) y aconsejar a la madre sobre la alimentación adecuada para su edad. (Ver pág12) • Recomendar actividad física (ver pag 14) • Referir al niño (a) a la nutricionista y/o pediatra para un tratamiento individualizado.
<ul style="list-style-type: none"> • Peso para la talla se encuentra en el canal: entre +2 y +3 Desviaciones Standard 	PROBLEMA DE SOBREPESO	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la alimentación del niño(a) y aconsejar a la madre sobre la alimentación adecuada para su edad. (Ver pág12) • Recomendar actividad física (ver pag 14) • Control en 30 días para reevaluar el niño (a) con problemas de obesidad o sobre peso (Ver pag. 17) • Si después de 2 controles no hay cambios, referirlo al nutricionista y/o Pediatra
<ul style="list-style-type: none"> • Peso para la talla se encuentra en el canal: entre -2 y +2 Desviaciones Standard 	NO TIENE SOBREPESO NI OBESIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Felicitar a la madre por el peso del niño (a) • Dar consejería sobre alimentación y nutrición adecuada para su edad (Ver pag 12) • Orientar sobre actividad física (Ver pag 14)

NOTA: El tratamiento de estos problemas debe basarse en el cambio de hábitos alimentarios y promoción de la actividad física del niño y niña.

ANEXO N° 5

II. EVALUAR LA TENDENCIA DE CRECIMIENTO DEL NIÑO(A)

SI EL NIÑO(A) LLEGA A CONTROL SUBSECUENTE EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA NIÑEZ O POR MORBILIDAD PERO LE CORRESPONDE CONTROL, EL MÉDICO Y O ENFERMERA EVALUARÁ LO SIGUIENTE:

EVALUAR LA TENDENCIA DEL PESO Y GANANCIA DE LONGITUD EN LOS NIÑOS (AS) DE 0 A 24 MESES /GANANCIA DE TALLA EN LOS NIÑOS(AS) DE 2 A MENOR DE 5 AÑOS

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
<p>PESO</p> <ul style="list-style-type: none"> Tiene tendencia horizontal o descendente en la gráfica de crecimiento, peso/edad (Anexo xxx)  <p>TALLA</p> <ul style="list-style-type: none"> Tiene tendencia horizontal en la gráfica de LONGITUD PARA LA EDAD en los niños(as) de 0 a 24 meses o en la grafica de TALLA PARA LA EDAD en los niños(as) de 2 a menor de 5 años. 	<p>TENDENCIA INADECUADA</p>	<ul style="list-style-type: none"> Investigar la causa de crecimiento inadecuado Evaluar el desarrollo Evaluar la alimentación (la calidad, cantidad y frecuencia de los alimentos) Aconsejar sobre alimentación según la edad con énfasis en aumentar la frecuencia, cantidad y consistencia. (Ver pag 12) Suplementación con micronutrientes según la edad Hacer control en 30 días. Evaluar tendencia de crecimiento. Referencia a promotor de salud o consejera voluntaria de AIN u otro personal de salud comunitario. Si tiene crecimiento inadecuado por dos meses seguidos, enviar exámenes: Ht, Hb, EGH y EGO; referir a pediatra y/o nutricionista del hospital. Cumplir antiparasitario según norma. Revisar esquema de vacunación y cumplir la dosis respectiva según norma.
<p>PESO</p> <ul style="list-style-type: none"> Tiene tendencia ascendente en la gráfica de crecimiento peso/edad (Anexo xxx)  <p>TALLA</p> <ul style="list-style-type: none"> Tiene tendencia ascendente en la gráfica de LONGITUD PARA LA EDAD en los niños(as) de 0 a 24 meses o en la grafica de TALLA PARA LA EDAD en los niños(as) de 2 a menor de 5 años. 	<p>TENDENCIA ADECUADA</p>	<ul style="list-style-type: none"> Felicitar a la madre por el crecimiento adecuado de su niño(a) Aconsejar sobre alimentación adecuada según la edad (Ver pag 12) Controles según norma de crecimiento y desarrollo Suplementación preventiva con micrnutrientes según la edad (Ver pag 36) Medir perímetro cefálico en el menor de 2 años Evaluar el desarrollo Cumplir antiparasitario según norma. Revisar esquema de vacunación y cumplir la dosis respectiva según norma.

ANEXO N° 6

SIGNOS	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
<p>Uno de los siguientes signos, pero ningún signo de peligro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El niño(a) no recibe lactancia materna • No tiene buena posición • No tiene buen agarre • No tiene buena succión • Se alimenta al pecho menos de 12 veces en 24 horas • Recibe otros alimentos o líquidos • Recibe sucedáneos de la leche materna 	<p>PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN</p>	<p>Si el niño(a) se alimenta al pecho:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aconsejar a la madre que le dé el pecho las veces que el niño(a) quiera, por lo menos 12 veces en 24 horas, alternando ambos pechos hasta que se vacíen. • Si el niño(a) tiene agarre deficiente o mala posición para amamantar, enseñar a la madre la posición y el agarre adecuado. • Si recibe otros alimentos o líquidos aconsejar a la madre que le dé el pecho más veces, suspender otros alimentos o líquidos de forma progresiva. <p>Si el niño(a) no se alimenta al pecho:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dar consejería sobre Lactancia Materna

ANEXO N° 7

SIGNOS	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
<p>Uno de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No puede alimentarse • No mama nada • Peso para la edad se encuentra en el canal: por abajo de -2 desviaciones standard 	<p>ENFERMEDAD MUY GRAVE/DESNUTRIDO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Referir urgentemente al hospital más cercano, en las mejores condiciones hemodinámicas posibles. • Acompañar al niño(a) al hospital • Considerar acceso venoso permeable
<p>Uno de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No hay buen agarre • No hay buena posición • No mam bien • Se alimenta al pecho menos de 12 veces en 24 horas • Recibe otros alimentos líquidos • No recibe Lactancia Materna • Recibe sucedáneos de la leche materna • Úlceras o placas blanquecinas en la boca (Monialisis) 	<p>PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aconsejar a la madre que le dé el pecho las veces y el tiempo que el niño(a) quiera, de día y de noche, por lo menos 12 veces en 24 horas., alternando ambos pechos hasta que se vacíen • Si el niño no se agarra bien o no mama bien, enseñar a la madre la posición y el agarre adecuados. • Si recibe otros alimentos o líquidos, aconsejar a la madre que le dé el pecho más veces, reduciendo los otros alimentos hasta eliminarlos, utilizar una taza y/o cuchara. Si el niño(a) no se alimenta al pecho: • Dar consejería sobre Lactancia Materna Exclusiva y relactación • Referir inmediatamente al promotor de salud y/o voluntario de AIN u otro personal de salud comunitaria para seguimiento en la comunidad. • Hacer el control para cualquier problema de alimentación en un máximo de 30 días después, evaluando ganancia de peso (Ver pág. XX) • Si el niño tiene monialisis oral, enseñar a la madre a tratarla en casa y control en 5 días. (Ver página)
<p>Uno de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El peso es normal para la edad y no hay ningún otro signo de alimentación inadecuada. • Es amamantado en forma exclusiva. 	<p>NINGÚN PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN NI DE NUTRICIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Felicitar y estimular a la madre a que continúe con Lactancia Materna Exclusiva hasta los 6 meses de edad. • Hacer control de crecimiento y desarrollo según normas de atención integral en salud a la niñez • Indicar a la madre cuando volver de inmediato

NOTA: Considerar la tendencia y la ganancia de peso si el niño(a) fue prematuro o de bajo peso al nacer (BPN) y cumplir con las recomendaciones de la pagina 45

ANEXO N° 8

Con base en la evaluación anterior, clasifique la condición de desarrollo del niño (a).

SIGNOS	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
<p>Uno de los presentes signos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signos de Peligro • Ausencia de reflejo de Moro • Reflejo de Moro presente pero asimétrico • Ausencia de reflejo cócleo-palpebral • Desórdenes médicos definidos, especialmente los de origen genético (Errores innatos del metabolismo, las malformaciones congénitas, el Síndrome de Down y otros síndromes genéticos). 	<p>PROBABLE PROBLEMA NEUROLÓGICO Y/O GENÉTICO</p>	<p>Refiera al Centro de Rehabilitación Integral de Niños y Adolescentes (CRINA)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Labio y paladar hendido • Malformaciones de miembros superiores e inferiores 	<p>PROBLEMAS FENOTÍPICOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Refiera para una evaluación por profesional especializado o más capacitado, al nivel de mayor resolución.
<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de una o más de las habilidades para el grupo de edad al que pertenece el niño(a). 	<p>RETRASO EN EL DESARROLLO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aconseje a la madre o acompañante sobre la estimulación del desarrollo del niño de acuerdo a su edad, en el caso de retraso en el desarrollo. (Ver pag 30-35) • Haga una consulta de seguimiento y control a los 30 días, si el problema persiste refiera para evaluación o médico pediatra del hospital.
<ul style="list-style-type: none"> • Uno o más factores de riesgo socio-ambiental. 	<p>RIESGO SOCIO-AMBIENTAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reportar al ISNA
<ul style="list-style-type: none"> • Cumple con todas las condiciones para el grupo de edad al que pertenece el niño y no hay factores de riesgo. 	<p>DESARROLLO PSICOMOTOR ADECUADO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Felicite a la madre o acompañante. • Aconseje a la madre o acompañante para que continúe estimulando al niño(a) de acuerdo a su edad.

ANEXO N° 9

VI. VERIFICAR SUPLEMENTACION CON MICRONUTRIENTES

DOSIS PREVENTIVAS	
VITAMINA "A"	
EDAD	DOSIS
A los 2 y 4 meses	50,000 UI (junto con pentavalente 1 y 2)
A los 6 meses	100,000 UI (junto con pentavalente 3)
De 1 a 5 años	1 cápsula de 200,000 cada 6 mese
De 5 a 9 años	1 cápsula de 200,000 una vez al año.
* SULFATO FERROSO 125 mg/1ml (1 ml/ 25 mg) FRASCO DE 60 ml.	
De 6 a 11 meses	1-2 mg/Kg/día en forma continua hasta cumplir 1 año. (2 horas posterior a la alimentación)
De 1 a < de 2 años	1-2 mg/Kg/día en forma continua (6 frascos por año)
De 2 a < de 4 años	1-2 mg/Kg/día 2 veces por semana. (1 frasco cada 6 meses)
ZINC 10 mg/ 5 ml (susp)	
De 6 a 11 meses	10 mg al día (1 frasco cada 6 meses)
De 1 a 4 años	20 mg al día (1 frasco cada 6 meses)

* NOTA: Si el recién nacido de término esta sin LME iniciar suplementación con hierro desde los 4 meses de edad.

DOSIS TERAPEUTICAS	
VITAMINA "A"	
EDAD	DOSIS
1. Niños y niñas con Diarrea persistente (por 14 días ó más) ó con Desnutrición Severa:	Una sola dosis según edad, independientemente del esquema cumplido anteriormente.
2. Xeroftalmia en niños (as):	Una dosis según edad el día del diagnóstico, otra dosis el segundo día y otra el día 14 después del diagnóstico (3 DOSIS EN 15 DIAS)
SULFATO FERROSO	
GRUPO DE EDAD	DOSIS
Niños con bajo peso al nacer (menor de 2,500 gr. ó 5 lbs.)	A partir del tercer, mes se le iniciará el tratamiento con hierro, con una dosis de 3 mg. De hierro elemental, por kilogramo por día, hasta los 6 meses, luego continuar según esquema preventivo por edad.
Anemia en niños de 2 a 11 meses	1 ml/día (20 gotas) durante 3 meses luego continuar dosis preventiva.
Anemia en niños (as) de 1 a 4 años:	2 ml/día durante 3 meses, luego continuar dosis preventiva.
4) Anemia en niños de 5 a 9 años:	1 tableta de 300 mg. De sulfato ferroso + 0.5 mg. De ácido fólico al día durante 3 meses.
ZINC	
Niños y Niñas con diarrea aguda:	Dosis
de 6 a 11 meses	10 mg/día (1 cdita .) - 1 frasco (24 días)
de 1 a 4 años	20 mg/día (2 cditas.) - 1 frasco (12 días)

ANTIPARASITARIOS

Dar Mebendazol *

Dar 600 mg de mebendazol cada 6 meses: 100 mg 2 veces por día durante 3 días: si el niño(a) no recibió ninguna dosis en los últimos 6 meses.

○

Dar Albendazol *

Dar 400 mg dosis única

* Si no hay suspensión de ambos parasitarios, triturar tabletas y administrarla con 1/2 onz. de agua azucarada o incorporarla a una cucharada de miel.

ANEXO N° 10

VII. VERIFICAR LOS ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN DEL NIÑO(A)

PROGRAMA NACIONAL DE VACUNAS E INMUNIZACIONES.

EDAD	VACUNAS
• Nacimiento	BCG*
• 2 Meses	Primera dosis de PENTAVALENTE, OPV, ROTAVIRUS
• 4 Meses	Segunda dosis de PENTAVALENTE, OPV, ROTAVIRUS
• 6 Meses	Tercera dosis de PENTAVALENTE, OPV,
• 12 Meses	SPR
• 15-18 Meses	Primer Refuerzo de DPT, OPV
• 4 Años	Segundo Refuerzo de DPT, OPV, Refuerzo SRP
• 6-23 Meses	Influenza • Primera vez: aplicar dos dosis con intervalos de un mes durante campañas nacionales • Refuerzo: una dosis anual en campañas nacionales

*Si es hijo de madre VIH(+) y/o con antígenos de superficie (+) para HB debe administrar primera dosis de Hepatitis B

No olvidar anotar los datos de vacunación en el carnet del niño, en el expediente clínico y en el libro de vacunación de la Unidad de Salud; para el seguimiento de aquellos niños con esquema incompleto de vacunación

ANEXO N° 11

II. TIENE EL NIÑO (A) RIESGO POR BAJO PESO?

No aplica a recién nacidos(as), evaluados, tratados y dados de alta del hospital.

<p>PREGUNTAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Es el recién nacido de bajo peso? (Menor de 2500 gramos) 	<p>DETERMINAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • El peso 1 Kg. = 2.2 lbs. 1 lb. = 454 gr. 1 Lb. = 16 onzas
---	--

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<p>Menor de 2000 gramos o Entre 2,000 – 2,500 gramos con algún signo de peligro (*)</p>	<p>RECIÉN NACIDO(A) DE BAJO PESO CON RIESGO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Referir urgentemente al hospital más cercano, en las mejores condiciones hemodinámicas posibles • Acompañar al niño (a) al hospital • Mantener eutérmico durante el trayecto al hospital • Administrar O₂ por mascarilla ó bigotera. • Considerar acceso venoso permeable
<p>Entre 2,000 – 2,500 gramos sin ningún signo de peligro (*)</p>	<p>RECIÉN NACIDO (A) DE BAJO PESO SIN RIESGO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar en 2 días, luego evaluar cada semana por un mes (**) • Recomendar sobre cuidados básicos al recién nacido • Inscripción en el programa de atención infantil • Consejería sobre lactancia materna exclusiva. • Inmunizaciones (***) • Referir al promotor de salud, consejera voluntaria de AIN u otro personal de salud comunitario
<p>Peso mayor a los 2,500 gramos</p>	<p>NIÑO(A) CON ADECUADO PESO AL NACER</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar sobre cuidados básicos de recién nacido • Inscripción en el Programa de Atención infantil • Aplicar BCG. (***) • Aplicar una dosis de Hepatitis B al recién nacido, si hay riesgo de transmisión perinatal

NOTA: Se debe aplicar vitamina K, 1 mgr IM (0.1ml), en el muslo a todo recién nacido de la comunidad

(*) Los signos de peligro a considerar son los enunciados en la página 40

(**) Los controles semanales deben evaluar: Signos de peligro, Ganancia de peso (más de 10 gramos diarios, Perímetro Cefálico 0.5 cm cada semana.

(***) Los prematuros deben ser vacunados a los 2 meses de edad cronológica independientemente del peso y la prematurez, excepto con BCG, la cual debe ser aplicada hasta alcanzar 2000 grms. En los casos que el recién nacido alcance este peso después del primer mes de vida, debe cumplirse únicamente posterior a tuberculina negativa.

ANEXO N° 12

III.- EVALUAR POR POSIBLE PREMATUREZ?

No aplica a recién nacidos(as), evaluados, tratados y dados de alta del hospital.

OBSERVAR, PALPAR Y DETERMINAR POSIBLE PREMATUREZ UTILIZANDO TEST DE BALLARD	
1) Madurez neuromuscular: <ul style="list-style-type: none"> • Postura • Ventana cuadrada (muñeca) • Rebote del brazo y ángulo popliteo • Signo de bufanda • Talón oreja 	2) Madurez Física <ul style="list-style-type: none"> • Piel y lanugo • Superficie plantar • Mamas • Ojos, oreja • Genitales

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
MENOR DE 34 SEMANAS O ENTRE 35-36 SEMANAS CON SIGNOS DE PELIGRO (*)	RECIÉN NACIDO(A) PREMATURO DE RIESGO	<ul style="list-style-type: none"> • Referir urgentemente al hospital más cercano, en las mejores condiciones hemodinámicas posibles • Acompañar al niño (a) al hospital • Mantener eutérmico durante el trayecto al hospital • Administrar O₂ por mascarilla ó bigotera. • Considerar acceso venoso permeable
ENTRE 35-36 SEMANAS SIN SIGNOS DE PELIGRO (*)	RECIÉN NACIDO(A) PREMATURO SIN RIESGO	<ul style="list-style-type: none"> • Dar cuidados básicos al recién nacido • Inscripción en el programa de atención infantil • Evaluar cada semana por un mes (**) • Consejería sobre lactancia materna exclusiva (Ver pág. 17) • Inmunizaciones (***) • Seguir recomendaciones para el RN prematuro hasta los tres años (Ver pág. 45) • Referir al promotor de salud, consejera voluntaria de AIN u otro personal de salud comunitario

NOTA: Se debe aplicar vitamina K, 1 mgr IM (0.1ml), en el muslo a todo recién nacido de la comunidad

(*) Los signos de peligro a considerar son los enunciados en la página 40

(**) Los controles semanales deben evaluar: Signos de peligro, Ganancia de peso (más de 10 gramos diarios, Perímetro Cefálico 0.5 cm cada semana.

(***) Los prematuros deben ser vacunados a los 2 meses de edad cronológica independientemente del peso y la prematurez, excepto con BCG, la cual debe ser aplicada hasta alcanzar 2000 grms. En los casos que el recién nacido alcance este peso después del primer mes de vida, debe cumplirse únicamente posterior a tuberculina negativa.

ANEXO N° 13

V.- ENSEGUIDA, EVALUAR SALUD BUCAL

Fisura labial y paladar hendido	Recién nacido(a) con riesgo	<ul style="list-style-type: none">• Referir al hospital
Dientes neonatales Moniliasis oral	Recién nacido(a) sin riesgo	<ul style="list-style-type: none">• En el caso de dientes neonatales, referirlo al odontólogo.• Enseñar a la madre a curar las infecciones locales en casa (ver pag. XX) y cita en 5 días.
Ninguna alteración o signo de infección oral	Niño con boca sana	<ul style="list-style-type: none">• Enseñar a la madre como limpiar la boca (ver página XX)• Inscripción al control odontológicoRecomendar lactancia materna exclusiva

ACONSEJAR A LA MADRE O CUIDADOR COMO REALIZAR LIMPIEZA DE LA BOCA

Para realizar limpieza de la boca:

- Lavarse las manos
- Enrollarse en el dedo índice un paño suave o gasa humedecido en agua previamente hervida y fría
- Limpie suavemente las encías, después de alimentarlo y a la hora de dormir.

ANEXO N° 14

Para tratar la supuración de ojos

La madre debe:

- Lavarse las manos.
- Limpiar los ojos con un paño suave y húmedo con agua previamente hervida y fría para retirar la pus.
- Aplicar colirio de cloranfenicol una gota en cada ojo cada dos horas por 5 días
- No usar ninguna otra pomada o gotas oftálmicas, ni ninguna otra sustancia en los ojos.
- Lavarse las manos al finalizar

IV. CUANDO DEBE VOLVER DE INMEDIATO O PARA UNA CITA DE SEGUIMIENTO

Recomendar a la madre que vuelva de inmediato si el niño(a) empeora o presenta cualquiera de los siguientes signos:

- No succiona o no toma el pecho
- Tiene fiebre o está heladito/frío
- Respiración rápida
- Dificultad para respirar
- Cualquier signo de deshidratación
- Sangre en las heces
- Heces líquidas y abundantes

Si el niño(a) tiene	Volver para una consulta de control en:
Diarrea con deshidratación grave ó Diarrea con deshidratación ó enfermedad muy grave.	De acuerdo a instrucciones el día del alta
Infección local.	2 días
Moniliasis oral.	5 días
Cualquier problema de alimentación	Referir al promotor de salud y/o voluntario de AIN u otro personal de salud comunitaria y regresar en un máximo de 30 días.

PRÓXIMO CONTROL DEL NIÑO(A) SANO

Aconsejar a la madre cuándo debe volver para las próximas vacunas según el esquema de vacunación del Programa Nacional de Vacunas e Inmunizaciones.

Aconsejar a la madre cuándo volver para la próximo control de Crecimiento y Desarrollo según Normas de Atención Integral en Salud a la Niñez.

ANEXO N° 15

ACONSEJAR A LA MADRE O AL ACOMPAÑANTE GUÍA PARA LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO(A) SANO

Menor de 6 meses de edad

- Dar de mamar por lo menos 12 veces en las 24 horas del día.
- Amamante a su bebe cuando muestre signos de hambre: comience a quejarse, se chupe los dedos o mueva sus labios.
- En cada mamada, motive a su hijo(a) a que vacíe el pecho y luego ofrézcale mamar del otro pecho.
- No darle ninguna otra comida o líquido, la leche materna quita le sed.

De 6 a 8 meses de edad

- Dar de mamar unas 8 veces en las 24 horas del día.
- Darle por lo menos 3 cucharadas de puré espeso de: Frutas: guineo, papaya, mango, etc. Cereales: arroz con frijol, papa, plátano. Verduras: zanahoria, ayote, etc. Huevo, pollo, carne de res, carne de res, pescado y menudos.
- Dar 3 tiempos de comida, si recibe leche materna
- Dar 3 tiempos de comida y 2 refrigerios (2 horas antes del almuerzo y 2 horas antes de la cena) si no se alimenta de leche materna.
- Déle un alimento pequeño masticable que pueda comer usando sus dedos.
- Deje que su niño(a) trate de alimentarse por si mismo, pero ayúdele.
- Evite alimentos que puedan causar atragantamiento (como semillas, uvas, zanahoria cruda).

De 9 meses a 1 año de edad

- Dar de mamar unas 6 veces en las 24 horas del día.
- Darle por lo menos 4 cucharadas de comida espesa de la olla familiar más un 1/2 de tortilla, 3 veces al día si toma leche materna mas un refrigerio de fruta o pan dulce
- Dar 3 tiempos de comida y 2 refrigerios (2 horas antes del almuerzo y 2 horas antes de la cena) si no se alimenta de leche materna.
- Incluir un alimento frito al día.
- Incluir los alimentos recomendados para niños de 6 a 8 meses e introducir nuevos alimentos.
- Ofrecer alimentos finamente picados o molidos y alimentos que pueda agarrar con sus dedos.

De 1 año a menor de 2 años

- Darle por lo menos 5 cucharadas de comida de la olla familiar, más media tortilla, 3 veces al día.
- Darle dos refrigerios de fruta o pan dulce o de la comida que tenga.
- Incluir un alimento frito al día.
- Dar de mamar unas 4 ó 5 veces al día.
- Continuar con la introducción de nuevos alimentos.

De 2 años a más

- Darle por lo menos 1/2 taza de comida de la olla familiar, más media tortilla, 3 veces al día.
- Darle dos refrigerios de fruta o pan dulce o de la comida que tenga.
- Incluir un alimento frito al día.
- Dar de tomar atol fortificado con vitaminas y minerales.
- Continuar con la introducción de nuevos alimentos.

ANEXO N° 16

RECOMENDACIONES DE ALIMENTACION PARA NIÑOS (AS) ENFERMOS Y EN RECUPERACION

- Continuar con Lactancia Materna
- Continuar con la comida normal, pero en pequeñas cantidades y más veces al día. Los alimentos no le van a caer mal
- Buscar alimentos suaves, como por ejemplo: arroz, plátano sancochado, verduras o papas salcochadas
- Buscar la forma de que el niño coma, ofreciendo los alimentos con paciencia y cariño, buscando alimentos que al niño le gustan (no golosinas). El apetito mejorara a medida que el niño se recupere
- Agregar sal, limón o azúcar para mejorar el sabor de las comidas

Si hay diarrea:

- Evitar la leche de vaca en polvo o fluida, los alimentos muy azucarados o con mucha grasa, porque pueden aumentar la diarrea
- Aumentar la ingesta de líquidos como: leche materna, suero oral, agua limpia y segura, agua de arroz, agua de coco
- Evitar el consumo de alimentos procesados como jugos, sodas y otros
- Ofrecerle siempre los alimentos en pequeñas cantidades con consistencia suave

Si hay problemas respiratorios:

- Evitar alimentos como: limón, naranja, mandarina, mango verde, piña, marañón, sandía
- Aumentar la ingesta de líquidos como: agua limpia y segura, agua miel, agua de manzanilla
- Dar alimentos fritos como: frijoles, plátano frito, papa frita para mejorar el sabor y reponer energía perdida
- Recomiende a la madre limpiarle la nariz al niño, ya que eso le dificulta la alimentación

ANEXO N° 17

CITA PARA REEVALUAR AL NIÑO(A) CON PROBLEMAS DE OBESIDAD O SOBREPESO

Después de 30 días

- Pesar y tallar al niño(a)
- Reevaluar la alimentación
- Verificar actividad física

Seguimiento:

- En el caso de SOBREPESO, si gana peso (índice peso/ edad) de forma evidente, aconsejar a la madre sobre la alimentación adecuada y los riesgos de llegar a Obesidad.
1. Si al plotear en la gráfica de peso/talla, después de 3 controles, el punto se acerca más a la línea de obesidad: referirlo al nutricionista y/o pediatra.
 2. Si al plotear en la gráfica de peso/talla, después de 3 controles, el punto se acerca más a la línea de normal: dar educación alimentaria nutricional y continuar con controles de acuerdo a norma de atención a la niñez.
- En el caso de OBESIDAD, si gana peso (índice peso/ edad) de forma evidente, aconsejar a la madre sobre la alimentación adecuada y los riesgos de la Obesidad. Después de 2 controles evaluar nuevamente con el índice Peso / Talla:
1. Si al plotear en la gráfica de peso/talla, después de 2 controles, el punto se ubica en el canal de obesidad y va en incremento: referirlo al nutricionista y/o pediatra.
 2. Si al plotear en la gráfica de peso/talla, después de 2 controles, el punto se acerca más a la línea de sobrepeso: dar educación alimentaria nutricional y continuar el manejo del sobrepeso como se ha detallado anteriormente.

ANEXO N° 18

PRINCIPALES PROBLEMAS PARA LOGRAR UNA ALIMENTACIÓN ÓPTIMA

Problemas	Posibles Soluciones
La madre presenta Mastitis (inflamación del pecho, dolor, escalofríos)	<ul style="list-style-type: none"> • Comenzar la mamada por el lado sano • Busque la posición correcta que sienta más cómoda • Mamadas mas frecuentes • El médico debe evaluar el uso de antibióticos, analgésicos y otros procedimientos
Si el niño o niña no está ganando peso adecuadamente	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar que el niño o la niña no tenga alguna enfermedad • Investigar el número de veces que el niño mama • Explicar a la madre que la leche materna es el mejor alimento, pero que es importante el número de veces y el tiempo que da de mamar. • Dar de mamar de día y de noche, todas las veces que el niño o niña quiera. Por lo menos 12 veces en 24 horas. • No dar ningún otro líquido o comida, ni siquiera agua, porque el niño (a) no lo necesita. • Colocar al bebé en la posición correcta y observe el buen agarre (anexo 1) • Cada vez que da pecho, el niño debe mamar hasta que se vacíe el pecho y luego ponérselo al otro. En la siguiente mamada debe comenzar con el mismo pecho que finalizo la vez anterior.
El niño o niña tiene cólicos	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar a la madre cómo sacar el aire al bebé correctamente, después de cada vez que le da pecho. • La madre debe evitar alimentos como: condimentos, chile picante, café, chocolate, bebidas gaseosas, refrescos artificiales, coliflor, repollo, rábano.
Si el niño(a) solo está con fórmula y ya no da pecho.	<ul style="list-style-type: none"> • Si es menor de 2 meses, referir al personal de salud capacitado en consejería en lactancia materna, para la orientación sobre relactación. • Si es mayor de 2 meses enseñar las precauciones de preparación de la fórmula o atol fortificado con vitaminas y minerales. • No usar pacha • Demuéstrele a la madre como alimentar al niño(a) usando taza y cuchara. • Oriente a la madre sobre la introducción adecuada de alimentos, cantidad, frecuencia y consistencia.

ANEXO N° 19

Evaluar, Clasificar y Tratar al Niño(a) de 8 días a 2 meses de edad.

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO:
<p>Uno ó más de los siguientes signos de peligro:</p> <p>a. Aspecto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Letárgico inconsciente, hipotónico. • Hipoactivo • Movimientos anormales o convulsiones • Irritable, llanto inconsolable • "se ve mal" • No puede tomar pecho • Abombamiento de fontanela <p>b. Respiración</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia respiratoria menor de 40x' o mayor de 60x' • Tiraje subcostal grave • Aleteo nasal • Apnea • Quejido, estridor o sibilancia <p>c. Circulación (piel)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cianosis central • Temperatura axilar menor de 36.5°C o mayor de 37.5°C • Palidez • Llenado capilar arriba de 2 segundos • Manifestaciones de sangrado, equimosis y/o petequias <p>d. Otros</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peso menor de 2000 grms. • Edad gestacional menor de 34 semanas. • Vomita todo • Secreción purulenta del ombligo con eritema que se extiende a la piel • Distensión abdominal • Supuración abundante de ojos u oídos • Pústulas o vesículas en la piel (muchas o extensas) • Ictericia de alto riesgo (ver cuadro de ictericia en pág.xx) • Malformaciones congénitas mayores que ponen en peligro inmediato la vida 	<p>ENFERMEDAD MUY GRAVE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Referir urgentemente al hospital más cercano, en las mejores condiciones hemodinámicas posibles • Acompañar al niño (a) al hospital • Mantener eutérmico durante el trayecto al hospital • Administrar O₂ por mascarilla ó bigotera si hay cianosis, tirajes ó quejido • Considerar acceso venoso permeable • Administrar tratamiento para evitar la hipoglucemia (Dextrosa al 10% , 80cc/ Kg/ día)
<p>Uno de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>INFECCIÓN LOCAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar tratamientos según infección encontrada y enseñar a la madre a curar las infecciones locales en casa (ver pag 53) • Enseñar a la madre a reconocer signos de peligro y cuando volver de inmediato (Ver pág. 54) • Aconsejar a la madre para que siga dando lactancia materna exclusiva • Cita en 2 días (Ver pág. 55, infección localizada)
<ul style="list-style-type: none"> • Ningún signo de infección 	<p>NIÑO (A) SANO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar inscripción al programa de atención infantil. • Recomendaciones a la madre sobre cuidados básicos del niño (a). • Recomendar lactancia materna exclusiva (Ver págs. 17) • Revisar esquema de vacunación

ANEXO N° 20

II. ¿TIENE EL NIÑO(A) TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR?

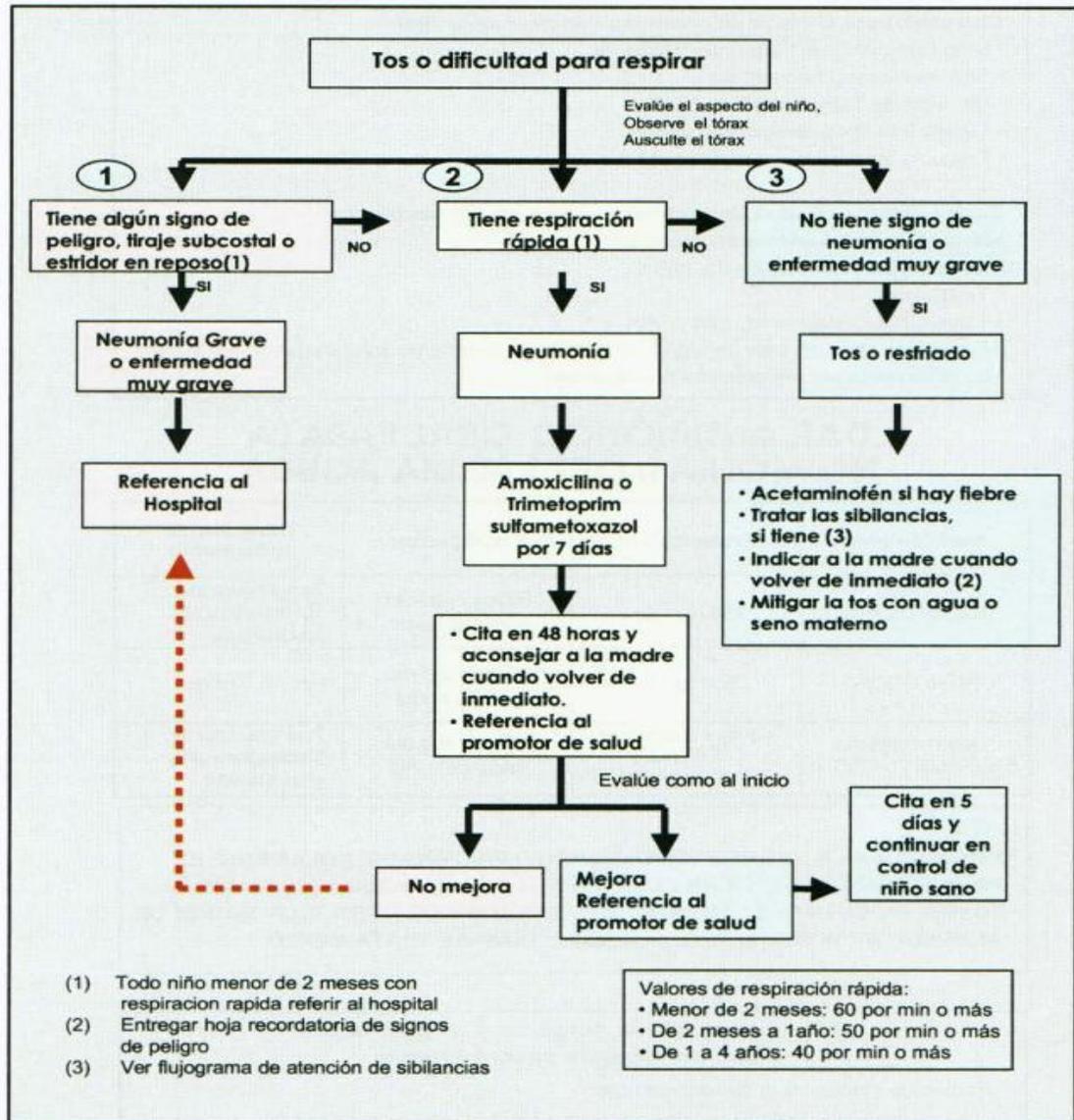
<p>SILA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, PREGUNTAR</p> <p>¿Desde cuándo?</p>	<p>OBSERVAR, ESCUCHAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contar las respiraciones durante un minuto. • Verificar si hay tiraje subcostal. • Determinar si hay estridor en reposo. • Determinar si hay sibilancias 	 <p>El niño tiene que estar tranquilo</p>
--	--	--

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
<p>Uno de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiraje subcostal o • Estridor en reposo 	<p>NEUMONÍA GRAVE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Referir urgentemente al hospital más cercano, en las mejores condiciones hemodinámicas posibles • Acompañar al niño (a) al hospital • Considerar acceso venoso permeable
<ul style="list-style-type: none"> • Respiración rápida* 	<p>NEUMONÍA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el tipo de Neumonía según etiología (ver pág. 60) • Si es bacteriana dar un antibiótico apropiado durante 7 días (ver pág 60) • Tratar las sibilancias*, si tiene (Ver pág. 61 y 62) • Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato (Ver pág. 54), entregue a la madre una hoja recordatoria de COSIN: ¿Que hacer si su niño (a) tiene tos o dificultad para respirar? • Hacer cita para reevaluar en 2 días después (Ver pág. 63)
<ul style="list-style-type: none"> • Ningún signo de neumonía o de enfermedad muy grave 	<p>TOS O RESFRIADO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si hace más de 15 días que el niño tiene tos, proceder de acuerdo a norma para tuberculosis • Tratar las sibilancias, si tiene (Ver pág. 61 y 62) • Mitigar la tos con un remedio casero inocuo a partir de los 6 meses de edad (Ver pág. 60) • Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato (Ver pág. 54), entregue a la madre una hoja recordatoria de COSIN ¿Qué hacer si su niño (a) tiene tos o dificultad para respirar? • Recomendar a la madre que continúe con lactancia materna

*** NOTA: Paciente con respiración rápida más sibilancias considerar BRONQUIOLITIS (ver guía de atención de las enfermedades NO prevalentes de la infancia**

ANEXO N° 21

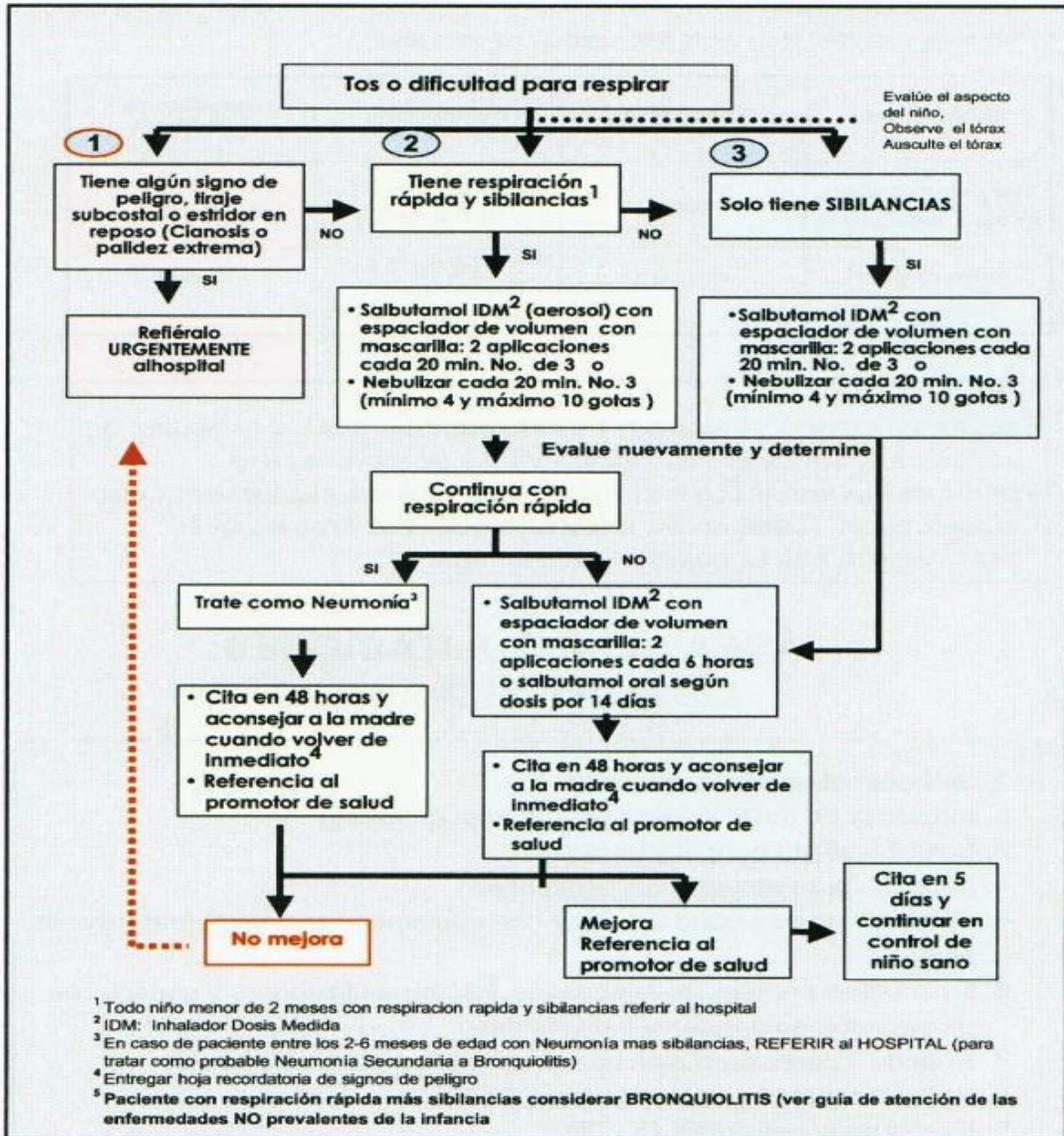
III. FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN PARA NIÑOS(AS) MENORES DE 5 AÑOS CON TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR (NEUMONÍA)



NOTA:
ESTE FLUJOGRAMA DEBE ESTAR EN EL CONSULTORIO.

ANEXO N° 22

IV. FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN PARA NIÑOS(AS) MENORES DE 5 AÑOS CON SIBILANCIAS



NOTA:
ESTE FLUJOGRAMA DEBE ESTAR EN EL CONSULTORIO Y EN EL ÁREA DE NEBULIZACIONES.

ANEXO N° 23

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA NEUMONÍA SEGÚN ETIOLOGÍA

Signos y síntomas de acuerdo a la etiología más probable:

Características clínicas de pacientes con neumonía viral

- Niño (a) menor de 1 año muy frecuente
- Sibilancias muy frecuentes
- Usualmente fiebre menor de 38.5°C
- Tirajes Intercostales muy frecuentes
- Frecuencia respiratoria aumentada

Características clínicas de pacientes con neumonía bacteriana

- Niño (a) de 1 a 4 años muy frecuente
- Usualmente fiebre mayor de 38.5°C
- Taquipnea
- Tirajes Intercostales muy frecuentes
- Las sibilancias no son un signo frecuente de neumonía bacteriana (a excepción de la causada por *Mycoplasma pneumoniae*)

DAR ANTIBIÓTICO ORAL PARA LA NEUMONÍA U OTITIS MEDIA AGUDA

Medicamento	Presentación	Dosificación	Duración de tratamiento
AMOXICILINA	250 mg / 5ml	80 mg / kg / día cada 12 horas	• 7 para neumonía • 10 días para otitis media aguda
ERITROMICINA	250 mg / 5ml	40 mg / kg / día cada 8 horas	• Por 7 a 10 días.
TRIMETOPRIM SULFAMETOXAZOL	40 mg trimetoprim+ 200 mg sulfametoxazol por 5 ml	10 mg / kg / día cada 12 horas	• 7 para neumonía • 10 días para otitis media aguda

NOTA:

- ENTREGAR A LA MADRE EL MEDICAMENTO PREPARADO, SOLAMENTE EL PRIMER FRASCO, EXPLICAR COMO PREPARAR LOS SIGUIENTES FRASCOS.
- TOMAR EN CUENTA EL NÚMERO DE FRASCOS QUE DARA A LA MADRE DE ACUERDO AL VOLUMEN DEL FRASCO Y DÍAS DE TRATAMIENTO

Aliviar el dolor de garganta y mitigar la tos con un remedio casero inocuo

- Remedios inocuos que se recomiendan:
 - Agua con manzanilla (para niños /as mayores de 6 meses a 1 año)
 - Agua miel, agua con eucalipto, agua con manzanilla (para niños /as mayor de 1 año)
- Medicamentos cuyo uso NO se recomienda en tos o dificultad para respirar por ser nocivos en los menores de 5 años según medicina basada en evidencia, son los siguientes: antitusígenos, expectorantes, antihistamínicos y mucolíticos.

ANEXO 24

V. ¿TIENE EL NIÑO (A) DIARREA?

<p>SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, PREGUNTAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Desde cuándo? • ¿Hay sangre en las heces? • ¿Ha tenido vómitos en las últimas 24 horas? 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar si tiene los ojos hundidos. • Ofrecer líquidos al niño(a). El niño(a): ¿Bebe mal o no puede beber? ¿Bebe ávidamente, con sed?
<p>OBSERVAR Y EXPLORAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el estado general del niño(a). El niño(a) está: ¿Letárgico o inconsciente? ¿Inquieto o irritable? 	<ul style="list-style-type: none"> • Signo del pliegue cutáneo: ¿La piel vuelve al estado anterior muy lentamente (más de 2 segundos)? ¿Lentamente (Menos de 2 segundos)?

EVALUAR

CLASIFICAR

TRATAMIENTO

<p>Dos o más de los signos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Letárgico o inconsciente • Mama mal o no puede mamar • Ojos hundidos • Signo del pliegue cutáneo: la piel vuelve muy lentamente al estado anterior. 	<p>DIARREA CON DESHIDRATACIÓN GRAVE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Complete rápidamente el examen físico • REFERIRLO URGENTEMENTE AL HOSPITAL, en las mejores condiciones hemodinámicas posibles. Si es posible canalizar vena e iniciar rehidratación con Solución Salina Normal o HARTMANN a dosis de 20 ml/kg de 5 a 20 min, inmediatamente refiera al hospital en el trayecto al hospital si es necesario se repiten las cargas • Acompañar al paciente al hospital
<p>Dos o más de los signos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inquieto o irritable • Ojos hundidos • Bebe ávidamente, con sed • Signo del pliegue cutáneo: la piel vuelve lentamente al estado anterior. 	<p>DIARREA CON DESHIDRATACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar PLAN B de tratamiento para la diarrea (rehidratación oral en la URO del establecimiento de salud) • Evaluar riesgo social (Ver anexo)
<p>No hay suficientes signos para clasificar el caso como diarrea con deshidratación o diarrea con deshidratación grave</p>	<p>DIARREA SIN DESHIDRATACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar PLAN A de tratamiento para la diarrea (tratar la Diarrea en casa para poder prevenir la deshidratación)

ANEXO N° 25

NO OLVIDAR QUE EL ROTAVIRUS PRODUCE VÓMITO Y DIARREA QUE DESHIDRATAN RAPIDAMENTE Y PUEDEN LLEVAR A LA MUERTE

TODO PACIENTE CON DIARREA SIN DESHIDRATACIÓN PERO CON HISTORIA DE VÓMITOS DEBE OBSERVARSE EN LA URO, PARA EVALUAR TOLERANCIA A LA VÍA ORAL. ADEMÁS EVALUAR RIESGO SOCIAL

SI EL NIÑO (A) TIENE DIARREA MAYOR DE 14 DIAS

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> • Presenta signos de deshidratación. 	<p>DIARREA PERSISTENTE GRAVE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Complete rápidamente el examen físico • REFERIRLO URGENTEMENTE AL HOSPITAL, en las mejores condiciones hemodinámicas posibles. Si es posible canalizar vena e iniciar rehidratación con Solución Salina Normal o HARTMANN a dosis de 20 ml/kg de 5 a 20 min, inmediatamente refiera al hospital en el trayecto al hospital si es necesario se repiten las cargas • Acompañar al paciente al hospital
<ul style="list-style-type: none"> • No presenta signos de deshidratación. 	<p>DIARREA PERSISTENTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dar recomendaciones a la madre sobre la alimentación de un niño con diarrea • Administrar Zinc y Vit. A según edad • Indicar examen gral. de heces, dar tratamiento según hallazgos • Hacer cita de reevaluación en 2 días

SI EL NIÑO (A) TIENE SANGRE EN LAS HECES

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> • Sangre en las heces en las últimas 72 horas 	<p>DISENTERÍA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Indicar examen gral. de heces, dar tratamiento según hallazgos • En caso de no ser amibiasis, pensar en Shigella y dar tratamiento por 5 días con antibiótico oral (ver pag 69) • Hacer cita de reevaluación en 2 días

ANEXO N° 26

EXAMEN DE LABORATORIO

(Si el establecimiento de salud dispone de laboratorio)

El diagnóstico es eminentemente clínico; la orientación diagnóstica etiológica, también será clínica, apoyada en un examen general de heces, y una prueba de azul de metileno. Cuando se reporte un valor arriba del 50% de polimorfo nucleares (leucocitos) en una muestra de heces teñido con azul de metileno, indica que la diarrea es causada por bacterias.

Se debe tomar en cuenta que el reporte de "levaduras o bacterias abundantes", carece de relevancia para indicar un tratamiento específico.

Criterios de prueba de azul de metileno:

1. Menor de 10 leucocitos considerar etiología viral
2. Mayor de 10 leucocitos considerar etiología bacteriana.

DAR ANTIBIÓTICO ORAL PARA LA DIARREA BACTERIANA, DISENTERÍA Y CÓLERA

Medicamento	Presentación	Dosificación	Duración de Tratamiento
TRIMETOPRIM SULFAMETOXAZOL	40 mg trimetoprim+ 200 mg sulfametoxazol por 5 ml	10 mg / kg / día cada 12 horas	• Durante 5 días para diseniería o diarrea bacteriana • Durante 3 días para cólera
ERITROMICINA (Para casos de cólera)	250 mg / 5ml	40 mg / kg / día cada 8 horas	Durante 3 días para cólera

NOTA:

- RECUERDE QUE MAS DEL 85% DE LAS DIARREAS SON DE ORIGEN VIRAL, POR LO QUE EL USO DE ANTIBIOTICOS ESTA RESTRINGIDO PARA LAS DIARREAS DE ORIGEN BACTERIANA.
- ENTREGAR A LA MADRE EL MEDICAMENTO PREPARADO (SOLAMENTE EL PRIMER FRASCO).
- TOMAR EN CUENTA EL NÚMERO DE FRÁSCOS QUE DARA A LA MADRE DE ACUERDO AL VOLUMEN DEL FRASCO Y DÍAS DE TRATAMIENTO.
- TOMAR EN CUENTA EL NÚMERO DE FRASCOS QUE DARÁ A LA MADRE DE ACUERDO AL VOLÚMEN DEL FRASCO Y DÍAS DE TRATAMIENTO.
- EL EXÁMEN GENERAL DE HECES Y LA PRUEBA DE AZUL DE METILENO DEBEN REALIZARSE E INTERPRETARSE A LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE (12 HORAS)

TRATAMIENTO PARA LA DIARREA

PLAN "A"

TODO NIÑO(A) MENOR DE 2 MESES CON DIARREA DEBERÁ REFERIRSE URGENTEMENTE AL HOSPITAL O INGRESARLO

Tratar la diarrea en casa para prevenir la deshidratación

Enseñar a la madre las cuatro reglas del tratamiento en la casa:

1 DARLE MAS LÍQUIDOS DESPUÉS DE CADA EVACUACIÓN (todo lo que el niño(a) acepte)



DAR LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES A LA MADRE:

- * Darle el pecho con más frecuencia y durante más tiempo cada vez.
- * Darle uno o varios de los siguientes líquidos: solución de SRO, líquidos caseros sin azúcar (como agua de arroz, agua de coco, refrescos naturales) o agua segura.
- * NO dar bebidas gaseosas, ni líquidos azucarados, ni bebidas hidratantes para deportistas.
- * Lavarse las manos y frotarlas con agua y jabón: Antes de preparar los alimentos, antes de alimentar al niño(a), después de usar la letrina, después de cambiar el pañal.

ENSEÑAR A LA MADRE A PREPARAR Y A DAR SRO. (ENTREGARLE DOS SOBRES DE SRO PARA USAR EN CASA Y DESECHAR EL SUERO ORAL QUE NO UTILIZO EN 24 HRS.).

EXPLICAR A LA MADRE LA CANTIDAD DE LÍQUIDOS QUE DEBE DARLE AL NIÑO(A) EN CASA:

- * Como preparar el SRO (diluendo un sobre en un litro de agua segura, recordándole como medir un litro).
- * Si el niño(a) no acepta el suero, no debe preocuparse y ofrecer los otros líquidos recomendados, de la siguiente manera:
 - Menor de 1 año: 50 a 100 ml (1/2 taza) después de cada evacuación.
 - Mayor de 1 año: 100 a 200 ml (1 taza) después de cada evacuación.
- * Administrar frecuentemente pequeños sorbos de líquido con una taza y cucharita.
- * Si el niño(a) vomita, esperar 10 minutos y después continuar, pero más lentamente. Si el niño presenta dos o más vómitos en una hora, consultar URGENTEMENTE al establecimiento de salud.
- * Continuar dando más líquidos mientras tenga diarrea.

2 NO SUSPENDER EL SEÑO MATERNO Y CONTINUAR ALIMENTÁNDOLO SEGUN SU EDAD

- * Dar alimentos suaves que al niño(a) le gusten, NO golosinas.
- * Recomendarse a la madre de agregar un tiempo más de comida durante dos semanas después de haberse repuesto de la enfermedad.
- * Dar purés, no dar sopas.



3 NO AUTOMEDICAR DAR CONSEJERÍA A LA MADRE:

- * NO automedicar (no dar antidiarreicos ni antieméticos) y otros líquidos que no sean recomendados por el personal de salud.
- * NO usar Antibióticos sin prescripción médica.
- * NO llevarlos a los curanderos o sobadores.



4 CUÁNDO REGRESAR INMEDIATAMENTE AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

- * Cuando presente los siguientes signos de peligro de la deshidratación:
 - Mama mal o no puede mamar.**
 - Letárgico o inconsciente.**
 - Ojos hundidos, signo de pliegue.**
 - Vomita todo.**
 - Aumentan las evacuaciones.**

EVALUAR EL RIESGO SOCIAL NOTIFICAR Y REFERIR AL PROMOTOR DE SALUD

- 1 Cita en 24 horas
- 2 Hacer énfasis a la madre de la importancia de llevar la referencia al promotor de salud para darle seguimiento al caso de su niño(a).
- 3 Dar tratamiento de ZINC según la edad.
- 4 Entregar a la madre la hoja recordatoria de COSIN sobre los signos de peligro de la diarrea.
- 5 Recordarle a la madre que la diarrea puede durar entre 5 a 7 días.

TRATAMIENTO PARA LA DIARREA

PLAN "B"

TODO NIÑO(A) MENOR DE 2 MESES CON DIARREA DEBERÁ REFERIRSE URGENTEMENTE AL HOSPITAL O INGRESARLO

Tratar la deshidratación en las Unidades de Rehidratación Oral (URO) de los establecimientos de salud.

Administrar durante cuatro horas, en el servicio de salud, la cantidad recomendada de SRO, evaluándolo cada hora y posteriormente dos horas mas con Plan "A" para asegurar que el niño(a) se encuentre hidratado y pueda ser enviado a su casa.

1 PESAR AL NIÑO(A) Y DETERMINAR LA CANTIDAD APROXIMADA DE SRO QUE DEBERÁ ADMINISTRARSE DURANTE CUATRO HORAS

La cantidad aproximada de SRO necesaria en ml para administrar en 4 horas, se calcula multiplicando el peso del niño(a) en Kg. por 75 ml.

Edad (*)	2 – 4 meses	5 a 11 meses	1 a 2 años	2 a 4 años
PESO	Menor de 6 Kg.	6 a 10 Kg.	10 a 12 Kg.	12 a 19 Kg.
En ml	200 a 400 ml	400 a 700 ml	700 a 900 ml	900 a 1400 ml

2 PREPARAR EL SUERO ORAL PARA INICIAR LA HIDRATACION

- Hacer la demostración de la preparación y administración del SRO a la madre, dando con frecuencia pequeños sorbos de SRO con una taza y cuchara.
- Verifique que el niño(a) ingiera la cantidad administrada de SRO por hora.
- Si el niño(a) vomita, esperar 10 minutos y después continuar, pero más lentamente. Si el niño continua vomitando (3 vómitos en una hora) referirlo inmediatamente al Hospital ó ingresarlo.
- Continuar dándole el pecho siempre que el niño lo desee.



3 EVALUAR LOS SIGNOS VITALES Y LOS SIGNOS DE LA DESHIDRATACIÓN CADA HORA

- Utilice la Hoja de Evaluación del tratamiento de la Diarrea Plan B.
- Evalúe cada hora el estado de hidratación y si presenta dos signos de deshidratación grave, REFERIR URGENTEMENTE u hospitalizar al niño(a).
- Si cuenta con laboratorio tomar Examen General de Heces (EHG), Prueba de azul de metileno (PAM), hemograma completo y General de orina en la primera hora y decidir el tratamiento según resultado.



4 REEVALUAR CUATRO HORAS DESPUÉS:

- Reevaluar al niño(a) y clasificar la deshidratación, según signos vitales y el estado general.
- Si el niño(a) continua deshidratado, canalizar acceso venoso y referirlo inmediatamente al Hospital ó ingresarlo.



5 Si está hidratado continuar la hidratación oral con Plan A por dos horas más en el establecimiento y evaluar el riesgo social.

6 SI POSTERIOR A LAS SEIS HORAS EL NIÑO SE ENCUENTRA HIDRATADO:

- Alta y control en 24 horas en el establecimiento.
- Enseñarle como preparar la solución de SRO en casa.
- Demostrarle la cantidad de SRO que debe administrar para terminar el tratamiento en casa.
- Entregarle 2 sobres de SRO.
- Dar todas las recomendaciones del Plan A de tratamiento de la Diarrea y verificar que la madre las ha comprendido.



NO UTILIZAR ANTIEMETICOS NI ANTIDIARRÉICOS

ANEXO N° 29

**VI. ¿TIENE EL NIÑO(A) FIEBRE?
SOSPECHA DE ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE / DENGUE**

(Determinada por interrogatorio, si se siente caliente al tacto o si tiene una temperatura axilar de 37.5°C o más)

<ul style="list-style-type: none"> • Determinar si hay nexo epidemiológico de dengue <p>EN SEGUIDA, PREGUNTAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuánto tiempo hace? • Si hace más de 7 días, ¿Ha tenido fiebre todos los días? • ¿Ha tenido vómitos persistentes? <p>DETERMINAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si tiene rigidez de nuca. 	<p>OBSERVAR:*</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cambio de estado mental: Agitación o Somnolencia. - Dolor abdominal intenso y sostenido. - Osteomiasalgias artralgias - Cambio de fiebre a hipotermia con sudoración profusa y postración. - Manifestaciones hemorrágicas (petequias, equimosis, epistaxis, gingivorragia) - Prueba de lazo positiva (*) - EVALUAR RIESGO SOCIAL
---	--

EVALUAR

CLASIFICAR
COMO

TRATAMIENTO

EVALUAR	CLASIFICAR COMO	TRATAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier signo general de peligro o • Rigidez de nuca 	<p>ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE</p>	<p>REFERIR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Referir urgentemente al hospital más cercano, en las mejores condiciones hemodinámicas posibles • Acompañar al niño (a) al hospital • Considerar acceso venoso permeable
<p>Sospecha de dengue clásico más uno de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor abdominal intenso o sostenido. • Cambios de estado mental: Agitación o somnolencia o • Vómitos persistentes o • Cambio de fiebre a hipotermia con sudoración profusa y postración o • Sangramiento espontáneo o provocado (Prueba de lazo +) 	<p>SOSPECHA DE DENGUE HEMORRAGICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Referir urgentemente al hospital más cercano, en las mejores condiciones hemodinámicas posibles • Acompañar al niño (a) al hospital • Considerar acceso venoso permeable
<p>Dos o más de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Osteomiasalgias / artralgias • Cefalea frontal • Dolor retro ocular • Exantema maculopapular • Rash • Escalofríos • Vómitos 	<p>SOSPECHA DE DENGUE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hidratación oral • Acetaminofén (NO ASPIRINA, AINES, PIRAZOLONA). • Notificación como caso Sospechoso de Dengue y mandar prueba de laboratorio según normas • Educación al paciente y su familia: signos de alarma que debe observar y cuando volver inmediatamente. • Cita para reevaluar al niño (a) en 2 días

* Se insufla el manguito de presión sanguínea hasta un punto intermedio entre la presión sistólica y la diastólica durante 5 minutos. Después espere hasta que la piel regrese a su coloración normal y luego cuente el número de petequias visibles en un área de una pulgada cuadrada en la superficie ventral del antebrazo: aparecimiento de 20 ó más petequias en esta área constituye una prueba positiva.

ANEXO N° 30

SOSPECHA DE PALUDISMO O ENFERMEDAD FEBRIL

Determinar si el niño(a) vive o procede de una área hiperendémica para PALUDISMO.

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> Fiebre y vive o procede de una área hiperendémica de paludismo. 	SOSPECHA DE PALUDISMO	<ul style="list-style-type: none"> Dar en el servicio de salud una dosis de acetaminofén para la fiebre (38,5°C o más) Dar un antipalúdico oral apropiado Tomar gota gruesa Llenar con Hoja de Estudio Epidemiológico de Caso e informar al SIBASI y Región de Salud Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato (Ver pág. 54) Hacer cita para reevaluar en 48 horas después (Ver pág. 75) Si ha tenido fiebre todos los días durante más de 7 días, referir al hospital para una mejor evaluación
<ul style="list-style-type: none"> Fiebre 	ENFERMEDAD FEBRIL	<ul style="list-style-type: none"> Dar en el servicio de salud una dosis de acetaminofén para la fiebre (38,5°C o más) Tomar gota gruesa si no hay causa aparente Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato (Ver pág. 54) Hacer cita para reevaluar en 24 horas después (Ver pág. 75) Si ha tenido fiebre todos los días durante más de 7 días, referir al hospital para una mejor evaluación

DAR UN ANTIPALÚDICO ORAL

GRUPO DE EDAD	CLOROPRIMAQUINA										CLOROQUINA			
	DÍA 1		DÍA 2		DÍA 3		DÍA 4		DÍA 5		DÍAS			
	AD	INF	AD	INF	AD	INF	AD	INF	AD	INF	1º	2º	3º	
Menores de 6 meses*												1/4	1/4	1/4
De 6 meses a < de 1 año		1		1/2		1/2		1/2		1/2				
De 1 año a < de 3 años		1		1		1		1/2		1/2				
De 3 años a < de 7 años**	1			1		1		1		1				
De 7 años a < de 12 años	1			1		1		1		1				

- Explicar a la madre que debe prestar mucha atención al niño(a) durante 30 minutos después de darle una dosis de cloroprimaquina. Si el niño(a) vomita dentro de los 30 minutos siguientes a la dosis, la madre debe repetir la dosis y volver al servicio de salud para que le den otra dosis.
- Explicar que la comezón es uno de los posibles efectos colaterales del remedio, pero que no hay peligro.

Dar acetaminofén para la Fiebre (>38,5°C) o el dolor de oído o el dolor de garganta

Medicamento	Presentación	Dosificación	Duración de Tratamiento
ACETAMINOFÉN	120 mg / 5ml	10 - 15 mg / kg / día cada 6 horas	Hasta que se pase la fiebre

NOTA: Respetar la dosis de Acetaminofén y NO abusar de su uso

ANEXO N° 31

VII. DETERMINAR SI EL NIÑO(A) TIENE ERUPCIÓN CUTÁNEA GENERALIZADA

OBSERVAR Y DETERMINAR:

- Erupción Maculo Papular, no vesicular y uno de los siguientes signos: tos, coriza u ojos enrojecidos

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
<p>Verificar signos de sarampión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre • Erupción cutánea generalizada maculo papular, no vesicular • Y uno de los signos: Tos, coriza u ojos enrojecidos. 	<p>SOSPECHA DE SARAMPIÓN**/ RUBEOLA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar una emergencia epidemiológica por alta contagiosidad • Dar en el servicio de salud una dosis de acetaminofén para la fiebre (38,5°C o más) (Ver pág. 73) • Tomar muestra de sangre y enviar a laboratorio central con ficha para IgM • Llenar ficha epidemiológica de caso sospechoso y notificar de inmediato a la Región de Salud correspondiente, a la Unidad de Epidemiología y al Programa Nacional de Vacunas e Inmunizaciones para las intervenciones en el hogar comunidad y hospital. • Indicar a la madre que si hay signos de peligro llevarlo urgentemente al hospital • Indicar medidas de aislamiento y vacunación de contactos en el hogar
<ul style="list-style-type: none"> • Lactante menor de 1 año cuya madre tiene historia de confirmación por laboratorio o sospecha clínica de rubeola durante el embarazo • Lactante menor de 1 año con anomalías congénitas compatibles con síndrome de rubeola congénita al nacer (cataratas, cardiopatías, sordera) y púrpura trombo citopénica 	<p>SOSPECHA DE SINDROME DE RUBEOLA CONGÉNITA**</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar muestra de sangre y enviar a laboratorio central con ficha de notificación del caso • Indicar a la madre la necesidad de evitar contacto del niño (a) con mujeres embarazadas o personas no vacunadas contra la rubeola. • Notificar de inmediato al SIBASI correspondiente, a la Unidad de Epidemiología y al Programa Nacional de Vacunas e Inmunizaciones, para estudio e intervenciones de tipo epidemiológico
<ul style="list-style-type: none"> • Erupción cutánea generalizada y no presenta tos, coriza ni ojos enrojecidos. 	<p>OTRA ENFERMEDAD ERUPTIVA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dar en el servicio de salud una dosis de acetaminofén para la fiebre (38,5°C o más) (Ver pág. 73) • Tratar de identificar causa probable de fiebre.

** Recordar que el sarampión/Rubeola/Síndrome de Rubeola congénita son enfermedades en erradicación, por lo que deben ser notificadas inmediatamente y se deben cumplir normas de bioseguridad para evitar cadenas de transmisión.

ANEXO N° 32

VIII ¿TIENE EL NIÑO(A) UN PROBLEMA DE OIDO?

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA	
PREGUNTAR:	OBSERVAR, PALPAR (Utilice Otoscopio):
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene el niño(a) dolor de oído? • ¿Le está supurando el oído? • ¿Desde cuándo? 	<ul style="list-style-type: none"> • Observar si hay supuración de oído. • Palpar para determinar si hay tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja. • Observar si tiene el tímpano rojo

EVALUAR

CLASIFICAR

TRATAMIENTO

<ul style="list-style-type: none"> • Tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja 	MASTOIDITIS	<ul style="list-style-type: none"> • Complete rápidamente el examen físico • REFERIRLO URGENTEMENTE AL HOSPITAL
<ul style="list-style-type: none"> • Supuración visible del oído o historia de ésta de menos de 14 días o • Dolor de oído o • Tímpano rojo 	OTITIS MEDIA AGUDA	<ul style="list-style-type: none"> • Dar un antibiótico oral durante 10 días (Ver pág. 60) • Dar en el servicio de salud la primera dosis de acetaminofén para la fiebre (38,5° o más) y/o el dolor (Ver pag. 73) • Secar el oído con mechas si hay supuración • Hacer cita para reevaluar en 5 días después (Ver pág. 78)
<ul style="list-style-type: none"> • Supuración visible del oído e información que ésta comenzó hace 14 días ó más 	OTITIS MEDIA CRÓNICA	<ul style="list-style-type: none"> • Secar el oído con mechas si hay supuración • Referir al Hospital para una mejor evaluación
<ul style="list-style-type: none"> • No tiene dolor de oído y no supuración de oído. 	NO TIENE INFECCIÓN DE OÍDO	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar a la madre no utilizar hisopos.

Enseñar a la madre como secar el oído

- * Secar el oído por lo menos tres veces por día.
 - Colocar un paño absorbente, formando una mecha (no usar papel desechable).
 - Colocar la mecha en el oído externo del niño(a).
 - Retirar la mecha cuando esté empapada.
 - Con una mecha limpia, repetir el procedimiento hasta que el oído esté seco.

ANEXO N° 33

IX. ¿TIENE EL NIÑO (A) UN PROBLEMA DE GARGANTA?

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA	
PREGUNTAR:	OBSERVAR, PALPAR:
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene dolor de garganta? 	<ul style="list-style-type: none"> • Palpar si hay ganglios del cuello crecidos y dolorosos • Observar si hay exudado blanco en la garganta • Observar si la garganta está eritematosa

EVALUAR

CLASIFICAR

TRATAMIENTO

<ul style="list-style-type: none"> • Ganglios linfáticos del cuello crecidos y dolorosos y • Exudado blanco en la garganta 	INFECCIÓN BACTERIANA DE GARGANTA*	<ul style="list-style-type: none"> • Dar una dosis de penicilina benzatínica • Dar un remedio inocuo para aliviar el dolor de garganta (Ver pág. 60) • Dar en el servicio de salud la primera dosis de acetaminofén para la fiebre (38.5° o más) y/o el dolor (Ver pág. 73)
<ul style="list-style-type: none"> • Garganta eritematosa o • Dolor de garganta sin ganglios del cuello crecidos o dolorosos 	FARINGITIS VIRAL	<ul style="list-style-type: none"> • Aliviar el dolor de garganta con un remedio casero inocuo (Ver pág. 60) • Dar en el servicio de salud la primera dosis de acetaminofén para la fiebre (38.5° o más) y/o el dolor. (Ver pág. 73) • Indicar a la madre cuando debe volver de inmediato(Ver pág. 54)
<ul style="list-style-type: none"> • No tiene dolor de garganta ni está eritematosa, ni exudados blancos, ni ganglios crecidos o dolorosos 	NO TIENE FARINGITIS	<ul style="list-style-type: none"> • Aliviar la molestia de garganta con un remedio casero inocuo (Ver pág. 60)

* Recordar que en los niños (as) menores de 2 años el 80 % son INFECCIONES VIRALES

- **Dar un antibiótico para la infección de garganta**

Medicamento	Presentación	Dosificación	Duración
PENICILINA BENZATÍNICA	Frasco vial	50,000 UI / kg de peso sin sobrepasar 1,200,000 UI	Dosis única
AMOXICILINA	250 mg / 5ml	80 mg / kg / día cada 12 horas	10 días
ERITROMICINA*	250 mg / 5ml	40 mg / kg / día cada 8 horas	Por 7 a 10 días.

* Si es ALÉRGICO a la Penicilina, dar Eritromicina

ANEXO N° 34

X. EN SEGUIDA, VERIFICAR SI PRESENTA ANEMIA

OBSERVAR:

- Determinar si tiene palidez palmar.

EVALUAR	CLASIFICAR COMO	TRATAMIENTO
• Palidez palmar	ANEMIA	<ul style="list-style-type: none"> • Dar Hierro a dosis terapéutica según edad (Ver pág. 36) • Dar recomendaciones de alimentación adecuada para su edad (Ver pág. 13) • Enviar exámen de Hemoglobina y EGH • Hacer consulta de control 30 días después* • Hacer examen de hemoglobina de control al finalizar tratamiento. • Referir al promotor de salud o consejera voluntaria de AIN u otro personal de salud comunitaria
• No tiene palidez palmar	NO TIENE ANEMIA	<ul style="list-style-type: none"> • Dar dosis preventiva de hierro de acuerdo a la edad (Ver pág. 36) • Dar recomendaciones de alimentación adecuada para su edad (Ver pág. 13)

*** CITA PARA REEVALUAR AL NIÑO (A) DE 2 MESES A 4 AÑOS CON ANEMIA**

- ANEMIA

Consulta como máximo en 30 días despues:

- Preguntar sobre el cumplimiento con la toma de hierro. Si el hierro es mal tolerado, aconsejar dividir la dosis diaria en dos tomas.
- Recomendar administrar hierro durante 2 a 3 meses.
- Si el niño(a) presenta palidez palmar después de 2 meses, referir al hospital para una evaluación.
- Realizar exámen de Hg de control al finalizar el tratamiento.
- Dar a la madre recomendaciones para mejorar la absorción del hierro
- Recomendar no dar el hierro junto a la leche
- Durante el tratamiento del hierro no dar zinc

ANEXO N° 35

XI. ¿TIENE EL NIÑO(A) PROBLEMAS EN LA BOCA O MAL ALIENTO?

<p>SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, DETERMINAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • El niño(a) tiene dolor en alguna pieza dental • El dolor es intenso y permanente • El dolor es intermitente • El dolor es al calor y / o al frío • Tiene dolor o laceración en lengua o encías 	<p>OBSERVAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presenta tumefacción de la cara • Presenta fistula intra o extra oral • Presenta caries superficiales (manchas negras o huecos pequeños) • Existen muelas fracturadas
---	--

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor dental intenso y permanente al calor y al frío • Tumefacción de la cara 	Infección aguda	<ul style="list-style-type: none"> • Referir al odontólogo de su establecimiento de salud o al establecimiento de salud mas cercano
<ul style="list-style-type: none"> • Pieza dental destruida sin dolor • Presencia de fistula intra o extra oral 	Infección crónica	<ul style="list-style-type: none"> • Si va a referir al niño(a) iniciar tratamiento con Antibiótico y analgésico
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor de la pieza dental (puede o no presentar dolor al calor y al frío) • Pieza dental con mancha o hueco pequeño 	Caries	<ul style="list-style-type: none"> • Referencia al Promotor de Salud para asegurarse de que la madre lleve a su hijo al odontólogo
<ul style="list-style-type: none"> • Ulceración de tejidos blandos (encías, carrillos, lengua) 	Estomatitis herpética	<ul style="list-style-type: none"> • Referir al odontólogo de su establecimiento de salud o al establecimiento de salud mas cercano
<ul style="list-style-type: none"> • Encía inflamada, con hematoma y dolor 	Hematoma de la erupción	<ul style="list-style-type: none"> • Si va a referir al niño(a) iniciar tratamiento con analgésico
<ul style="list-style-type: none"> • Diente desalojado del alveolo dental 	Avulsión dental	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar el diente en un poco de leche • Administrar analgésico • Referir al odontólogo de su establecimiento de salud o al establecimiento de salud mas cercano

ANEXO N° 36

<ul style="list-style-type: none"> • Dientes sin caries pero con placa blanquecina adherida a la pieza dental (placa bacteriana) • Mal aliento • El niño(a) toma pacha 	<p style="text-align: center;">Dientes sanos con riesgo de caries</p>	<p>Consejería sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Técnicas adecuadas de higiene oral (ver pag. 82) • Dieta adecuada: Frutas y verduras. • Disminuir ingesta de galletas azucaradas, dulces, gaseosas. • No compartir utensilios de comer o cepillos de dientes • Referir al odontólogo de su establecimiento de salud o al establecimiento de salud mas cercano
<ul style="list-style-type: none"> • Dientes y encías sanas 	<p style="text-align: center;">Dientes sanos sin riesgo de caries</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Felicitar a la madre por el buen estado de salud bucal del niño (a). <p>Consejería sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Técnicas adecuadas de higiene oral (ver pag. 82) • Dieta adecuada: Frutas y verduras, disminuir ingesta de galletas azucaradas, dulces, gaseosas. • No compartir utensilios de comer o cepillos de dientes. • Referir al odontólogo de su establecimiento de salud o al establecimiento de salud mas cercano.

ENSEÑAR A LA MADRE, PADRE O CUIDADOR TÉCNICAS ADECUADAS DE HIGIENE ORAL:

<p>0 meses a 1 año hasta la aparición del primer diente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavarse las manos • Enrollarse en el dedo índice un paño suave o gasa humedecido en agua previamente hervida y fría • Limpiar suavemente las encías, carrillos y lengua 1 vez al día. <p>1 a 3 años</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cepillele, enséñele y supervise el cepillado. • Usar un cepillo dental de cabeza pequeña y cerdas suaves, el cual debe ser personal. • No usar pasta dental • El cepillo debe pasarlo en los dientes haciendo movimientos de arriba hacia abajo y en las muelas debe hacerlo con movimientos de adelante hacia atrás. • El cepillado dental debe hacerlo 3 veces al día. <p>3 a 4 años</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cepillele, enséñele y supervise el cepillado. • Usar un cepillo dental de cabeza pequeña y cerdas suaves, el cual debe ser personal. • Colocarle una pequeña cantidad (como al tamaño de un grano de arroz) de pasta dental infantil, en caso de no disponer de pasta, puede hacer una mezcla con una pequeña cantidad de sal o solamente el cepillado con agua. • El cepillo debe pasarlo en los dientes haciendo movimientos de arriba hacia abajo y en las muelas debe hacerlo de adelante hacia atrás.

NOTA: Enseñar al niño (a) a tomar agua después de ingerir comidas dulces o golosinas

ANEXO N° 37



**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Programa de Atención a la Niñez / Unidad de Nutrición**



GRAFICA DE CRECIMIENTO DE NIÑOS DE 0 A 24 MESES

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ No. de Expediente _____

Peso al nacer: _____ Talla al nacer: _____



Clasificación del Estado Nutricional		Peso/Edad (P/E)
N	Normal	Entre +2 y -2 desviaciones estandard
D	Desnutrición	Entre -2 y -3 desviaciones estandard
DS	Desnutrición Severa	Abajo de -3 desviaciones estandard

Lactancia Materna (LM)		Infecciones Asociadas	
E	Exclusiva	EDA	Enfermedad Diarreaica Aguda
P	Predominante	IRA	Infecciones Respiratorias Agudas
C	Complementaria	O	Otras Enfermedades
SL	Sin Lactancia		

Tendencias del Peso / Edad	
Ascendente	Adecuado
Horizontal	Inadecuado
Descendente	Inadecuado

Fuente: Poblaciones de Referencia OMS, 2006.

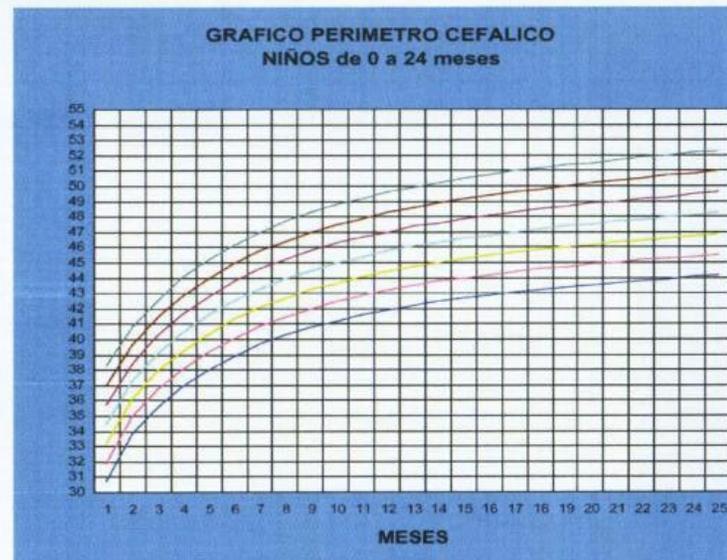
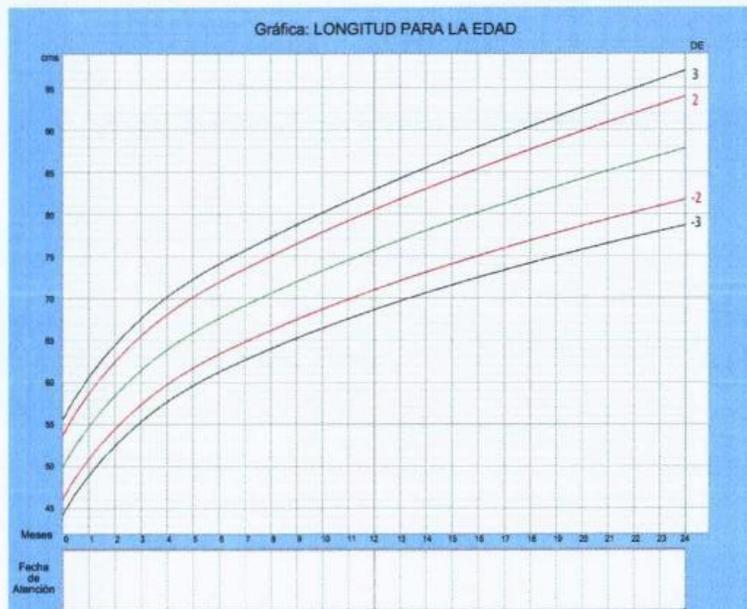
ANEXO N° 37



**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Programa de Atención a la Niñez / Unidad de Nutrición**



GRAFICA DE CRECIMIENTO DE NIÑOS DE 0 A 24 MESES



Clasificación del Estado Nutricional Longitud/Edad (L/E)		
A	Talla Alta	Arriba de +2 desviaciones estandard
N	Estado Nutricional Normal	Entre +2 y -2 desviaciones estandard
R	Retardo en el crecimiento	Abajo de -2 y -3 desviaciones estandard
RS	Retardo Severo en el crecimiento	Abajo de -3 desviaciones estandard

CLASIFICACIÓN EL PERÍMETRO CEFÁLICO		
MAC = Macrocefalia	Peligro	Referencia a 2º Nivel
N = Normal	Bueno	Continuar controles
MIC = Microcefalia	Peligro	Referencia a 2º Nivel

ANEXO N° 38



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Programa de Atención a la Niñez / Unidad de Nutrición
GRAFICA DE CRECIMIENTO DE NIÑOS DE 2 A MENOR DE 5 AÑOS



Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ No. de Expediente _____

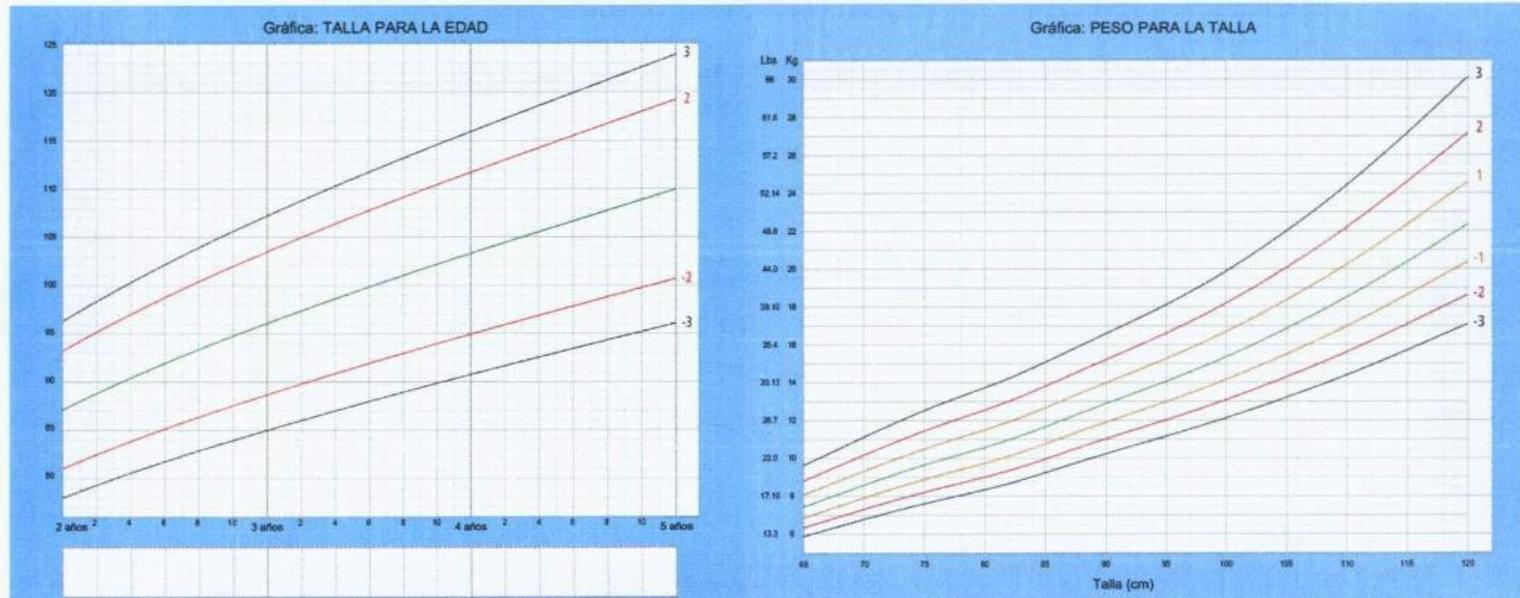


Nota: La clasificación del estado nutricional que se reportara en el IEMA será através del indice Peso/Edad Fuente: Poblaciones de Referencia OMS, 2006

ANEXO N° 38



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Programa de Atención a la Niñez / Unidad de Nutrición
CURVAS DE CRECIMIENTO DE NIÑOS DE 2 A MENOR DE 5 AÑOS



Clasificación del Estado Nutricional Talla/Edad (T/E)		
A	Talla Alta	Arriba de +2 desviaciones estandard
N	Estado Nutricional Normal	Entre +2 y -2 desviaciones estandard
R	Retardo en el crecimiento	Abajo de -2 y -3 desviaciones estandard
RS	Retardo Severo en el crecimiento	Abajo de -3 desviaciones estandard

Clasificación del Estado Nutricional Peso/Talla (P/T)		
O	Obesidad	Arriba de +3 desviaciones estandard
SP	Sobre Peso	Arriba de +2 y +3 desviaciones estandard
N	Normal	Entre +2 y -2 desviaciones estandard
D	Desnutrición	Abajo de -2 y -3 desviaciones estandard
DS	Desnutrición Severa	Abajo de -3 desviaciones estandard

ANEXO N° 39



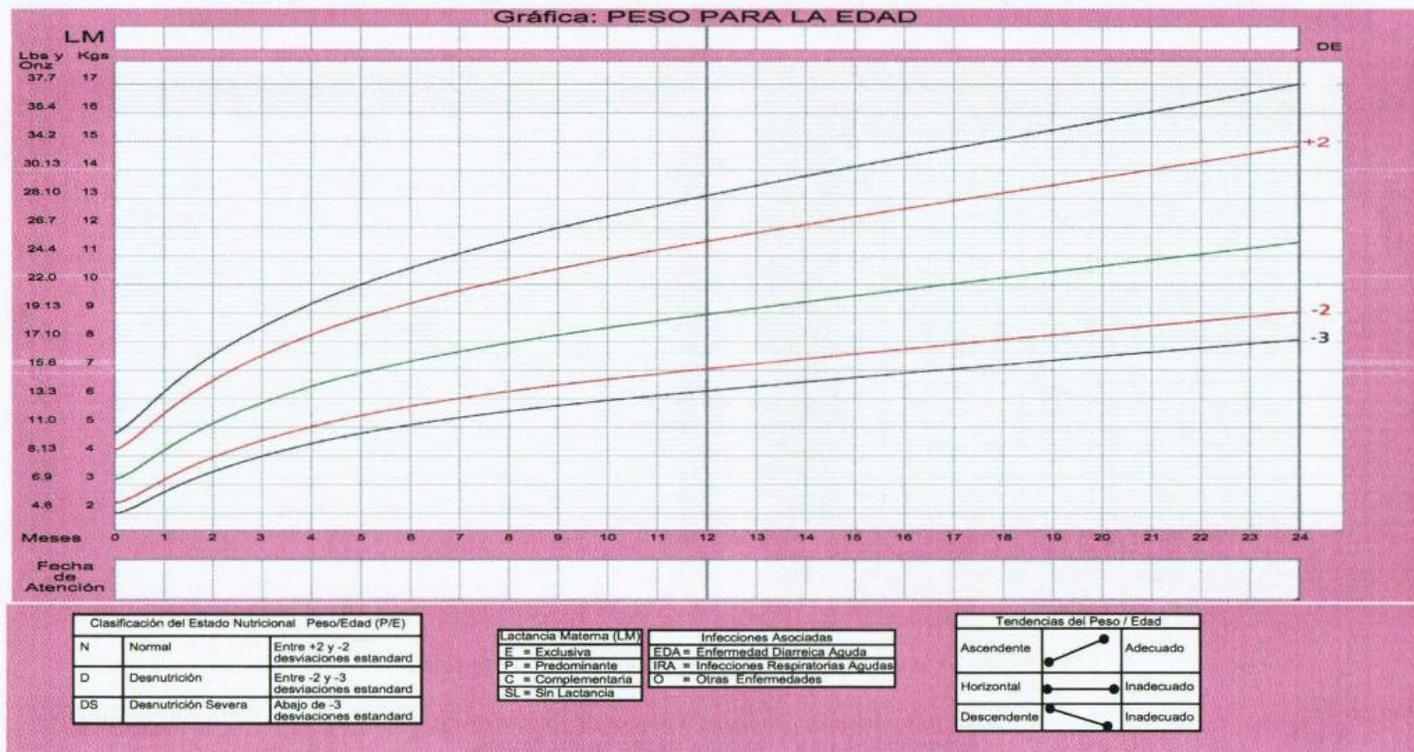
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Programa de Atención a la Niñez / Unidad de Nutrición



GRAFICA DE CRECIMIENTO DE NIÑAS DE 0 A 24 MESES

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ No. de Expediente _____

Peso al nacer: _____ Talla al nacer: _____



Fuente: Poblaciones de Referencia OMS, 2006.

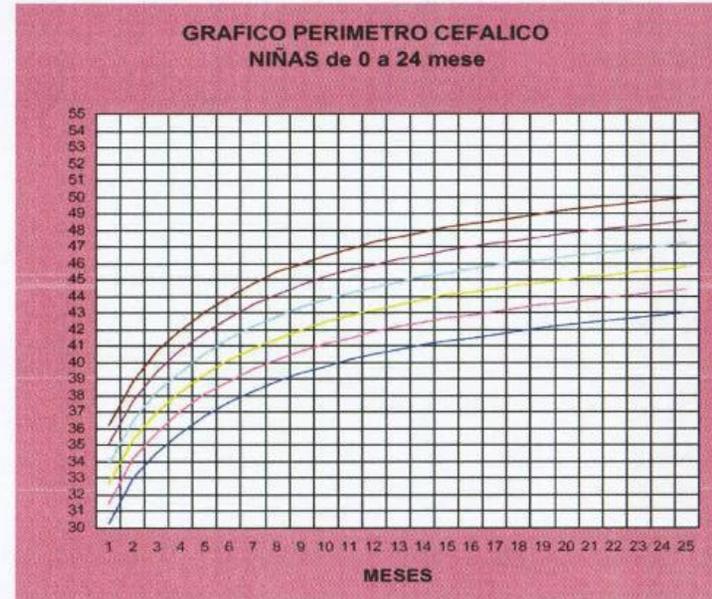
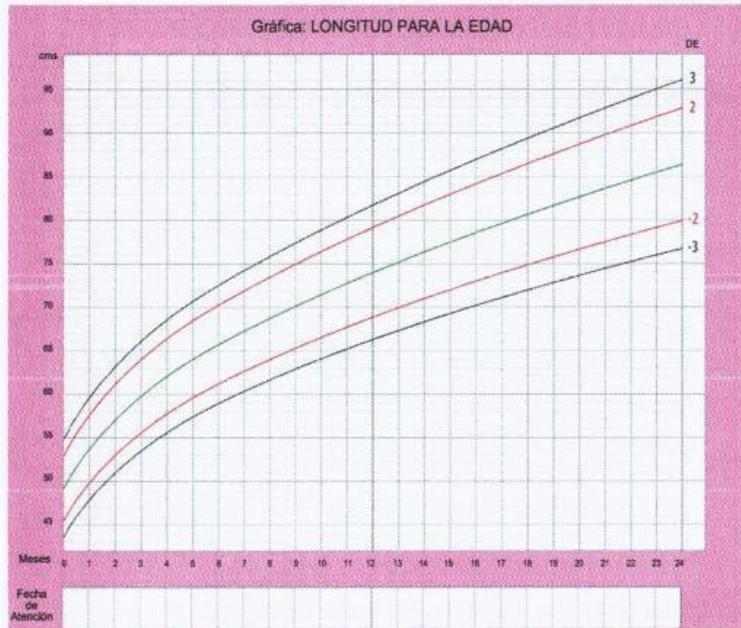
ANEXO N° 39



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Programa de Atención a la Niñez / Unidad de Nutrición



GRAFICA DE CRECIMIENTO DE NIÑAS DE 0 A 24 MESES



Clasificación del Estado Nutricional Longitud/Edad (L/E)		
A	Talla Alta	Arriba de +2 desviaciones estandard
N	Estado Nutricional Normal	Entre +2 y -2 desviaciones estandard
R	Retardo en el crecimiento	Abajo de -2 y -3 desviaciones estandard
RS	Retardo Severo en el crecimiento	Abajo de -3 desviaciones estandard

CLASIFICACIÓN EL PERÍMETRO CEFÁLICO		
MAC = Macrocefalia	Peligro	Referencia a 2º Nivel
N = Normal	Bueno	Continuar controles
MIC = Microcefalia	Peligro	Referencia a 2º Nivel

ANEXO N° 40



**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Programa de Atención a la Niñez / Unidad de Nutrición**

GRAFICA DE CRECIMIENTO DE NIÑAS DE 2 A MENOR DE 5 AÑOS



Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ No. de Expediente _____



Clasificación del Estado Nutricional		Peso/Edad (P/E)
N	Normal	Entre +2 y -2 desviaciones estandar
D	Desnutrición	Abajo de -2 y -3 desviaciones estandar
DS	Desnutrición Severa	Abajo de -3 desviaciones estandar

Infecciones Asociadas
EDA = Enfermedad Diarreica Aguda
IRA = Infecciones Respiratorias Agudas
O = Otras Enfermedades

Tendencias del Peso / Edad	
Ascendente	Adecuado
Horizontal	Inadecuado
Descendente	Inadecuado

Nota: La clasificación del estado nutricional que se reportara en el IEMA será através del indice Peso/Edad

Fuente: Poblaciones de Referencia OMS, 2006

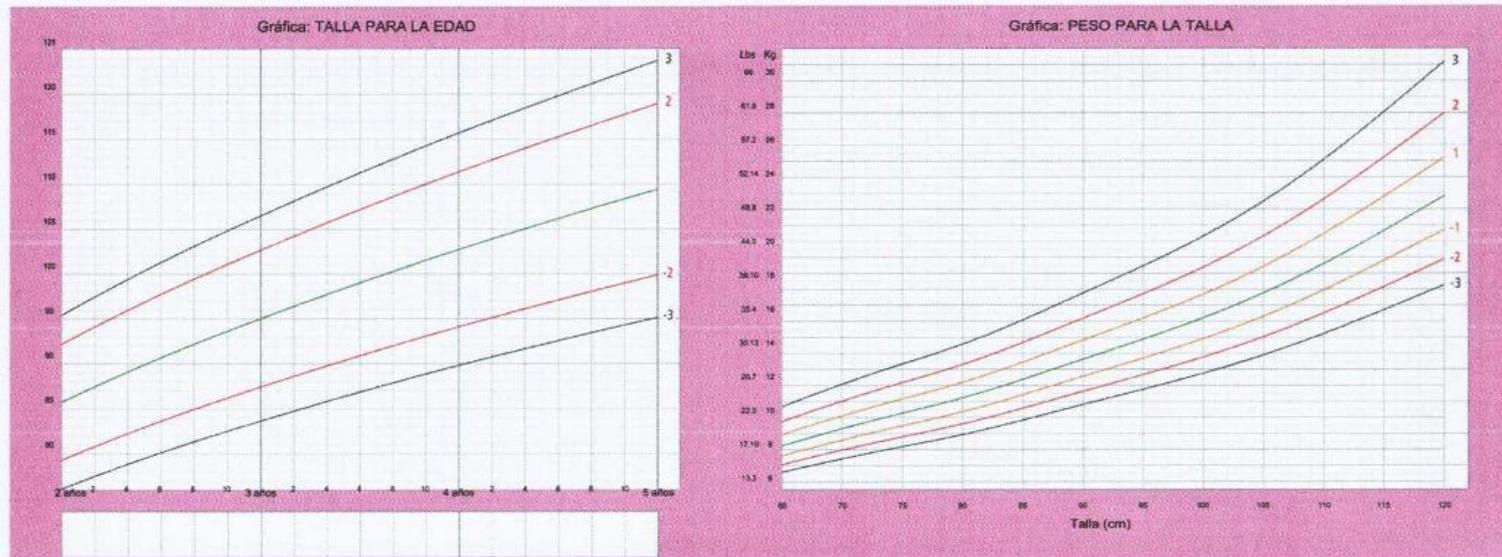
ANEXO N° 40



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Programa de Atención a la Niñez / Unidad de Nutrición



CURVAS DE CRECIMIENTO DE NIÑAS DE 2 A MENOR DE 5 AÑOS



Clasificación del Estado Nutricional Talla/Edad (T/E)		
A	Talla Alta	Arriba de +2 desviaciones estandard
N	Estado Nutricional Normal	Entre +2 y -2 desviaciones estandard
R	Retardo en el crecimiento	Abajo de -2 y -3 desviaciones estandard
RS	Retardo Severo en el crecimiento	Abajo de -3 desviaciones estandard

Clasificación del Estado Nutricional Peso/Talla (P/T)		
O	Obesidad	Arriba de +3 desviaciones estandard
SP	Sobre Peso	Arriba de +2 y +3 desviaciones estandard
N	Normal	Entre +2 y -2 desviaciones estandard
D	Desnutrición	Abajo de -2 y -3 desviaciones estandard
DS	Desnutrición Severa	Abajo de -3 desviaciones estandard

ANEXO N° 41

ESCALA SIMPLIFICADA DE EVALUACION DEL DESARROLLO NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 5 AÑOS

Programa de Crecimiento, Desarrollo y Nutrición.

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA: _____

N° DE EXPEDIENTE: _____ NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: _____

1	2	3	4	5	6	7	8
FECHA	EDAD	PERIODO DE EDAD	AREA MOTORA	AREA COORDINACION	AREA SOCIOAFECTIVA	AREA LENGUAJE	OBSERVACIONES
		1-3 MESES	 AL PONERLO SOCA ABAJO LEVANTA LA CABEZA <input type="checkbox"/>	 BUSCA SONIDO CON LA MIRADA <input type="checkbox"/>	 SONRÍE <input type="checkbox"/>	 EMITE SONIDOS <input type="checkbox"/>	
ACTIVIDADES PARA ESTIMULAR EL DESARROLLO			PONGALO SOCA ABAJO VARIAS VECES AL DIA	QUE LA MADRE LE HABLE, LE MUESTRE OBJETOS LLAMATIVOS O PONGERLE MUSICA	QUE LA MADRE LE HABLE, LE CANTE CUANDO LE DA DE MAMAR O LO BARE	QUE LA MADRE LE HABLE, LE CANTE CUANDO LE DE DE MAMAR O LO BARE	RIESGO: SI EL NIÑO CUMPLE DE 3 A 4 MESES Y NO REALIZA ALGUNA DE LAS CONDUCTAS ESPERADAS EN ESTA EDAD
		4-6 MESES	 PERMANECE SENTADO CON APOYO <input type="checkbox"/>	 SIGUE CON LA MIRADA OBJETOS QUE SE MUEVEN <input type="checkbox"/>	 ATENDE AL ESCOCHAR SU NOMBRE <input type="checkbox"/>	 BALBUCEA <input type="checkbox"/>	
ACTIVIDADES PARA ESTIMULAR EL DESARROLLO			AYUDAR AL NIÑO A SENTARSE JALANDOLO SUAVEMENTE DE LOS BRAZOS	MOSTRARLE OBJETOS LLAMATIVOS PARA QUE EL NIÑO JERQUE	HABLARLE Y LLAMARLO POR SU NOMBRE	QUE LA MADRE Y PADRE LE HABLEN	RIESGO: SI EL NIÑO CUMPLE DE 6 A 7 MESES Y NO REALIZA ALGUNA DE LAS CONDUCTAS ESPERADAS EN ESTA EDAD
		7-9 MESES	 TRATA DE PARARSE AGARRADO DE UN MUEBLE <input type="checkbox"/>	 BUSCA OBJETOS ESCONDIDOS <input type="checkbox"/>	 EL NIÑO SE VUELVE MURADO ANTE EXTRAÑOS <input type="checkbox"/>	 COMBINA SILABAS <input type="checkbox"/>	
ACTIVIDADES PARA ESTIMULAR EL DESARROLLO			QUE LA FAMILIA ESTIMULE Y ANIME AL NIÑO A QUE SE PONGA DE PIE	QUE LA FAMILIA JUEGUE CON EL NIÑO A BUSCAR OBJETOS ESCONDIDOS	QUE LA MADRE, LLEVE AL NIÑO CUANDO SALGA A VISITAR OTROS FAMILIARES	QUE LA FAMILIA LE PLATIQUE, LE CANTE O ENSEÑE A REPETIR NOMBRES	RIESGO: SI EL NIÑO CUMPLE DE 9 A 10 MESES Y NO REALIZA ALGUNA DE LAS CONDUCTAS ESPERADAS EN ESTA EDAD
		10-12 MESES	 COMIENZA A PARARSE SOSTENIDO DE LA MANO <input type="checkbox"/>	 METE Y SACA OBJETOS DE UN BOTE O CAJA <input type="checkbox"/>	 RECONOCE A LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA <input type="checkbox"/>	 IMITA RUIDOS Y DICE PAPA Y MAMA <input type="checkbox"/>	
ACTIVIDADES PARA ESTIMULAR EL DESARROLLO			AYUDARLE A DAR PASOS, TOMADO DE LA MANO	QUE JUEGUE CON UN RECIPIENTE CAJA, TAZA QUE ECHÉ OBJETOS Y LOS SAQUE	PRECUNTARLE AL NIÑO DONDE ESTA PAPA, MAMA O ALGUIEN DE LA FAMILIA	PLATICAR CON EL NIÑO, QUE REPITA EL NOMBRE DE COSAS QUE LE RODEAN	RIESGO: SI EL NIÑO CUMPLE DE 12 A 15 MESES Y NO REALIZA ALGUNA DE LAS CONDUCTAS ESPERADAS EN ESTA EDAD

EL SALVADOR 1999

ANEXO N° 42



HOJA DE INSCRIPCIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO (A) DE 8 DÍAS A MENOR DE 5 AÑOS



Nombre: _____									
Sexo:	No. de Registro	Fecha de Nac:	Fecha	Edad	Peso	Temp.	Talla cm.	PC cm	
M <input type="checkbox"/>									
F <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"/> Otro <input type="checkbox"/>									
Patología	Edad Gestacional	Peso al nacer	Recibió Reanimación	Patología RN	Egreso RN				
Emb. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____ sem	_____ Grs	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sano <input type="checkbox"/> Con patología <input type="checkbox"/>				
Parto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				VIH <input type="checkbox"/> Apnea <input type="checkbox"/> Mal Form. Congenita <input type="checkbox"/>	Especifique: _____				
• Parto Vaginal Cefálico <input type="checkbox"/> Podálico <input type="checkbox"/>		Menor de 2500 gr.		SDR <input type="checkbox"/> Hemorragias <input type="checkbox"/> Asfixia <input type="checkbox"/>					
• Cesárea <input type="checkbox"/> Causa: _____		Talla _____ cm		Sifilis <input type="checkbox"/> Hiperbil. <input type="checkbox"/> Tras. Neurológica <input type="checkbox"/>					
		PC _____ cm		M. hialina <input type="checkbox"/> Infección <input type="checkbox"/>					
				Tras. Metanol. <input type="checkbox"/>					
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES					ANTECEDENTES PATOLÓGICOS MATERNOS (En partos anteriores) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Ninguno <input type="checkbox"/> Hereditario <input type="checkbox"/> Adquirido <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"/>				
Especifique: _____					Sifilis <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Otros: _____				
MOTIVO DE CONSULTA							CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO <input type="checkbox"/>		
SIGNOS VITALES: TA: _____ FC: _____ FR: _____ TEMP: _____									
VERIFIQUE SI HAY SIGNOS GENERALES DE PELIGRO									
DEL NIÑO(A) DE 8 DÍAS A MENOR DE 2 MESES: ENFERMEDAD MUY GRAVE Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>									
a. Aspecto • Letárgico inconsciente, hipotónico <input type="checkbox"/> • Hipocactivo <input type="checkbox"/> • Movimientos anormales o convulsiones <input type="checkbox"/> • Irritable, llanto inconsolable <input type="checkbox"/> • "Se ve mal" <input type="checkbox"/> • No puede tomar pecho <input type="checkbox"/> • Abombamiento de fontanela <input type="checkbox"/>				c. Circulación (piel) • Temperatura axilar menor de 36.0°C o mayor de 37.5°C <input type="checkbox"/> • Palidez <input type="checkbox"/> • Mal llenado capilar arriba de 2 segundos <input type="checkbox"/> • Manifestaciones de sangrado, equimosis y/o petequias <input type="checkbox"/>				MAYOR DE 2 MESES ENF. MUY GRAVE Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> - No puede beber o tomar el pecho <input type="checkbox"/> - Convulsiones <input type="checkbox"/> - Letárgico o inconsciente <input type="checkbox"/> - Vomita Todo <input type="checkbox"/>	
b. Respiración • Frecuencia respiratoria menor de 40x o mayor de 60x <input type="checkbox"/> • Tiraje subcostal grave <input type="checkbox"/> • Aleteo nasal <input type="checkbox"/> • Apnea <input type="checkbox"/> • Quejido, estridor o sibilancia <input type="checkbox"/> • Cianosis central <input type="checkbox"/>				d. Otros • Peso menor de 2000 grms. <input type="checkbox"/> • Edad gestacional menor de 34 semanas <input type="checkbox"/> • Vomita todo <input type="checkbox"/> • Secreción purulenta del ombligo con eritema que se extiende a la piel <input type="checkbox"/> • Distensión abdominal <input type="checkbox"/> • Supuración abundante de ojos u oído <input type="checkbox"/> • Pústulas o vesículas en la piel (muchas o extensas) <input type="checkbox"/> • Ictericia de alto riesgo (ver cuadro de ictericia en pág. 3) <input type="checkbox"/> • Anomalías congénitas mayores que ponen en peligro inmediato la vida (cardiopatías, neurológicas, etc.) <input type="checkbox"/>					
INFECCIÓN LOCAL Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Secreción Purulenta Conjuntival <input type="checkbox"/> Ombligo eritematoso o con secreción purulenta que se extiende a la piel <input type="checkbox"/> Pústulas en la piel (pocas o localizadas) <input type="checkbox"/> Placas blanquecinas en la boca <input type="checkbox"/> Malformación congénita que NO pone en peligro la vida Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>									
TIENE EL NIÑO(A) TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuanto tiempo hace? _____ VERIFICAR: Respiración por min _____ Respiración rápida Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tiraje subcostal Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Estridor en reposo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sibilancias Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>									
TIENE EL NIÑO DIARREA? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuanto tiempo hace? _____ Sangre en las heces Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vómitos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No. de Vómitos en las últimas 24hrs _____ Evacuaciones líquidas Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No. De evacuaciones líquidas en las últimas 24 hrs: _____ Consistencia: _____ Verificar Signos de peligro de la Deshidratación: Letárgico o inconsciente Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inquieto o irritable Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Bebe mal o no puede beber (ofrecerle líquidos) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Bebe ávidamente con sed Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ojos hundidos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Signo de pliegue cutáneo: Desaparece muy lentamente (más de 2 seg.) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desaparece lentamente (menos de 2 seg.) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>									
TIENE EL NIÑO FIEBRE? (Determinada al interrogatorio, al tacto o temperatura de 38.5 C o mas) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuanto tiempo hace? _____ Mas de 7 días Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Todos los días Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rigidez de nuca Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Área hiperendémica de paludismo / Área hiperendémica de dengue Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Verificar Signos de peligro de Dengue Hemorrágico: Dolor Abdominal intenso o sostenido Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cambios en el estado mental: Agitación Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Somnolencia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vómitos persistentes Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cambios de fiebre a hipotermia con sudoración profusa y postración Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sangramiento: Espontáneo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prueba de Lazo (+) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Verificar Signos de Dengue Clásico: Osteomalgias/artralgias Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cefalea Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dolor retro ocular Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Exantema Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Escalofríos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vómitos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Verificar Signos de Sarampión: Erupción cutánea generalizada maculo popular, no vesicular Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tos, coriza u ojos enrojecidos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>									

ANEXO N° 42

TIENE EL NIÑO(A) PROBLEMA DE OIDO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dolor de oído <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Membrana timpánica hiperémica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Supuración visible del oído menos de 14 días <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Mas de 14 días <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
TIENE EL NIÑO(A) PROBLEMA DE GARGANTA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ganglios linfáticos del cuello crecidos y dolorosos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Exudado blanco en la garganta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Garganta eritematosa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dolor de garganta sin Ganglios linfáticos del cuello crecidos y dolorosos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
EVALUAR LA ALIMENTACION DE ACUERDO A LA EDAD: Toma pecho <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuantas veces al día? _____ Tiene buena posición <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Tiene buen agarre <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ingiere otra alimentación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo: Cuantas veces al día? _____		
Cuales alimentos o líquidos: _____ Toma pacha? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Durante esta enfermedad hubo algún cambio en la alimentación del niño(a) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desde cuando? _____ horas/días. Durante cuanto tiempo? _____ días		
¿TIENE EL NIÑO(A) PROBLEMAS EN LA BOCA O MAL ALIENTO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dolor dental intenso y permanente al calor y al frío <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Tumefacción de la cara <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pieza dental destruida sin dolor <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Presencia de fistula intra o extra oral <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dolor de la pieza dental (puede o no presentar dolor al calor y al frío) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pieza dental con mancha o hueco pequeño <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ulceración de tejidos blandos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Encía inflamada, con hematoma y dolor <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Diente desalojado del alveolo dental <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dientes sin caries pero con placa blanquecina adherida a la pieza dental (placa bacteriana) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Mal aliento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El niño(a) toma pacha <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dientes y encías sanas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
VERIFICAR SI TIENE ANEMIA Palidez Palmar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	VERIFICAR SI PRESENTA MALNUTRICION: Marasmo o Kwashiorkor / Desnutrición Severa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desnutrición <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No tiene Desnutrición <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sobrepeso <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	VERIFICAR LA TENDENCIA DE CRECIMIENTO Adecuado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inadecuado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
VERIFICAR SI EL NIÑO(A) HA RECIBIDO MICRONUTRIENTES O ANTIPARASITARIOS: (Revise el carné de la madre o el expediente)		
Vitamina A <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha de última dosis: _____ Hierro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha de última dosis: _____		
Zinc <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha de última dosis: _____ Mebendazol/albendazole <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha de última dosis: _____		
VERIFICAR ESQUEMA DE VACUNACION. Esta completo para su edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
OTROS HALLAZGOS (Describe detalladamente datos relevantes de la Historia clínica y examen físico):		
CLASIFICACION:		REFERENCIA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DIAGNOSTICO CLINICO:		DIAGNOSTICO NUTRICIONAL:
TRATAMIENTO: Escribir nombre GENERICO del medicamento y dosis		
RIESGO SOCIAL <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo especifique cual o cuales:		
FECHA PROXIMA CITA: _____ FECHA PROXIMO CONTROL: _____		SELLO Y FIRMA DEL RESPONSABLE:
NOTA: Si la consulta del niño(a) es por inscripción al Programa de Atención Infantil y presenta morbilidad no olvidar llenar las Curvas de Crecimiento y la Hoja Escala Simplificada de desarrollo.		

ANEXO N° 43



HOJA DE INSCRIPCIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL
AL (LA) MENOR DE 8 DÍAS



Nombre:						N° de Registro:						
Establecimiento:			Fecha de Nacimiento		Fecha (Hoy)			Edad (Días)	Peso (Gramos)	T*	Talla (cm)	Perim. Cefálico (cm)
			Día	Mes	Año	Día	Mes	Año				
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>												
PARTO ATENDIDO EN: Hospital <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"/> Quien? _____								
DEL RECIÉN NACIDO		Recibió reanimación: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Lloró y respiró al nacer: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Recibió BCG: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		APGAR (Si esta disponible) 1° min. _____ 5° min. _____				
PERINATAL											ALTO RIESGO DE ENF. MUY GRAVE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
• RPM < 18 hrs. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> • RPM > 18 hrs. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> • IVU reciente (2 sem. Pre parto) _____ SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> • Contaminado con heces mat. _____ SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SABE <input type="checkbox"/>			• Enf. infecciosa materna _____ SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> • Fiebre Materna (> de 38°) _____ SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> • Parto prolongado _____ SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> • Presentación: _____ Podálico <input type="checkbox"/> Cefálico <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>			• Vía del parto: _____ Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> • Presencia de meconio: _____ SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> • Embarazo: _____ Pretérmino <input type="checkbox"/> Término <input type="checkbox"/>						
CLASIFICACIÓN POR PESO Y EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO:						EDAD GEST. POR CAPURRO						
PESO						Bajo peso al nacer						
Menor de 2000 grms. <input type="checkbox"/>		Prematuro con riesgo		Con riesgo		Sin riesgo		PREMATURO DE RIESGO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
2000 – 2500 grms. <input type="checkbox"/>		• Menor o igual a 34 sem. _____ • 35–36 sem. _____ Con signos de peligro _____		• RN < 2000 grms. _____ • RN 2000 – 2500 grms. _____ con signos de peligro _____		• RN 2000 – 2500 grms. _____ sin signos de peligro _____		BAJO PESO DE RIESGO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Mayor 2500 grms. <input type="checkbox"/>												
SIGNOS VITALES			TA:			FC:			FR:			
MOTIVO DE CONSULTA:												
VERIFICAR SI HAY UNO O MÁS SIGNOS DE ENFERMEDAD MUY GRAVE:												
			SI	NO				SI	NO			
Letárgico, inconsciente o hipotónico					Tiraje subcostal grave					Manifestaciones de sangrado: eritema, petequias		
Hipoactivo					Aleteo nasal					Vomita todo		
Movimientos anormales ó convulsiones					Apnea					Secreción purulenta de ombligo con eritema que se extiende a la piel.		
Irritable, llanto inconsolable					Quejido, estridor o siblancia					Distensión abdominal		
"Se ve mal",					Cianosis central					Supuración abundante de ojos u oídos.		
Tiene dificultad para alimentarse al pecho					Temp. axilar menor 36.0 ó mayor 37.5 °C					Pústulas o vesículas en la piel (Muchas o extensas).		
Abombamiento de fontanela.					Pañidez					Anomalías congénitas mayores. Que ponen en peligro inmediato la vida.		
FR menor 40 ó mayor 60 por minuto					Mal llenado capilar (arriba de 2 segundos)					Ictericia de ALTO RIESGO (Zona de Kramer 3)		
VERIFICAR SIGNOS DE INFECCIÓN LOCAL:												
						SI	NO				SI	NO
Secreción purulenta conjuntival								Pústulas en la piel (pocas o localizadas)				
Ombligo eritematoso o con secreción purulenta sin extenderse a la piel								Pecas blanquecinas en la boca.				
Infección local: SI <input type="checkbox"/>												
PRESENTA EL RECIÉN NACIDO ICTERICIA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>												
			SI	NO				SI	NO			
Inicio en las primeras 24 horas de vida					Hipertonia, hipotonía o hipoactividad, no succiona.					ZONAS Ictericia de Alto Riesgo SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Madre Rh negativa					Llanto agudo y monótono							
Ingestión por la madre de alguno de los medicamentos mencionados					Céfalo hematomas.							
Zona 3 o más de la clasificación de Kramer					Madre grupo "O" con recién nacido con diferente grupo (A-B-AB)							

ANEXO N° 43

EVALUAR POR ICTERICIA DE BAJO RIESGO							
	SI	NO		SI	NO		
Inicio después de 36 horas de vida			Zonas 1 ó 2 de la clasificación de Kramer			Ictericia de Bajo riesgo SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Controlar en dos días.
Ningún signo neurológico							
EVALUAR ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO: RECIBE LACTANCIA MATERNA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
	SI	NO		SI	NO		
Tiene mala succión.			Se alimenta al pecho menos de 10 veces en 24 horas.			Problemas de alimentación SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Dar recomendaciones a la madre.	
Tiene mal agarre.			Recibe otros alimentos o líquidos.				
Tiene mala posición			Recibe otra fórmula.				
OTROS HALLAZGOS (Recuerde el LAVADO DE MANOS antes de realizar el examen físico al recién nacido) Describa otros hallazgos relevantes de la Historia Clínica y Examen físico NO mencionados:							
CLASIFICACION:				REFERENCIA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
DIAGNOSTICO CLINICO:				DIAGNOSTICO NUTRICIONAL:			
TRATAMIENTO: Escribir El nombre genérico del medicamento y dosis				RECOMENDACIONES / CONSEJERIA / EDUCACION:			
RIESGO SOCIAL: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En Caso afirmativo especifique cual o cuales							
FECHA PROXIMA CITA _____ - CONTROL _____				SELLO Y FIRMA DEL RESPONSABLE:			
<small>NOTA: Si la consulta del niño(a) es por inscripción al Programa de Atención Infantil y presenta morbilidad no olvidar llenar las Curvas de Crecimiento y la hoja Escala Simplificada de desarrollo.</small>							

ANEXO N° 44



HOJA SUBSECUENTE DE ATENCION INTEGRAL DEL NIÑO(A) DE 8 DIAS A MENOR DE 5 AÑOS



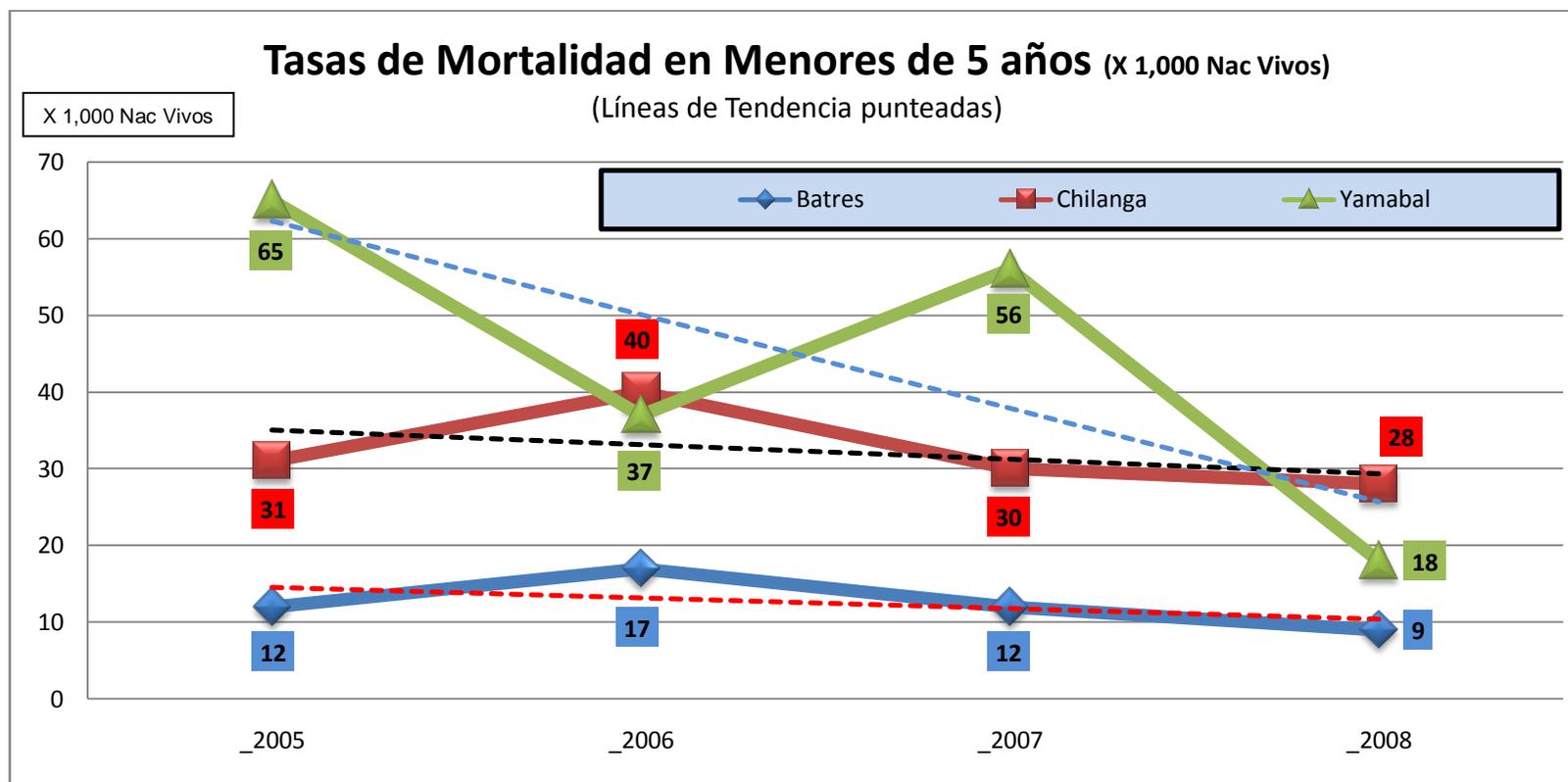
Nombre: _____									
Sexo:	No. de Registro	Fecha de Nac:	Fecha	Edad	Peso	Temp.	Talla cm.	PC cm	
M <input type="checkbox"/>									
F <input type="checkbox"/>									
MOTIVO DE CONSULTA						CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO <input type="checkbox"/>			
SIGNOS VITALES: TA: _____ FC: _____ FR: _____ TEMP: _____									
VERIFIQUE SI HAY SIGNOS GENERALES DE PELIGRO									
Del NIÑO(A) DE 8 DIAS A MENOR DE 2 MESES: ENFERMEDAD MUY GRAVE <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				e. Circulación (piel) • Temperatura axilar menor de 36.0°C o mayor de 37.5°C <input type="checkbox"/> • Palidez <input type="checkbox"/> • Mal llenado capilar arriba de 2 segundos <input type="checkbox"/> • Manifestaciones de sangrado, equimosis y/o petequias <input type="checkbox"/>				MAYOR DE 2 MESES ENF. MUY GRAVE <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> - No puede beber o tomar el pecho <input type="checkbox"/> - Convulsiones <input type="checkbox"/> - Letárgico o inconsciente <input type="checkbox"/> - Vomita Todo <input type="checkbox"/>	
a. Aspecto • Letárgico inconsciente, hipotónico <input type="checkbox"/> • Hipoactivo <input type="checkbox"/> • Movimientos anormales o convulsiones <input type="checkbox"/> • Irritable, llanto inconsolable <input type="checkbox"/> • "Se ve mal" <input type="checkbox"/> • No puede tomar pecho <input type="checkbox"/> • Abombamiento de fontanela <input type="checkbox"/> b. Respiración • Frecuencia respiratoria menor de 40x' o mayor de 60x' <input type="checkbox"/> • Tiraje subcostal grave <input type="checkbox"/> • Aleteo nasal <input type="checkbox"/> • Apnea <input type="checkbox"/> • Quejido, estridor o siblancia <input type="checkbox"/> • Cianosis central <input type="checkbox"/>				d. Otros • Peso menor de 2000 grms. <input type="checkbox"/> • Edad gestacional menor de 34 semanas <input type="checkbox"/> • Vomita todo <input type="checkbox"/> • Secreción purulenta del ombligo con eritema que se extiende a la piel <input type="checkbox"/> • Distensión abdominal <input type="checkbox"/> • Supuración abundante de ojos u oído <input type="checkbox"/> • Pústulas o vesículas en la piel (muchas o extensas) • Ictericia de alto riesgo (ver cuadro de ictericia en pág. 3) <input type="checkbox"/> • Anomalías congénitas mayores que ponen en peligro inmediato la vida (cardiopatías, neurológicas, etc.) <input type="checkbox"/>					
INFECCION LOCAL <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Secreción Purulenta Conjuntival <input type="checkbox"/> Ombigo eritematoso o con secreción purulenta que se extiende a la piel <input type="checkbox"/> Pústulas en la piel (pocas o localizadas) <input type="checkbox"/> Placas blanquecinas en la boca <input type="checkbox"/> Malformación congénita que NO pone en peligro la vida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>									
TIENE EL NIÑO(A) TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuanto tiempo hace? _____ VERIFICAR: Respiración por min _____ Respiración rápida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tiraje subcostal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Estridor en reposo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Siblancias <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>									
TIENE EL NIÑO DIARREA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuanto tiempo hace? _____ Sangre en las heces <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No. de Vómitos en las últimas 24hrs: _____ Evacuaciones líquidas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No. De evacuaciones líquidas en las últimas 24 hrs: _____ Consistencia: _____ Verificar Signos de peligro de la Deshidratación: Letárgico o inconsciente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inquieto o irritable <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Bebe mal o no puede beber (ofrecerle líquidos) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Bebe ávidamente con sed <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ojos hundidos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Signo de pliegue cutáneo: Desaparece muy lentamente (más de 2 seg.) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desaparece lentamente (menos de 2 seg.) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>									
TIENE EL NIÑO FIEBRE? (Determinada al interrogatorio, al tacto o temperatura de 38.5 C o mas) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuanto tiempo hace? _____ Mas de 7 días <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rigidez de nuca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Área hiperendémica de paludismo / Área hiperendémica de dengue <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Verificar Signos de peligro de Dengue Hemorrágico: Dolor Abdominal intenso o sostenido <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cambios en el estado mental: Agitación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Somnolencia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vómitos persistentes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cambios de fiebre a hipotermia con sudoración profusa y postración <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sangramiento: Espontáneo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prueba de Lazo (+) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Verificar Signos de Dengue Clásico: Osteomalgias/artralgias <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cefalea <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dolor retro ocular <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Exantema <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Escalofríos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Verificar Signos de Sarampión: Erupción cutánea generalizada maculo popular, no vesicular <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tos, coriza u ojos enrojecidos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>									
TIENE EL NIÑO(A) PROBLEMA DE OIDO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dolor de oído <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Membrana timpánica hiperemica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Supuración visible del oído menos de 14 días <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Mas de 14 días <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>									
TIENE EL NIÑO(A) PROBLEMA DE GARGANTA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ganglios linfáticos del cuello crecidos y dolorosos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Exudado blanco en la garganta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Garganta eritematosa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dolor de garganta sin Ganglios linfáticos del cuello crecidos y dolorosos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>									
EVALUAR LA ALIMENTACION DE ACUERDO A LA EDAD: Toma pecho <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuantas veces al día? _____ Tiene buena posición <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tiene buen agarre <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ingiere otra alimentación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo: Cuantas veces al día? _____ Cuales alimentos o líquidos: _____ Toma pacha? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Durante esta enfermedad hubo algún cambio en la alimentación del niño(a) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desde cuando? _____ horas/días. Durante cuanto tiempo? _____ días									
¿TIENE EL NIÑO(A) PROBLEMAS EN LA BOCA O MAL ALIENTO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dolor dental intenso y permanente al calor y al frío <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>									

ANEXO N° 45

GRÁFICA N° 37.

TASAS DE MORTALIDAD EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.

UNIDADES DE SALUD DE CHILANGA, YAMABAL, MORAZÁN Y CONCEPCIÓN BATRES, USULUTÁN.



Fuente: SISNAVE SIBASI Morazán y Usulután.

ANEXO N° 46

CUADRO N° 37

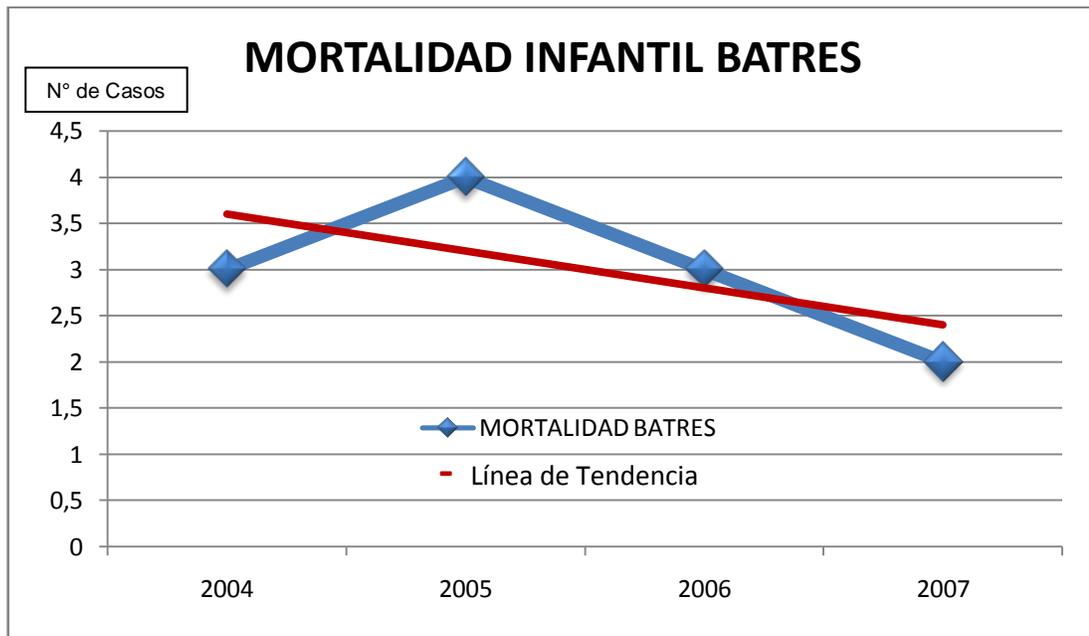
MORTALIDAD INFANTIL (< 5 AÑOS). CONCEPCIÓN BATRES, USULUTÁN.

MUERTE	< 1 año	1 a 4 años	TOTAL
_2005	0	3	3
_2006	3	1	4
_2007	3	0	3
_2008	1	1	2

Fuente: SISNAVE, SIBASI Usulután.

GRÁFICA N° 38

MORTALIDAD INFANTIL (< 5 AÑOS). CONCEPCIÓN BATRES, USULUTÁN.



Fuente: Cuadro N° 37

ANEXO N° 47

CUADRO N° 38

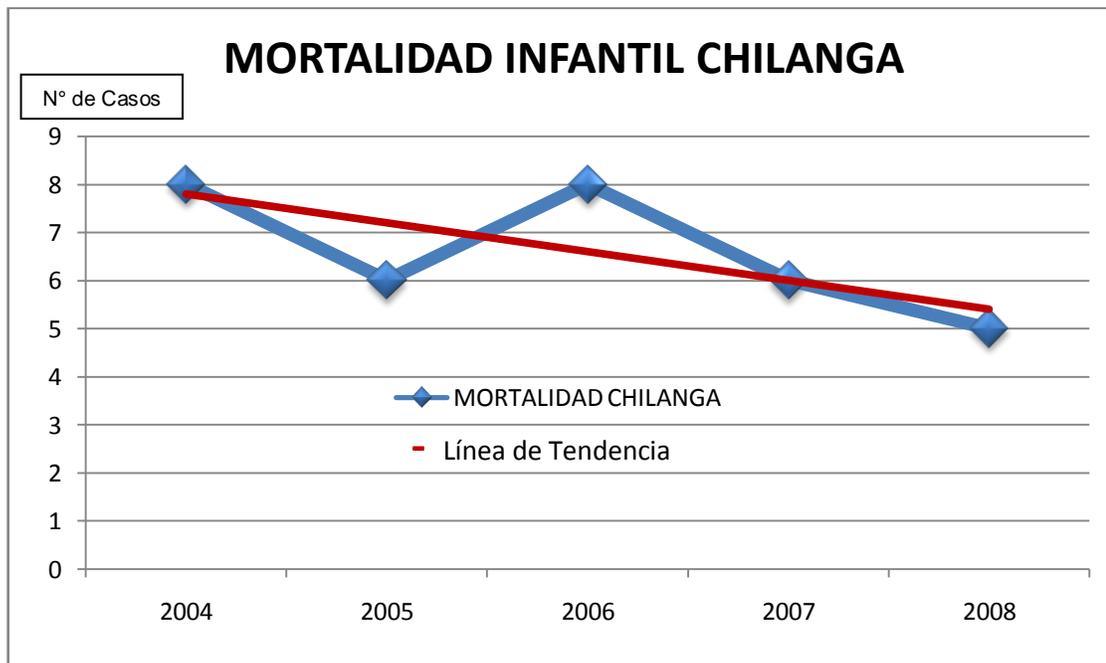
MORTALIDAD INFANTIL (< 5 AÑOS). CHILANGA, MORAZÁN.

MUERTES	< 1 año	1 a 4 años	TOTAL
_2004	7	1	8
_2005	6	0	6
_2006	8	0	8
_2007	6	0	6
_2008	4	1	5

Fuente: SISNAVE, SIBASI Morazán.

GRÁFICA N° 39

MORTALIDAD INFANTIL (< 5 AÑOS). CHILANGA, MORAZÁN.



Fuente: Cuadro N° 38

ANEXO N° 48

CUADRO N° 39

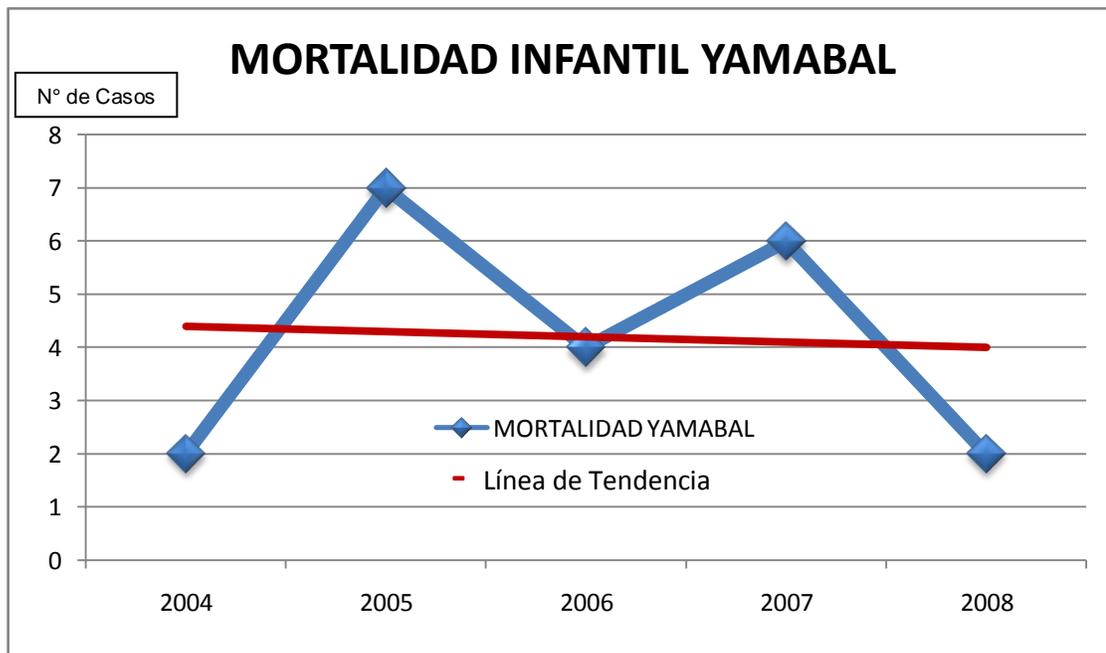
MORTALIDAD INFANTIL (< 5 AÑOS). YAMABAL, MORAZÁN.

MUERTES	< 1 año	1 a 4 años	TOTAL
_2004	1	1	2
_2005	6	1	7
_2006	4	0	4
_2007	6	0	6
_2008	2	0	2

Fuente: SISNAVE, SIBASI Morazán.

GRÁFICA N° 40

MORTALIDAD INFANTIL (< 5 AÑOS). YAMABAL, MORAZÁN.

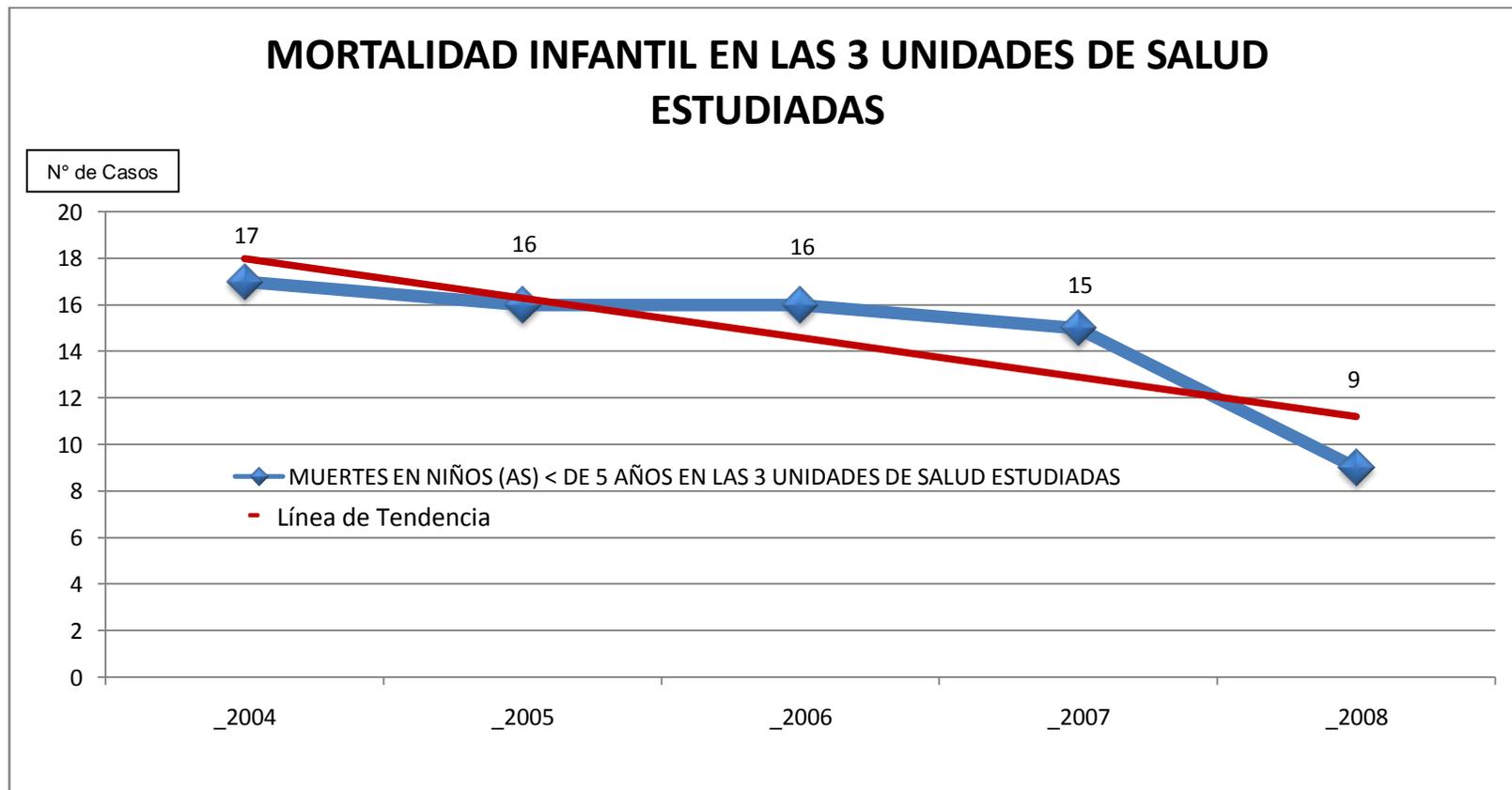


Fuente: Cuadro N° 39

ANEXO N° 49

GRÁFICA N° 41

MORTALIDAD INFANTIL EN LAS 3 UNIDADES DE SALUD ESTUDIADAS (< 5 AÑOS).



Fuente: SISNAVE SIBASI Morazán y Usulután.

ANEXO N° 50

CUADRO N° 40

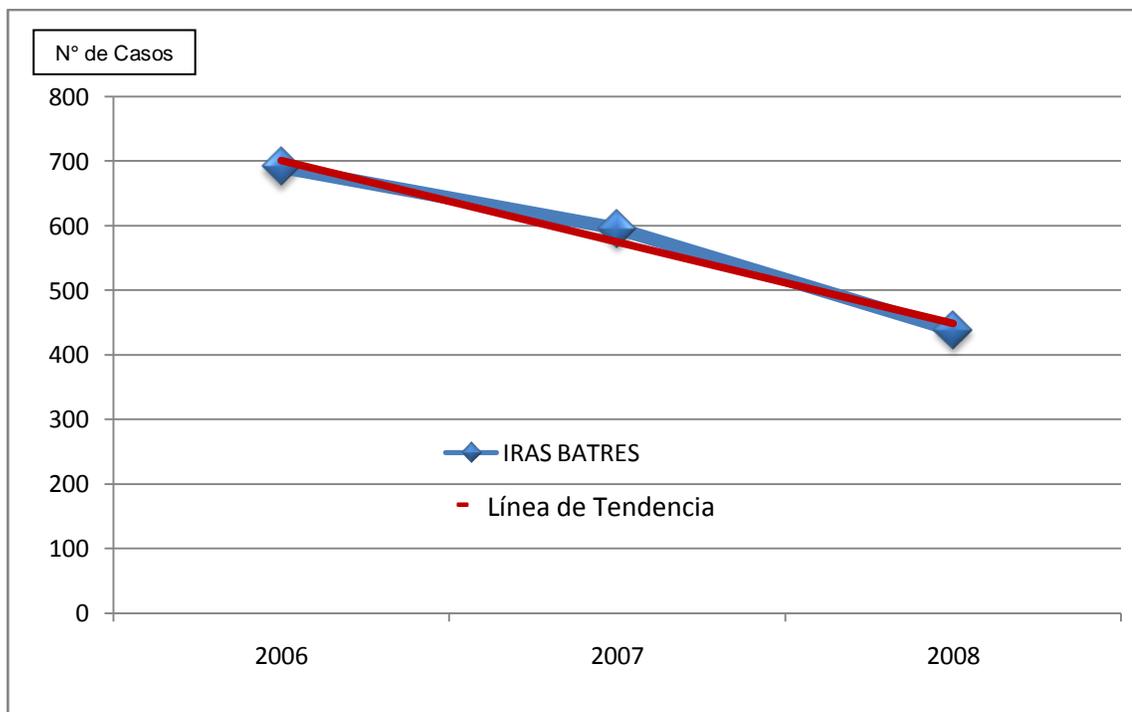
IRAS EN MENORES DE 5 AÑOS. CONCEPCIÓN BATRES, USULUTÁN.

IRAS	< 1 año		1 a 4 años		TOTAL
	M	F	M	F	
2006	72	74	282	263	691
2007	75	61	238	222	596
2008	47	67	142	182	438

Fuente: SISNAVE, SIBASI Usulután.

GRÁFICA N° 42

IRAS EN MENORES DE 5 AÑOS. CONCEPCIÓN BATRES, USULUTÁN.



Fuente: Cuadro N° 40

ANEXO N° 51

CUADRO N° 41

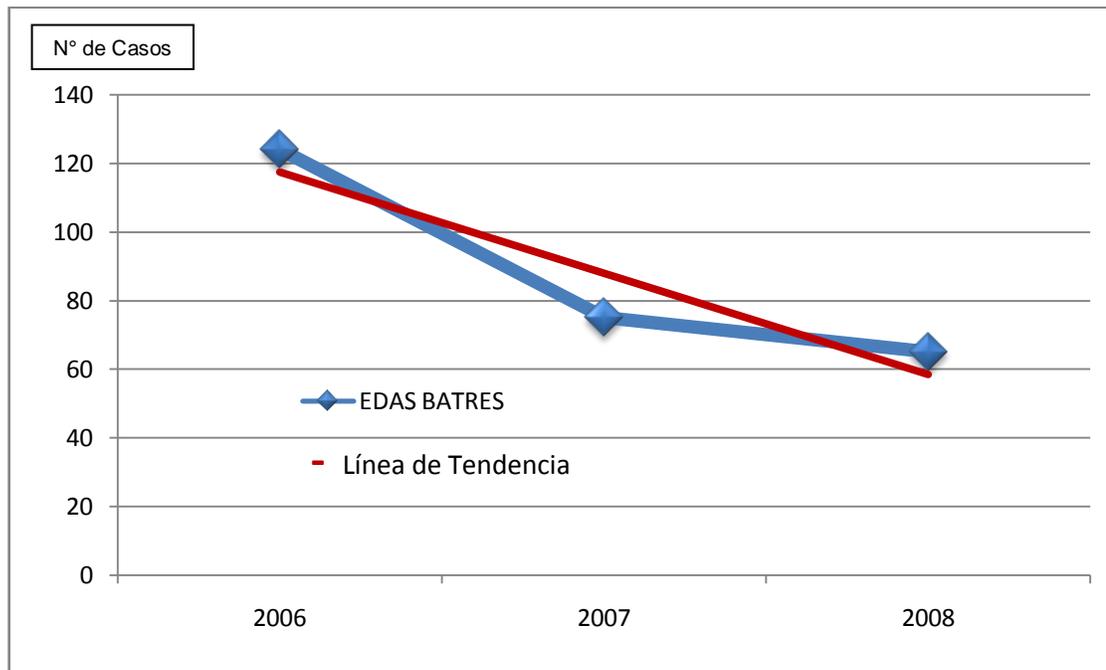
EDAS EN MENORES DE 5 AÑOS. CONCEPCIÓN BATRES, USULUTÁN.

EDAS	< 1 año		1 a 4 años		TOTAL
	M	F	M	F	
_2006	18	21	37	48	124
_2007	16	14	26	19	75
_2008	12	15	22	16	65

Fuente: SISNAVE, SIBASI Usulután.

GRÁFICA N° 43

EDAS EN MENORES DE 5 AÑOS. CONCEPCIÓN BATRES, USULUTÁN.



Fuente: Cuadro N° 41

ANEXO N° 52

CUADRO N° 42

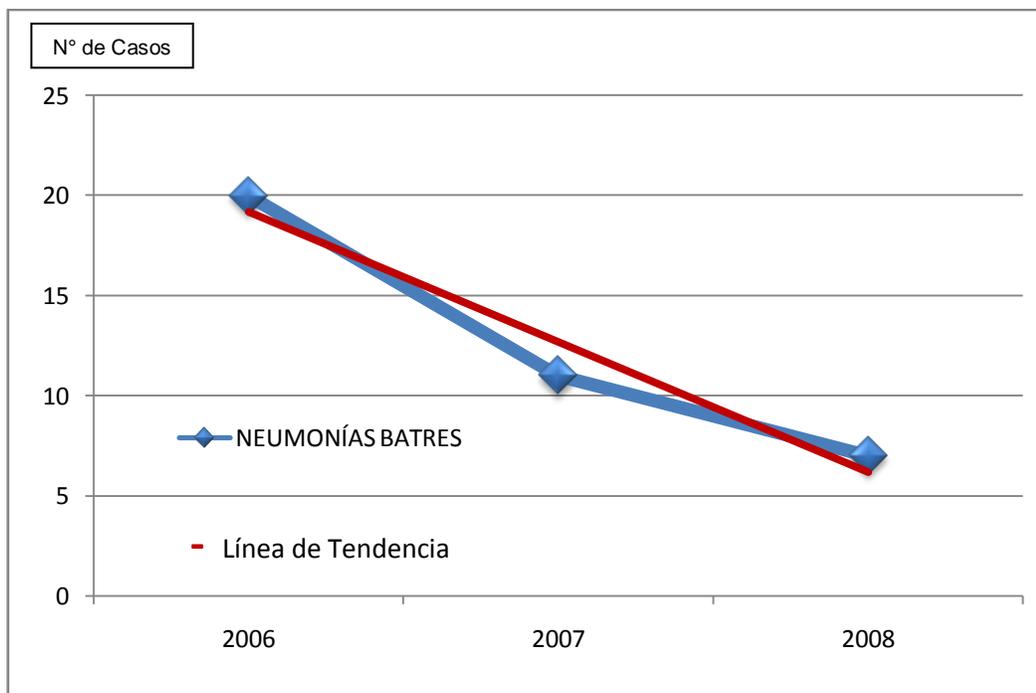
NEUMONÍAS EN MENORES DE 5 AÑOS. CONCEPCIÓN BATRES, USULUTÁN.

NEUMONÍAS	< 1 año		1 a 4 años		TOTAL
	M	F	M	F	
_2006	7	3	8	2	20
_2007	4	2	3	2	11
_2008	3	2	1	1	7

Fuente: SISNAVE, SIBASI Usulután.

GRÁFICA N° 44

NEUMONÍAS EN MENORES DE 5 AÑOS. CONCEPCIÓN BATRES, USULUTÁN.



Fuente: Cuadro N° 42

ANEXO N° 53

CUADRO N° 43

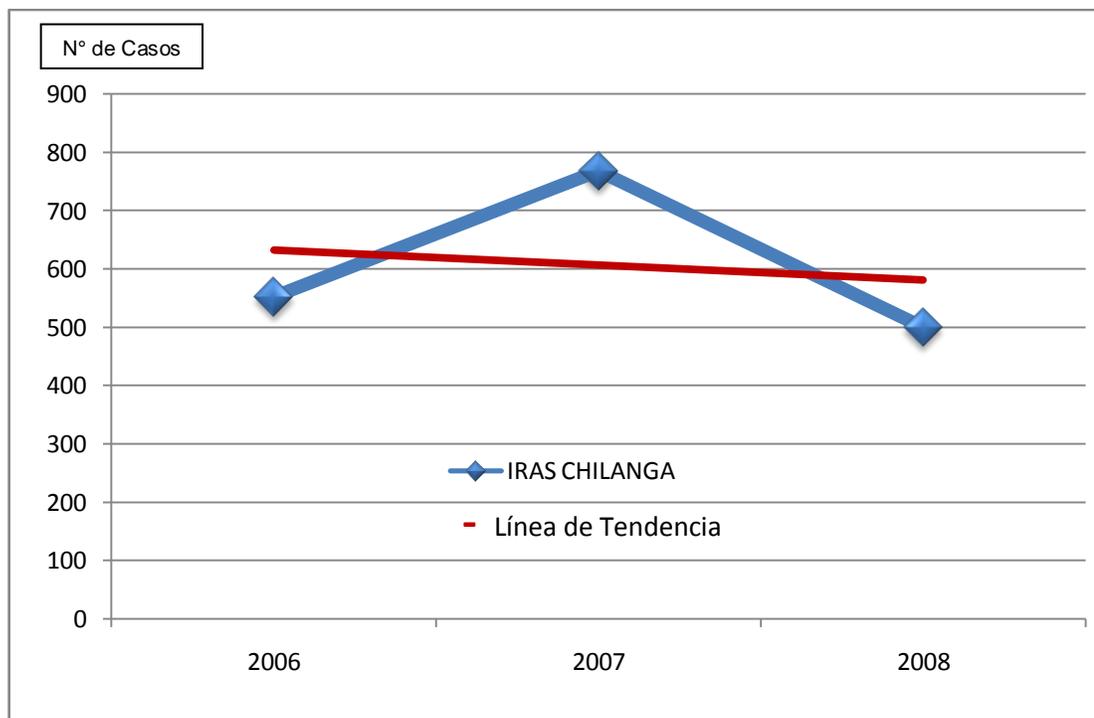
IRAS EN MENORES DE 5 AÑOS. CHILANGA, MORAZÁN.

IRAS	< 1 año		1 a 4 años		TOTAL
	M	F	M	F	
_2006	55	63	190	244	552
_2007	95	86	267	320	768
_2008	70	71	159	200	500

Fuente: SISNAVE, SIBASI Morazán.

GRÁFICA N° 45

IRAS EN MENORES DE 5 AÑOS. CHILANGA, MORAZÁN.



Fuente: Cuadro N° 43

ANEXO N° 54

CUADRO N° 44

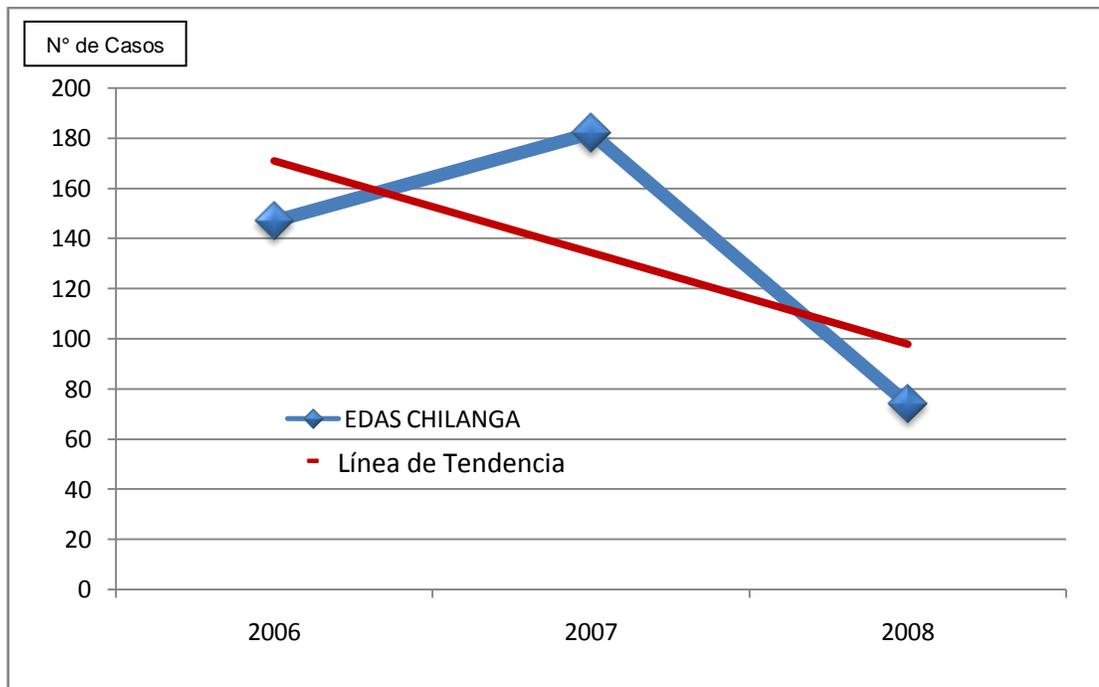
EDAS EN MENORES DE 5 AÑOS. CHILANGA, MORAZÁN.

EDAS	< 1 año		1 a 4 años		TOTAL
	M	F	M	F	
_2006	14	17	59	57	147
_2007	27	27	52	76	182
_2008	16	13	23	22	74

Fuente: SISNAVE, SIBASI Morazán.

GRÁFICA N° 46

EDAS EN MENORES DE 5 AÑOS. CHILANGA, MORAZÁN.



Fuente: Cuadro N° 44

ANEXO N° 55

CUADRO N° 45

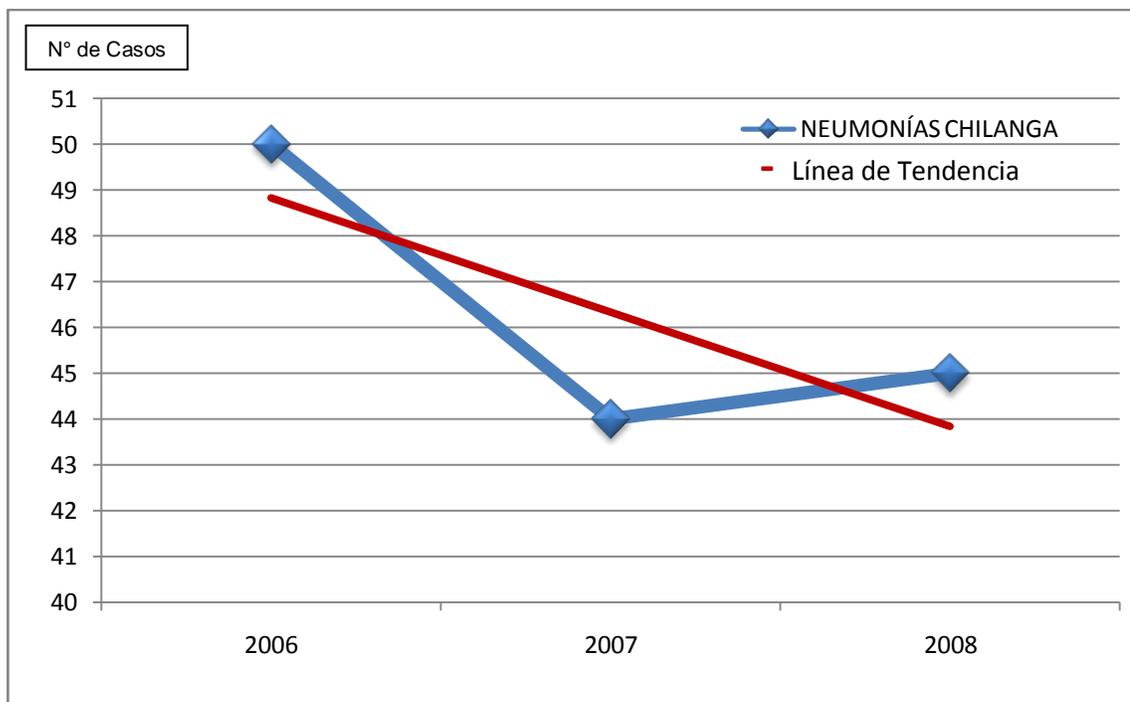
NEUMONÍAS EN MENORES DE 5 AÑOS. CHILANGA, MORAZÁN.

NEUMONÍAS	< 1 año		1 a 4 años		TOTAL
	M	F	M	F	
2006	8	7	23	12	50
2007	11	10	11	12	44
2008	18	8	11	8	45

Fuente: SISNAVE, SIBASI Morazán.

GRÁFICA N° 47

NEUMONÍAS EN MENORES DE 5 AÑOS. CHILANGA, MORAZÁN.



Fuente: Cuadro N° 45

ANEXO N° 56

CUADRO N° 46

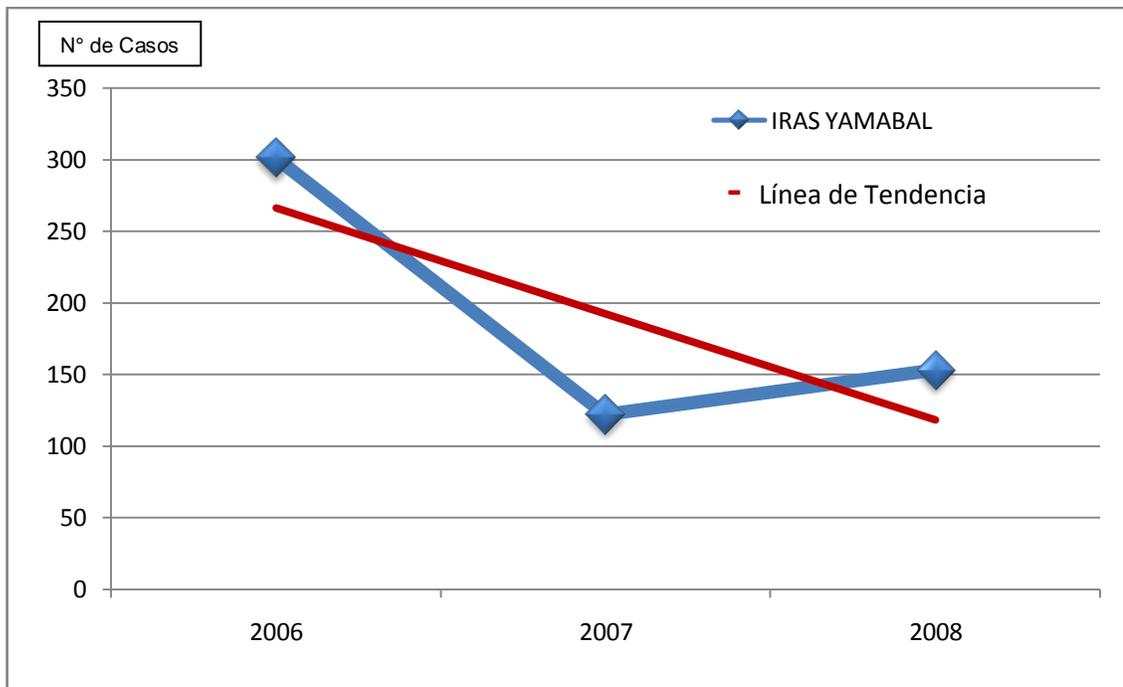
IRAS EN MENORES DE 5 AÑOS. YAMABAL, MORAZÁN.

IRAS	< 1 año		1 a 4 años		TOTAL
	M	F	M	F	
2006	34	26	107	134	301
2007	17	24	46	35	122
2008	7	18	61	67	153

Fuente: SISNAVE, SIBASI Morazán.

GRÁFICA N° 48

IRAS EN MENORES DE 5 AÑOS. YAMABAL, MORAZÁN.



Fuente: Cuadro N° 46

ANEXO N° 57

CUADRO N° 47

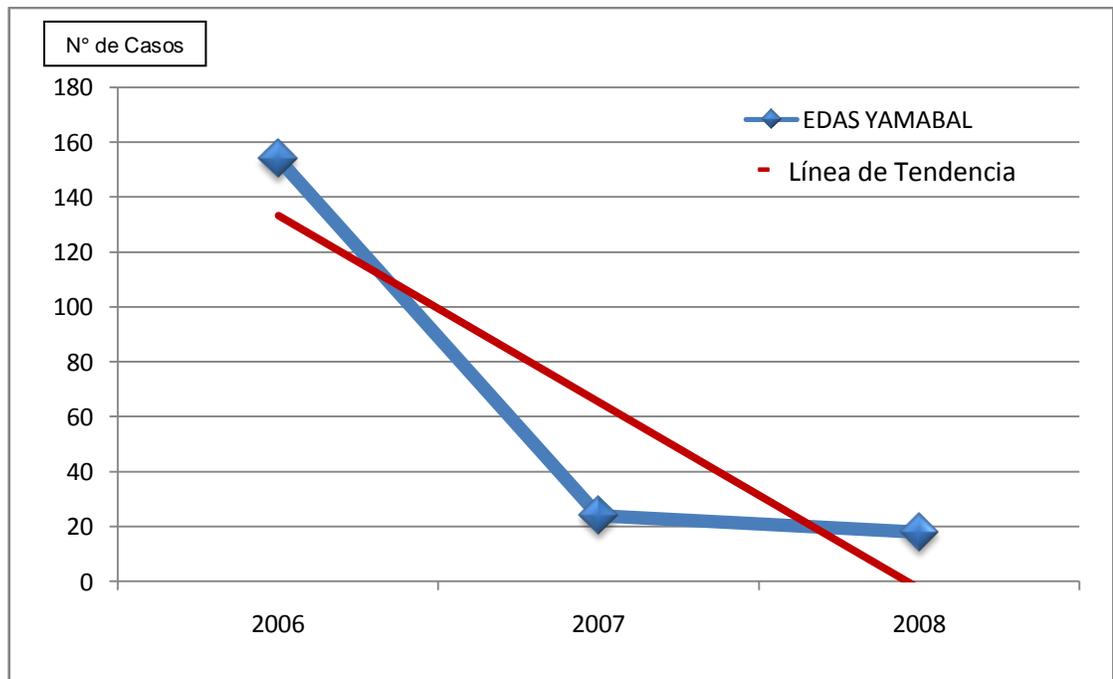
EDAS EN MENORES DE 5 AÑOS. YAMABAL, MORAZÁN.

EDAS	< 1 año		1 a 4 años		TOTAL
	M	F	M	F	
_2006	20	18	55	61	154
_2007	3	5	7	9	24
_2008	4	2	6	6	18

Fuente: SISNAVE, SIBASI Morazán.

GRÁFICA N° 49

EDAS EN MENORES DE 5 AÑOS. YAMABAL, MORAZÁN.



Fuente: Cuadro N° 47

ANEXO N° 58

CUADRO N° 48

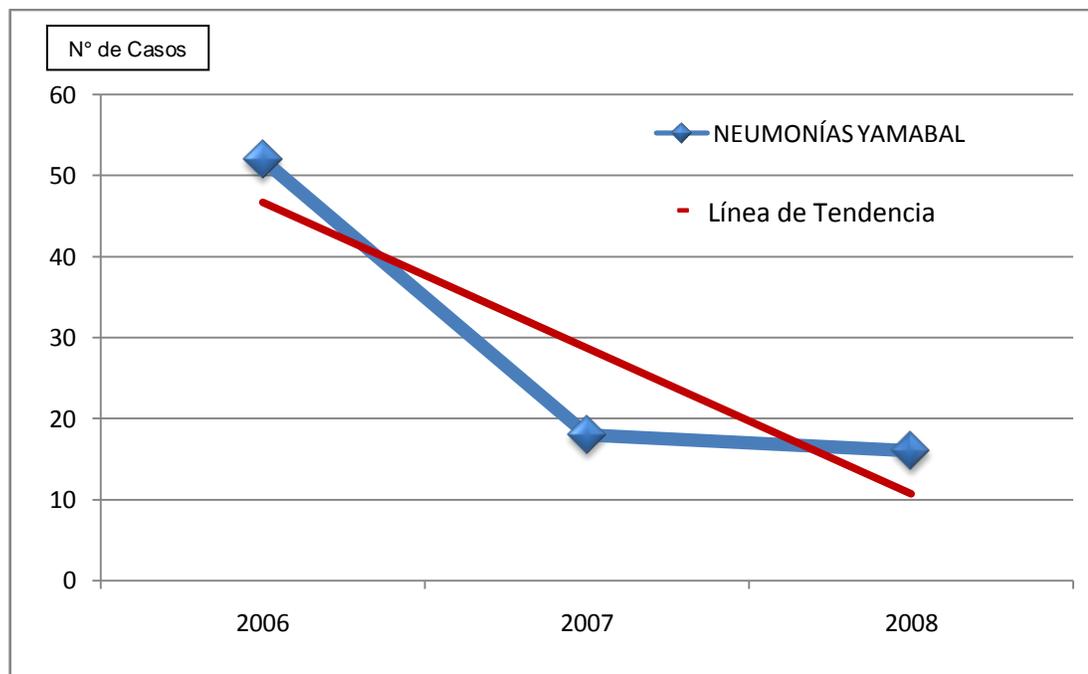
NEUMONÍAS EN MENORES DE 5 AÑOS. YAMABAL, MORAZÁN.

NEUMONÍAS	< 1 año		1 a 4 años		TOTAL
	M	F	M	F	
2006	8	15	15	14	52
2007	4	3	5	6	18
2008	2	3	4	7	16

Fuente: SISNAVE, SIBASI Morazán.

GRÁFICA N° 50

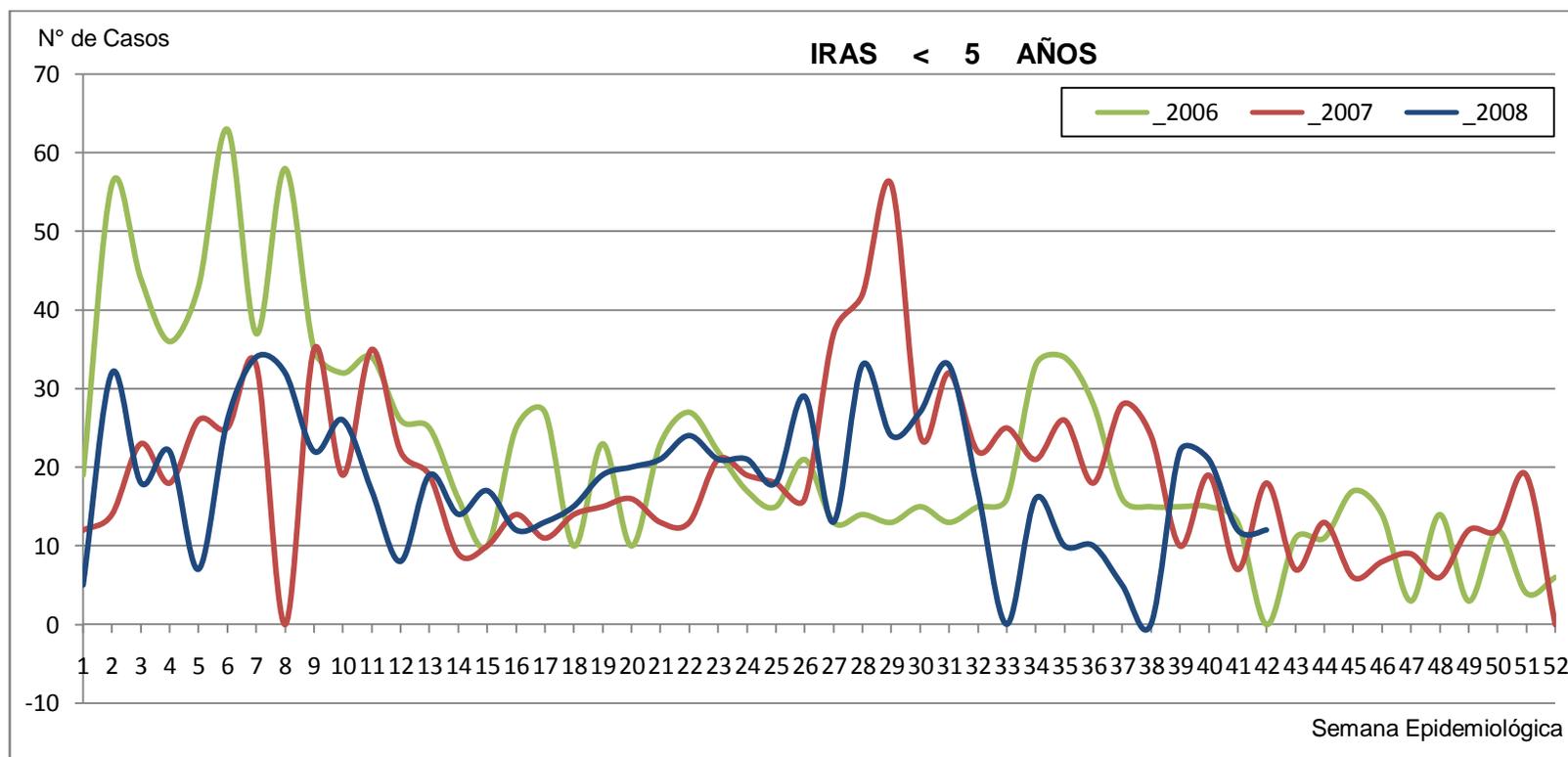
NEUMONÍAS EN MENORES DE 5 AÑOS. YAMABAL, MORAZÁN.



Fuente: Cuadro N° 48

ANEXO N° 59

**CURVA DE TENDENCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN MENORES DE 5 AÑOS
CONCEPCIÓN BATRES, USULUTÁN. FLUCTUACIÓN SEMANAL EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS (2006 – 2008).**

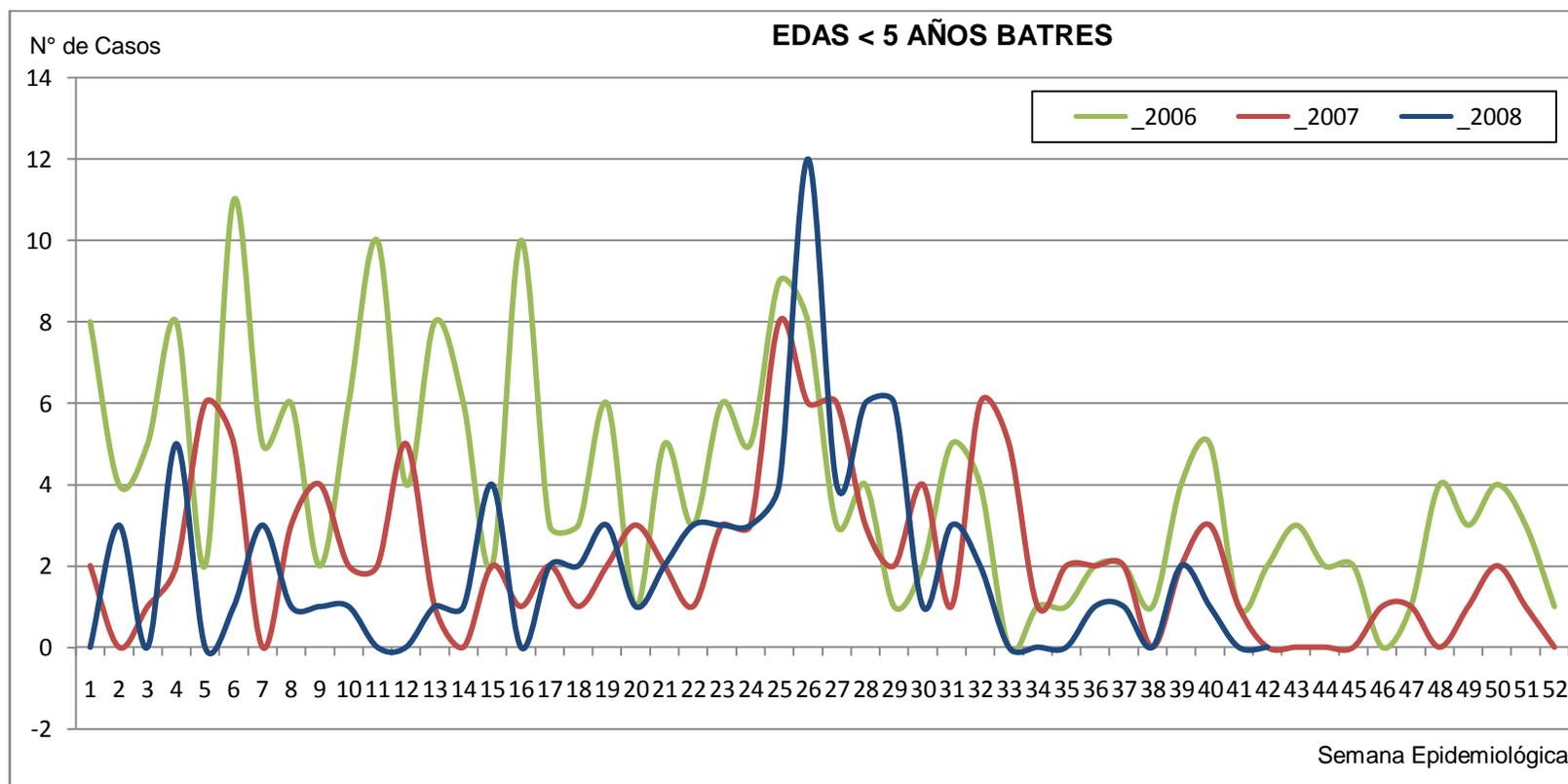


Fuente: SISNAVE, SIBASI Usulután.

ANEXO N° 60

CURVA DE TENDENCIA DE DIARREAS Y GASTROENTERITIS EN MENORES DE 5 AÑOS

CONCEPCIÓN BATRES, USULUTÁN. FLUCTUACIÓN SEMANAL EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS (2006 – 2008).

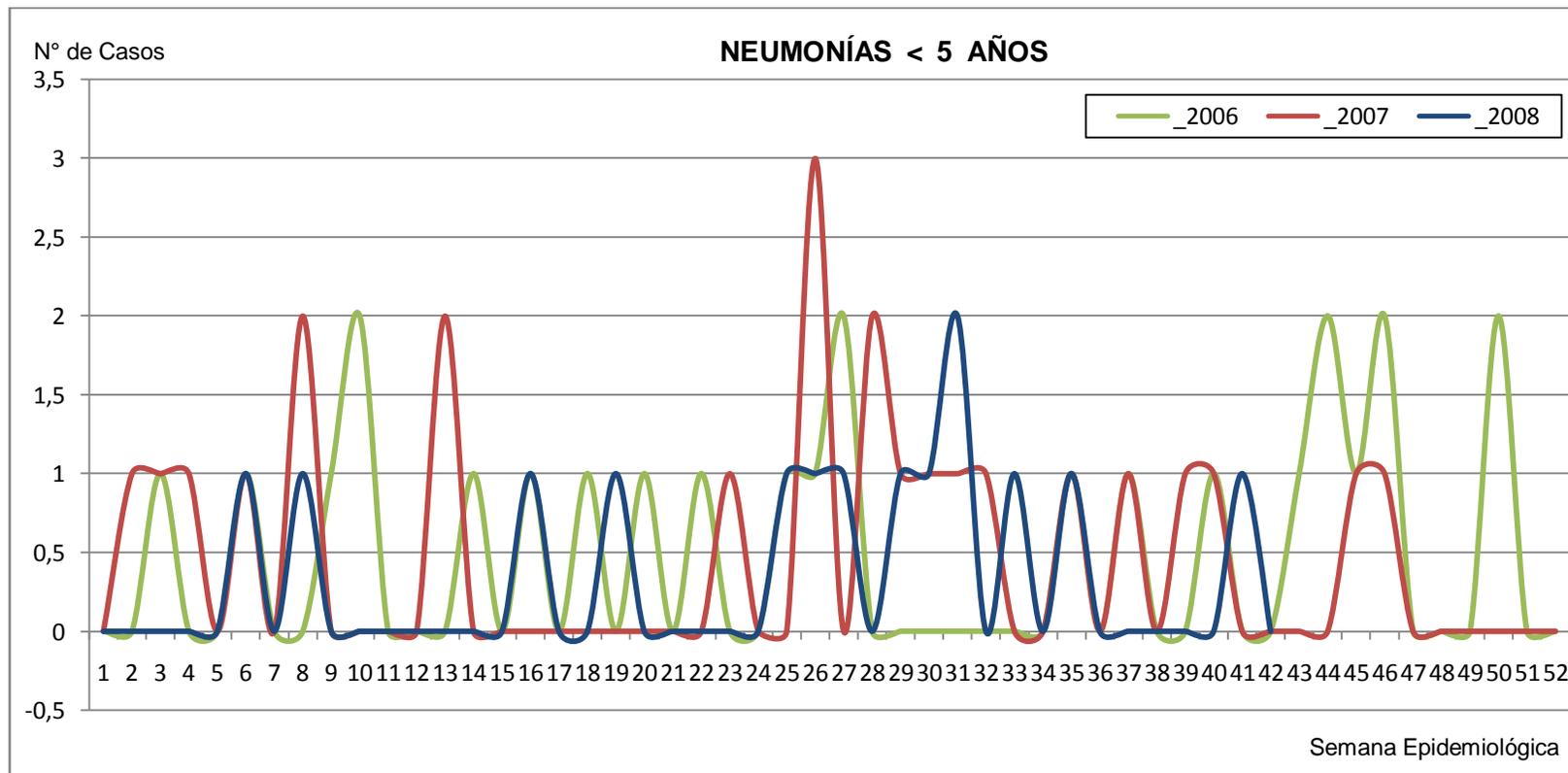


Fuente: SISNAVE, SIBASI Usulután.

ANEXO N° 61

CURVA DE TENDENCIA DE NEUMONÍAS EN MENORES DE 5 AÑOS

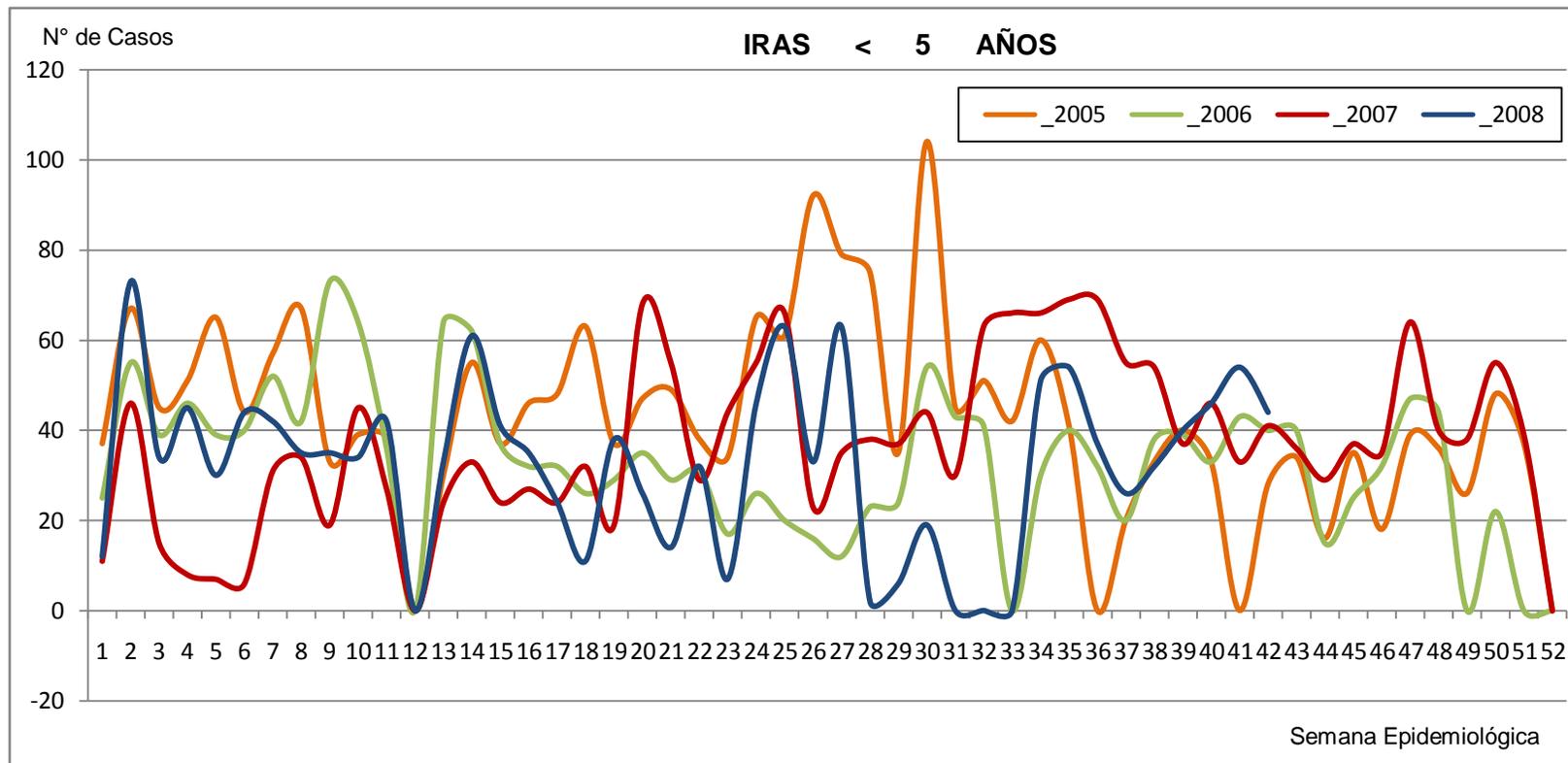
CONCEPCIÓN BATRES, USULUTÁN. FLUCTUACIÓN SEMANAL EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS (2006 – 2008).



Fuente: SISNAVE, SIBASI Usulután.

ANEXO N° 62

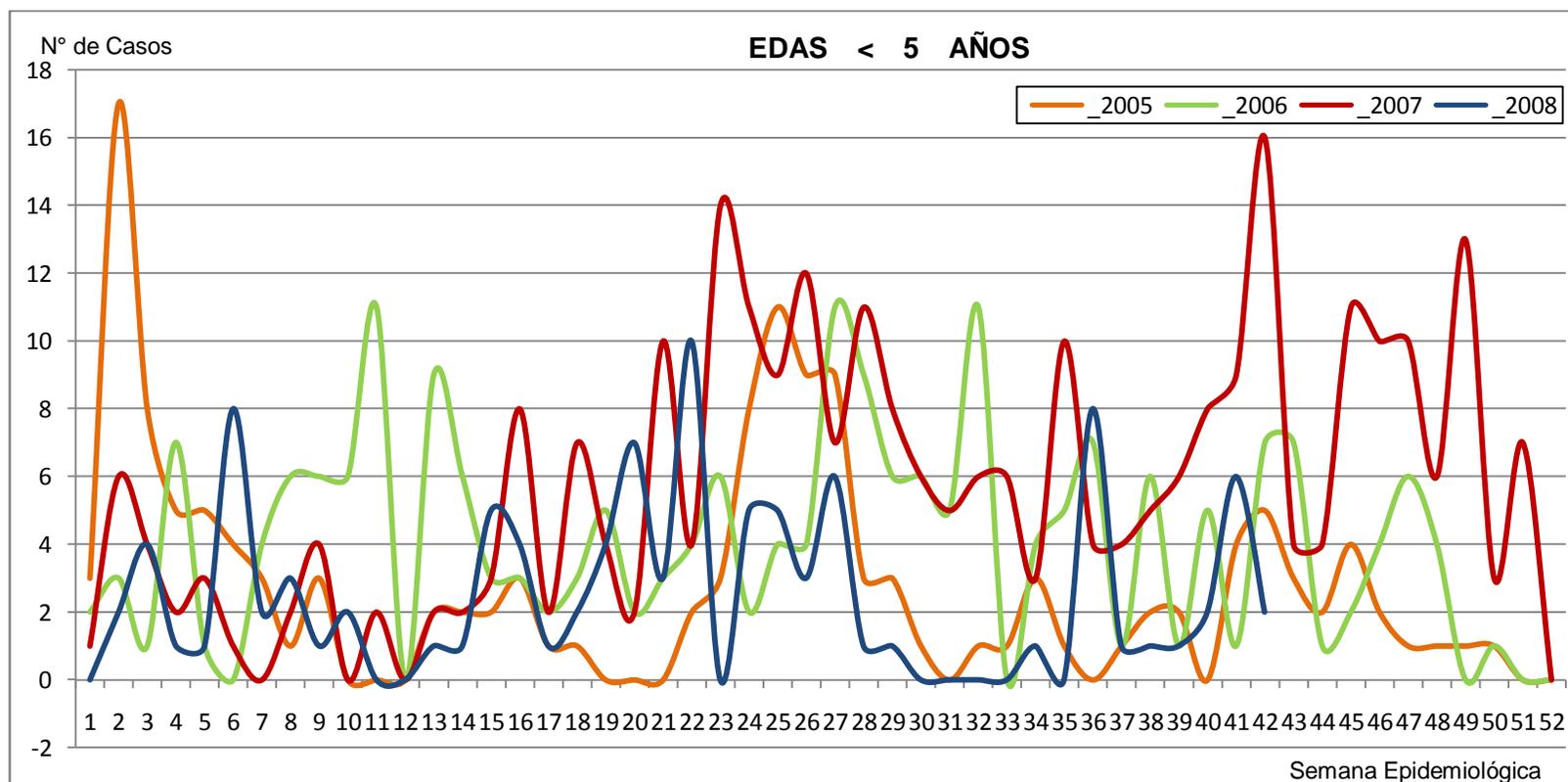
CURVA DE TENDENCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN MENORES DE 5 AÑOS
CHILANGA, MORAZÁN. FLUCTUACIÓN SEMANAL EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS (2005 – 2008).



Fuente: SISNAVE, SIBASI Morazán.

ANEXO N° 63

CURVA DE TENDENCIA DE DIARREAS Y GASTROENTERITIS EN MENORES DE 5 AÑOS
CHILANGA, MORAZÁN. FLUCTUACIÓN SEMANAL EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS (2005 – 2008).

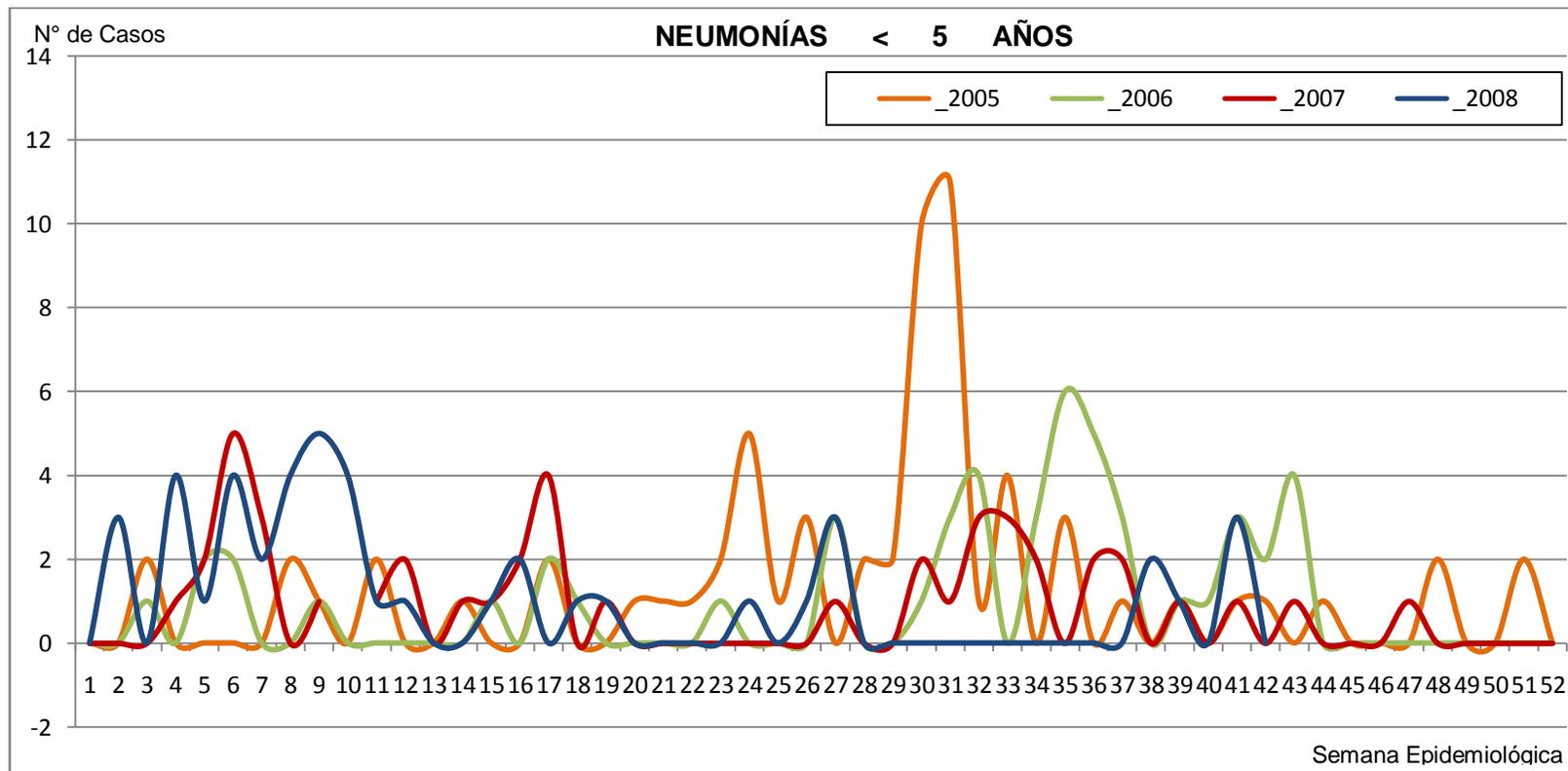


Fuente: SISNAVE, SIBASI Morazán.

ANEXO N° 64

CURVA DE TENDENCIA DE NEUMONÍAS EN MENORES DE 5 AÑOS

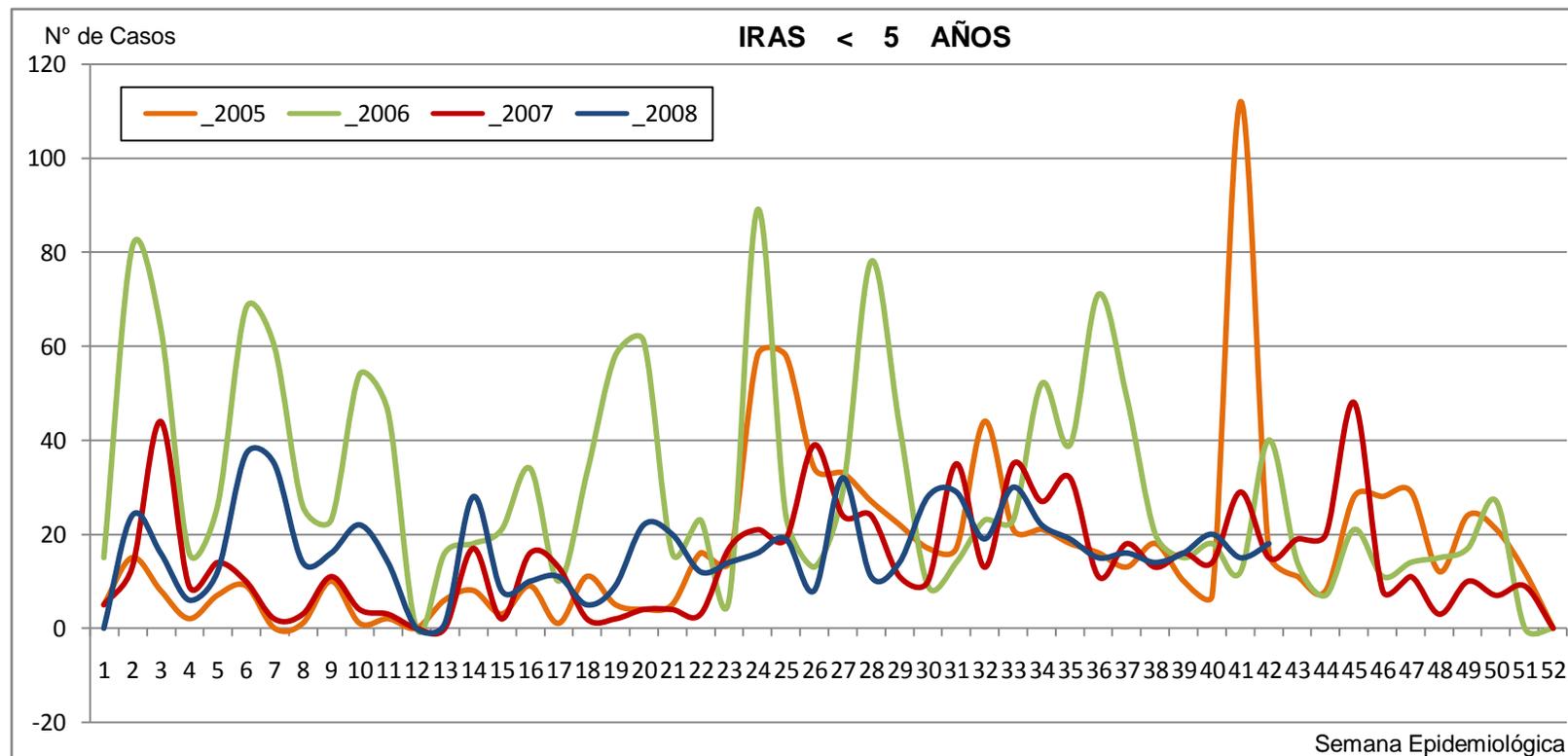
CHILANGA, MORAZÁN. FLUCTUACIÓN SEMANAL EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS (2004 – 2008).



Fuente: SISNAVE, SIBASI Morazán.

ANEXO N° 65

CURVA DE TENDENCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN MENORES DE 5 AÑOS
YAMABAL, MORAZÁN. FLUCTUACIÓN SEMANAL EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS (2005 – 2008).

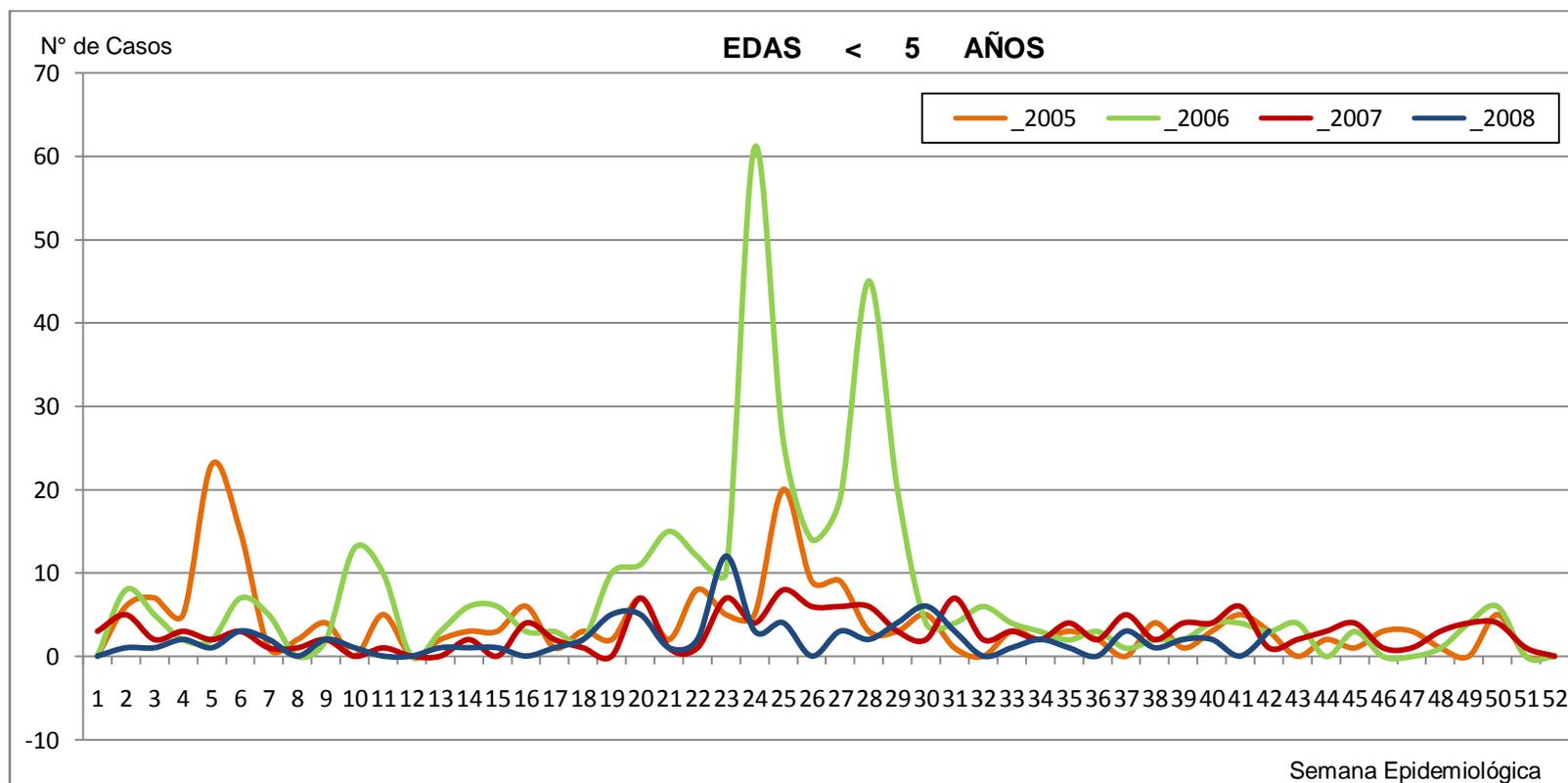


Fuente: SISNAVE, SIBASI Morazán.

ANEXO N° 66

CURVA DE TENDENCIA DE DIARREAS Y GASTROENTERITIS EN MENORES DE 5 AÑOS

YAMABAL, MORAZÁN. FLUCTUACIÓN SEMANAL EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS (2005 – 2008).

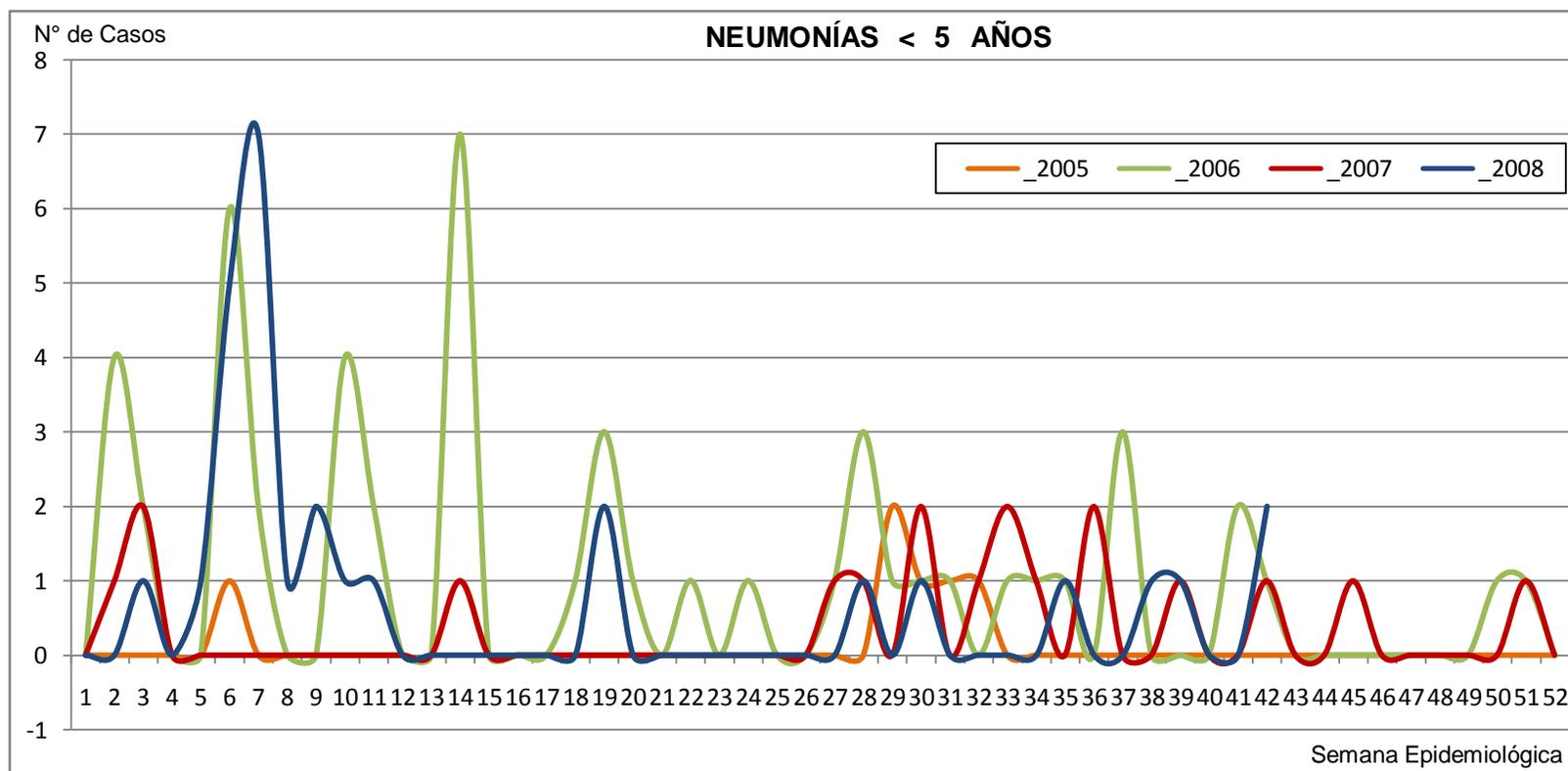


Fuente: SISNAVE, SIBASI Morazán.

ANEXO N° 67

CURVA DE TENDENCIA DE NEUMONÍAS EN MENORES DE 5 AÑOS

YAMABAL, MORAZÁN. FLUCTUACIÓN SEMANAL EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS (2005 – 2008).



Fuente: SISNAVE, SIBASI Morazán.

ANEXO N° 68

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDICCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
CARRERA DE DOCTORADO DE MEDICINA**

El Cuestionario está dirigido al personal de salud que labora con la Aplicación de la Estrategia AIEPI en las Unidades de salud de Chilanga y Yamabal, Morazán y Concepción Batres, Usulután, en el periodo de Enero a Septiembre de 2008.

Nombre: _____

Tiempo de Servicio: _____ Sexo: _____

Medico: _____ Licenciada en Enfermería: _____ Técnico en Enfermer: _____

OBJETIVO:

Obtener información necesaria para realizar el análisis de la aplicación de la estrategia AIEPI y su influencia en la morbilidad infantil en las Unidades de salud de Chilanga y Yamabal, Morazán y Concepción Batres, Usulután.

- 1) En caso de marasmo cual es el tratamiento
 - a) Referir al hospital urgentemente
 - b) Evaluar en 30 días
 - c) Dejar exámenes de laboratorio
 - d) Indicar a la madre cuando volver de inmediato

- 2) Si la talla se encuentra en el canal arriba de mas 3 en la desviación estándar, la clasificación es:
 - a) No tiene sobrepeso ni obesidad
 - b) Problema de obesidad
 - c) Problema de sobrepeso

- 3) En la evaluación de crecimiento del niño (a) la tendencia adecuada según la tabla de desviación estándar, es la siguiente:
 - a) Cuando tiene tendencia horizontal
 - b) Cuando tiene tendencia vertical
 - c) Cuando tiene tendencia ascendente

- 4) En la consejería, al acompañante o a la madre de un niño(a) de 8 meses de edad la consejería correcta respecto a la alimentación es la siguiente:
 - a) Dar de mamar 12 veces en 24 horas
 - b) Dar de mamar 8 veces en 24 horas
 - c) Dar de mamar 6 veces en 24 horas
 - d) Dar comida 3 veces al día
- 5) A la madre de un niño(a) de 0 a 8 días respecto a la alimentación, en la consejería se recomienda lo siguiente:
 - a) Dar leche en biberones
 - b) Dar comidas ralas para evitar las diarreas
 - c) Dar miel de abeja para limpiar en estomago
 - d) Dar comidas espesas
 - e) Ninguna de las anteriores
- 6) En caso de un (a) niño(a) con diarrea, se le recomienda a la madre lo siguiente:
 - a) Consumir alimentos en grandes cantidades
 - b) Dar sodas para entonar el estomago
 - c) Dar leche en polvo
 - d) Ofrecer alimentos en pequeñas cantidades
- 7) Cuando un (a) niño(a) presenta problemas respiratorios las indicaciones que se le brindan a la madre son las siguientes:
 - a) Dar alimentos ácidos, como limón
 - b) Aumentar la ingesta de líquidos
 - c) No dar alimentos fritos
- 8) La cita para evaluar niños(a) con problemas de obesidad es en :
 - a) 1 mes
 - b) 10 días
 - c) 2 meses
 - d) 3 meses
- 9) Cuando los niños (as) menores de 6 meses presentan cólicos, lo correcto es:
 - a) Dar refresco artificial
 - b) Explicar a la madre como sacar el aire
 - c) Dar a la madre chocolate
 - d) Dar coliflor, repollo y rábano
- 10) ¿Cuáles son los primeros alimentos que se deben brindar a los niños (as) mayores de 6 meses de edad?
 - a) Papillas y puré
 - b) Comidas ralas
 - c) Sopas de arroz
 - d) Gerber

- 11) Al tratar al niño(a) de 8 días a menor de 2 meses de edad y clasificar como enfermedad muy grave su tratamiento es:
- Referir urgentemente al hospital mas cercano
 - Proporcionar tratamiento según infección encontrada
 - Revisar el esquema de vacunación
- 12) Al tratar al niño(a) de 8 días a menor de 2 meses y clasificado con infección local ¿Cuándo deberá volver a consulta?
- 5 días
 - Cuando corresponda el próximo control
 - 2 días
- 13) Al tratar al niño(a) de 8 días a menor de 2 meses con cualquier problema de alimentación ¿Cuándo volverá a consulta de control?
- Referirlo a promotor de salud y/o voluntario AIN u otro personal de salud comunitaria y regresar en un máximo de 30 días
 - 2 meses
 - Referirlo a hospital mas cercano
 - Adelantar la Administrar vitamina A, Zinc y hierro
- 14) Al tratar al niño(a) de 8 días a menor de 2 meses de edad con clasificación de moniliasis oral ¿Cuándo volverá para su control?
- 5 meses
 - 5 días
 - 1 semana
- 15) Al evaluar y clasificar al niño de 2 meses a 4 años de edad como tos o resfriado su manejo es el siguiente:
- Referir urgentemente al hospital más cercano
 - Recomendar a la madre que continúe la lactancia materna
 - Administrar salbutamol
- 16) ¿Cuándo deberá volver a citar para evaluar un niño(a) de 2 meses a 4 años de edad con neumonía?
- Posterior al alta hospitalaria
 - Reevaluar en 2 días
 - Reevaluar en 5 días
- 17) Dosis de medicamento para neumonía :
- Amoxicilina 80 mg/kg/día cada 12 horas por 10 días.
 - Amoxicilina 80 mg/kg/día cada 12 horas por 7 días.
 - Amoxicilina 50mg/kg/día cada 8 horas por 5 días.

- 18) Dosis de medicamento para otitis media aguda:
- a) Amoxicilina 80 mg/kg/día cada 12 horas por 10 días.
 - b) Amoxicilina 80 mg/kg/día cada 12 horas por 7 días.
 - c) Trimetropim sulfametoxazol 10mg/kg/día cada 12 horas por 7 días
- 19) ¿Con cuántos de los siguientes síntomas se clasifica a un niño con diarrea: “DIARREA CON DESHIDRATACIÓN GRAVE”? letárgico o inconsciente, mama mal o no puede mamar, ojos hundidos, signo del pliegue cutáneo muy lento.
- a) 1 ó más_____
 - b) 2 ó más_____
 - c) 3 ó más_____
 - d) 4 _____
- 20) En un caso de Diarrea con Deshidratación Grave, la forma correcta de tratar es la siguiente:
- a) Rápido examen físico, referirlo urgentemente al hospital, canalizar vena e iniciar rehidratación, acompañar al paciente al hospital.
 - b) Hacer historia clínica y examen físico completo, tomar exámenes y referirlo al hospital.
 - c) Iniciar “Plan B” y evaluar cada hora, referirlo al hospital si en 4 horas no experimenta mejoría.
 - d) Tratar con el “Plan C” en el establecimiento.
- 21) La cita de reevaluación o seguimiento para un paciente con Disentería o Diarrea Persistente debe ser:
- a) En 5 días
 - b) en 3 días
 - c) Después de 24 horas
 - d) en 2 días
- 22) En un caso de disentería, el examen general de heces no reporta amibas, pensamos en:
- a) Giardiasis
 - b) Salmonelosis
 - c) Shigellosis
 - d) E. coli
- 23) El caso anterior lo tratamos con:
- a) TMP-SMZ x10d
 - b) Metronidazol x10d
 - c) TMP-SMZ x5d
 - d) Eritromicina x3d
- 24) En la prueba de heces teñida con azul de metileno, arriba de que valor de leucocitos y polimorfo nucleares se considera la diarrea de etiología bacteriana:
- a) Leucocitos > 10; PMN > 60%
 - b) Leucocitos > 15; PMN > 50%
 - c) Leucocitos > 15; PMN > 60%
 - d) Leucocitos > 10; PMN > 50%

- 25) En un paciente con sospecha de dengue clásico, al realizar la prueba de lazo, esta resulta positiva, el paciente lo clasificamos como:
- a) Dengue Clásico con Manifestaciones Hemorrágicas.
 - b) Sospecha de Dengue Hemorrágico.
 - c) Sospecha de Dengue Clásico con Manifestaciones Hemorrágicas.
 - d) Dengue Hemorrágico.
- 26) Un lactante menor de 1 año con erupción maculo-papular, cataratas, cardiopatías, sordera y púrpura trombocitopénica, lo clasificamos como:
- a) Rubeola Congénita.
 - b) Sospecha de Rubeola.
 - c) Sospecha de Rubeola Congénita.
 - d) Rubeola.
- 27) La cita de reevaluación o seguimiento para un paciente con enfermedad febril debe ser:
- a) En 1 día
 - b) en 3 días
 - c) En 5 días
 - d) en 2 días
- 28) En un paciente con otitis media crónica el manejo es el siguiente:
- a) ATB x10d + Analgésicos + Evaluación en 5 Días.
 - b) ATB x10d + Analgésicos + Secado de oído con mechas + Evaluación en 5 Días.
 - c) Secado de oído con mechas + Referencia al hospital para una mejor evaluación.
 - d) Referir urgentemente al hospital.
- 29) Un tratamiento recomendado para la infección bacteriana de garganta es el siguiente:
- a) Amoxicilina 50 mg/ Kg / día c/8hr X 7 días.
 - b) Penicilina Benzatínica 1.2 millones UI IM en dosis única.
 - c) Eritromicina 50 mg / Kg / día c/8hr X 7 a 10 días.
 - d) Amoxicilina 80 g / Kg / día c/12hr X 10 días.
- 30) En el área de problemas de la boca o mal aliento, a que pacientes se deben referir con odontología.
- a) Infección aguda o crónica.
 - b) Caries, Avulsión dental, estomatitis o hematoma.
 - c) Dientes Sanos con riesgo de Caries.
 - d) Dientes sanos sin riesgo de Caries.
 - e) Solo a y b
 - f) a, b y c
 - g) Todos.

- 31) Las Gráficas para la evaluación del Crecimiento de la guía están fabricadas en base a:
- a) Percentiles.
 - b) Desviaciones Medias.
 - c) Desviaciones Estándar.
 - d) Porcentajes.
- 32) ¿Cuál es la formula para calcular suero de rehidratación oral por kilogramo de peso en 4 horas?
- a) 25 ml/kg/4hr
 - b) 55 ml/kg/4hr
 - c) 75 litros/kg/4hr
 - d) 65 ml/kg/4hr
 - e) 75 ml/kg/4hr
- 33) En un niño con clasificación de diarrea sin deshidratación su tratamiento y control es:
- a) Suero de rehidratación oral, dimenhidrinato o metoclopramida y control en 2 días.
 - b) Plan B y control en 1 día.
 - c) Plan A, Zinc según edad y control en 24 horas
 - d) Plan A, Zinc según edad y control en 72 horas.
- 34) ¿Qué limitantes existen para la correcta aplicación de la estrategia AIEPI?
- a) _____
 - b) _____
 - c) _____
- 35) ¿Cuáles recomendaciones proporcionaría usted para mejorar la aplicación de la estrategia la AIEPI?
- a) _____
 - b) _____
 - c) _____

ANEXO N° 69.

TABLA DE FRECUENCIAS. ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL DE SALUD.

N° DE PREGUNTA	CORRECTO	INCORRECTO
1	24	0
2	6	18
3	24	0
4	14	10
5	24	0
6	22	2
7	20	4
8	14	10
9	24	0
10	24	0
11	22	2
12	14	10
13	20	4
14	17	7
15	23	1
16	22	2
17	21	3
18	15	9
19	5	19
20	17	7
21	10	14
22	18	6
23	9	15
24	9	15
25	3	21
26	11	13
27	6	18
28	6	18
29	6	18
30	9	15
31	15	9
32	16	8
33	19	5
Total de Respuestas	518	274