

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



TRABAJO DE INVESTIGACION

EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA ATENCION INTEGRADA A
LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA, EN LA
UNIDAD DE SALUD EL MOLINO, DEPARTAMENTO DE
USulután
PERIODO DE ENERO 2002 A OCTUBRE DE 2003

PRESENTADO POR:

ALICIA ELIZABETH GUEVARA HERNANDEZ
ROSA MELINA HERNANDEZ APARICIO
EVELYN YANETH HENRIQUEZ

PARA OPTAR AL GRADO DE:
DOCTORADO EN MEDICINA

DOCENTE DIRECTOR:
DRA. MIRIAN PATRICIA CHAVEZ JAIME

DICIEMBRE DE 2003

SAN MIGUEL

EL SALVADOR

CENTRO AMERICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES

DRA. MARIA ISABEL DE RODRÍGUEZ
RECTORA

ING. JOAQUIN ORLANDO MACHUCA GÓMEZ
VICERRECTOR ACADÊMICO

CARMEN ELIZABETH RIVAS
VICERRECTORA ADMINISTRATIVA

LIC. MARGARITA MUÑOS VELA
SECRETARIA GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

ING. JUAN FRANCISCO MÄRMOL CANJURA
DECANO INTERINO

LIC. LOURDES ELIZABETH PRUDENCIO
SECRETARIA GENERAL

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

DRA. NORMA OZIRIS SÁNCHEZ DE JAIME
JEFE DEL DEPARTAMENTO

DR. SAÚL PEREZ GARCIA
JEFE DEL CICLO CLÍNICO

LIC. ELBA MARGARITA BERRIOS CASTILLO
COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN

DRA. MIRIAN PATRICIA CHAVEZ JAIME
DOCENTE DIRECTOR

ING. HERBERTH ANTONIO GONZALES
ASESOR DE ESTADÍSTICA

LIC. ELBA MARGARITA BERRIOS CASTILLO
ASESORA DE METODOLOGIA

AGRADECIMIENTOS

A DIOS TODOPODEROSO:

Por estar con nosotras a lo largo de nuestra carrera, por iluminar nuestra mente , darnos sabiduría y aliento, y permitirnos haber alcanzado este triunfo.

Gracias a El por nuestros logros los cuales les pertenecen.

“Por el camino de la sabiduría te he encaminado, y por veredas derechas te he hecho andar”

Prov. 4-11

A NUESTRA FAMILIA:

Por todo el sacrificio y amor.

A NUESTROS DOCENTES DIRECTORES:

Lic. Elba Margarita Berrios Castillo, Dra. Miriam Patricia Chávez Jaime e Ing. Herbert Gonzales por ayudarnos en nuestra formación académica.

A LA UNIDAD DE SALUD DE EL MOLINO, departamento de Usulután:

por permitirnos realizar nuestro trabajo de investigación.

**AL HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS, DE LA CIUDAD DE
SAN MIGUEL:**

Por ser la fuente de nuestro aprendizaje

DEDICATORIA

AL SEÑOR Y DIOS DE MI VIDA:

Que me guió y dio fuerzas para alcanzar mi meta.

A MIS PADRES:

José Felicito Guevara y María Tomasa Hernández por su amor, esfuerzo y confianza brindada.

A MIS HERMANOS:

Con amor fraternal por brindarme su apoyo incondicional.

A MIS COMPAÑERAS DE TESIS:

Con mucho cariño, por permitirme compartir su amistad durante nuestra formación académica.

A TODOS MIS MAESTROS COMPAÑEROS Y AMIGOS:

Con mucho respeto y cariño.

Alicia.

DEDICATORIA

A DIOS TODOPODEROSO:

**Por ayudarme en el sendero de mi vida, darme amor, fuerza y confianza y permitirme haber alcanzado esta meta, ya que solamente por El soy lo que soy
Y mi triunfo le pertenece.**

A MIS PADRES:

Francisca Digna Aparicio y Manuel Antonio Hernández por darme su amor, fortaleza y apoyo para poder culminar mi carrera.

A MEYBI:

Por darme su cariño, respeto, comprensión.

A MIS HERMANOS:

Tony, Edward, Gerardo y Ernesto con amor fraternal por su cariño y respeto.

A MIS COMPAÑERAS DE TESIS:

Por permitirme compartir durante nuestra formación académica.

A MIS MAESTROS Y AMIGOS:

Con mucho cariño y respeto.

Melina

DEDICATORIA

A MI PADRE CELESTIAL:

Por iluminar mi mente, darme sabiduría, salud y ser mi guía intelectual al a lo largo de mi vida.

A MIS PADRES:

Gregorio Majano (Q.D.D.G), y Berta Alicia Henriquez por todo su sacrificio y amor.

A MI HIJA.

Ruth Alicia por todo su amor y comprensión.

A MIS HERMANOS:

Gloria, Heidi, Roy, William, Carlos e Isis, por todo su cariño y apoyo.

A MIS COMPAÑERAS DE TESIS:

Alicia y Melina, por brindarme apoyo cuando más lo necesitaba y por su amistad sincera.

A MIS SOBRINOS:

Cristian, Franklin, Gérson, Geysel, Mariela, Manrobin y Gregorick con todo mi amor.

MIS MAESTROS COMPAÑEROS Y DEMÁS FAMILIA:

Con cariño.

Evelyn

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁG.
RESUMEN.....	xvii
INTRODUCCIÓN.....	xix
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
ANTECEDENTES DE LA PROBLEMÁTICA.....	23
ENUNCIADO DEL PROBLEMA.....	25
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.....	26
OBJETIVO GENERAL.....	26
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1ESTRATEGIA ATENCION INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA.....	28
2.2IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA.....	31
2.2.1COMPENENTES DE LA IMPLEMENTACIÓN.....	32
2.3NIÑOS SANOS: LA META DEL 2002.....	34
2.4 EVALUACIÓN DE AIEPI EN OTROS PAÍSES.....	35
2.5 APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA.....	38
2.5.1EVALUAR Y CLASIFICAR AL RECIÉN NACIDO.....	38
2.5.2ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO MENOR DE 2 MESES.....	41
2.5.3 EVALUAR Y CLASIFICAR AL NIÑO DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD.....	42
2.5.4 PROPORCIONAR ATENCIÓN DE REEVALUACION.....	45

2.5.5 EVALUAR LA ALIMENTACION DEL NIÑO SANO.....	47
2.5.6 ACONSEJAR A LA MADRE SOBRE SU PROPIA SALUD.....	47
DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BASICOS.....	48

CAPITULO III: SISTEMA DE HIPOTESIS

3.1 HIPOTESIS DE TRABAJO.....	52
3.2 HIPOTESIS ESPECÍFICA.....	52
3.3 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES EN INDICADORES.....	53

CAPITULO IV: DISEÑO METODOLOGICO

4.1 TIPO DE INVESTIGACION.....	57
4.2 UNIVERSO.....	58
4.3 MUESTRA.....	58
4.4 TIPO DE MUESTREO.....	60
4.5 TÉCNICAS DE OBTENCION DE LA INFORMACION.....	60
4.6 INSTRUMENTOS.....	60
4.7 PROCEDIMIENTOS.....	61

CAPITULO V: PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1 ANÁLISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS.....	64
--	----

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES.....	88
RECOMENDACIONES.....	90

BIBLIOGRAFIA.....	91
--------------------------	-----------

ANEXOS:

1. Croquis del area de influencia.....	94
2. Cronograma de actividades.....	95
3. Cronograma específico de la ejecución.....	96
4. Siglas utilizadas.....	97
5. Guía de entrevista dirigida al personal.....	98
6. Hoja de inscripcion de aiepi.....	101
7. hoja subsecuente de aiepi.....	102
8. Grafica de crecimiento peso/edad/niños.....	103
9. Grafica de crecimiento peso/talla/perimetro cefalico/niños.....	104
10. Grafica de crecimiento peso/edad/niñas.....	105
11. Grafica de crecimiento peso/talla/niñas.....	106
12. Plan A.....	107
13. Plan B.....	108
14. Plan C.....	109
15. Recomendaciones para el niño sano o enfermo.....	110
16. Consejos a la madre sobre problemas de alimentación del niño.....	111

RESUMEN

En la Unidad de Salud El Molino departamento de Usulután se realizó una investigación sobre la estrategia AIEPI, durante abril a octubre del año 2003.

La investigación consistió en evaluar los resultados de la estrategia AIEPI aplicada a 253 niños y niñas menores de 5 años durante el año 2002; cuyos objetivos fueron determinar el efecto que la estrategia AIEPI a tenido en los índices de morbi-mortalidad infantil en la población en estudio, establecer el conocimiento básico sobre la estrategia en el personal que la aplica identificar los factores que intervienen en la ejecución de la estrategia y verificar las condición actual de los niños y niñas que fueron atendidos en el 2002.

La investigación fue retrospectiva, bibliográfica, comparativa y de campo. Con los resultados obtenidos se elaboraron cuadros y gráficos llegando a los siguientes resultados no se reportó ningún caso de mortalidad infantil durante el año 2002, pero si hubo un incremento en los índices de morbilidad para infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas y desnutrición ; el parasitismo intestinal tuvo una ligera disminución y las neumonías disminuyeron en forma considerable. En relación al conocimiento que el personal tiene sobre la estrategia se encontró que todos conocen de alguna forma la estrategia pero no en su totalidad, ya que solo el 43 % a recibido capacitación, además todo el personal que aplica la estrategia considera a los factores socio-culturales, tiempo disponible, disponibilidad de recursos humanos y disponibilidad de recursos materiales indispensables para la aplicación de la misma. En cuanto a la condición de salud actual de los niños en estudio encontramos que el 39.92% estaban completamente sanos, y que comparando el diagnostico inicial durante la primera evaluación con la estrategia con la condición de salud actual hay unas ligera

disminución de la desnutrición, infecciones respiratorias agudas, parasitismo intestinal ,
enfermedades diarreicas agudas y neumonías.

INTRODUCCIÓN

La estrategia Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) es una herramienta que nació como una inquietud por parte de la Organización Mundial de la Salud ante el alto índice de morbi- mortalidad de niños y niñas menores de cinco años de edad, se detectó que esta población era la mayormente afectada por enfermedades infecciosas, gastrointestinales, respiratoria, inmunoprevenibles y desnutrición.

En el presente trabajo de investigación se realizó sobre la evaluación de la estrategia AIEPI en la Unidad de Salud El Molino de Enero a Diciembre del 2002.

El documento se ha estructurado en seis capítulos los cuáles se detallan a continuación:

Capitulo I , trata sobre el planteamiento del problema, la justificación donde se plantea las razones que motivaron al grupo a realizar esta investigación, se incluyen los objetivos generales y específicos los cuales sirvieron de guía para dar respuestas a las interrogantes.

En el capitulo II se presenta el marco teórico los antecedentes del problema y la base teórica; en la que se sustenta la teoría obtenida a través de diferentes fuentes de investigación y la definición de términos básicos.

El capitulo III: incluye el sistema de hipótesis con sus respectivas operacionalización de variables e indicadores que dan respuesta al fenómeno estudiado.

En el capítulo IV se expone la metodología de investigación: el tipo de investigación, universo poblacional, la muestra y el muestreo utilizado. También se mencionan los métodos las técnicas e instrumentos y además el procedimiento que se desarrollo durante el proceso de investigación.

En el capítulo V se presenta la tabulación, el análisis y la interpretación de datos con sus respectivas graficas.

En el capítulo VI se encuentran las conclusiones y recomendaciones que surgen después del análisis e interpretación de datos, también las referencias bibliográficas que se utilizaron como fuente de información y se finaliza con los anexos.

CAPITULO I
PLATEAMIENTO DEL PROBLEMA

1 . PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .

1 . 1 ANTECEDENTES

La atención de salud de los pobladores del Barrio El Molino de la ciudad de Usulután, fue por muchos años responsabilidad del Hospital Nacional San Pedro, hasta 1979 año en que fue fundado el puesto de salud, el cuál funcionaba en una casa de habitación proporcionada por sus propietarios. El personal asignado en ese entonces consistía en una auxiliar de enfermería, una secretaria y tres peones de cuadrilla, las atenciones a las personas se limitaban a consultas de enfermería, aplicación de inyecciones, curaciones, vacunación programada en campañas y visitas domiciliarias, cabe mencionar que el área geográfica de influencia (AGI) estaba compuesta por tres colonias y un cantón, las cuales son: Barrio El Molino, Colonia Córdoba, Colonia El Naranjo y el cantón Santa Bárbara, actualmente además de las anteriores brinda atención médica a colonia El Milagro 1, residencial Don Bosco, residencial Pradera, colonia El Milagro 2, colonia Río Rosa.

La población en términos estadísticas crecía, así como también sus problemas de salud, por lo que en 1987 fue asignada una Unidad Móvil Rural, la cuál transportaba un médico y una enfermera, una o dos veces por semana, hasta el local de la Unidad de Salud, el desplazamiento de estos profesionales, permitía la implementación de estos programas de salud de carácter preventivo, tales como atención materna, atención al menor de 5 años y la detección precoz del cáncer cérvico uterino.

Ya que la mortalidad infantil se ubica entre los principales indicadores del desarrollo económico y social del país, ésta se ha constituido desde la década de los 90´

en una verdadera preocupación para los países de Latinoamérica, que durante del período de 1993 – 1998 fue de 35/1000 nacidos vivos y para el total de menores de 5 años es de 43/1000 lo cuál indica que 43 de cada mil niños nacidos vivos mueren antes de llegar a su quinto cumpleaños.

Con base a esta situación nace una inquietud por parte de organizaciones internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, para la creación de una estrategia que ayudara la detección de signos de peligro evitando así complicaciones que pudieran llevar a la muerte. Es así como a partir de 1996 lanzaron la estrategia AIEPI poniéndola en práctica en los países en desarrollo para promover el crecimiento saludable de los niños y niñas menores de 5 años de edad.

En la Unidad de Salud El Molino las capacitaciones para comenzar la estrategia se iniciaron a partir de septiembre de 2002, fecha en la cuál se capacitaron promotores y enfermeras para aplicar el AIEPI comunitario, en octubre del 2001 se iniciaron capacitaciones de AIEPI clínico el cuál consiste en evaluar con la estrategia a todos los niños y niñas menores de 5 años de edad que consultan al centro de salud, en las cuales participó el director de dicha unidad.

Es así como el grupo investigador enuncia el problema de la siguiente manera:

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son los resultados de la estrategia AIEPI en la Unidad de Salud El Molino departamento de Usulután en el período de enero a diciembre del 2002?

También se tratará de dar respuesta a las siguientes interrogantes específicas:

¿Se habrá logrado reducir los índices de morbi-mortalidad infantil a partir de la implementación de la estrategia?

¿Está el personal de salud capacitado para la ejecución de la misma?

¿Cuáles son los factores que intervienen en la ejecución de la estrategia?

¿En qué condición se encuentran los niños y niñas que fueron atendidos con esta herramienta en el período 2002?

1.3 DELIMITACION.

En el transcurso de la elaboración de nuestro estudio se presentó la epidemia de la neumonía, lo que implicó que se realizaran turnos extras, obstaculizando las reuniones de asesoramiento de tesis, así como el cumplimiento normal del cronograma de actividades que se habían programado en el protocolo.

Se presentó un desfase en la tabulación de datos debido a que no se había asignado un profesional de estadística que nos asesorara.

Para obtener información sobre el estado actual de los pacientes en estudio se tuvieron que hacer visitas domiciliarias y hubo algunos casos en que no se encontró al paciente porque este había cambiado de domicilio, dichos casos fueron descartados.

No se programaron actividades en días hábiles de la semana debido a que el espacio físico de la unidad de salud donde se realizó el estudio es bastante reducido, lo que dificultaba la revisión de expedientes clínicos.

1.4 JUSTIFICACIÓN

En El Salvador al igual que en otros países subdesarrollados, los índices de morbi-mortalidad infantil son elevados producto de las condiciones socioculturales y económicas que se reflejan principalmente en le área de salud.

La Estrategia Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia se implementó en junio de 1998 como una herramienta para disminuir estos índices y mejorar la calidad de vida de los infantes, en la actualidad no se encuentra documentación alguna que refleje cuál ha sido el verdadero impacto de la aplicación de esta, y si a partir de esa fecha se ha logrado reducir el índice de morbi-mortalidad infantil; por tal motivo es de mucho interés investigar si la estrategia ha alcanzado los resultados esperados como lo reflejan estudios realizados en otros países que también la han implementado, además verificar como se está desarrollando por parte del personal de salud y si este está adecuadamente capacitado. Por tal razón se decidió la realización de esta investigación tomando como muestra representativa usuarios menores de 5 años de edad atendidos en la Unidad de Salud El Molino de Departamento de Usulután durante el año 2002 demostrando de esta forma la realidad actual y el verdadero impacto de esta.

Y a la vez que sirva como orientación a futuros investigadores del tema.

1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.5.1 Objetivo General:

Evaluar los resultados de la Estrategia Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia en la Unidad de Salud el Molino departamento de Usulután período de enero a diciembre de 2002.

1.5.2 Objetivos específicos.

- Determinar el efecto que la estrategia AIEPI ha tenido en los índices de morbi- mortalidad infantil en la población en estudio.

- Establecer el conocimiento básico del personal que aplica la estrategia en la Unidad de Salud el Molino departamento de Usulután.

- Identificar los factores que intervienen en la ejecución de la estrategia.

- Verificar la condición de los niños y niñas que fueron atendidos durante el año 2002.

CAPITULO II
MARCO TEORICO

2. MARCO TEORICO

2.1 ESTRATEGIA ATENCIÓN INTEGRADA DE ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA.

La estrategia atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia conocida como AIEPI fue diseñada en 1992 para reducir la mortalidad y morbilidad asociada a las principales causas de enfermedades en la infancia y favorecer un adecuado crecimiento y desarrollo de niños menores de 5 años en todo el mundo a través de capacitación, información y educación ; la estrategia fue presentada en las Américas a inicio de 1996, a mediados del 2001 AIEPI había sido adoptada en 15 países como son : Perú, Bolivia, Bogotá, El Salvador, Honduras, Costa Rica, Guatemala, Ecuador, Haití, Nicaragua, Venezuela, Uruguay, Paraguay, Chile, y México.

“En 1997 la secretaría de la salud de México a través del consejo nacional de vacunación implantó este programa con 4 componentes:

- Vacunación universal
- Prevención y control de enfermedades diarreicas
- Prevención y control de enfermedades respiratorias agudas.
- Nutrición.”¹

Vacunación Universal: La estrategia AIEPI aprovecha cualquier motivo de consulta a la Unidad de Salud para verificar el esquema de vacunación de

¹ Gonzalo Gutiérrez. Integración de los programas de salud para la atención del niño. Rev. n°1 agosto 1999 Pág. 2y3.

cada niño y de esta manera lograr que todos los niños y niñas menores de 5 años de edad cumplan con el siguiente esquema de vacunación:

EDAD	NACIMIENTO	2 MESES	4 MESES	6 MESES	12 MESES	15-18 MESES	4 AÑOS
VACUNA	BCG	Pentavalente VOP-1	Pentavalente VOP-2	Pentavalente VOP-3	SRP	DPT-R1 VOP-R1	DPT-R2. VOP-R2. SPR-R

Prevención y control de enfermedades diarreicas: a través de la educación a la madre sobre medidas que debe tomar para evitar la deshidratación en caso que el niño presente diarrea, recomienda dar consejería sobre medidas de higiene, AIEPI también trata la causa de base.

Prevención y control de enfermedades respiratorias agudas: mediante la consejería a la madre sobre la preparación y administración de medicamentos caseros.

Nutrición: cada visita de el niño al establecimiento de salud es aprovechada para evaluar el estado nutricional y alertar a la madre en caso de desnutrición, además proporciona hierro, vitamina A y brinda consejería sobre la lactancia materna.

La integración de los cuatro componentes tiene dos propósitos fundamentales:

A. Mejorar su impacto al implementarlos en forma simultanea en un mismo grupo de menores de 5 años de edad en enfoque de riesgo.

B. Mejorar su eficiencia y beneficio con relación al costo, mediante la mejor utilización de los recursos y el uso de tecnologías sencillas y de bajo costo.

El programa de atención a la salud del niño destaca tres estrategias:

- El acceso universal y gratuito.
- La capacitación del personal de salud del primer nivel de atención.
- La capacitación de la mujer.

Acceso universal y gratuito: todos los niños y niñas menores de 5 años de edad son beneficiados con este programa sin generar ningún costo para el usuario.

La capacitación del personal de salud de el primer nivel de atención:

Los cursos de capacitación cuentan con un promedio de 20 a 30 participantes se realiza durante 7 días, con un total de 70 horas académicas, distribuidas en 40% de horas practicas y 60% horas teóricas.

La capacitación de la mujer: Es uno de los pilares fundamentales de AIEPI, ya que brinda consejería a la madre sobre como prevenir enfermedades infecciosas y como intervenir oportunamente.

2.2. LA IMPLEMENTACION DE LA ESRATEGIA AIEPI.

La mortalidad infantil uno de los indicadores más utilizados para reflejar la situación de salud de los niños y niñas, ha registrado en la región de las Américas un continuo descenso, las cifras observadas en algunos países continúa siendo elevadas. “El análisis de las causas indica que en promedio una de cada tres muertes de niños menores de 1 año de edad se deben a causas para la cuales existen medidas de prevención, diagnostico precoz y tratamiento; y que esta situación se repite en niños de 1 a 4 años de edad ; las infecciones respiratorias agudas , diarrea y desnutrición están asociadas en gran parte a estas muertes y con otras enfermedades infecciosas como tuberculosis, malaria, dengue y enfermedades prevenibles por vacunación representan la tercera parte de las muertes infantiles de la región”². En algunos países llegan a ser responsables de más de la mitad de las muertes de niños menores de 5 años de edad.

En los últimos años la estrategia AIEPI se ha constituido en una de las principales intervenciones aplicadas por los países para el control de las enfermedades infecciosas en los niños. Si todos los niños y especialmente aquellos en los grupos más vulnerables a mayor riesgo tuvieran a su alcance, en su entorno inmediato o en los servicios de salud más cercanos una atención personal basada en la estrategia AIEPI, muchas muertes podrían evitarse. Estas muertes están actualmente asociadas a la carencia absoluta de atención, o a la atención inadecuada de los servicios disponibles, ya sea porque el personal de salud no está capacitado o por falta de suministros esenciales como los medicamentos; también están asociadas a la consulta tardía, por el desconocimiento de los padres o cuidadores de los signos de alarma, frente a los cuales se debe reaccionar inmediatamente buscando el

² M.Roses.AIEPI: “Avanzando en la implementación” revista n°2 noticias sobre aiepi diciembre de 1999 Págs. 1 y 20.

contacto con los servicios o personal de salud. Factores de riesgo como la falta de vacunación, o la desnutrición así condiciones deficientes de saneamiento en el hogar, falta de higiene en la alimentación , corta duración o ausencia de lactancia materna, también contribuyen a hacer que los episodios de enfermedad sean más frecuentes y más graves poniendo en mayor riesgo la vida de los niños.

La capacitación del personal de salud, en particular de aquel que se desempeña en el primer nivel de atención en la aplicación de la estrategia AIEPI permite solucionar muchos de estos problemas, ya que garantiza una adecuada evaluación, clasificación y tratamiento de las enfermedades más frecuentes que ponen en mayor riesgo la vida de los niños menores de 5 años.

2.2.1 COMPONENTES DE LA IMPLEMENTACION.

“El proceso de implementación de la estrategia AIEPI ha fijado 3 componentes para garantizar que todas las actividades y acciones se realicen: el primer componente está dirigido a mejorar la capacidad del personal de salud para la atención y se basa fundamentalmente en la capacitación y en seguimiento posterior y en la supervisión de apoyo periódica. El segundo componente se dirige a la organización adecuada de la atención e incluye los mecanismos de provisión de medicamentos y otros suministros, mejor coordinación entre los diferentes niveles y proveedores de atención y mejoramiento de la calidad de atención orientada a la satisfacción de los usuario. El tercer componente del proceso de implementación, denominado “componente comunitario”, está dirigido a abrir las puertas de los servicios de salud para extender las acciones a la comunidad no solo con relación a la prevención y control de las enfermedades más frecuentes de la infancia sino a la promoción de hábitos de vida saludable que benefician al niño y a su familia”³. El desarrollo e implementación de los tres componentes garantizara un avance más armónico contribuyendo a fortalecer la gestión local de los servicios.

Los pilares fundamentales de la aplicación de la estrategia son:

- **Evaluación:** determinar a través del interrogatorio y el examen físico completo el estado salud del niño y niña.
- **Clasificación:** se realiza mediante la ausencia o no signos de peligro.
- **Tratamiento:** es dependiente de la clasificación.

³ M. Roses. AIEPI: “Avanza para mejorar la salud de la infancia” revista noticias sobre aiepi n°8, septiembre 2002 Pág. 1

- **Seguimiento:** se refiere a la consulta de reevaluación que depende de la patología diagnóstica.
- **Referencia:** todos los niños con enfermedad grave son referidos a centros más especializados.
- **Consejería a la madre:** que incluye prevención e intervención oportuna.

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 afectan 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; por lo que AIEPI ha sido adoptada y adaptada por la mayoría de países de América.

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.

2.3 NIÑOS SANOS: LA META DE 2002.

La OPS lanzó la iniciativa Niños Sanos: la Meta de 2002, vinculando la necesidad de una reducción más rápida de la mortalidad evitable en la niñez con la función que AIEPI puede cumplir para mejorar las condiciones de crecimiento y desarrollo durante los primeros años de vida.

“Basada en la factibilidad de evitar 100,000 muertes de menores de 5 años de edad durante el período de 1999 – 2002, la iniciativa Niños Sanos: la Meta de 2002 ha permitido fortalecer la implementación de la estrategia AIEPI, y expandirla, tanto en términos de su alcance geográfico como de su contenido, reforzando su papel como eje central para la atención de la salud en la niñez”⁴ .

Los primeros resultados intermedios del seguimiento de la iniciativa han mostrado el impacto obtenido en la Región durante su primer año en la implementación, medidos a través de la reducción del número de muertes de menores de cinco años , tanto en general como las causas específicas objeto de la estrategia AIEPI . La Reunión de Evaluación Intermedia de la iniciativa, ha servido para presentar y analizar estos resultados y se constituyó en un foro para la revisión de las actividades y acciones que se realizan, así como para delinear los pasos necesarios en el futuro para cumplir con el propósito de la iniciativa, que es lograr una niñez saludable en toda la región.

2.4 EVALUACIÓN DE AIEPI EN OTROS PAÍSES

Desde la implementación de la estrategia AIEPI se han realizado constantes estudios que han permitido evaluar los resultados de dicha herramienta. Así se tiene que en países latinoamericanos como Uruguay en donde se realizó una experiencia piloto, en

⁴ M.Roses, Niños sanos: “la meta de 2002”. Revista noticias sobre aiepi n° 7 abril 2002 pág. 17,18 y20.

la que se capacitó 32 médicos en el período de agosto a diciembre de 1998, dicha capacitación constaba de 60 horas teóricas y 20 horas prácticas en 2 sesiones semanales en la cuál se analizó en profundidad los términos de AIEPI; la población asistida estuvo constituida por 505 niños de 2 meses a 4 años y 86 niños menores de 5 meses, se pudo aplicar el modelo de visita de reevaluación y seguimiento en el 100% de los menores de 2 meses y del 50% de los mayores de 2 meses; 338 niños acudieron a la visita de reevaluación y seguimiento considerando los dos grupos de edad. De los niños atendidos 264 fueron diagnosticados como tos y resfrió los cuales fueron tratados en su domicilio con medidas caseras sin recibir antibiótico y todos tuvieron buena evolución, en la visita del seguimiento no se registraron complicaciones, solo en un caso se detectó agravamiento de la neumonía y se refirió al hospital.

“En este estudio se determinó que el personal médico necesitaba aproximadamente 25 minutos para la evaluación de cada niño, y que AIEPI es una herramienta que permitía sistematizar en forma sencilla la atención de los niños en los servicios de salud y centrar el trabajo en el estado general del niño y al mismo tiempo en el problema que motivó la consulta, los médicos participantes encontraron sencilla y útil su aplicación”⁵.

En la tercera reunión de evaluación y planificación de la estrategia AIEPI que se realizó en el 2001 se pudo determinar el importante avance en la implementación de dicha

⁵ [Http://w.w.w.noticias.aiepi.htm](http://w.w.w.noticias.aiepi.htm)

estrategia la cuál se estaba aplicando en 8 países de Latinoamérica incluyendo Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y Perú. Los resultados preliminares del seguimiento de la iniciativa Niños Sanos para el 2002 mostraron que en el primer año se logro cumplir la reducción esperada, en la reducción total y el impacto obtenido sobre las causas objeto de la estrategia fue sustantivo , en los 8 países la mortalidad bajo 13,340 lo que representó una reducción del 8.7%, y que contribuyó a la reducción de la mortalidad total en un 40% , en conclusión se redujeron más o menos 30 mil muertes cifra superior a la prevista por la iniciativa que proponía evitar 25 mil muertes anuales en menores de 5 años de edad.

"A finales del 2001 entre el 19 y 20 de noviembre se realizó la Reunión de Evaluación Intermedia de la Iniciativa Niños Sanos : la Meta de 2002 en la sede de la OPS, en Washington ,DC , EEUU , la reunión permitió analizar los avances y primeros resultados de esta iniciativa que fue lanzada por la OPS con la finalidad de reducir en 100,000 el número de muertes de menores de 5 años de edad en el continente Americano durante el

período de 1999-2002 , principalmente a través de la aplicación de la estrategia AIEPI”⁶ . La reunión contó con la participación de representantes de organismos internacionales en instituciones involucradas en el mejoramiento de la salud infantil.

Los resultados expuestos en el nivel regional y en cada país de América mostraron que durante el primer año de la iniciativa se logro reducir el número de muertes de menores de 5 años , gran parte de esta reducción se debió al marcado descenso en la mortalidad por enfermedades objeto de la estrategia AIEPI, principalmente diarrea y neumonía , los países presentaron importantes avances en la expansión de la estrategia y en la movilización de recursos y voluntarios en favor de su rápida implementación en los servicios de salud y la comunidad , con base en los avances demostrados y en los resultados obtenidos durante los primeros años de la iniciativa , los participantes de la reunión ratificaron su apoyo a la iniciativa Niños Sanos: la Meta de 2002, y a la implementación de la estrategia AIEPI en todo el continente, a través de una nueva declaración

⁶ [http.w.w.w. noticias aiepi. Htm.](http://www.noticias.aiepi.htm)

que refuerza la importancia que el accionar coordinado tiene para contribuir al crecimiento y desarrollo saludable de la infancia y la niñez, para disminuir el daño que ocasionan las enfermedades y para evitar la mortalidad asociada a ellas.

En la presentación de los avances se mostró una reducción de más de 30,000 muertes en menores de cinco años , la mayor contribución a este descenso fue la marcada reducción debidas a las enfermedades que son objeto básico de la estrategia AIEPI, principalmente neumonía y diarrea .

Los avances y resultados alcanzados se consideraron una consecuencia de la amplia movilización lograda en el nivel regional y en los países a través de la convocatoria y participación de agencias bilaterales de cooperación, organismos internacionales, organizaciones no gubernamentales y de la comunidad. No obstante también sirvió para identificar los nuevos desafíos que se enfrentan para lograr la estrategia AIEPI, para que esta brinde los beneficios a toda la niñez del continente. Entre estos destacaron la necesidad de hacer que la estrategia sea definitivamente incorporada al personal de salud, que su contenido sea continuamente ampliado y que se amplíe aún más la movilización de recursos y la participación de la comunidad en la implementación seguimiento y evaluación.

2.5 APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA.

2.5.1 EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR AL RECIEN NACIDO.

La estrategia de atención a las enfermedades prevalente de la infancia (AIEPI), se basa en el contexto de detectar signos de peligro para prevenir muertes infantiles en niños menores de 5 años a través de los principios de evaluar, clasificar y tratar.

“Inicialmente en el recién nacido se evalúa la condición neonatal inmediata a través de 2 parámetros: determinando la edad gestacional y posteriormente se determina la presencia de asfixia”⁷, la edad gestacional se evalúa según el método de capurro el cuál consiste en 6 parámetros:

- Determinar forma de oreja
- Determinar tamaño de glándula mamaria
- Determinar formación de pezón
- Textura de la piel
- Pliegue plantar
- Peso.

Con la presencia de 1 ó más signos de peligro se clasifica como niño prematuro y se refiere al hospital o unidad de salud más cercano, si no clasifica

⁷ Ministerio de Salud Pública. AIEPI cuadro de procedimiento. Pág. 3-9.

como los anteriores se establece que es niño de término y se da atención según normas.

La presencia de infección bacteriana en el recién nacido se detecta tomando en cuenta la existencia de antecedentes perinatales como la ruptura prematura de membrana, o si el parto fue atendido en casa; si existen antecedentes se evalúa si hay presencia de 1 o más signos de peligro como:

- Tiene el niño alguna dificultad para alimentarse
- Determinar la temperatura
- Coloración de la piel
- Niño letárgico o inconsciente
- Presencia de tiraje subcostal grave
- Presencia de quejido
- Tiene aleteo nasal
- Determinar frecuencia respiratoria
- Movimientos del niño
- Presencia de convulsiones.

En caso de detectar 1 o más signos de los anteriores, se refiere al recién nacido urgentemente al Hospital si no es posible se da la 1° dosis de antibiótico, se administra tratamiento para la hipoglucemia y se le dan instrucciones a la madre para que lo mantenga abrigado. En caso de no haber antecedentes perinatales se determina si el recién nacido ha presentado ombligo enrojecido, escasas pústulas en el cuerpo o supuración en los ojos, con la presencia de 1 o más signos refleja que se trata de una infección bacteriana local en este caso la clasificación indica que el niño se trate con antibiótico tópico, se enseñe a la madre a curar la infección local en casa y se deje control en dos días.

La condición neonatal inmediata también se determina verificando si el recién nacido presenta asfixia evaluando la frecuencia cardíaca y la frecuencia

respiratoria; si la frecuencia respiratoria está deprimida o ausente, o una frecuencia cardíaca menor de 100 x' se clasifica como asfixia en éste caso AIEPI recomienda referir urgentemente al hospital acompañando al recién nacido, dar masaje torácico leve, estimulación táctil, mantener calor corporal y de ser posible proporcionar oxígeno por mascarilla. Por el contrario si el recién nacido presenta un llanto fuerte o una frecuencia cardíaca mayor de 100 X' se establece que el recién nacido no tiene asfixia y se da atención según normas.

2.5.2 ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO MENOR DE DOS MESES.

La estrategia AIEPI propone dar atención integral en salud al menor de dos meses mediante el llenado de una serie de ítems relacionados con la salud perinatal de la madre, como el bebé y que determinan de buena manera el riesgo actual y futuro de ambos. Este objetivo se logra a través de la información que proporciona la madre apoyado de la información que contiene el carnet materno, o del carné entregado en el hospital.

Siempre bajo los principios de AIEPI que son evaluar, clasificar y tratar al niño o niña se pregunta a la madre que problemas presenta éste; inicialmente se llena toda la información sobre salud perinatal de la madre y del bebé, seguidamente se verifica si hay signos de posible infección bacteriana según la presencia de estos se clasifica, posteriormente se pregunta acerca de la diarrea, si el bebé presenta diarrea se evalúa los signos relacionados con ella en este caso se clasifica según el grado de deshidratación, en diarrea persistente grave y disentería si estas últimas están presentes, luego se verifica si hay un problema de alimentación o peso muy bajo también está incluida la evaluación del amamantamiento, es importante ver antecedentes de vacunación. Para evaluar cualquier otro problema es necesario desvestir completamente al recién nacido,

observar si usa fajero, si sus testículos están descendidos, corroborar que no tenga luxación congénita de cadera, si el ano está permeable, examinar el corazón del bebé en búsqueda de soplos, y por última determinar cualquier otro tipo de anormalidad congénita.⁸

2.5.3 EVALUAR Y CLASIFICAR AL NIÑO DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD.

Preguntar a la madre qué problemas tiene el niño o niña y verificar si hay signos generales de peligro tales como: dificultad para beber o tomar pecho, vomita todo, convulsiones, letargia, inconsciencia, lo cuál se clasifica como enfermedad muy grave por lo que necesita atención de urgencia y será referido al hospital.

Preguntar sobre los síntomas principales:

- ¿Tiene el niño tos o dificultad para respirar?

Si existe cualquier signo de peligro o tiraje subcostal o estridor en reposo se trata de neumonía grave o enfermedad muy grave y referir urgentemente al hospital. Si hay respiración rápida se trata de neumonía y se maneja con antibiótico apropiado por 7 días, tratar las sibilancias, indicar remedio casero, indicar a la madre cuándo volver y control en 2 días. No hay signo de neumonía: tos o resfriado, si hace más de 15 días sospechar tuberculosis, tratar la sibilancias, indicar cuando volver y control en 5 días.

⁸ MSP y AS de ES. “AIEPI cuadro de procedimiento”_Pág.3-9.

- **¿Tiene el niño diarrea?**

Si la respuesta es afirmativa preguntar cuanto tiempo hace y si hay sangre en las heces. Observar y explorar estado general, si tiene los ojos hundidos puede beber líquidos y signo del pliegue, de acuerdo a lo anterior puede clasificarse como:

- Sin deshidratación: Administrar plan A (anexo 12) y control en 5 días.

- Deshidratación: administrar plan B (anexo 13) y referir urgentemente al hospital.

- Deshidratación grave: administrar plan C (anexo 14) y referir urgentemente al hospital.

- Diarrea persistente grave: tratar deshidratación, dar vitamina A y referir al hospital.

- Diarrea persistente: educar a la madre dar vitamina A y control en 5 días.

- Disentería: dar antibiótico por 5 días y hacer control en 5 días.

- **¿Tiene el niño problema de oído?**

Preguntar si hay dolor, supuración y desde cuando luego clasificar como:

- Mastoiditis: referir urgentemente al hospital.

- Otitis media aguda: dar antibiótico oral por 10 días y acetaminofén, control 5 días después.

- Otitis media crónica: secar el oído con mechas si hay supuración y control en 5 días.

- No hay infección de oído: no tratamiento.

- ¿Tiene el niño problema de garganta?

Palpar ganglios del cuello, observar si hay exudado en la garganta o eritema y clasificar como:

- Infección bacteriana de garganta: dar penicilina benzatínica y acetaminofén.⁹
- Faringitis viral : indicar remedio casero, dar acetaminofén y dar indicaciones sobre cuidados del hogar:
- No tiene faringitis; cuidados en el hogar y remedio casero.

Verificar si hay desnutrición y anemia.

- Desnutrición severa: dar vitamina A y referir urgentemente al hospital
- Anemia o desnutrición: dar vitaminas y minerales y aconsejar al madre sobre la alimentación.
- No tiene anemia ni desnutrición: evaluar la alimentación y aconsejar a la madre.

¿Tiene el niño fiebre?

Preguntar cuanto tiempo hace y observar si tiene rigidez de nuca, si tiene manifestaciones hemorrágicas, dolor abdominal, osteomiasias, prueba de lazo (+) y clasificar como:

- Enfermedad febril muy grave: referir urgentemente al hospital
- Sospecha de dengue hemorrágico: referir urgentemente al hospital.

⁹ MSP y AS de ES. “AIEPI cuadro de procedimiento”. Pág. 15-19.

- Sospecha de paludismo: dar acetaminofén y un antipalúdico oral, tomar gota gruesa y control 2 días después.
- Sospecha de dengue: hidratación oral, dar analgésicos, antipiréticos, notificar el caso y dar educación al paciente y la familia.
- Enfermedad febril: dar acetaminofen, tomar gota gruesa indicar al la madre cuando volver y control en dos días.
- Sospecha de sarampión: dar acetaminofen, tomar muestra de sangre, llenar ficha de investigación de casos e indicar a la madre cuando volver, control en 2 días.
- Otra enfermedad eruptiva: dar acetaminofen tratar de identificar la causa.

Verificar esquema de vacunación y si ha recibido o no vitaminas y minerales.

2.5.4. PROPORCIONAR ATENCIÓN DE REEVALUACIÓN Y CONTROL

Si el niño tiene	control en:
-------------------------	--------------------

Neumonía

Sibilancias

Deshidratación

Disentería

Sospecha de Paludismo

2 días.

Enfermedad febril

Sospecha de sarampión

Diarrea persistente

Otitis media aguda

Otitis media crónica	
Problemas de alimentación	5 días
Cualquier otra enfermedad, si no mejora	
Anemia	14 días.
Peso muy bajo para la edad	30 días

¿Cuándo debe volver de inmediato?

Cualquier niño enfermo que:

- Difícil de despertar o no puede beber ni tomar pecho
- Empeora
- Tiene fiebre
- Vomita todo
- Convulsiona

Tos o resfriado:

- Empeora
- Respiración rápida
- Dificultad para respirar.

Diarrea

- Sangre en las heces
- Heces líquidas y abundantes

- Signos de deshidratación.¹⁰

2.5.5 EVALUAR LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO

Hacer preguntas sobre la alimentación habitual del niño y en particular la alimentación durante la enfermedad, comparar las respuestas de la madre con las recomendaciones para la alimentación (anexo 15), luego aconsejar a la madre sobre problemas de alimentación (anexo16).

2.5.6 ACONSEJAR A LA MADRE SOBRE SU PROPIA SALUD.

- Si la madre está enferma, administrarle tratamiento o referirla.
- Si tiene algún problema de las mamas (como ingurgitación, pezones doloridos, pezones aplanados e invertidos, infecciones de las mamas), administrarle tratamiento o referirla a un servicio especializado.
- Recomendarle que coma bien para mantenerse sana y fuerte
- Determinar los antecedentes de vacunación de la madre y si es necesario darle toxoide tetánico.

Cerciorarse que tenga acceso a: asesoramiento sobre salud reproductiva.

¹⁰ MSP y AS de ES. “AIEPI cuadro de procedimiento” Pág. 17.
_ Ibidem Pág. 32.

2.6 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.

ANEMIA: Trastorno que se caracteriza por disminución de la hemoglobina sanguínea hasta concentraciones inferiores a los límites normales.

APLICACIÓN: Adaptación, ejecución: la aplicación de una teoría.

CAPACITACION: formación, acción, efecto de capacitar.

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.

EDUCACION: Acción y efecto de educar, instrucción, enseñanza, educación primaria.

ENFERMEDAD ERUPTIVA: Cualquiera de las enfermedades exantematosas vesiculares o pustulares.

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

ESTRATEGIA: Coordinar acciones y obrar para alcanzar un objetivo.

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

ETIOLOGIA: Estudio de las causas de las cosas. Estudio de las causas de las enfermedades.

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.

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

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

INFORMACIÓN: Conocimiento que se tiene de algo.

IMPLEMENTACIÓN: Llevar a cabo, realizar, aplicar, poner en práctica.

INMUNIZACIÓN: Protección contra ciertas enfermedades

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 del acetábulo, de la cabeza femoral con rotación hacia delante.**

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

NEUMONÍA: **Inflamación aguda de los pulmones, en general causada por la inhalación de neumococos.**

NEONATO: Se aplica al niño recién nacido antes de la 37ª semana de gestación.

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

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

OSTEOMIALGIAS: Pertenciente a dolor óseo.

PERINATAL: Relativo al tiempo y al proceso de nacimiento.

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 de el pliegue de la articulación del codo en la cara anterior del antebrazo.

RIESGO: Peligro, contratiempo posible.

SIBILANCIA: Forma de roncus 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.

CAPITULO III
SISTEMA DE HIPOTESIS

3. SISTEMA DE HIPÓTEIS.

3.1 HIPOTESIS DE TRABAJO.

Hi: A partir de la implementación de la estrategia AIEPI en la Unidad de Salud El Molino en el departamento de Usulután se han obtenido resultados favorables.

3.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:

H₁: Con la implementación de la estrategia AIEPI se han reducido los índices de morbi-mortalidad infantil.

H₂: La falta de capacitación al personal genera mala aplicación de la estrategia.

H₃: Los factores socioculturales, el tiempo y la disponibilidad de recursos tanto humanos como materiales son determinantes en la ejecución de la estrategia.

3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES.

HIPÓTESIS	VARIABLE INDEPENDIENTE	VARIABLE DEPENDIENTE	INDICADORES
<p style="text-align: center;">Con la implementación de la estrategia AIEPI se han reducido los índices de morbi- mortalidad.</p>	<p style="text-align: center;">AIEPI</p>	<p style="text-align: center;">Índices de morbi-mortalidad de las enfermedades prevalentes de la infancia</p>	<p style="text-align: center;">Vigilancia epidemiológica</p> <p style="text-align: center;">-Evaluar, clasificar y tratar enfermedades prevalentes de la infancia.</p> <p style="text-align: center;">-Consejería a la madre.</p> <p style="text-align: center;">-Crecimiento y desarrollo</p>

HIPOTESIS	VARIABLE INDEPENDIENTE	VARIABLE DEPENDIENTE	INDICADORES
<p>La falta de capacitación al personal genera mala aplicación de la estrategia.</p>	<p>AIEPI</p>	<p>Capacitación al personal</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Conocimiento sobre la estrategia. -Número de personas capacitadas. -Número de capacitaciones recibidas. -Evaluar, clasificar y tratar enfermedades prevalentes de la infancia. -Consejería a la madre -Crecimiento y desarrollo.

CAPITULO IV
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

4. DISEÑO METODOLOGICO.

4.1 TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación evaluó los resultados de la estrategia AIEPI en la Unidad de Salud El Molino Usulután en período de enero a diciembre del 2002, mediante un estudio retrospectivo, bibliográfico, comparativo y de campo.

Retropectivo: Porque incluyó la revisión del trabajo realizado de enero a diciembre de 2002 y la verificación del estado de salud de los niños y niñas evaluados durante ese período.

Bibliográfico: Porque con él se construyó el marco teórico mediante la revisión de revistas y artículos que han sido publicados en internet.

Comparativo: Ya que se comparó la situación de salud de los niños y niñas menores de 5 años antes y después de la aplicación de dicha estrategia.

De campo: Porque para obtener la información se revisó la vigilancia epidemiológica e índices de morbi-mortalidad infantil de dicho centro de salud, además los expedientes clínicos de todos los niños y niñas que fueron atendidos durante ese período, se utilizó también la técnica de la entrevista la que se dirigió al personal de salud, y además se realizó un examen físico mediante el cual se evaluó el estado actual de salud de los niños y niñas.

4.2 UNIVERSO.

La población infantil menor de 5 años en la Unidad de Salud El Molino Usulután es de 1470 para el año 2002, de los cuales solo 739 fueron evaluados con la herramienta AIEPI durante ese período.

4.3 MUESTRA.

Se utilizó para determinar el tamaño de la muestra la siguiente fórmula estadística:

$$n = \frac{Z^2 P Q N}{(N-1) E^2 + Z^2 P Q}$$

Donde:

n: Muestra.

N: Total de los niños evaluados con la estrategia AIEPI durante el año 2002.

Z: Es el valor crítico del nivel de confianza.

E: Margen de error.

P: Proporción de niños y niñas menores de 5 años con resultados positivos.

Q: Proporción de niños y niñas menores de 5 años con resultados negativos.

Datos:

$$n=?$$

$$N= 739$$

Sustituyendo:

$$Z= 1.96.$$

$$E= 0.05$$

$$P= 0.5$$

$$Q= 0.5$$

$$n= \frac{Z^2 P Q N}{(N-1) E^2 + Z^2 \cdot P \cdot Q}$$

$$n= \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (739)}{(739-1) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n= \frac{709.44}{1.84 + 0.96} = \frac{709.44}{2.8} = n= 253$$

Por lo tanto la muestra es de 253 pacientes.

4.4 TIPO DE MUESTREO.

Probabilístico o muestreo aleatorio simple: se colocaron en una góndola los nombres de los 730 niños y niñas evaluados con la herramienta AIEPI durante el año 2002, y luego se extrajeron 305 que corresponde a la muestra.

4.5 TECNICAS DE OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Entre las técnicas que se utilizaron están: la documental bibliográfica, para la obtención de fuentes secundarias de información se consultaron libros, revistas, artículos e internet además expedientes clínicos.

Trabajo de campo: con las cuales se recopiló información primaria proveniente de la entrevista, además se realizó un examen físico a los niños y niñas objeto del estudio con el fin determinar el estado de salud actual.

4.6 INSTRUMENTOS.

Para la investigación bibliográfica se utilizaron fichas bibliográficas y hemerográficas.

La investigación de campo se realizó a través de una guía de entrevista (anexo 5), hoja de AIEPI (anexo 6y7), grafica de crecimiento/edad para niños y niñas (anexo 8, 9,10y11), equipo médico para realizar examen físico: estetoscopio, tallmetro, termómetro, cinta métrica, otoscopio, báscula, baja lengua.

4.7 PROCEDIMIENTO.

PLANIFICACIÓN:

En esta etapa se elaboró el perfil y el protocolo de investigación de acuerdo a los siguientes pasos:

- Discusión y selección del tema por el equipo de trabajo.
- Determinación del área de trabajo donde se realizó la investigación: Unidad de Salud El Molino en el departamento de Usulután.
- Se solicitó la autorización al director de la unidad para la realización del trabajo.

- Obtención de la población y selección de la muestra a estudiar.

EJECUCIÓN:

Primeramente se realizó una visita al centro de salud para la revisión de expedientes clínicos de niños y niñas menores de 5 años de edad atendidos con la herramienta AIEPI durante el año 2002 para determinar el tamaño de la muestra, las visitas posteriores se realizaron con el objetivo de entrevistar al personal de salud con respecto a la atención del paciente, así mismo se verificaron la forma de llenado de la hoja AIEPI y se realizó una revisión de los consolidados de morbi-mortalidad infantil en el año 2001, dichos resultados se utilizaron para comparar los actuales con los obtenidos antes de la aplicación de la estrategia. De los pacientes elegidos en la muestra se les determinó el estado actual, algunos fueron evaluados de lunes a viernes en el momento en que el niño y niña llegó a su respectivo control infantil esto lo realizó la compañera que se encuentra de planta en la unidad de salud, el resto de niños faltistas se localizaron los fines de semana con todo el equipo de trabajo, finalmente se realizó la recolección de datos para la posterior tabulación de los mismos.

CAPITULO V

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA AIEPI EN LA UNIDAD DE SALUD EL MOLINO.

**5. TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE
LOS RESULTADOS**

**COMPARACIÓN DE CASOS DEL AÑO 2001-2002,
OBTENIDOS DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE
LA UNIDAD DE SALUD EL MOLINO DEPARTAMENTO DE
USULUTÁN.**

ENFERMEDAD CASOS/ AÑO	PARASITIS MO INTESTINAL	DESNUTRICION	DIARREAS	IRAS	NEUMONÍAS
2001	180	13	166	782	579
2002	176	47	220	1428	286

ANÁLISIS.

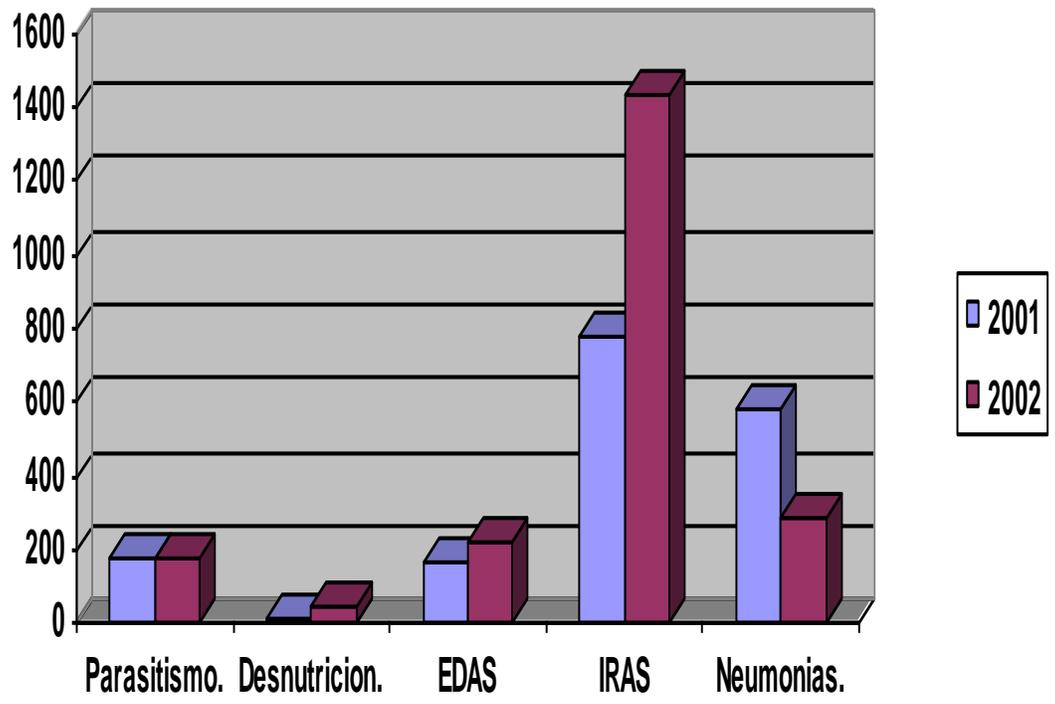
En este cuadro se observa que la frecuencia de parasitismo intestinal es de 180 para el 2001, casos de desnutrición se presentaron 13, enfermedades diarreicas agudas 166, las infecciones respiratorias agudas 382 y finalmente las neumonías con 579 casos.

Para el año 2002 se observa una disminución de los casos de parasitismo intestinal reportándose 176 no así para la desnutrición en los que hay un aumento con 47 casos, las infecciones respiratorias agudas tienen una notable elevación de 1428 casos y una disminución de las neumonías con 286.

INTERPRETACIÓN.

La vigilancia epidemiológica es un instrumento que se utiliza para cuantificar la frecuencia en que se presentan las enfermedades infecciosas; en este cuadro se han seleccionado aquellas enfermedades que son de interés para la estrategia AIEPI y de esta forma comparar si ha habido una reducción de los casos con la implementación de la misma, la cuál se aplicó a partir del año 2002.

De esta forma se evidencia que en el reporte de parasitismo intestinal hay una disminución de los casos para el año 2002 no así para el resto de enfermedades se presenta un notable aumento; lo cuál se debería a que probablemente haya un aumento de la población infantil menor de 5 años, también hay que tomar otros factores como que la estrategia AIEPI es una herramienta que permite plasmar el diagnostico de cada asistencia de los niños al centro de salud facilitándonos un mejor control de los registros.



CAPACITACIONES AL PERSONAL.

CATEGORÍA	FRECUENCIA (Fr)	PORCENTAJE (%)
SI	3	43
NO	4	57
TOTAL	7	100

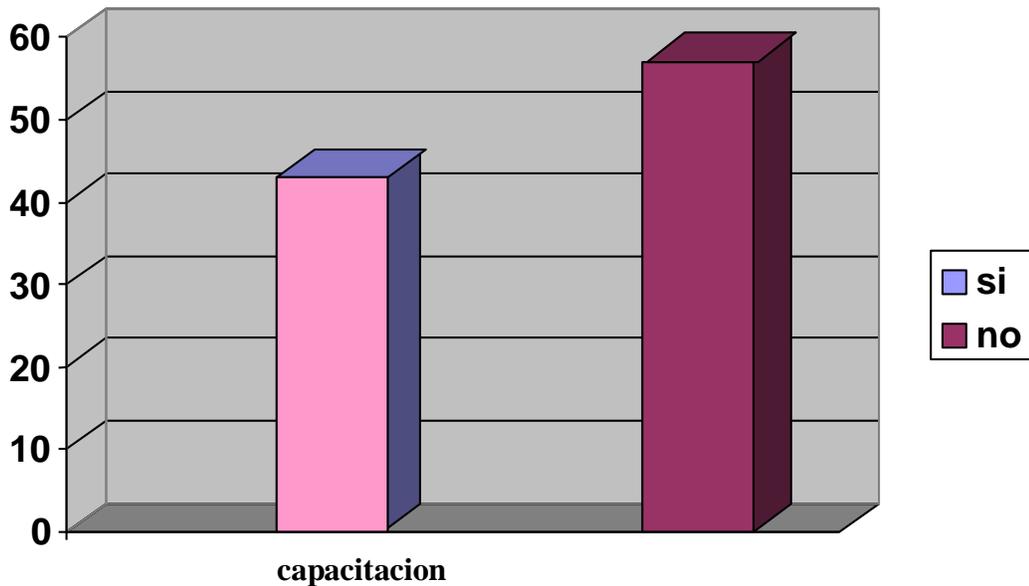
ANÁLISIS

En esta tabla se presenta el número de médicos y enfermeras que han recibidos o no capacitaciones sobre la estrategia AIEPI, teniendo que la mayoría con un 57%, no se encuentran capacitados mientras que con un menor porcentaje de 43% si se encuentran capacitados.

INTERPRETACIÓN

La mayoría de médicos y enfermeras que aplican la estrategia no están capacitados, cabe mencionar que el personal de la Unidad de Salud EL Molino está constituido por un médico director, 3 médicos consultantes y tres enfermeras .

Los establecimientos de SIBASI que son los encargados de organizar los eventos de capacitación toman poco en cuenta la participación del médico consultante; ya que por encontrarse al frente de la consulta médica, la cuál no se puede abandonar , no asiste a este tipo de programas, tampoco se incluye a cierto personal de enfermería, todo esto influenciado por la mayor demanda de pacientes que asiste al centro de salud cada año.



NUMEROS DE CAPACITACIONES RECIBIDAS.

N° DE CAPACITACIONES	FRECUENCIA (Fr)	PORCENTAJE (%)
0	4	57.1
1	1	14.3
2	0	0
3 ó más	2	28.6
TOTAL	7	100

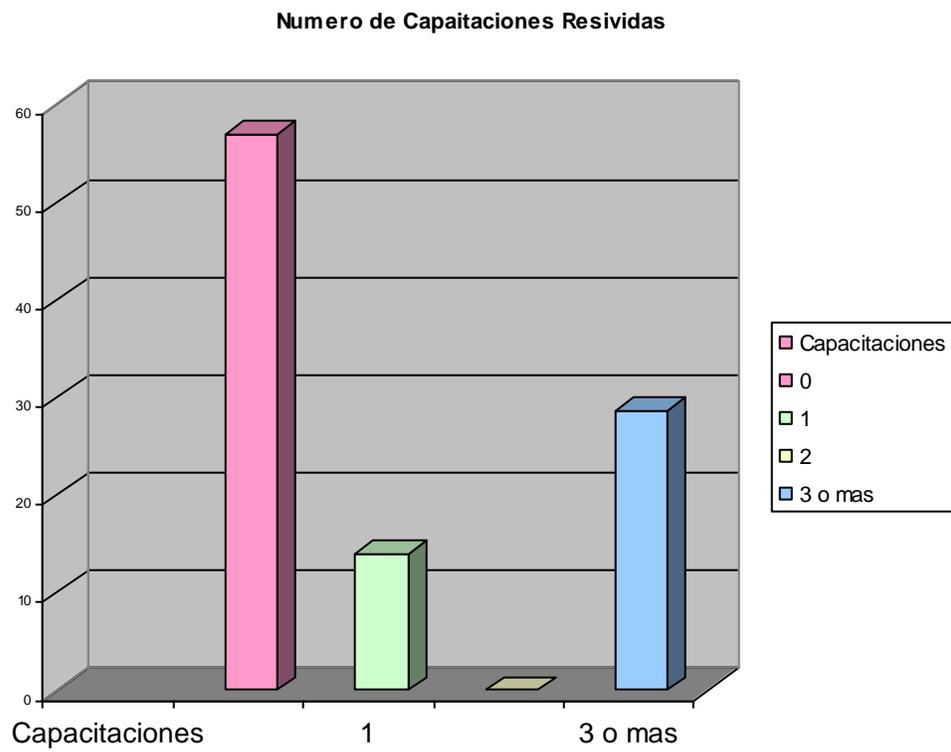
ANÁLISIS

En esta tabla se demuestra que el 57.1% del personal de salud que labora en la unidad en estudio no está capacitado en la ejecución de la estrategia, un 43 % de este si ha sido capacitado de los cuales un 14.3% ha sido capacitado en una ocasión y un 23% ha recibido más de tres capacitaciones.

INTERPRETACIÓN.

Con los resultados anteriores se tiene que la mayoría del personal de salud que aplica la estrategia AIEPI no está capacitado ya que para este tipo de actividades solo son tomados en cuenta al médico director y la licenciada en

enfermería , dejando en segunda instancia a médicos consultantes y demás personal de enfermería.



FACTORES DETERMINANTES EN LA EJECUCIÓN DE LA ESTRATEGIA

FACTORES	SOCIOCULTURALES	TIEMPO DISPONIBLE	DISPONIBILIDAD DE RECURSOS HUMANOS	DISPONIBILIDAD DE RECURSOS MATERIALES
SI	7	7	7	7
NO	0	0	0	0
TOTAL	7	7	7	7

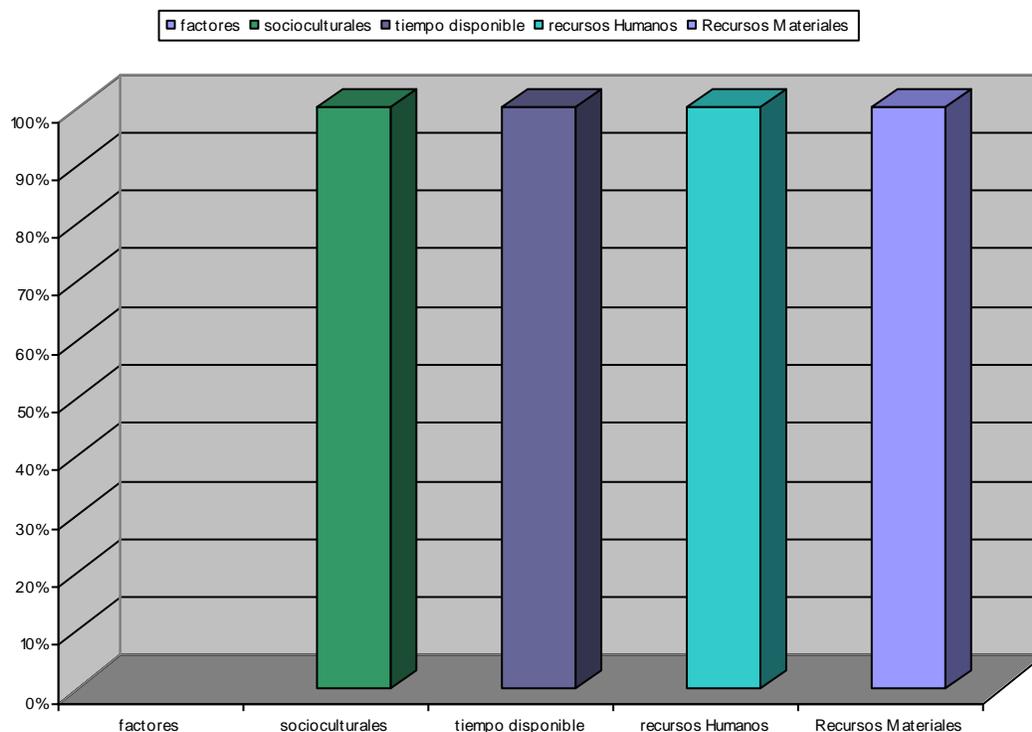
ANÁLISIS

En el presente cuadro se observa que las siete personas entrevistadas que corresponden al 100% consideraron que los factores socioculturales, el tiempo disponible por consulta y la disponibilidad de recursos tanto humanos como materiales intervienen de alguna manera en la aplicación de la estrategia.

INTERPRETACIÓN

Todo el personal de la Unidad de Salud El Molino que conoce y aplica la estrategia establece que los factores socioculturales como la inasistencia a los controles infantiles, el tiempo disponible por consulta que en promedio es de 10 minutos y la disponibilidad de recursos humanos y materiales son importantes en la ejecución de la estrategia ya que en esta se evalúa al menor de 5 años de una forma integral requiriendo como mínimo 25 minutos para su aplicación; tampoco se cuenta con el material y equipo necesario. Por otra parte, la alta demanda de consulta y el poco personal encargado de la misma es otro factor importante.

Factores Determinantes de AIEPI



ASISTENCIA A LOS CONTROLES INFANTILES

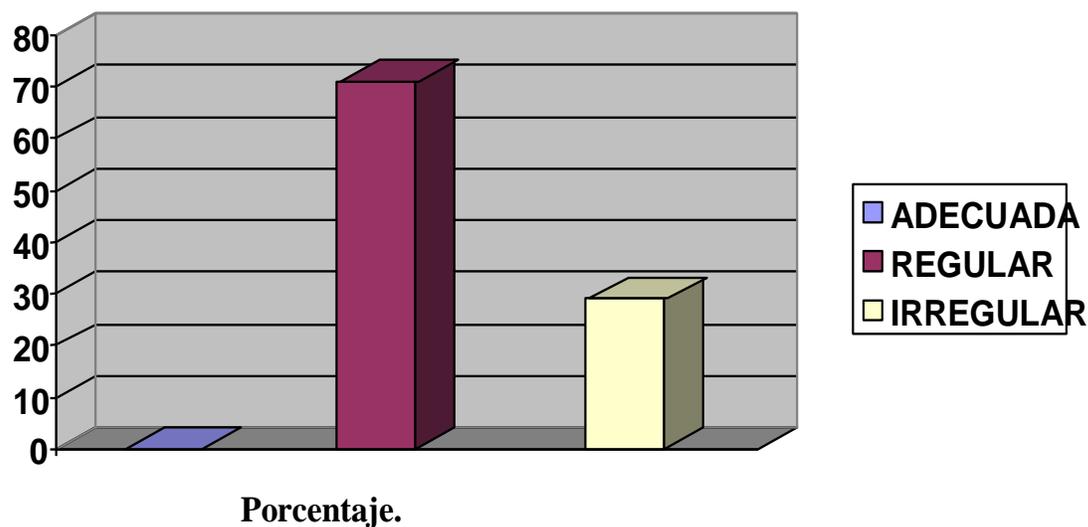
ASISTENCIA	FRECUENCIA (Fr)	PORCENTAJE (%)
ADECUADA	0	0
REGULAR	5	71
IRREGULAR	2	29
TOTAL	7	100

ANÁLISIS

Esta tabla demuestra cuál es la frecuencia con que asisten los niños y niñas menores de cinco años a la unidad de salud para sus controles según la encuesta que se pasó al personal de salud; así tenemos que de las personas interrogadas ninguna consideró que fuera adecuado, un 29% manifiesta que es irregular y un 71% respondió que la asistencia era regular.

INTERPRETACIÓN.

El área geográfica de influencia de la Unidad de Salud El Molino habitan personas de poco o medianos recursos económicos que dificultan de alguna forma la asistencia a los controles, por otra pocas personas no tiene conocimiento sobre cuál es el verdadero objetivo de la asistencia a los controles y ser evaluados con la estrategia AIEPI, ya que si se observa detenidamente el instrumento se puede determinar que es un análisis completo e integral de la salud del niño.



TIEMPO DISPONIBLE POR CONSULTA

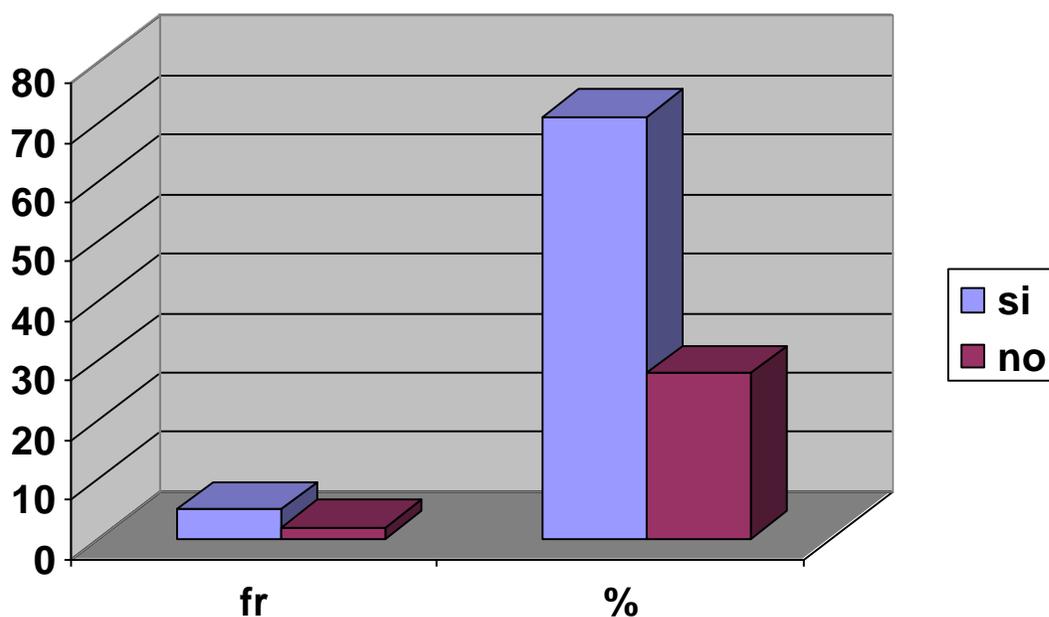
ADECUADO	FRECUENCIA (Fr)	PORCENTAJE (%)
SI	5	71.5
NO	2	28.5
TOTAL	7	100

ANÁLISIS

En esta tabla se presentan los resultados de cuantas personas que trabajan en la Unidad de Salud El Molino consideran que el tiempo que disponen por consulta es el adecuado, teniendo que un 71.5% respondió que si es un tiempo suficiente y con un menor porcentaje del 28.5% respondieron que para la correcta aplicación de la estrategia AIEPI no cuentan con un tiempo prudente.

INTERPRETACIÓN.

La estrategia AIEPI se diseñó con la finalidad de brindar una atención médica integral a todos los niños y niñas menores de 5 años y de esta manera reducir los índices de morbi- mortalidad, por lo cuál se estipuló que para la atención de cada niño(a) con la estrategia se requiere un tiempo mínimo de 25 minutos, todo esto no concuerda con la realidad que plantea el Ministerio de Salud el cuál de un promedio de 10 minutos por consulta teniendo que ver obligatoriamente 42 pacientes al día, en este caso el mayor porcentaje del personal de salud expresó que si con el tiempo suficiente ya que solo solo son dos médicos consultantes los que dan la consulta diaria completa, el resto da la consulta a pocos pacientes ya que su trabajo se centra en lo administrativo.



NECESIDAD DE RECURSOS MATERIALES.

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	2	28.57
NO	5	71.42
TOTAL	7	99.99

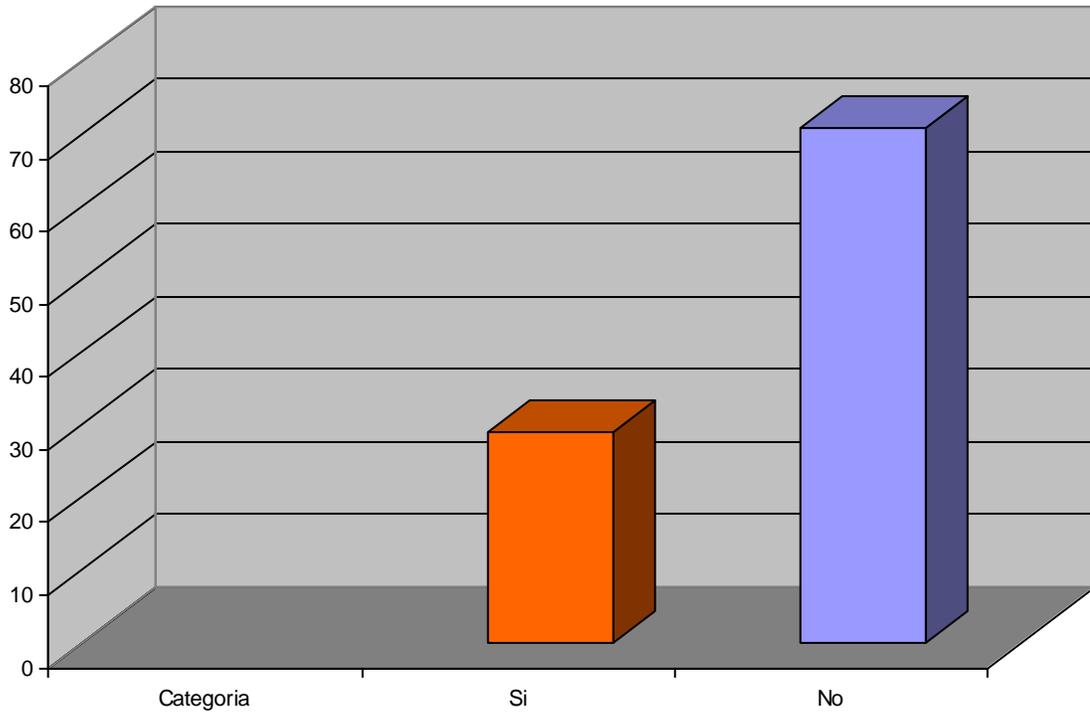
ANALISIS.

En este cuadro se analiza la pregunta si se cuenta con el material y equipo adecuado para la aplicación de la estrategia, teniendo que el 71% del personal de salud considera que no cuenta con el equipo necesario, en cambio un 29% refiere sentirse satisfecho con el material que dispone.

INTERPRETACION

Para una correcta aplicación de la estrategia se necesita de un personal médico y de enfermería capacitado y que este cuente con todo el equipo necesario, en el cuadro donde se analiza la forma de llenado de la hoja AIEPI, se puede observar que hay rubros que poco se llenan por ejemplo la talla y el perímetro cefálico, ya que en el centro de salud El Molino no cuenta con tallímetros apropiados para la medición, ni suficiente cintas métricas, todo esto interfiere en la correcta interpretación de los resultados del estado del niño.

NECESIDAD DE RECURSOS MATERIALES



ESTADO INICIAL Y ACTUAL DE SALUD DE LOS NIÑOS Y NIÑAS QUE FUERON EVALUADOS CON LA ESTRATEGIA AIEPI.

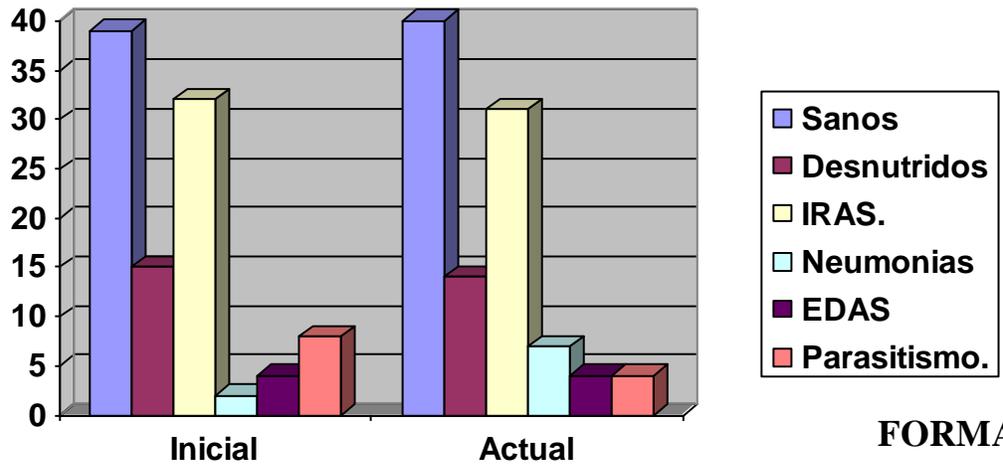
ESTADO DE SALUD	INICIAL		ACTUAL	
	Fr	%	Fr	%
SANOS	99	39.13	101	39.92
DESNUTRIDOS	40	15.81	35	13.83
IRAS	80	31.62	78	30.83
NEUMONIAS	4	1.58	17	6.72
EDAS	10	3.95	10	3.95
PARASITISMO	20	7.90	12	4.14
	253	99.99	253	99.99

ANALISIS.

El cuadro anterior representa el estado de salud en que se encontraban los niños y niñas menores de 5 años al inicio de la implementación de la estrategia y el estado de salud actual de estos. Así se tiene que el porcentaje de pacientes sanos fue de 39.13% al inicio y actualmente de 39.92%, la desnutrición con un 15.81% y un 13.83%, las enfermedades respiratorias agudas con un 31.62% y 30.83%, las neumonías con 1.58% y 6.72%, las enfermedades diarreicas agudas con 3.95% y 3.95% y para el parasitismo intestinal se tiene 7.90% y el 4.14% respectivamente.

INTERPRETACION.

Con los resultados obtenidos anteriormente se evidencia que existe un porcentaje significativo de pacientes sanos que son aquellos que son llevados a sus controles y que no se detecta patología alguna. Las infecciones respiratorias agudas constituyen un porcentaje mayoritario con respecto al resto de enfermedades, siendo esta una de las principales causas de morbilidad infantil, le sigue en orden descendente la desnutrición, el parasitismo, las enfermedades diarreicas agudas y las neumonías, que todas a excepción de las neumonías se han visto reducidas en cuanto al estado actual de los niños, la neumonía se vió incrementada debido a la epidemia que se registro en los últimos meses.



FORMA DE LLENADO DE LA HOJA.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DATOS DE IDENTIFICACION	1870	100
PESO	1870	100
TEMPERATURA	1870	100
TALLA	935	50

PERIMETRO CEFALICO	900	48
ANTECEDENTES PERINATALES	253	100
ANTECEDENTES FAMILIARES	253	100
ANTECEDENTES MATERNOS	253	100
VACUNA	50	20
MOTIVO DE CONSULTA	1870	100
SIGNOS DE PELIGRO		
INFECCION BACTERIANA	1496	80
TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR	1800	96
DIARREA	1589	85
FIEBRE	1683	90
PROBLEMA DE OIDO	1309	70
PROBLEMA DE GARGANTA	1720	92
DESNUTRICION/ ANEMIA	1215	65
MICRONUTRIENTES	1490	77
EVLUAR ALIMENTACIÓN	1389	74
CLASIFICACION	1196	63
DIAGNOSTICO	1776	95

CLINICO		
DIAGNOSTICO NUTRICIONAL	1500	80.2
TRATAMIENTO	1870	100
FECHA DE CITA	1340	72
TOTAL DE HOJAS	1870	100

ANÁLISIS

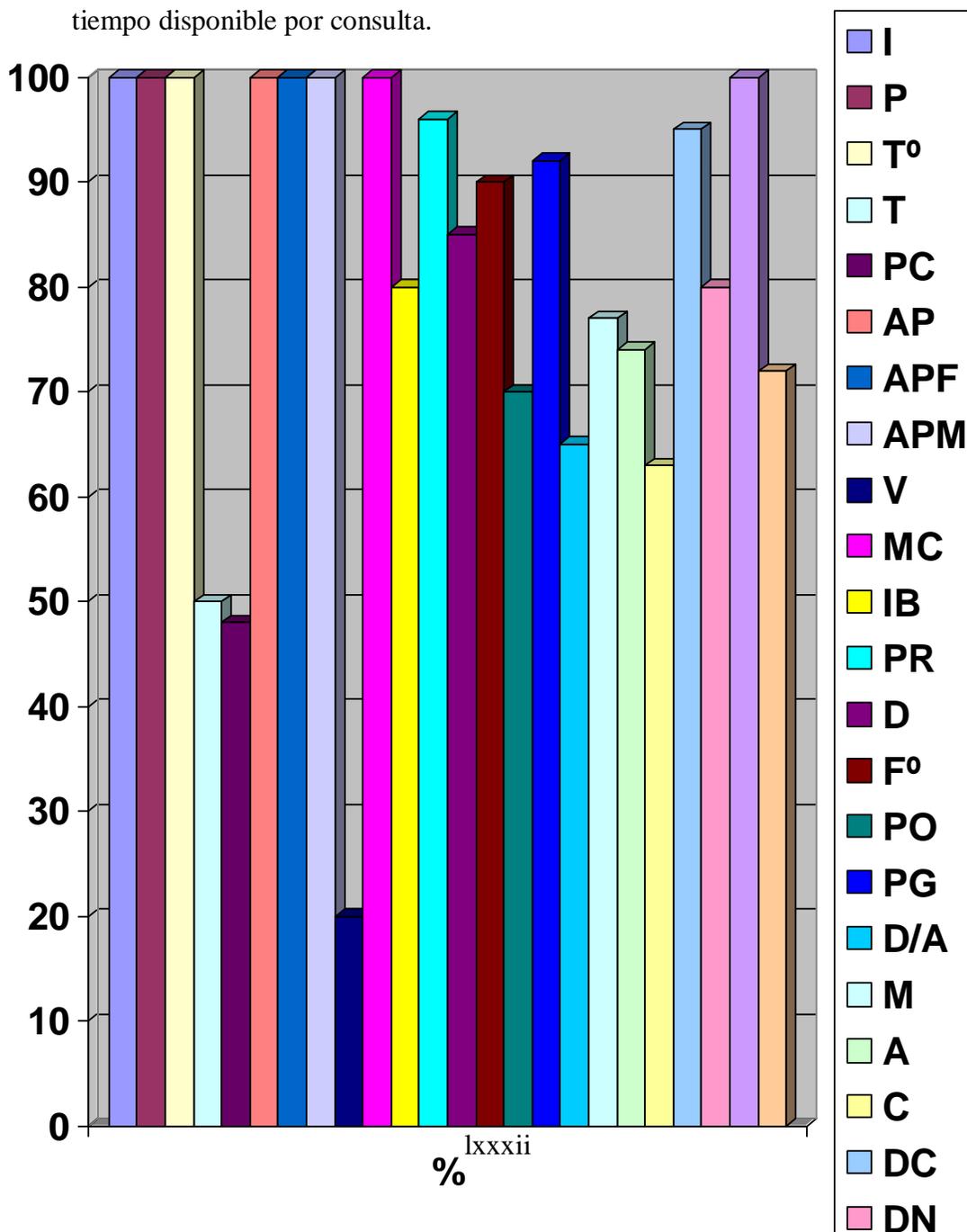
En el cuadro anterior se presenta la forma de llenado de la hoja de AIEPI siendo un total de 1870 hojas que corresponden a 253 pacientes quedando un promedio de 7 hojas por paciente, se observa que 1870 hojas que son el 100% están adecuadamente llenas con datos de identificación, peso, temperatura, antecedentes perinatales, patológicos familiares, patológicos maternos, motivo de consulta y tratamiento. El rubro de tos o dificultad para respirar fue llenado en un 96% , el diagnostico clínico en un 95%, problema de la garganta en un 92%, fiebre en un 90%, diarrea en un 85%, infección bacteriana y diagnostico nutricional en un 80%, seguido de dosis de micronutrientes en un 77%, evaluación de la alimentación en un 74%, fecha de próxima cita en un 72%, problema de oído en un 70%, clasificación en un 63%, desnutrición y anemia en un 65%, la talla fue registrada en un 50%, perímetro cefálico en n 48% y vacunas en un 20%.

INTERPRETACIÓN

Al estudiar los resultados del llenado de la hoja AIEPI encontramos que la mayoría de las hojas fueron llenadas con los datos de identificación, peso, temperatura que son llenados por el personal de enfermería y secretaria, los

antecedentes perinatales, patológicos familiares y patológicos maternos se registraron una sola vez en el momento de la inscripción y los motivos de consulta, fiebre, tos, diarrea, problemas de garganta, del oído, diagnóstico y tratamiento, ya que su mayoría las consultas son por morbilidad, otros rubros llenados en menor proporción son la clasificación ya que esta no incluye todas las patologías y/o desconocimiento de la misma; perímetro cefálico ya que este se mide hasta los dos años y la talla por falta de tallímetro en la unidad.

El registro de vacunas que casi no se efectúa probablemente por el poco tiempo disponible por consulta.



CAPITULO VI
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

6.1 CONCLUSIONES.

Evaluando los resultados en la ejecución de la estrategia AIEPI se tiene que estos han sido positivos ya que los índices de mortalidad infantil se ven reducidos en comparación con años anteriores, pero según la vigilancia epidemiológica que demuestra las enfermedades infecciosas proporcionan datos que indican un aumento en los índices de morbilidad de acuerdo con los años 2001 y 2002 reflejando esto que el número de pacientes atendidos a ido en aumento lo cuál no significa que los resultados sean desfavorables sino que se ha tenido un mayor número de consultas anuales demostrandose así por la poca y nula mortalidad registrada.

En cuanto al llenado de la hoja AIEPI se verificó que en la mayoría de los casos fue completa teniendo un porcentaje mínimo de llenado inadecuado lo cuál se debe en gran parte a la falta de tiempo disponible y en otros casos al poco conocimiento sobre el llenado de la hoja.

De acuerdo a la prevalencia de enfermedades se encuentran las infecciones de vías respiratorias agudas, siendo estas una de las principales causas de morbilidad a nivel mundial, pero que con la implementación de esta estrategia ya no constituye causa principal d mortalidad infantil, la desnutrición y el parasitismo le siguen en frecuencia los cuales están discretamente relacionados y por ende se ven aumentados. Por otra parte la neumonía enfermedad que se vió aumentada en los últimos meses presenta cierta prevalencia.

El estudio refleja que hay una deficiencia en cuanto a la capacitación del personal de salud, así como también el tiempo disponible por consulta, el material y equipo necesario para la ejecución de la estrategia no son adecuados.

Los factores socioculturales, y los recursos humanos al igual que los mencionados anteriormente son determinantes ya que si se tuviera el conocimiento adecuado sobre la estrategia pero no se cuenta con el personal y otros recursos necesarios los resultados no seran los esperados.

La asistencia de os niños a los controles es regular debido a que muchos padres de familia desconoces la verdadera importancia de esta y en la mayoría de los casos se toma control del niño cuando la causa de consulta es por morbilidad, en cuanto al esquema de vacunación se tiene bastante cobertura ya que existe personal que labora en salud comunitaria, que con la participación de estos se logra cumplir con los esquemas.

6.2 RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, se le recomienda:

- Que debe cumplir la cobertura en cuanto a las capacitaciones del personal médico y para médico que trabajan con la estrategia.

- Que se incremente la disponibilidad de recursos humanos y materiales, ya que si no se cuenta con el tiempo necesario disponible es en gran parte por la falta de personal.

- A los médicos y enfermeras que laboran en los diferentes hospitales y centros de salud para que se promueva la educación en salud a la población constituyendo esta la base fundamental para la reducción de los índices de morbimortalidad infantil.

- A los empleados en salud comunitaria para que enseñen como detectar las patologías y la asistencia inmediata al centro de salud más cercano.

- Que promuevan una mayor cobertura de vacunación y asistencia a los controles infantiles.

BIBLIOGRAFIA.

GISPER, CARLOS, GAY, JOSE, VIDAL, JOSE A; traducido por LENA FERRUS ESTOPÁ y otros. Diccionario de Medicina Océano Mosby.

4º Edición, st Lovis, Missouri (USA) MCMXCXI, Grupo Editorial S. A
1504 Págs.

Ministerio de Salud Pública. AIEPI Cuadros de Procedimiento. Junio
2002. 33 Págs.

GUTIERREZ, GONZALO Y HECTOR GUISCAFRÉ. “La integración de los programas de Salud para la atención del niño”. Noticias sobre AIEPI. Washington D.C 2001, EE.UU. Mirta Roses Periago. Revista n°7 Abril de 2002 Pág. 17-18.

Unidad de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, Programa de Enfermedades Transmisibles, División de prevención y control de Enfermedades de la OPS. “AIEPI, Avanzando en la implementación” Noticias sobre AIEPI Washington D.C 20016, EE.UU. Mirta Roses, Revista n° 2 diciembre 1999 Pág. 1 y 20.

Unidad de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, programa de Enfermedades Transmisibles, División de prevención y control de enfermedades de la OPS. “Las universidades y AIEPI en Bolivia”.

Noticias sobre AIEPI. Washington D.C 20016, EE.UU. Periago Mirta Roses Revista nº 2, diciembre 1999 Págs. 1-5.

Unidad de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, programa de Enfermedades Transmisibles, División de Prevención y Control de Enfermedades de la OPS. “Niños Sanos: la Meta de 2002”. Noticias sobre AIEPI. Washington D.C 20016, EE.UU. Mirta Roses Periago Revista Nº 7 Abril 2002 Pág. 17-18.

Unidad de atención integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, Programa de Enfermedades Transmisibles, División de Prevención y Control de Enfermedades de la OPS. “AIEPI: avanza para mejorar la salud de la infancia”. Noticias sobre AIEPI. Washington D.C 20016, EE.UU. Mirta Roses Periago. Revista Nº 8 2002 Pág. 1 y 20.

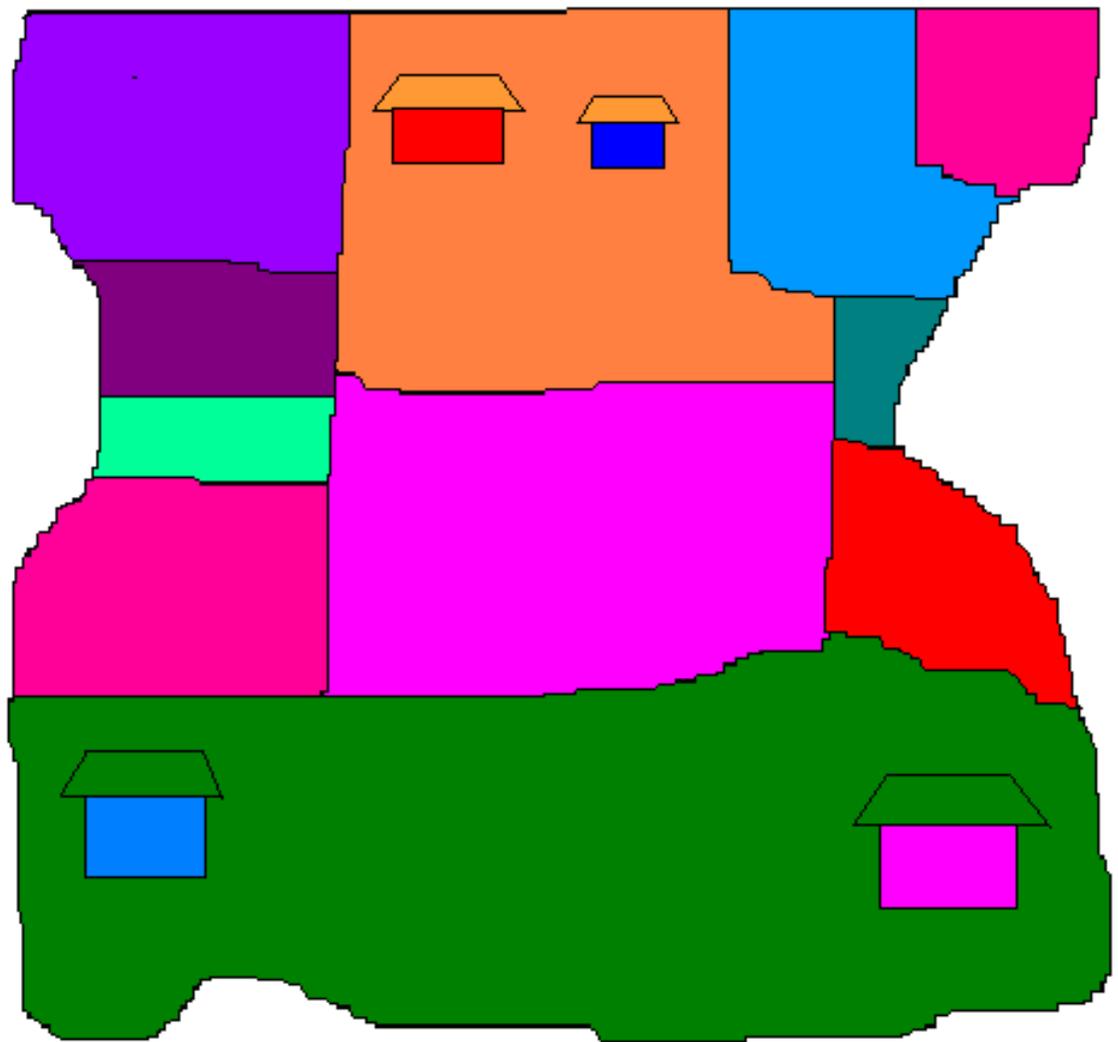
Unidad de atención integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, Programa de Enfermedades Transmisibles, División de Prevención y Control de Enfermedades de la OPS. “Una visión del niño en su totalidad.” “Noticias sobre AIEPI” Washington D.C 20016 EE.UU. Mirta Roses Periago, Revista Nº8, septiembre 2002. Pág. 2-5.

DIRECCIONES ELECTRÓNICAS.

- [Http:// w.w.w.oms.org.sv](http://w.w.w.oms.org.sv). (26-04-03)
- [Http://w.w.w.noticiasaipei.htm](http://w.w.w.noticiasaipei.htm) (03-05-03)
- [Http://w.w.w.fesal.org.s.v](http://w.w.w.fesal.org.s.v). (03-05-03)

ANEXOS

ANEXO 1
CROQUIS DEL AREA GEOGRAFICA DE INFLUENCIA DE
LA
UNIDAD DE SALUD EL MOLINO USULUTAN.



ANEXO 4

SIGLAS UTILIZADAS.

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

BCG : Bacilo de Calmette- Guérin, vacuna antituberculosa.

DPT: Vacuna contra la difteria, tos ferina, tétano.

OMS : Organización Mundial de la Salud.

OPS : Organización Panamericana de la Salud.

SPR: Vacuna contra el sarampión, paperas y rubéola.

UNICEF : Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

OPV: Vacuna antipolio.

ANEXO 5

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE ORIENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

GUIA DE ENTREVISTA
DIRIGIDA A PROFESIONALES DE LA SALUD

OBJETIVO: Determinar el grado de conocimiento del personal de salud sobre la aplicación de la estrategia AIEPI.

CARGO: _____

1. ¿QUE ES AIEPI?

: _____

2. CUALES SON LOS OBJETIVOS DE AIEPI?

3. CUALES SON SUS PILARES FUNDAMENTALES?

PERSONAL.

CAPACITACIONES

AL

¿Ha recibido capacitación sobre AIEPI?

SI _____

NO _____

¿Cuántas capacitaciones ha recibido?

1 _____

2 _____

3 ó

más _____

FACTORES DETERMINANTES EN LA EJECUCIÓN DE LA
ESTRATEGIA.

¿Cuál es la asistencia de los niños a los controles infantiles?

Adecuada _____ Regular _____
Irregular _____

¿El tiempo que dispone por consulta es el adecuado?

Si _____ No _____

¿Cuánta con el material y el equipo adecuado para la, ejecución de la estrategia?

Si _____ No _____

¿Considera que los siguientes factores son determinantes para la ejecución de la estrategia?

- Factores socioculturales Si _____
No _____

- Tiempo disponible
 Si _____ No _____

- Disponibilidad de recursos humanos
 Si _____ No _____

- Disponibilidad de recurso materiales
 Si _____ No _____

ANEXO 6

HOJA DE INSCRIPCION DE ATENCION INTEGRAL AL (LA) MENOR DE 5 AÑOS

Nombre: _____		Fecha de Nac.	Fecha			Edad			Peso	T*	Talla cm	PC
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	N° de Registro: _____		Da	Mes	Año	Años	Meses	DIAS				MC <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> MC <input type="checkbox"/>
Establecimiento: _____												
ANTECEDENTES PERINATALES												
Parto Atendido en: Hosp. <input type="checkbox"/> U. de S. <input type="checkbox"/> Domiciliar <input type="checkbox"/>			Parto atendido por: Medico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Partera <input type="checkbox"/> Promotor de Salud <input type="checkbox"/> Otra persona <input type="checkbox"/>									
Patología	Edad	Peso al nacer	Recibió	Patología RN Si <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>				Egreso RN.				
Emb. SI <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	Gestacional	_____ Grms.	Reanimación	VIH <input type="checkbox"/> Apnea <input type="checkbox"/> Mal form. Congenita <input type="checkbox"/>				Sano <input type="checkbox"/> Con patología <input type="checkbox"/>				
Parto: SI <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sífilis <input type="checkbox"/> Hemorragias <input type="checkbox"/> Asfisia <input type="checkbox"/>				SDR <input type="checkbox"/> Hipertál. <input type="checkbox"/> Tras. Neurol. <input type="checkbox"/>				
Parto Vaginal <input type="checkbox"/>	Podálico <input type="checkbox"/>	Menor 2500g. <input type="checkbox"/>		M. hialina <input type="checkbox"/> Infección. <input type="checkbox"/>				Especifique: _____				
Cesárea: <input type="checkbox"/>	Cefálico <input type="checkbox"/>	Talla _____ cms.	P.C. _____ cms.	Tras. Metabólicos. <input type="checkbox"/>								
ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES			ANTECEDENTES PATOLOGICOS MATERNOS (En Parto Anterior) 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"/> Otros <input type="checkbox"/>									
Especifique: _____			Sífilis <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/>									
Especifique: _____			Especifique: _____									
VERIFICAR ANTECEDENTES DE VACUNACION: Anotar fecha, las vacunas que se aplicaran hoy y las del próximo control.												
VACUNACION												
BCG	RN	1ra. DOSIS	2da. DOSIS	3ra. DOSIS	12 MESES	16 A 18 MESES	4 a 5 AÑOS					
PENTAVALENTE (DPT-HBV-HIB)												
SBP												

ANEXO 7

HOJA SUBSECUENTE DE ATENCION INTEGRAL AL (LA) MENOR DE 5 AÑOS

Nombre:		Fecha de Nac.		Fecha			Edad			Peso	T*	Talla cm	PC	
Sexo:	Nº de Registro:	Die	Mes	Año	Años	Meses	DIAS						unc <input type="checkbox"/>	
M <input type="checkbox"/>													ur <input type="checkbox"/>	
F <input type="checkbox"/>	Establecimiento:													
MOTIVO DE CONSULTA:														
Primera vez <input type="checkbox"/>						Subsecuente <input type="checkbox"/>							CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO <input type="checkbox"/>	
VERIFIQUE SI HAY SIGNOS GENERALES DE PELIGRO (Encerrar en un círculo lo positivo)														
MENOR DE 2 MESES POSIBLE INFECCIÓN BACTERIANA GRAVE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fontanela abombada, hipotermia o fiebre, Ombligo enrojecido que se extiende al abdomen, quejido, pústulas grañadas, siseo nasal, letárgico o inconsciente, se mueve menos de lo normal, convulsiones, Respiración rápida _____, supuración de oído, tiraje subcostal grave. INFECCIÓN BACTERIANA LOCAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Ombligo enrojecido, Escasas Pústulas en el cuerpo, Supuración de ojos.						MAYOR DE 2 MESES ENFERMEDAD MUY GRAVE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No puede beber, o tomar el pecho, convulsiones, Letárgico o Inconsciente, Vómita todo.								
¿TIENE EL NIÑO(A) TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cuánto tiempo hace _____ días											MAYOR DE 2 MESES			
VERIFICAR: Respiración por minuto: _____ Respiración rápida Tiraje Subcostal Estridor en reposo Sibilancias														
¿TIENE EL NIÑO (A) DIARREA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cuánto tiempo hace? _____ días Sangre en las heces:											MENOR Y MAYOR DE 2 MESES			
Determinar el estado general: Letárgico o inconsciente, Inquieto o irritable, Ojos hundidos, Ofrecer líquidos: Bebe mal o no puede beber Bebe ávidamente con sed Signo del pliegue cutáneo: Muy lentamente (mas de 2 seg.) Lentamente														
¿TIENE EL NIÑO (A) FIEBRE? (Determinada por interrogatorio, al tacto o temperatura axilar de 38° C o más) SI _____ NO _____											MAYOR DE 2 MESES			
Cuánto tiempo hace _____ días Más de 7 días ¿todos los días? Rigidez de nuca Manifestaciones hemorrágicas/Sosp. de dengue, Erupción Cutánea generalizada, Tos-Cortiza-Conjuntivitis/Sosp. de Sarampión; Área Hiperendémica Paludismo.														
¿TIENE EL NIÑO(A) PROBLEMA DE OIDO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Dolor Supuración Cuanto tiempo hace _____ días											MAYOR DE 2 MESES			
Timpano rojo Tumefacción dolorosa detrás de la oreja Exudados blancos en garganta, Garganta eritematosa.														
¿TIENE EL NIÑO PROBLEMAS DE GARGANTA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Dolor. Ganglios del cuello crecidos y dolorosos											MAYOR DE 2 MESES			
Palidez palmar: intensa - leve Muy bajo peso <input type="checkbox"/> Bajo peso <input type="checkbox"/> Riesgo <input type="checkbox"/>														
¿VERIFICAR SI PRESENTA DESNUTRICION Y ANEMIA Signos emaciación visible grave, edema ambos pies														
VERIFICAR SI EL NIÑO HA RECIBIDO: Vitamina A: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha de última dosis: _____ Hierro: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha de última dosis: _____ Mebendazole: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha de última dosis: _____														
EVALUAR LA ALIMENTACION DE ACUERDO A EDAD: Toma pecho SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuántas veces al día? _____ Ingiere otra alimentación SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo ¿cuántas veces al día? _____ cuáles alimentos o líquidos _____ ¿Toma pecho? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Durante esta enfermedad hubo algún cambio en la alimentación: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si hubo ¿casi? _____ durante cuanto tiempo? _____														
OTROS HALLAZGOS (ESPECIFIQUE):														
CLASIFICACION:											REFERENCIA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
DIAGNOSTICO CLINICO:														
DIAGNOSTICO NUTRICIONAL:						TRATAMIENTO:								
FECHA PROXIMA CITA O CONTROL						SELLO Y FIRMA DEL RESPONSABLE:								
CAUSA DE NO SEGUIMIENTO: CAMBIO DE DOMICILIO <input type="checkbox"/> MUERTE <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>														

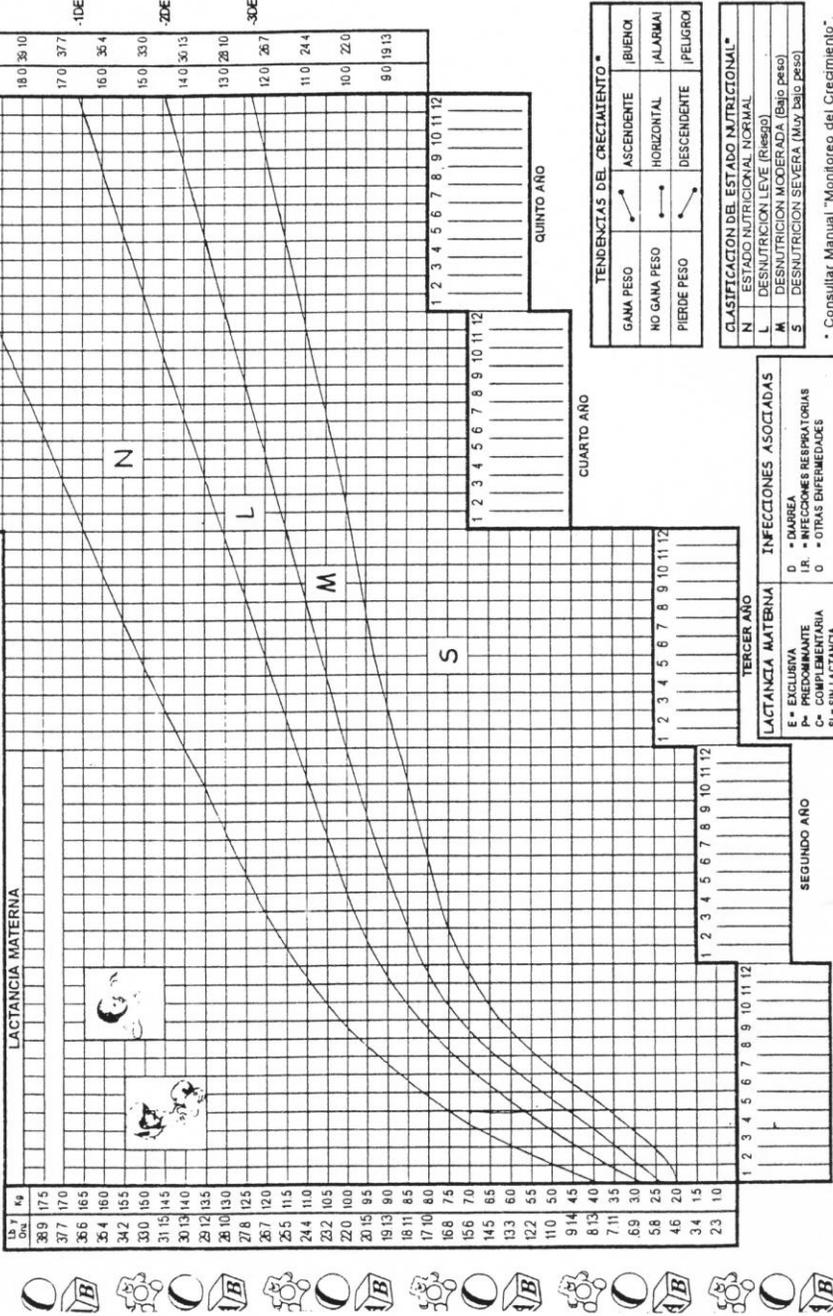
ANEXO 8



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Crecimiento, Desarrollo y Nutrición

GRAFICA DE CRECIMIENTO • PESO / EDAD NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

Nombre: _____ No. de Expediente: _____
Fecha de nacimiento: _____ Prematuro De Término
Peso al nacer: _____



Referencias: Desviaciones Standard - Población de Referencia del N. C. H. S. El Salvador, C.A. 2001

ANEXO 10

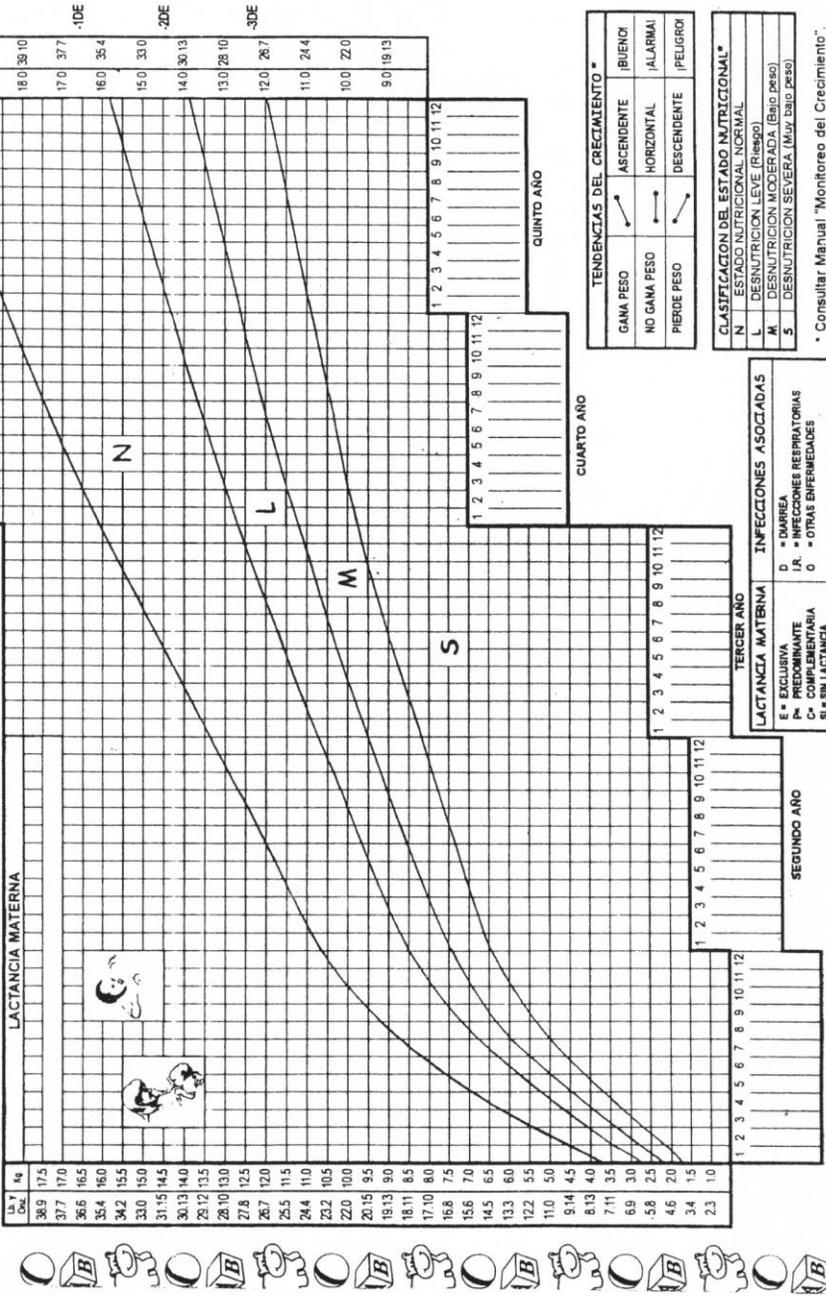


Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Crecimiento, Desarrollo y Nutrición

GRAFICA DE CRECIMIENTO • PESO / EDAD NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS



Nombre: _____
Fecha de nacimiento: _____ No. de Expediente: _____
Peso al nacer: _____ Prematuro De Término



TENDENCIAS DEL CRECIMIENTO*	
GANA PESO	ASCENDENTE
NO GANA PESO	HORIZONTAL
PIERDE PESO	DESCENDENTE

CLASIFICACION DEL ESTADO NUTRICIONAL*	
N	ESTADO NUTRICIONAL NORMAL
L	DESNUTRICION LEVE (Riesgo)
M	DESNUTRICION MODERADA (Bajo peso)
S	DESNUTRICION SEVERA (Muy bajo peso)

LACTANCIA MATERNA		INFECCIONES ASOCIADAS	
E = EXCLUSIVA	D = DURA	I.R. = INFECCIONES RESPIRATORIAS	O = OTRAS ENFERMEDADES
P = PREDOMINANTE	0 = SIN LACTANCIA		
C = COMPLEMENTARIA			
SL = SIN LACTANCIA			

* Consultar Manual "Monitoreo del Crecimiento".
Referencias: Desviaciones Standar - Población de Referencia del N. C. H. S.
El Salvador, C.A. 2001

ANEXO II.



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Crecimiento, Desarrollo y Nutrición

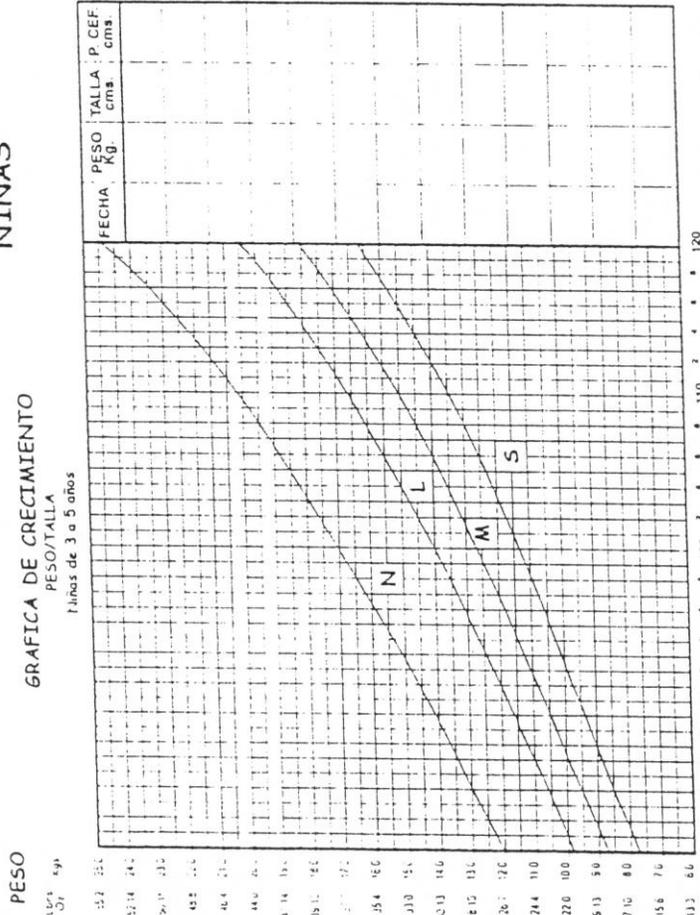
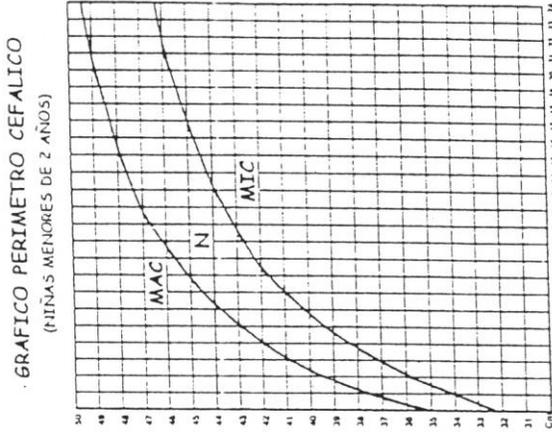


NIÑAS

GRAFICA DE CRECIMIENTO

PESO/TALLA
Niñas de 3 a 5 años

GRAFICO PERIMETRO CEFALICO
(NIÑAS MENORES DE 2 AÑOS)



CLASIFICACION DEL ESTADO NUTRICIONAL		INTERVENCIONES
N = Normal	II Bien!	Continuar Educación Nutricional
L = Leve	II Alerta!!	Atención Nutricional según Normas
M = Moderada	II Peligro!!	Referencia y atención nutricional según Norma
S = Severo	II Peligro!!	Referencia y atención nutricional según Norma

CLASIFICACION EL PERIMETRO CEFALICO		
MAC = Macrocefalia	II Peligro II	Referencia a 2º Nivel
N = Normal	I Bueno I	Continuar con controles
MIC = Microcefalia	II Peligro II	Referencia a 2º Nivel

ANEXO 12

Plan A: Tratar la diarrea en la casa

**Enseñar a la madre las tres reglas del tratamiento en la casa:
darle más líquidos, continuar alimentándolo y cuándo regresar**

1. DARLE MÁS LÍQUIDOS (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, atoles, refrescos naturales) o agua potable.

Es especialmente importante dar SRO en casa si:

- durante esta consulta el niño(a) recibió el tratamiento con plan B o plan C;
- la diarrea empeora y el niño(a) no puede volver al servicio de salud
- hay sospecha de cólera.

* **ENSEÑAR A LA MADRE A PREPARAR Y A DAR SRO.
ENTREGARLE DOS SOBRES DE SRO PARA USAR EN CASA.**

* **DEMOSTRAR A LA MADRE LA CANTIDAD DE LÍQUIDOS QUE DEBE
DARLE AL NIÑO(A) EN CASA ADEMÁS DE LOS LÍQUIDOS QUE LE DA
HABITUALMENTE:**

Menor de 1 año	50 a 100 ml después de cada evacuación acuosa
Mayor de 1 año	100 a 200 ml después de cada evacuación acuosa

Dar las siguientes instrucciones a la madre:

- Administrar frecuentemente pequeños sorbos de líquido con una taza y cuchara.
- Si el niño(a) vomita, esperar 10 minutos y después continuar, pero más lentamente.
- **Continuar dando más líquidos hasta que la diarrea pare.**

2. CONTINUAR ALIMENTÁNDOLO

3. CUÁNDO REGRESAR

} **Consultar el cuadro
ACONSEJAR A LA MADRE O AL
ACOMPANANTE**

ANEXO 13

Plan B: Tratar la deshidratación con SRO

Administrar durante cuatro horas, en el servicio de salud, la cantidad recomendada de SRO

- * DETERMINAR LA CANTIDAD APROXIMADA DE SRO QUE DEBERÁ ADMINISTRARSE DURANTE LAS PRIMERAS CUATRO HORAS:

EDAD(*)	< de 4 meses	4 a 11 meses	1 a 2 años	2 a 4 años
PESO	< de 6 kg	6 < 10 kg	10 - < 12 kg	12 - 19 kg
En ml	200 - 400 ml	400 < 700 ml	700 - 900 ml	900 - 1400 ml

(*) Utilizar solamente la edad del niño(a) si no se sabe el peso. La cantidad aproximada de SRO necesaria (en ml) también puede calcularse multiplicando el peso del niño(a) (en kg) por 75.

- Si el niño(a) quiere más SRO que la cantidad indicada, darle más.
- * DEMOSTRAR A LA MADRE CÓMO SE ADMINISTRA LA SOLUCIÓN DE SRO.
 - Dar con frecuencia pequeños sorbos de líquido con una taza y cuchara.
 - Si el niño(a) vomita, esperar 10 minutos y después continuar, pero más lentamente.
 - Continuar dándole el pecho siempre que el niño lo desee.
- * CUATRO HORAS DESPUÉS:
 - Reevaluar al niño(a) y clasificar la deshidratación.
 - Seleccionar el plan apropiado para continuar el tratamiento.
 - Si el niño(a) continúa deshidratado continuar el plan B durante 2 horas más.
 - Comenzar a alimentar al niño(a) en el servicio de salud tan pronto lo desee.
- * SI LA MADRE TIENE QUE IRSE ANTES QUE SE TERMINE DE ADMINISTRAR EL TRATAMIENTO:
 - Enseñarle a preparar la solución de SRO en casa.
 - Demostrarle la cantidad de SRO que debe administrar para terminar las cuatro horas de tratamiento en casa.
 - Entregarle suficientes sobres de SRO para terminar la rehidratación. Entregarle también dos sobres tal como se recomienda en el plan A.
 - Explicarle las tres reglas del tratamiento en casa:
 1. DARLE MÁS LÍQUIDOS
 2. CONTINUAR A ALIMENTÁNDOLO
 3. CUÁNDO DEBE REGRESAR

} Consultar el Plan A para los líquidos recomendados y consultar el cuadro ACONSEJAR A LA MADRE O AL ACOMPAÑANTE

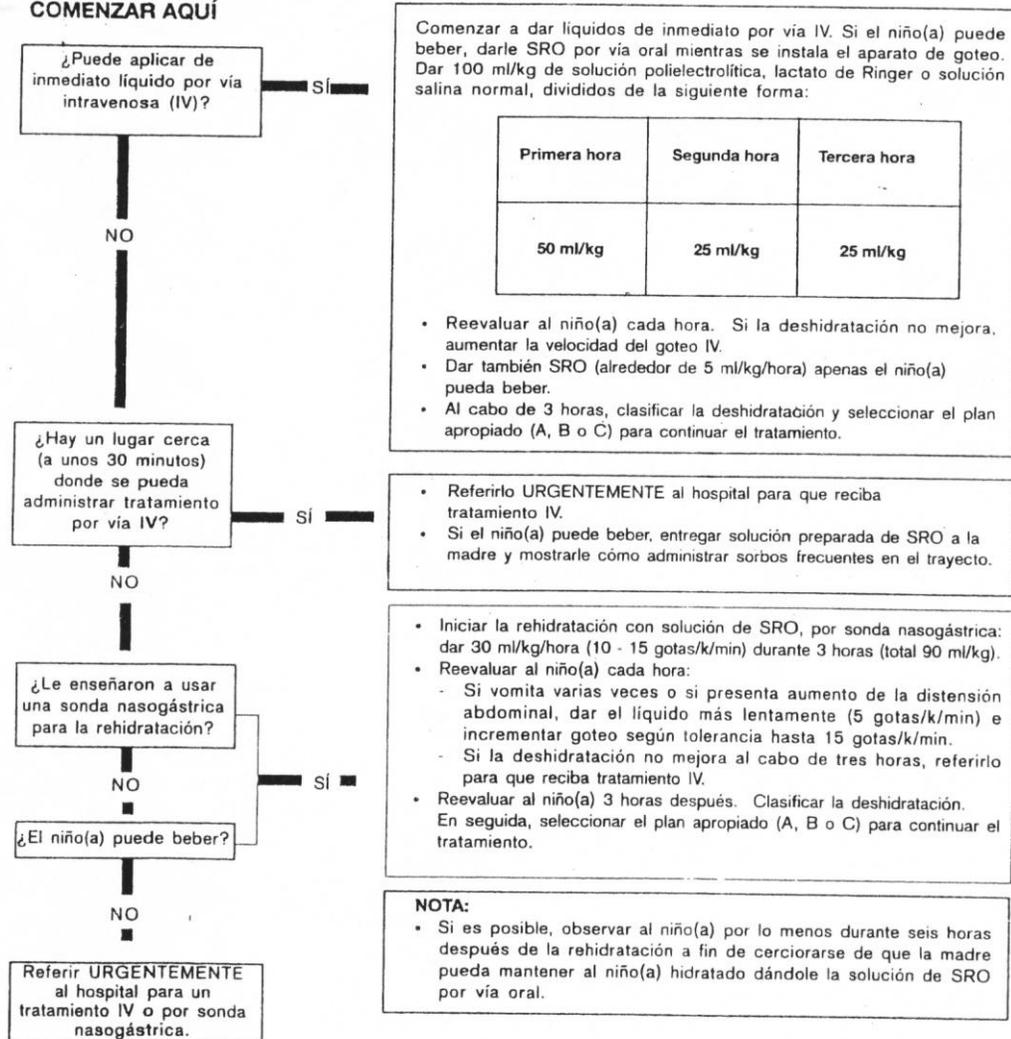
- * SI EL NIÑO(A) CONTINUA VOMITANDO Y NO RECIBE SUFICIENTES LÍQUIDOS PASE A HIDRATARIO A TRAVÉS DE SNG
 - Continuar la rehidratación con solución de SRO, por sonda nasogástrica: dar 30 ml/kg/hora (10 - 15 gotas/k/min) durante 3 horas (total 90 ml/kg).
 - Reevaluar al niño(a) cada hora:
 - Si vomita varias veces o si presenta aumento de la distensión abdominal, dar el líquido más lentamente (5 gotas/k/min) e ir incrementando goteo según tolerancia hasta 15 gotas/kg/minuto.
 - Si la deshidratación no mejora al cabo de tres horas, referirlo para que reciba tratamiento IV.
 - Reevaluar al niño 3 horas después. Clasificar la deshidratación. En seguida, seleccionar el plan apropiado (A, B o C) para continuar el tratamiento.

ANEXO 14

Plan C: Tratar rápidamente la deshidratación grave

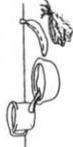
- * SEGUIR LAS FLECHAS. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, IR HACIA LA DERECHA;
- SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, IR HACIA ABAJO.

COMENZAR AQUÍ



ANEXO 15

* RECOMENDACIONES PARA LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO(A) (SANO O ENFERMO)

Menor de 6 meses de edad	De 6 meses a menor de 9 meses	De 9 meses a menor de un año	De un año a menor de 2 años	2 años o más
 <ul style="list-style-type: none"> • Dar el pecho todas las veces que el niño(a) quiera, de día y de noche, por lo menos ocho veces cada 24 horas. • No darie ninguna otra comida o líquidos ni siquiera agua, la leche materna quita la sed. • Dar el pecho hasta que se vacíe porque la última leche es más rica en nutrientes. 	 <ul style="list-style-type: none"> • Dar el pecho todas las veces que el niño quiera (unas 8 veces) • Darle por lo menos 3 cuacharadas de pure espeso de: Frutas: guineo, papaya, mango Cereales Arroz con frijol, papa, plátano. Verduras: Zanahoria, ayote. - 3 veces por día, si se alimenta de leche materna. 5 veces por día, si no se alimenta de leche materna. 	 <ul style="list-style-type: none"> • Dar el pecho (unas cinco veces) • Darle por lo menos 4 cuacharadas de comida espesa de la olla familiar más un 1/4 de tortilla, 4 veces al día o 5 si no toma leche materna. • Incluir un alimento frito al día • Dar la comida en un mismo plato para saber cuanto está comiendo. 	 <ul style="list-style-type: none"> • Darle por lo menos 5 cuacharadas de comida de la olla familiar más media tortilla, 3 veces al día. • Darie dos refrigerios de fruta o pan dulce o de la comida que tenga. • Incluir un alimento frito al día. 	 <ul style="list-style-type: none"> • Darie 3 comidas diarias, de lo mismo que se sirva a la familia. Dos veces por día darle refrigerios como: Fruta Pan dulce o Comida. • Incluir un alimento frito al día 

Recomendaciones para la alimentación del niño(a) ENFERMO:

- Si todavía se alimenta de leche materna, darle el pecho con más frecuencia y durante más tiempo, de día y de noche.
- Seguir con la comida normal, pero en pequeñas cantidades y más veces por día. Si no puede seguir con la comida normal, buscar alimentos suaves y sin grasa, como pure de papa, plátano, verduras o arroz.
- Para otros alimentos, seguir las recomendaciones relativas a los alimentos apropiados para la edad del niño(a).
- Dar una comida extra hasta 2 semanas después que pase la enfermedad.
- Explicarle a la madre que el apetito mejorará a medida que el niño(a) se recupere.

Recomendaciones para la alimentación del niño(a) con DIARREA PERSISTENTE:

- Si el niño tiene diarrea persistente y toma otro tipo de leche:
 - sustituir con más leche materna o
 - sustituir la mitad de la leche con alimentos suaves nutritivos como pure de papa, verduras, plátano o arroz salcochado.
- Para otros alimentos, seguir las recomendaciones relativas a los alimentos apropiados para la edad del niño(a).

ANEXO 16

* **Aconsejar a la madre sobre problemas de alimentación**

Si el niño(a) no está alimentándose en la forma descrita, aconsejar debidamente a la madre. Además:
Si la madre dice que tiene dificultades para dar el pecho, evaluar la lactancia. (Consultar el cuadro titulado TRATAR AL NIÑO(A) DE 1 SEMANA A 2 MESES DE EDAD.)
Si es necesario, mostrar a la madre la posición y el agarre correctos para la lactancia.



Si el niño(a) tiene menos de 6 meses y está tomando otro tipo de leche o de alimento:

- Infundir confianza a la madre en el sentido que puede producir toda la leche que el niño(a) necesita.
- Sugerirle que le dé el pecho con más frecuencia y durante más tiempo, de día y de noche, y que reduzca gradualmente otros tipos de leche o de alimentos.
- Si la madre considera que tiene sed y por esto le da otros líquidos, explicarle que la leche materna quita la sed.

Si es necesario continuar dando otro tipo de leche, recomendar a la madre que:

- Le dé el pecho lo más que sea posible, incluso de noche.
- Se cerciore que el otro tipo de leche sea preparado en forma correcta e higiénica y administrado en cantidad apropiada.
- Se cerciore que termine de tomar la leche preparada en el lapso de una hora. No usar restos de leche u otros alimentos.



Si la madre está alimentando al niño(a) con pacha:

- Recomendarle que use una taza o cuchara en vez de pacha.
- Mostrarle cómo alimentar al niño(a) con una taza y cuchara.

Si la madre no incentiva al niño(a) para que coma, aconsejarle que:

- Se sienta con el niño(a) y lo anime para que coma.
- Sirva al niño(a) una porción según edad, en un plato o recipiente separado.

Si los primeros alimentos del niño(a) son comidas o papillas ralas:

- Aconsejarle preparar comidas de consistencia espesa.
- Enseñarle que los nutrientes están en las comidas espesas, no en la sopa.



Si el niño(a) no consume la cantidad, frecuencia o tipos de alimentos adecuados, aconsejarle que:

- Aumente gradualmente la cantidad de alimentos hasta alcanzar, a los 2 años, por lo menos la mitad de lo que consume un adulto.

Si el niño(a) no está alimentándose bien durante la enfermedad, aconsejar a la madre que:

- Le dé el pecho con mayor frecuencia y, si es posible, durante más tiempo;
- Seguir con la comida normal, pero en pequeñas cantidades y más veces por día. Si no puede continuar con la comida normal buscar alimentos suaves y sin grasa (arroz, papa, o platano salcochado verduras y otros)
- Si el apetito es muy poco, buscar un alimento que al niño(a) le guste (no golosinas)
- Le limpie la nariz si la tiene tapada y eso obstaculiza la alimentación;
- Explíquele a la madre que el apetito mejorará a medida que se recupere.
- Cuando recupere el apetito, durante una o dos semanas, darle una comida más al día para que recupere el peso perdido según las recomendaciones para edad.

Hacer el control para cualquier problema de alimentación 5 días después.