

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



**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:**

**EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA EN RELACIÓN A LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN LAS UNIDADES DE SALUD DE COMACARÁN, DEPARTAMENTO DE SAN MIGUEL Y YAYANTIQUE, DEPARTAMENTO DE LA UNIÓN. PERÍODO DE ENERO DE 2003 A SEPTIEMBRE DE 2004.**

**PRESENTADO POR:  
MARÍA DE LA PAZ, GUTIÉRREZ GUTIÉRREZ  
YESENIA ELIZABETH, HERNÁNDEZ RIVAS**

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

**DOCENTE DIRECTOR:  
LIC. SONIA MARGARITA DEL CARMEN MARTINEZ PACHECO**

**NOVIEMBRE DE 2004**

**SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA.**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

**AUTORIDADES:**

**DOCTORA. MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ**

**RECTORA**

**INGENIERO. JOAQUÍN ORLANDO MACHUCA GÓMEZ**

**VICERRECTOR ACADÉMICO**

**LICENCIADA. MARÍA HORTENSIA DUEÑAS DE GARCÍA**

**VICERRECTORA ADMINISTRATIVA**

**LICENCIADA. LIDIA MARGARITA MUÑOZ VELA**

**SECRETARIA GENERAL**

**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL**

**AUTORIDADES:**

**INGENIERO. JUAN FRANCISCO MÁRMOL CANJURA.**

**DECANO INTERINO**

**LICENCIADA. LOURDES ELIZABETH PRUDENCIO COREAS**

**SECRETARIA**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**AUTORIDADES:**

**DOCTORA. LIGIA JEANNET LÓPEZ LEIVA**

**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**LICENCIADA. ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO**

**COORDINADORA GENERAL DE LOS PROCESOS DE GRADUACIÓN**

**ASESORES:**

**LICENCIADA. SONIA MARGARITA DEL CARMEN MARTÍNEZ PACHECO**  
**DOCENTE DIRECTOR**

**LICENCIADO. RODOLFO ANTONIO MARTÍNEZ**  
**ASESOR DE ESTADÍSTICA**

**LICENCIADA. ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO**  
**ASESORA DE METODOLOGÍA**

## DEDICATORIA

Principalmente al **Dios Todo Poderoso** por permitirme alcanzar este triunfo, por estar siempre a mi lado, nunca fallarme y haber enviado a su unigénito para salvación de la humanidad.

- **A mis padres:** Cristóbal Gutiérrez (Q. D. D. G) y María Olimpia Gutiérrez Vda. de Gutiérrez por su amor, apoyo incondicional y por ser los mejores padres del mundo.

- **A mis hermanos:**

Ricardo por ser como mi segundo padre y por apoyarme siempre.

Aníbal por darme ánimos para seguir adelante.

- **A mis tías:** Angélica, Victoria y Mercedes por estar a mi lado.
- **A mis seres queridos:** Laureano, Eusebia, María de la Paz, Fernando, Julio César y Olivia por vivir en las siempre vivas de mis recuerdos.
- **A mis sobrinos:** Por su cariño especial.
- **A mis primos** por brindarme su apoyo en momentos difíciles.

- Y a todas las personas que me han expresado su cariño, comprensión de forma única y sincera.

**María de La Paz Gutiérrez Gutiérrez.**

## **DEDICATORIA**

### **A Dios Todo Poderoso:**

Por darme la vida, sabiduría y por impulsarme en todo momento, pero sobretodo por no haberse alejado de mí y lo más importante por sus múltiples bendiciones y por haberme regalado un nuevo ser, mi hijo (a).

Encomienda a Jehová tus obras y tus pensamientos serán afirmados.

### **A mis padres:**

René Oscar Hernández Vanegas y Cervanda Rivas de Hernández: por su comprensión, apoyo incondicional, por darme fuerza en todo momento y más que todo su sacrificio.

### **A mi esposo:**

José Milton Umaña por su amor, su comprensión, su compañía idónea, por ser parte de mí y por el tesoro que Jehová nos ha regalado, nuestro hijo (a).

### **A mis hermanos:**

José Raúl, Sandra Verónica y Marvin Dagoberto: por su apoyo, cariño y respeto.

**A mis hermanos en Cristo:** por llevarme siempre en sus oraciones.



**A mis amigas:**

Por su amor, ternura, comprensión que a pesar de momentos difíciles siempre han estado conmigo brindándome apoyo.

**Yesenia E. Hernández de Umaña.**

## **AGRADECIMIENTOS**

A las Unidades de Salud de Comacarán y Yayantique del Departamento de San Miguel y la Unión, respectivamente por habernos permitidos realizar este estudio.

A las personas que contribuyeron de una u otra forma en nuestra formación académica.

Agradecemos de una forma especial por toda la colaboración ayuda y comprensión que nos brindaron las siguientes personas:

- Lic. Elba Margarita Berríos Castillo
- Lic. Sonia Margarita del Carmen Martínez Pacheco
- Lic. Rodolfo Antonio Martínez.

## ÍNDICE

<b>CONTENIDO</b>	<b>PÁG.</b>
<b>RESUMEN</b> .....	xvii
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	xi
<b>CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
1.1 Antecedentes de la problemática.....	26
1.2 Enunciado del problema .....	30
1.3. Objetivos de la investigación.....	31
1.3.1 Objetivo general.....	31
1.3.2 Objetivos específicos.....	31
<b>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1 Definición de la estrategia atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI).....	34
2.2 Antecedentes históricos de la estrategia.....	35
2.3 Pilares fundamentales de la estrategia AIEPI.....	42
2.4 Comportamiento de las IRA en el salvador en los últimos cuatro años.....	43
2.4.1 Comportamiento de las IRA en la unidad de salud de Comacarán en los últimos cinco años .....	44

2.4.2 Comportamiento de las IRA en la unidad	
de Yayantique en los últimos tres años .....	45
2.5 Clasificación de las Infecciones Respiratorias	
Agudas.....	46
2.6 Clasificación de las IRA según AIEPI .....	47
2.6.1 Evaluar y clasificar la tos o la dificultad para respirar.....	47
2.7 Problemas de oído .....	53
4.7.1 Evaluar los problemas de oído.....	53
4.7.2 Clasificar los problemas de oído.....	55
2.8 Evaluar y clasificar el problema de garganta.....	58
4.8.1 Evaluar el problema de garganta .....	58
4.8.2 Clasificar el problema de garganta.....	59
2.9 Administración de medicamentos en el servicio de salud.....	62
2.9.1 Tratar la sibilancias .....	62
2.9.2 Dar un antibiótico para la infección de garganta .....	53
2.10 Enseñar a la madre a administrar los medicamentos por vía oral	
en la casa .....	63
4.10.1 Para la neumonía u otitis media.....	63
4.10.2 Dar acetaminofén para la fiebre.....	63
2.11 Enseñar a la madre a tratar las infecciones localizadas.....	64
2.11.1 Secar el oído con una mecha .....	64
2.11.2 Aliviar el dolor de garganta y mitigar	

la tos con un remedio casero inocuo .....	64
2.12 Proporcionar atención de reevaluación y control.....	65
2.12.1 Neumonía.....	65
2.12.2 Otitis media.....	66
2.13 Definición de términos básicos.....	68

### **CAPITULO III: SISTEMA DE HIPÓTESIS**

3.1 Hipótesis de trabajo .....	72
3.2 Operacionalización de la hipótesis en variables e indicadores .....	73

### **CAPITULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO**

4.1 Tipo de investigación.....	76
4.2 Población.....	77
4.3 Muestra.....	78
4.4 Tipo de muestreo.....	80
4.5 Técnicas de obtención de información.....	80
4.6 Instrumentos.....	81
4.7 Procedimiento.....	82

## **CAPITULO V: PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS**

5.1 Tabulación, análisis e interpretación de los datos.....	86
5.1.1 Resultados de la cédula de entrevista dirigida a los profesionales de la salud .....	87
5.1.2 Resultado de la cédula de entrevista dirigida a los padres de familia .....	110

## **CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

6.1 Conclusiones .....	127
6.2 Recomendaciones.....	129

BIBLIOGRAFIA.....	130
-------------------	-----

## **ANEXOS**

1. Cronograma de actividades general.....	135
2. Cronograma de actividades durante la ejecución .....	136
3. Consolidado Nacional Reporte Epidemiológico, año 2000 .....	139
4. Consolidado Nacional Reporte Epidemiológico, año 2001 .....	140
5. Consolidado Nacional Reporte Epidemiológico, año 2002 .....	141
6. Consolidado Nacional Reporte Epidemiológico, año 2003 .....	142
7. Ejemplo de Reporte Epidemiológico Semanal, página 1/4 .....	143
8. Ejemplo de Reporte Epidemiológico Semanal, página 2/4 .....	144
9. Ejemplo de Reporte Epidemiológico Semanal, página 3/4 .....	145
10. Ejemplo de Reporte Epidemiológico Semanal, página 4/4 .....	146

11. Población por establecimientos, cantones y grupos de edad, 2004 .....	147
12. Reporte Epidemiológico Semanal de Unidad de Salud de Comacarán, año 1999 .....	148
13. Reporte Epidemiológico Semanal de Unidad de Salud de Comacarán, año 2000.....	149
14. Reporte Epidemiológico Semanal de Unidad de Salud de Comacarán, año 2001 .....	150
15. Reporte Epidemiológico Semanal de Unidad de Salud de Comacarán, año 2002.....	151
16. Reporte epidemiológico Semanal de Unidad de Salud de Comacarán, año 2003.....	152
17. Reporte Epidemiológico Semanal de Unidad de Salud de Yayantique, año 2001.....	153
18. Reporte Epidemiológico Semanal de Unidad de Salud de Yayantique, año 2002.....	154
19. Reporte Epidemiológico Semanal de Unidad de Salud de Yayantique, año 2003.....	155
20. Reporte Epidemiológico Semanal de Unidad de Salud de Comacarán semana N° 39, año 2004 .....	156
21. Reporte Epidemiológico Semanal de Unidad de Salud de Yayantique, semana N° 39, año 2004.....	157
22. Cédula de Entrevista dirigida a los profesionales de la salud.....	158

23. Cédula de Entrevista dirigida a los padres de familia.....	161
24. Ficha de revisión de expedientes clínicos .....	163
23. Ejemplo de hoja subsecuente de Atención Integral al (la) menor de 5 años .....	164



## **RESUMEN**

Las Infecciones Respiratorias Agudas en países en vías de desarrollo como El Salvador es uno de los principales problemas de consulta infantil a los servicios de salud, constituyéndose la principal causa de morbimortalidad infantil a través de la revisión de los Reportes Epidemiológicos Semanales. Así se tiene que en las Unidades de Salud de Comacarán y Yayantique no son la excepción a esta realidad. Por lo anterior El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social adopta la Estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia propuesta por Organismos Internacionales con el objetivo de disminuir los índices, pero esta visión no se ha logrado en las unidades de salud antes mencionadas; por lo que se evalúa la aplicación de la estrategia determinando si hay una adecuada clasificación, tratamiento eficaz, nivel de conocimientos del personal de salud que la ejecuta así como la consejería dada a los padres de familia.

La investigación fue de tipo retrospectiva, bibliográfica, comparativa y de campo aplicándose las técnicas de investigación tales como la encuesta, observación. Los instrumentos que se emplearon para el levantamiento de la encuesta es la cédula de entrevista dirigida a treinta profesionales de la salud (23 médicos y 7 enfermeras) y a padres de familia que consultaron a las Unidades de Salud de Comacarán y Yayantique (118 y 180 respectivamente). Así mismo se aplicó un estudio de carácter exploratorio para la evaluación de la recurrencia utilizando la entrevista no estructurada al azar

incluyendo la visita a cinco padres de familia por establecimiento de salud, luego se recopiló la información, se elaboraron los cuadros, gráficas y se analizaron los datos.

Se comprueba con los registros de los Reportes Epidemiológicos Semanales que el número de casos de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) de enero de 2003 a septiembre de 2004 no se ha logrado reducir con la aplicación de la Estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.

Luego de analizar los datos obtenidos en la evaluación de la Estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) se concluye un mínimo de recurrencia del 22.14% a través de la revisión de expedientes clínicos lo que demuestra una adecuada clasificación y un tratamiento eficaz.

Además los resultados dan a conocer que un 90.1% de los profesionales encuestados no aplican en su totalidad los cuatros pilares fundamentales de la estrategia ya que hay falta de aplicación de uno de los pilares (Consejería) que propone AIEPI, a pesar de esto los padres de familia encuestados manifiestan haber recibido y practicado la consejería obteniéndose que un 83.44% demuestran su eficacia en la clasificación y tratamiento.

Con los resultados se obtienen las recomendaciones siguientes: Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) a través del Sistema Básico Integral de

Salud (SIBASI) implementar capacitaciones a médicos y enfermeras y a las autoridades de La Universidad de El Salvador en la carrera de Doctorado en Medicina y escuelas de enfermería para que se incluyan en las asignaturas de de la carrera de Doctorado en Medicina los programas, normas, estrategias que se desarrollan en El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

## INTRODUCCIÓN

En el mundo más de once millones de niños mueren cada año debido a enfermedades infecciosas y desnutrición. El Salvador no es la excepción ya que una de las principales causas de consulta y de defunciones son las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA).

Los últimos datos procedentes de la Región de las Américas indican que cerca de 97,500 niños menores de cinco años mueren cada año. Motivo por el cual Organizaciones Internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) diseñaron una Estrategia que se lanza en el año de 1996 con la finalidad de promover el crecimiento saludable y disminuir la morbimortalidad infantil a nivel mundial en niños y niñas menores de cinco años de edad es así como surge la Estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).

Algunos países de Latinoamérica adoptan la estrategia y en El Salvador fue presentada por la OPS/OMS a las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) en el año de 1997 aplicándose hasta el año 2002. Esta surge como respuesta al número de casos elevados, que se han registrado en la Vigilancia Epidemiológicas en relación a las IRA (Otitis media, infección bacteriana de

garganta, faringitis viral, gripe y neumonía) que a pesar de haberse implementado la Estrategia no se han obtenido resultados satisfactorios por tal razón el grupo de investigación decide realizar una evaluación de la estrategia enfatizada en las IRA, tomando como base los pilares fundamentales tales como: Evaluación, clasificación , tratamiento y consejería.

Con el presente trabajo de investigación se propone al MSPAS realizar capacitaciones constantes al personal de salud para mejorar la aplicación de la estrategia y con esto beneficiar al grupo etareo en estudio para que en un futuro se le brinde una mejor calidad de atención minimizando los índices de morbimortalidad infantil en menores de cinco años: además este estudio servirá como insumo a estudiantes en el área de la salud como apoyo en la realización de trabajos de investigación.

En el presente documento se dan a conocer los resultados de la Evaluación de la Aplicación de la Estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia en relación a las Infecciones respiratoria Agudas (IRA) en las Unidades de Salud de Comacarán, departamento de San Miguel y Yayantique, departamento de la Unión. En el período comprendido de enero de 2003 a septiembre de 2004.

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

El capítulo uno trata sobre el planteamiento del problema, el cual está constituido por: Los antecedentes del problema donde se describen los altos índices de morbimortalidad infantil en menores de cinco años a nivel mundial causadas por enfermedades infecciosas y trastornos nutricionales. Motivo por el cual Organizaciones Internacionales lanzan una Estrategia (AIEPI), describiéndose en este apartado una breve reseña histórica de su adopción en algunos países del mundo y en El Salvador las diferentes fases de su implementación; así como datos estadísticos recopilados de la Vigilancia Epidemiológica del comportamiento de las IRA en los últimos tres años. Además se incluye el enunciado del problema y como parte fundamental de la investigación se mencionan los objetivos con lo que se evaluó los pilares fundamentales de la Estrategia AIEPI (Evaluación, clasificación, tratamiento y consejería) aplicada en cada una de las Unidades de salud en el apartado de IRA.

En el capítulo dos se presenta el marco teórico en el cual se encuentra la base teórica, en la que se sustenta la teoría obtenida a través de diferentes fuentes de investigación.

El capítulo tres incluye el sistema de hipótesis con sus respectiva operacionalización de variables e indicadores que darán respuesta al fenómeno estudiado.

En el capítulo cuatro se expone el diseño metodológico el que estructura el tipo de investigación, el universo poblacional, la muestra, tipo de muestreo utilizado, también se mencionan las técnicas e instrumentos y el procedimiento de cómo se desarrolló la investigación.

En el capítulo cinco se presentan los resultados de la evaluación y se hace a través de la tabulación, el análisis y la interpretación de datos con sus respectivas gráficas.

El capítulo seis se encuentran las conclusiones y recomendaciones que surgen después del análisis e interpretación de datos.

Al final del documento se incluye las diferentes fuentes de información consultada y los anexos que sirven como referencia de los datos estadísticos presentados tales como: Consolidado Nacional Reporte epidemiológico, reportes epidemiológicos semanales de las unidades de salud en estudio, Población por establecimientos, cantones y grupo de edad 2004. Además se incluye el cronograma de actividades, la programación de acciones durante la investigación, guía de cedula entrevista dirigida al personal de salud y padres de familia y la hoja de evaluación de AIEPI.

# **CAPÍTULO I**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**



## **1.1 ANTECEDENTES DE LA PROBLEMÁTICA**

Las IRA son la principal causa de utilización de los servicios de salud en países en vías de desarrollo. Consideradas en grupo, las IRA de origen viral o bacteriano representan una importante causa de morbilidad y mortalidad.

Los estudios operacionales indican que entre los portadores de IRA mueren básicamente: a) Los casos que se quedan en la comunidad, sin oportunidad de llegar a los servicios de salud; b) los casos bacterianos de IRA que no reciben un tratamiento adecuado y que evolucionan hacia la severidad, y c) los casos graves que llegan tardíamente al establecimiento de salud.

Entre los factores determinantes que contribuyen a la morbimortalidad infantil en las IRA están:

- Inaccesibilidad a los servicios
- Problemas socioeconómicos (adquisición de medicamentos, transporte)
- Factor cultural, que limita la frecuencia y aceptación de los servicios formales de salud
- Inadecuación en el manejo de casos de IRA por parte de los servicios generales de salud.

En El Salvador las IRA se encuentran como primera causa de consulta a los establecimientos de salud. Según datos obtenidos del consolidado nacional de los reportes epidemiológicos de los últimos cuatro años (Anexo 3, 4, 5 y 6). A pesar de ser la primera causa de morbilidad infantil a nivel nacional se observa una reducción del número de casos de IRA que coinciden con la implementación de la Estrategia AIEPI.

Los diferentes establecimientos de salud no son la excepción a la problemática mencionada. Porque según datos de los Reportes Epidemiológicos Semanales (Anexo 7, 8, 9 y 10) figuran como la primera causa de consulta las IRA en los niños y niñas menores de cinco años. Por tal razón el grupo de investigación decide realizar una evaluación de la Estrategia en las Unidades de salud de Comacarán, departamento de San Miguel y la Unidad de Salud de Yayantique, departamento de la Unión, ambas pertenecientes al Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI) San miguel.

La atención de salud de la población de Comacarán, fue por muchos años responsabilidad del Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel (HNSDDSM), hasta 1978 año en que se fundó la Unidad de Salud.

Las atenciones a las personas se limita a: Consultas medicas, consulta de enfermería, curaciones, aplicación de inyecciones, vacunación programada en campañas y visitas domiciliarias.

El total de habitantes atendidos en esta unidad es de 3,939 (anexo 11) entre los cuales se encuentran 523 menores de cinco años atendidos por médico en Servicio Social y en ocasiones por auxiliar de enfermería.

Con relación a la Estrategia AIEPI se incorpora en el año 2002 en la Unidad de Salud antes mencionada para lo cual se capacitó en primer lugar al médico, un año después al auxiliar de enfermería.

Al revisar los reportes epidemiológicos se observa que para el año 2002 se da el mayor número de casos de IRA en comparación con los tres años anteriores, manteniéndose una diferencia no significativa de casos reportados en el segundo año de haberse aplicado la estrategia. (Anexo 12, 13, 14, 15 y 16).

Otra de las Unidades en donde se evaluará la aplicación de la Estrategia es la del municipio de Yayantique, departamento de La Unión, la cual fue fundada en el año de 1975.

Actualmente presta los servicios de Atención médica, atención de enfermería, vacunación, inyectables, pequeña cirugía, curaciones y terapia respiratoria. Consta de una población total de 5,997 personas, de los cuales 593 son niños menores de cinco años de edad (Anexo 11). Atendidos por médico en Servicio Social y en ocasiones por enfermera.

En relación a la aplicación de la estrategia en la Unidad de Salud se capacitó a Enfermera graduada en el 2002, pero no dio a conocer la información. Capacitándose a mediados de 2003 al médico director y auxiliar de enfermería; a partir de esta fecha se lleva a cabo la utilización de la estrategia.

Según datos obtenidos de los reportes epidemiológicos semanales, (Anexo 17, 18 y 19) se observa que en los dos años anteriores a la aplicación de la estrategia se registra un menor número de casos comparados con el año 2003, donde hay un incremento significativo de casos por IRA.

Se ha encontrado que existe en las Unidades de Salud en estudio un incremento en el número de consultas subsecuentes y en algunas ocasiones infecciones sobre agregadas a pesar de la utilización de los pilares fundamentales ya establecidos en dicha Estrategia. No obviando otros factores como una clasificación inadecuada de las patologías contempladas en las IRA que a su vez conllevan a un tratamiento inefectivo.

Así también la falta de capacitación del personal de salud que lleva a cabo la aplicación de la estrategia y la poca importancia de los padres de familia que no cumplen con las recomendaciones dadas al momento de consultar.

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

## 1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿La aplicación de los pilares fundamentales: **Evaluación, Clasificación, Tratamiento y Consejería** utilizados por la Estrategia atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) son eficaces en relación a las Infecciones respiratorias agudas en las Unidades de Salud Comacarán, departamento de San Miguel y Yayantique, departamento de la Unión, pertenecientes al SIBASI San Miguel, en el período de enero de 2003 a septiembre de 2004?

## **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION**

### **1.3.1 OBJETIVO GENERAL:**

- Evaluar la eficacia en la aplicación de la Estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia con relación a las Infecciones Respiratorias Agudas, en las Unidades de Salud de Comacarán del departamento de San Miguel y Yayantique del departamento de La Unión, en el período de enero de 2003 a septiembre de 2004.

### **1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Determinar si la evaluación aplicada por la Estrategia AIEPI en las IRA permite una adecuada clasificación.
- Establecer la eficacia del tratamiento propuesto por AIEPI en las IRA.

- Identificar el nivel de conocimientos del personal de salud que facilitan la consejería establecida por la Estrategia AIEPI.
  
- Determinar si la consejería impartida por el personal de salud a los padres de familia es adecuada en las Unidades de Salud en estudio.

**CAPÍTULO II**  
**MARCO TEÓRICO**



## **2. MARCO TEÓRICO**

Las IRA siguen siendo uno de los principales problemas de la población infantil menor de cinco años en los países en vías de desarrollo. Los últimos datos procedentes de la Región de las Américas indican que cerca de 97,500 niños y niñas menores de cinco años mueren al año debido a la neumonía, además de contribuir a la mortalidad infantil en general con un número tan importante de defunciones. “Las IRA son la principal causa de consulta infantil a los servicios de salud más representativos entre 40% - 60% del total de las consultas pediátricas y entre 20% - 40% de las hospitalizaciones en la mayoría de los países en desarrollo.”<sup>1]</sup>

Debido a que la población infantil menor de cinco años es uno de los grupos más afectados con diversas patologías y con el propósito de reducir la mortalidad y morbilidad fue diseñada la Estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) por múltiples Organismos Internacionales.

### **2.1 DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA (AIEPI)**

La AIEPI es una estrategia elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) que fue

---

<sup>1]</sup><http://w.w.w.noticiasiepi.paho.org>

presentada en 1996 como la principal estrategia para mejorar la salud de la niñez. Enfoca la atención de los menores de cinco años en su estado de salud más que en las enfermedades que ocasionalmente puede afectarlos.

## **2.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ESTRATEGIA**

“La Organización Panamericana de la Salud estima que todos los años aproximadamente medio millón de niños y niñas mueren antes de alcanzar los cinco años de edad, el 27% de estas muertes se deben a enfermedades infecciosas y trastornos nutricionales lo que representa más de 150,000 defunciones anuales de menores de cinco años en todo el continente americano y las principales causas de esa mortalidad son las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y enfermedades diarreicas”<sup>2]</sup>

La mayoría de las enfermedades infecciosas que afectan la salud de la niñez pueden ser prevenidas o efectivamente tratadas.

La Cumbre Mundial a favor de la Infancia en 1990 estableció como meta para el año 2000 la reducción de un tercio de la mortalidad infantil por IRA respecto a 1990.

Con base a esta situación durante los primeros años de la década de los noventa la OMS y UNICEF trabajaron en conjunto para diseñar una Estrategia que integre todas

---

<sup>2]</sup> Idem

las intervenciones de prevención, tratamiento y promoción de la salud que pueden contribuir a reducir la morbimortalidad de la niñez y a fomentar mejores condiciones para la salud y el desarrollo de los niños y niñas durante sus primeros cinco años de edad, la Estrategia que se propone es : Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), reduciendo así las oportunidades perdidas de detección precoz y tratamiento de enfermedades que puedan pasar inadvertidas para los padres y personal de salud con el consiguiente riesgo de agravarse y presentar complicaciones.

La Estrategia consta de dos apartados: a) Atención al niño(a) menor de dos meses de edad y b) Atención de niños(a) de dos meses a cuatro años de edad.

Desde su diseño original la Estrategia AIEPI incluye tres componentes interrelacionados y sinérgicos. Se requiere un desarrollo armónico de estos componentes para alcanzar los objetivos y el impacto de la Estrategia, los cuales son:

### **1- Mejora del Sistema de salud.**

Se refiere a crear las condiciones adecuadas para que la Estrategia AIEPI pueda ser aplicada. Incluye el desarrollo de capacidades gerenciales (planificación, dirección, organización, coordinación y control), disponibilidad de medicamentos, calidad de atención, referencia y contrarreferencia.

### **2- Mejora de las actitudes del personal de salud en la prevención, promoción de la salud y el tratamiento de enfermedades prevalentes de la infancia.**

### **3- Mejora de las prácticas familiares y comunitarias parara el cuidado de los niños y niñas.**

Desde 1996 hasta el año 2002, más de setenta países en todo el mundo, vienen trabajando en la implementación de la Estrategia AIEPI. En el año 1999, la OMS publicó la “Guía de Planificación de la Estrategia AIEPI”, la cual describe la metodología de evaluación de la fase de implementación inicial como paso previo a la fase de expansión.

Debido a la existencia de diferencias del proceso de implementación de la Estrategia en la Región de Latinoamérica y El Caribe, en comparación con países de África se vio la necesidad de adaptar la metodología propuesta, haciéndola más participativa y estructurada.

La adaptación de la metodología se inició en Nicaragua a principios de 2002, la cual fue concluida y aplicada por primera vez, en la región de Honduras en el año 2001. En el año 2002, esta metodología también fue aplicada en Paraguay, Bolivia, Nicaragua y El Salvador.

La Estrategia como metodología innovadora para la atención de la niñez, fue presentada por la OPS/OMS a las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), en enero de 1997. La respuesta fue favorable y se decidió

adaptarla y luego incluirla dentro de las estrategias del Programa Nacional de la Atención Integral en Salud en la niñez.

En febrero del mismo año, se recibió la asistencia técnica de OPS/OMS para realizar la recopilación de datos estadísticos, el análisis de la situación epidemiológica de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia en El Salvador y elaborar el Primer Plan Operativo Nacional para el período 1997-1998. También, bajo la dirección y coordinación del MSPAS, se conformó: El Comité Técnico Nacional AIEPI, con la participación de funcionarios de diversas Agencias de Cooperación Externa : Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), Apoyo Básico para la Institucionalización de la Supervivencia infantil (BASICS) , Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS).

En los últimos años, el trabajo del comité se ha visto reforzado con la participación de otras instituciones como la Cruz Roja Americana, Cruz Roja Salvadoreña y algunas Organización(es) No Gubernamental(es) (ONGs), Cooperative For Assistance & Relief Anywhere (CARE), Plan Internacional (PLAN) y Centro de Apoyo para la Lactancia Materna (CALMA).

En El Salvador, operativamente, la Estrategia AIEPI tiene dos modalidades básicas:

- 1- El AIEPI clínico, implementado por el personal de salud de primer nivel (Unidades de Salud) y de los Hospitales de referencia (2° y 3° nivel).
- 2- El AIEPI comunitario implementado a través de promotores de salud y voluntarios.

La versión genérica (OPS/ OMS) de los materiales de capacitación de AIEPI llegó al país a inicios de 1997. El trabajo de esta adaptación inicial fue realizado por un equipo técnico del MSPAS y Pediatras del Hospital Nacional de Niños “Benjamín Bloom” (HNNBB), el cual recibió asistencia técnica de OPS/OMS. La duración aproximada de esta fase fue cercana a los diez meses durante el año 1997.

Posteriormente con los materiales adaptados para un curso de once días de duración, se llevó a cabo El Primer Curso Clínico Internacional para facilitadores de AIEPI (finales de 1997), y luego, a inicios de 1998, se realizó El Primer Curso Clínico Nacional.

A fines de 1997 El MSPAS decidió trabajar en la reducción del curso de capacitación de AIEPI de once a seis días; esta decisión fue justificada por la escasa disponibilidad de recursos económicos y la ausencia prolongada de los servicios de

salud, por parte del personal que está siendo capacitado. De manera que se inició un nuevo proceso de revisión y adaptación de materiales durante el año 2000.

“En consideración con los datos obtenidos según la encuesta FESAL (Encuesta Nacional de Salud Familiar) del año 1998, El Salvador tenía (para el quinquenio 1993-1998) una mortalidad de la niñez (menores de cinco años) de 43 por 1000 nacidos vivos y una tasa de mortalidad infantil (menores de un año) de 35 por 1000 nacidos vivos”<sup>3]</sup>, las cuales sus principales causas son: Perinatales, IRA, enfermedades diarreicas agudas, desnutrición y enfermedades inmunoprevenibles. Por tal razón Organizaciones Internacionales brindan el apoyo económico para la expansión de la Estrategia.

La implementación inicial comenzó parcialmente, a mediados del año 1998. El MSPAS, considerando los criterios de: a) Alta tasa de mortalidad infantil y b) Factibilidad para desarrollar la Estrategia, definió que los departamentos iniciales para la implementación de la Estrategia fuesen: Cabañas, Cuscatlan, Morazán, La Libertad, Santa Ana, San Miguel y San Salvador.

Lamentablemente la implementación inicial sufrió una serie de dificultades y en el resto del año 1998 se realizaron solamente dos cursos de capacitación, claramente insuficientes para capacitar al personal de salud de los departamentos antes mencionados.

---

<sup>3]</sup> M.S.P.A.S Programa Nacional de Atención Integral en Salud a la Niñez, págs. 7-20

Se intentó revitalizar la capacitación, durante el año 1999, programando la realización de catorce cursos clínicos pero, siguiendo las recomendaciones de una Comisión Evaluadora Externa OPS/OMS; de no continuar la expansión a nuevas áreas de trabajo, estos cursos no pudieron ser realizados debido al retiro de recursos económicos para el área de capacitación en AIEPI. De manera que el año 1999 e incluso el 2000, fueron años de escasa actividad en relación a la implementación (principalmente capacitación).

Otros factores que repercutieron, de manera negativa, en la implementación inicial e incluso en la expansión de AIEPI, fueron: Brote de Cólera en el primer trimestre del año 2000 y la epidemia de Dengue Hemorrágico en el segundo trimestre del mismo año, que alcanzó niveles de alarma en el MSPAS, el cual declaró Estado de Emergencia Nacional.

El 13 de enero de 2001 el país sufrió un terrible terremoto causante de gran destrucción y muerte. Poco después de la catástrofe, la Gerencia de Atención Integral a la Niñez del Ministerio de Salud decidió que era el momento preciso para impulsar (o reimpulsar) el proceso de implementación de la Estrategia priorizando los servicios de salud en los Albergues de Refugiados y en los establecimientos próximo a ellos. Lamentablemente el 13 de febrero se produjo otro terremoto, con consecuencias tanto o más dramáticas que el anterior. El Ministerio de Salud mantuvo su decisión e instruyó redoblar esfuerzos orientados a continuar con actividades que aseguren la aplicación de



AIEPI. Un producto de estos eventos y circunstancias adversas es el “Plan de Fortalecimiento de la Implementación de la Estrategia AIEPI, 2001-2002” que inició la fase de expansión de la Estrategia.

El plan antes mencionado, contó con el apoyo económico y técnico de USAID, UNICEF, Catholic Relief Service (CRS) y OPS/OMS. También otros proyectos, como el de la Cruz Roja Salvadoreña-Americana y el de Catholic Medical Mission Borrad, se interesaron en apoyar al Ministerio de Salud en la consolidación de la expansión de AIEPI. Fue así como durante el año 2002, se realizó un número considerable de cursos de capacitación en todos los departamentos del país.

### **2.3 PILARES FUNDAMENTALES DE LA ESTRATEGIA AIEPI.**

Entre los Pilares Fundamentales en la aplicación de la Estrategia se encuentran:

- A) Evaluación:** Determinar a través del interrogatorio y el examen físico completo el estado de salud del niño(a).
- B) Clasificación:** Se realiza mediante la presencia o ausencia de signos y síntomas y a la vez la detección de signos de peligro.
- C) Tratamiento:** Es dependiente de la clasificación.
- D) Seguimiento:** Se refiere a la consulta de reevaluación que depende de la patología diagnosticada.

**E) Referencia:** Todos los niños(a) con enfermedad muy grave son referidos a centros especializados de 2° y 3° nivel.

**F) Consejería:** que incluye prevención e intervención oportuna.

## **2.4 COMPORTAMIENTO DE LAS IRA EN EL SALVADOR EN LOS ÚLTIMOS CUATRO AÑOS**

En El Salvador según datos obtenidos de los Reportes Epidemiológicos Semanales a nivel nacional, se tiene que las IRA se encuentra como primera causa de consulta a los establecimientos de salud comportándose en los últimos cuatro años de la siguiente manera:

AÑO	CASOS REGISTRADOS
2000	753,769 (Anexo 3)
2001	914,557 (Anexo 4)
2002	862,402 (Anexo 5)
2003	671,847 (Anexo 6)

Según datos registrados a nivel nacional hay una reducción del número de casos de IRA que coincide con el año en que se implementó la Estrategia.

#### **2.4.1 Comportamientos de las IRA en la unidad de salud de Comacarán.**

Dentro de las causas de consulta por morbilidad infantil atendidas en la Unidad de Salud de Comacarán están: Gastroenteritis Aguda, Dermatitis, Parasitismo intestinal, Infección de vías urinarias y la primera causa de atención son las IRA que en los últimos cinco años se ha comportado de la siguiente manera:

AÑO	CASOS REGISTRADOS
1999	565 (Anexo 12)
2000	193 (Anexo 13)
2001	307 (Anexo 14)
2002	576 (Anexo 15)
2003	489 (Anexo 16)

Con relación a la Estrategia AIEPI se incorpora en el año 2002 en la Unidad de Salud antes mencionada, observándose que ha a pesar de la implementación de la

estrategia es en este año donde se dan el mayor número de casos en comparación con los tres años anteriores, manteniéndose una diferencia no significativa de casos reportados en el segundo año de haberse aplicado la Estrategia.

#### **2.4.2 Comportamientos de las IRA en la Unidad de Salud de Yayantique.**

Así también tenemos que entre las primeras causas de morbilidad infantil por las cuales consultan a esta Unidad de Salud están: Gastroenteritis aguda, Infección de vías urinarias, dermatosis, parasitismo intestinal y presentándose con mayor frecuencia las IRA que en los últimos tres años se ha comportado así:

AÑO	CASOS REGISTRADOS
2001	510 (Anexo 17)
2002	463 (Anexo 18)
2003	799 (Anexo 19)

Según datos descritos anteriormente, se observa que en los dos años anteriores a la aplicación de la Estrategia se registra un menor número de casos comparados con el año 2003 donde hay un incremento significativo de casos por IRA.

Tomando en cuenta los datos estadísticos mencionados se analiza que no se han obtenido los resultados esperados, los cuales contradicen los registrados a nivel nacional en comparación con los datos obtenidos a nivel local desde la implementación de la Estrategia.

Según revisión de los Reportes Epidemiológicos Semanales de enero a septiembre de 2004 se reportan en la Unidad de salud de Comacarán 432 casos (anexo N° 20) y en la Unidad de Salud de Yyantique 355 casos (anexo N° 21). Estos datos reflejan que hay una disminución no significativa de los casos de IRA.

## **2.5 CLASIFICACIÓN DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS**

Las Infecciones respiratorias agudas son la principal causa de consulta de niños y niñas menores de cinco años a los servicios de salud en la mayoría de los países en vías de desarrollo, “representando entre el 40% y el 60% de todas las consultas de este grupo de edad”<sup>4]</sup>.

Según la estructura anatómica comprometida, las IRA se clasifican en Superiores e inferiores. La mayoría de los episodios atendidos es debido a infecciones de las vías

---

<sup>4]</sup><http://www.noticiasaeipi.paho.org>.

respiratorias superiores y que son las que afectan principalmente a las estructuras respiratorias situadas por encima de la laringe, principalmente resfriado y faringitis.

Los episodios de las vías respiratorias inferiores detectados en los servicios de salud del primer nivel son en general debidos a bronquitis, con un número relativamente pequeños de casos de neumonía y bronquiolitis.

## **2.6 CLASIFICACIÓN DE LAS IRA SEGÚN AIEPI**

La Estrategia AIEPI con en fin de evaluar, clasificar y tratar al niño(a) establece preguntas a la madre acerca de los tres síntomas principales en relación a las IRA:

- Tos o dificultad para respirar.
- Problemas de oído
- Problemas de garganta

### **2.6.1 EVALUAR Y CLASIFICAR LA TOS O LA DIFICULTAD PARA RESPIRAR.**

Las infecciones respiratorias pueden ocurrir en cualquier parte del aparato respiratorio, como la nariz, garganta, laringe, tráquea, bronquios o pulmones.

Un niño(a) con tos o dificultad para respirar puede tener neumonía u otra infección respiratoria aguda. La neumonía es una infección de los pulmones que puede ser causada por bacterias o virus, si bien en los países en desarrollo la neumonía suele deberse a bacterias, de las cuales las más comunes son: *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*. Los niños con neumonía bacteriana pueden morir por hipoxia o por septicemia.

Muchos niños(as) acuden al servicio de salud con infecciones respiratorias agudas. En su mayoría, los niños(as) con tos o dificultad para respirar tienen solo una infección leve.

#### **2.6.1.1 EVALUAR LA TOS O LA DIFICULTAD PARA RESPIRAR**

Un niño(a) con tos o dificultad para respirar se evalúa por: El tiempo que lleva con tos o dificultad para respirar, respiración rápida.,tiraje subcostal, estridor en un niño(a) tranquilo y sibilancias.

**¿Tiene el niño(a) tos o dificultad para respirar?**

**Si la respuesta es afirmativa, Preguntar**

¿Cuánto tiempo hace?

**Observar, escuchar:** El niño(a) tiene que estar tranquilo

- Contar las respiraciones por minuto.
- Verificar si hay tiraje subcostal
- Determinar si hay estridor en reposo
- Determinar si hay sibilancias

#### **2.6.1.2 CLASIFICAR LA TOS O LA DIFICULTAD PARA RESPIRAR**

Hay tres maneras posibles de clasificar aun niño(a) con tos o dificultad para respirar:

- NEUMONÍA GRAVE O ENFERMEDAD MUY GRAVE.
- NEUMONÍA.
- NO TIENE NEUMONÍA: TOS O RESFRIADO.

Un niño(a) con tos o dificultad para respirar y con algunos de los signos siguientes: Cualquier signo general de peligro, tiraje subcostal o estridor en reposo se clasifica como NEUMONÍA GRAVE O ENFERMEDAD MUY GRAVE.

Un niño(a) con tos o dificultad para respirar que tiene la respiración rápida y ningún signo general de peligro ni tiraje subcostal o estridor en reposo, se clasifica como NEUMONÍA.



El límite para la respiración rápida depende de la edad del niño(a). Si el niño(a) tiene de dos a once meses y presenta más de cincuenta respiraciones o más por minuto se considera respiración rápida, no así el niño(a) de dos a cuatro años si presenta más de cuarenta respiraciones por minuto.

Un niño(a) con tos o dificultad para respirar que no presente signos generales de peligro, tiraje subcostal, estridor en estado de reposo y ni respiración rápida, se clasifica como NO TIENE NEUMONÍA: TOS O RESFRIADO.

### **2.6.1.3 TRATAMIENTO**

Un niño(a) clasificado como neumonía grave o enfermedad muy grave está muy enfermo. Necesita ser referido URGENTEMENTE a un hospital para recibir tratamiento, como administración de oxígeno, un broncodilatador o antibióticos inyectables. Si no se puede referir INMEDIATAMENTE, dar la primera dosis de antibiótico de Penicilina G sódica y Cloranfenicol.

Si aún no es posible referir al niño:

- Administrar el tratamiento intramuscular cada 6 horas, durante 7 días.
- Pasar después a un antibiótico oral apropiado para completar 10 días de tratamiento.

El tratamiento indicado en los niños(as) clasificado como NEUMONÍA es de la siguiente manera:

- Dar un antibiótico apropiado durante siete días.
- Tratar las sibilancias, si tiene.
- Mitigar la tos con un remedio casero inocuo como el té de manzanilla.
- Indicar a la madre cuando debe de volver de inmediato.
- Hacer el control dos días después.

En relación al tratamiento antes descrito el cual es propuesto por la Estrategia AIEPI, se encuentra similitud con varios autores, uno de ellos es Henry Kemp, que refiere que la Penicilina es el medicamento de elección para la neumonía debido a *Streptococcus pneumoniae*, estreptococos de grupo A y estafilococos sensible a la penicilina. Aunque dicho autor menciona un manejo específico para cada agente etiológico, como por ejemplo en la neumonía debida a *H. influenzae* donde se debe usar ampicilina y en las infecciones estafilocócicas resistentes el uso de meticilina sódica o nafcilina. Medicamentos que en algunas ocasiones se encuentran en Hospitales de segundo nivel.

Un niño con la clasificación NO TIENE NEUMONÍA: TOS O RESFRIADO debe tratarse de la siguiente manera:

- Si hace más de 15 días que el niño(a) tiene tos sospechar tuberculosis.
- Tratar las Sibilancias, si tiene.

- Mitigar la tos con un remedio casero inocuo.
- Indicar a la madre cuando debe de volver de inmediato
- Si no mejora, hacer una consulta de control 5 días después.

“Según Berhman y otros, para el resfriado común el tratamiento es sintomático más sin embargo se puede usar o indicar paracetamol que suelen servir para disminuir la irritabilidad, los dolores y el malestar de los primeros dos días de la infección, evitando su uso excesivo.

La instilación nasal de los medicamentos puede ser útil para aliviar la obstrucción nasal. En los lactantes, la instilación de solución salina ayuda a la eliminación física del moco excesivo.

En la nasofaringitis de los niños se ha comprobado que los antihistamínicos alivian la congestión nasal”<sup>5]</sup>

El tratamiento propuesto por la Estrategia AIEPI difiere con el autor consultado, ya que la Estrategia señala el uso de acetaminofén solamente en casos de fiebre mayor o igual de 38.5°C y el uso de remedios caseros inocuos, lo que contrasta con Berhman el cual hace mención del uso de paracetamol y sustancia adrenergicas tópicas u orales como descongestionantes nasales y uso de antihistamínicos de primera generación.

---

<sup>5]</sup> Richard E. Berhman, Nelson. Tratado de pediatría , 17 ava. Edición, págs. 1390.

## **2.7 PROBLEMAS DE OÍDO**

Un niño(a) con problema de oído puede tener una infección, en la cual se acumula secreción purulenta detrás del tímpano, causando dolor, y a menudo fiebre. Si no se trata la infección, el tímpano puede perforarse, hay supuración y el dolor disminuye. La fiebre y otros síntomas probablemente cesen, pero el niño(a) no oye bien porque el tímpano tiene una perforación. Por lo común, el tímpano se sana solo. Otras veces la supuración continúa, el tímpano no se sana y se produce sordera en ese oído.

A veces la infección se extiende del oído al hueso mastoideo, detrás de la oreja, causando mastoiditis. La infección también puede extenderse del oído al cerebro y causar meningitis. Estas son enfermedades graves. Requieren atención urgente y referir a un servicio de atención más complejo.

Las infecciones de oído muy rara vez causan la muerte. Pero ocasionan muchos días de enfermedad. Son la causa principal de sordera en los países en desarrollo, y la sordera ocasiona problemas de aprendizaje en la escuela.

### **2.7.1 EVALUAR LOS PROBLEMAS DE OÍDO.**

En un niño(a) con problemas de oído se evalúan:

- El dolor de oído,

- la presencia de supuración
- Si hay supuración, la duración de ésta.
- La tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja y
- Si el tímpano está rojo

**¿Tiene el niño(a) un problema de oído?**

En todos los casos de niños(as) enfermos pregunte sobre los problemas de oído.

**Si la respuesta es afirmativa, Preguntar:**

- ¿Tiene el niño(a) dolor de oído?
- ¿Le está supurando el oído?

**Observar y palpar:**

- Observar si hay supuración de oído
- Palpar para determinar si hay tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja.
- Observar si tiene el tímpano rojo (mediante otoscopia).

## **2.7.2 CLASIFICAR LOS PROBLEMAS DE OÍDO.**

Hay cuatro clasificaciones para los problemas de oído:

- MASTOIDITIS
- OTITIS MEDIA AGUDA
- OTITIS MEDIA CRÓNICA
- NO TIENE INFECCIÓN DE OÍDO.

### **2.7.2.1 MASTOIDITIS**

Si un niño(a) tiene tumefacción dolorosa detrás de la oreja, clasifíquelo como MASTOIDITIS.

#### **2.7.2.1.1 TRATAMIENTO**

Refiera al niño(a) urgentemente al hospital. Este niño necesita tratamiento con antibióticos inyectables. También puede necesitar cirugía. Adminístrele una dosis de Acetaminofén si tiene dolor y/o fiebre alta (mayor o igual a 38,5°C). Si no es posible referir INMEDIATAMENTE al niño(a) adminístrele la primera dosis de un antibiótico apropiado.

“Según Berhman, la mastoiditis se clasifica en formas agudas y crónicas. La mastoiditis aguda se subdivide, a su vez, en varias fases patológicas, y ello constituye la base del tratamiento.”<sup>6]</sup>

### **2.7.2.2 OTITIS MEDIA AGUDA**

Si se observa supuración del oído y ha estado así por menos de dos semanas, o si hay dolor de oído o el tímpano está rojo (otoscopia), clasifique la enfermedad del niño(a) como OTITIS MEDIA AGUDA.

#### **2.7.2.2.1 TRATAMIENTO**

Al niño(a) con OTITIS MEDIA AGUDA adminístrele un antibiótico apropiado.

Los antibióticos para tratar la neumonía son eficaces contra las bacterias que causan la mayor parte de infecciones de oído. Administre Acetaminofén para aliviar el dolor (o la fiebre alta). Si el oído supura, séquelo con una mecha.

A continuación se describe el tratamiento utilizados por otros autores, en los cuales opinan de igual manera que la Estrategia, es así que Berhman menciona el uso de la Amoxicilina por vía oral siendo el antibiótico de elección inicial cuando no se conoce

---

<sup>6]</sup> Ibidem, pág, 2147

el germen causal, ya que suele ser eficaz frente a la mayor parte de las bacterias identificadas. Se administra a dosis de 40 mg/kg/24 horas tres veces al día durante diez días. Si no responde a este tratamiento realizar una timpanocentesis”.<sup>7]</sup>

### **2.7.2.3 OTITIS MEDIA CRÓNICA**

Si se observa supuración del oído y que ha estado así dos semanas o más, clasifique la enfermedad del niño como OTITIS MEDIA CRÓNICA.

#### **2.7.2.3.1 TRATAMIENTO**

Casi todas las bacterias que causan la OTITIS MEDIA CRÓNICA son diferentes a la que causan la otitis media aguda. Por esta razón, los antibióticos de administración oral generalmente no son eficaces contra las otitis crónicas. NO administre series reiteradas de antibióticos para un oído que supura.

El tratamiento más importante y eficaz para la OTITIS MEDIA CRÓNICA es mantener el oído seco mediante una mecha. Se le debe de enseñar a la madre como secar el oído por medio de una mecha.

---

<sup>7]</sup> Ibidem, pág. 2144-2145



En la Estrategia AIEPI no hay similitud con el tratamiento indicado por autores ya que en ella no se utiliza ningún antibiótico tal es el caso que “Según Berhman, el tratamiento médico de la otitis media crónica, se orienta a la eliminación de la infección del oído medio y al uso de antibióticos por vía parenteral combinados ”<sup>8]</sup>

#### **2.7.2.4 NO TIENE INFECCIÓN DE OÍDO**

Si no hay dolor de oído ni se ve que supure concluye que el niño(a) NO TIENE INFECCIÓN DE OÍDO. El niño(a) no necesita tratamiento adicional.

### **2.8 EVALUAR Y CLASIFICAR EL PROBLEMA DE GARGANTA**

La mayor parte de infecciones faringoamigdalinas agudas son de origen viral. La infección de la garganta (bacteriana) en general no es frecuente y no tiene complicaciones de fiebre reumática en niños(as) menores de dos años; esta complicación es más frecuente en niños(as) en edad escolar.

#### **2.8.1 EVALUAR EL PROBLEMA DE GARGANTA**

En un niño(a) con problema se evalúa:

---

<sup>8]</sup> Ibidem, pág. 2147

- El dolor de garganta.
- Presencia de ganglios crecidos y dolorosos en el cuello.
- Presencia de exudados blancos en la garganta.
- Garganta roja.

**Preguntar:** ¿Tiene dolor de garganta?

**Observar y palpar:**

- Palpar si hay ganglios del cuello crecidos y dolorosos.
- Observar si hay exudados blancos en la garganta.
- Observar si la garganta está eritematosa.

## **2.8.2 CLASIFICAR EL PROBLEMA DE GARGANTA**

Hay tres clasificaciones para el problema de garganta:

- INFECCION BACTERIANA DE GARGANTA
- FARINGITIS VIRAL
- NO TIENE FARINGITIS

### **2.8.2.1 INFECCIÓN BACTERIANA DE GARGANTA**

Si se observan exudados blanquecinos en la garganta y se palpan ganglios linfáticos del cuello crecidos y dolorosos, clasifique la enfermedad del niño (a) como INFECCIÓN BACTERIANA DE GARGANTA.

#### **2.8.2.1.1 TRATAMIENTO**

Si el niño(a) es mayor de dos años administre una dosis de Penicilina benzatínica y un remedio casero inocuo para aliviar el dolor de garganta. Si el dolor no cede o el niño(a) tiene fiebre alta déle acetaminofén.

### **2.8.2.2 FARINGITIS VIRAL**

Si observa la garganta eritematosa o el niño(a) refiere dolor y se observa exudado blanquecinos pero sin ganglios del cuello crecidos y dolorosos clasifique la enfermedad del niño(a) como FARINGITIS VIRAL.

#### **2.8.2.2.1 TRATAMIENTO**

Dé un remedio casero para aliviar el dolor de garganta y si el dolor no cede o el niño(a) tiene fiebre alta administrar acetaminofén. Indicar a la madre que le ofrezca

líquidos adicionales y orientar sobre los cuidados en casa y cuando debe de volver de inmediato.

Al contrastar con la teoría Berhman sostiene que la amigdalitis exudativa suele ser de origen viral, para la que no existe tratamiento específico.

El empleo de los antibióticos debe guiarse por los resultados de las pruebas de detección de los antígenos o por cultivos, salvo que existan antecedentes sólidos, clínicos y epidemiológicos, para sospechar una infección estreptocócica. Lo mejor para la faringitis estreptocócica es el tratamiento por vía oral con penicilina V (250 mg). tres veces al día durante diez días, como alternativas se suele preferir la Amoxicilina oral a dosis de 50 mg /Kg dos veces al día durante seis días o penicilina benzatínica 600,000 unidades para niños menores de 27 Kg. y 1.2 millones de Unidades para niños mayores<sup>9]</sup>

### **2.8.2.3 NO TIENE FARINGITIS**

Los niños(as) que no tienen dolor de garganta, no se incluyen en ninguna de las clasificaciones anteriores. Estos niños(as) mejoran rápidamente con una buena atención en casa que incluye un remedio casero inocuo para aliviar la molestia de garganta.

---

<sup>9]</sup> Ibidem, pág, 1393

## 2.9 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL SERVICIO DE SALUD

### 2.9.1 TRATAR LA SIBILANCIAS

Broncodilatador de acción rápida:

- ⇒ Salbutamol nebulizado: 1 gota por cada 2 Kg. de peso más 3 Ml. de solución salina normal al 0.9%, mínimo 4 gotas, máximo 10 gotas.
- ⇒ Salbutamol aerosol de dosis media: 1 puff en espaciador, con mascarilla. Deje que el niño respire hasta 6 veces.
- ⇒ Epinefrina subcutánea (adrenalina 1:1000 = 0.1%)\*: 0.1 Ml por Kg. de peso, 0.3 Ml dosis máxima.

\* Ultima alternativa.

Hacer una consulta de control a los dos días y luego a las dos semanas

Salbutamol oral (cada 6 horas durante dos semanas)

- Edad del niño es de 2 a 11 meses (< 10Kg) : tableta de 2 mg, ¼ de tableta  
Jarabe, 1,5 Ml
- Edad del niño es de 1 a 4 años (10 < 14 Kg.): ½ tableta  
Jarabe 2.5 Ml
- Edad de 1 a 4 años (14 – 19 Kg.): 1 tableta  
Jarabe 5 Ml

## **2.9.2 DAR UN ANTIBIÓTICO PARA LA INFECCIÓN DE GARGANTA**

\* Dar una dosis única intramuscular para la infección de garganta:

Edad de 2 a 4 años: dosis 600,000 UI

## **2.10 ENSEÑAR A LA MADRE A ADMINISTRAR LOS MEDICAMENTOS POR VÍA ORAL EN LA CASA.**

### **2.10.1 Para la neumonía u otitis media aguda:**

- Amoxicilina 15 Mg/Kg. / dosis, cada 8 horas durante 7 días para neumonía y 10 días para otitis media aguda.
- Trimetoprin sulfametoxazol 4 Mg/Kg./dosis, cada 12 horas durante 7 días para neumonía y 10 días para otitis media aguda

### **2.10.2 Dar acetaminofén para la fiebre alta (>38.5°c) o el dolor de oído o el dolor de garganta:**

- Acetaminofén 10-15 mg/kg/dosis cada 6 horas

## **2.11 ENSEÑAR A LA MADRE A TRATAR LAS INFECCIONES LOCALIZADAS**

### **2.11.1 Secar el oído con una mecha**

\* Secar el oído por lo menos tres veces al día

- Retorcer un paño absorbente o un trozo de papel absorbente, formando una mecha.
- Colocar la mecha en el oído del niño o niña.
- Retirar la mecha cuando esté empapada.
- Con una mecha limpia y repetir el procedimiento hasta que el oído este seco.

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

\*Remedios inocuos que se recomiendan:

- Leche materna para niños y niñas alimentados exclusivamente con leche materna.
- Entre los remedios inocuos aceptados culturalmente en El Salvador se encuentran las preparaciones tales como agua con miel, eucalipto, té de manzanilla. Pero el agua es el mejor expectorante.

## 2.12 PROPORCIONAR ATENCIÓN DE REEVALUACIÓN Y CONTROL

### 2.12.1 Neumonía

#### **Después de dos días:**

Examinar al niño (a) para determinar si presenta signos generales de peligro.

Evaluar al niño(a) para determinar si tiene tos o dificultad para respirar

#### **Preguntar:**

- ¿El niño (a) respira más lentamente?
- ¿Le bajo la fiebre?
- ¿El niño(a) esta comiendo mejor?

#### **Tratamiento:**

- **Si hay tiraje subcostal o algún signo general de peligro,** referir URGENTEMENTE al Hospital. Si no se puede referir inmediatamente, dar la primera dosis de Penicilina G sódica y/o cloranfenicol.
- **Si la frecuencia respiratoria, la fiebre y la alimentación siguen iguales,** pasar al antibiótico de segunda línea y avisar a la madre que vuelva dentro de dos días.



- **Si la respiración es más lenta, si le bajo la fiebre o si come mejor,** completar el tratamiento de 7 días con antibiótico.

### 2.12.2 Otitis media

Después de 5 días:

Reevaluar el problema de oído.

Tomar la temperatura al niño o niña

#### **Tratamiento:**

- Si hay una **Tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja o fiebre alta,** referir URGENTEMENTE al hospital.
- **Otitis media aguda:** si el dolor de oído o la supuración persiste, tratar con el mismo antibiótico durante cinco días más. Continuar secando el oído con mechas. Hacer el seguimiento cinco días después.
- **Otitis media crónica:** Comprobar que la madre esté secando el oído correctamente con mechas. Incentivarla para que continúe. Si la supuración persiste después de dos

semanas de secar adecuadamente el oído referir al niño al hospital.

- **Si no hay dolor de oído ni supuración**, elogiar a la madre por el tratamiento cuidadoso. Si todavía no ha terminado el tratamiento de 5 días con antibióticos, decirle que continúe administrándolo hasta que lo termine.

## 2.13 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

**APLICACIÓN:** Adaptación, ejecución: La aplicación de una teoría.

**CAPACITACIÓN:** Formación, acción, efecto de capacitar.

**EFICACIA:** Capacidad para obrar o para conseguir un resultado determinado.

**ENFERMEDAD PREVALENTE:** Alteración de la salud que persiste.

**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.

**ETIOLOGÍA:** 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.

**FARINGITIS VIRAL:** Inflamación de la faringe provocada por virus.

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

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

**INFORMACIÓN:** Conocimiento que se tiene de algo.

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

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

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

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

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

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

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

**RESFRIADO COMÚN:** Es una enfermedad viral que cursa con rinorrea y obstrucción nasal como síntomas principales y en la que no se producen síntomas y signos sistémicos (dolor muscular o fiebre) o son muy leves.

**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.

**CAPÍTULO III**  
**SISTEMA DE HIPÓTESIS**

### **3. SISTEMA DE HIPÓTESIS**

#### **3.1 HIPÓTESIS DE TRABAJO:**

Con la aplicación de la Estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), no se ha logrado reducir los índices de morbimortalidad infantil en niños y niñas menores de cinco años con relación a las Infecciones respiratorias agudas (IRA).

### 3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LA HIPÓTESIS EN VARIABLES E INDICADORES

VARIABLES	HIPÓTESIS	DIMENSIONES	INDICADORES
<p><b>VD:</b> Aplicación De la Estrategia AIEPI.</p>	<p>Con la aplicación de la Estrategia atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), no se ha logrado reducir los índices de morbimortalidad infantil en niños y niñas menores de cinco años con relación a las</p>	<p>Pilares fundamentales de la estrategia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluación</li> <li>- Clasificación</li> <li>- Tratamiento</li> <li>- Consejería</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Expedientes clínicos.</li> <li>-Guía de procedimientos de AIEPI.</li> <li>-Cédula entrevista para determinar los conocimientos sobre la Estrategia AIEPI del personal de salud.</li> <li>-Cédula entrevista a</li> </ul>



<p><b>VI:</b></p> <p>No reducción de los índices de morbimortalidad infantil con relación a las IRA.</p>	<p>Infecciones respiratorias agudas (IRA).</p>	<p>Índices de morbimortalidad infantil con relación a las IRA.</p>	<p>Los padres de familia sobre la consejería de las IRA de la Estrategia AIEPI proporcionada por el personal de salud.</p> <p>-Reporte epidemiológico Semanal</p>
--	--	--	---

**CAPÍTULO IV**  
**DISEÑO METODOLÓGICO**

## **4. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **4.1 Tipo de investigación.**

Con la presente investigación se evaluó la eficacia de la aplicación de la Estrategia AIEPI con relación a las IRA en niños y niñas menores de cinco años en las Unidades de Salud de Comacarán en el período de enero a diciembre de 2002 a 2004 y en la Unidad de Salud de Yayantique a partir de mayo de 2003 a diciembre de 2004, mediante un estudio retrospectivo, bibliográfico, comparativo y de campo.

#### **4.1.1 Retrospectivo:**

Porque se realizó la revisión de expedientes clínicos en las diferentes unidades de salud en estudio y la verificación de los pacientes que consultaron con cuadro clínico de IRA así como las consultas subsecuentes por el mismo episodio de IRA durante el período ya descrito.

#### **4.1.2 Bibliográfico:**

Porque mediante la revisión de diferentes textos bibliográficos, documentos, revistas y artículos consultados a través de direcciones electrónicas se logró construir el

marco teórico, sirviendo de apoyo a la vez a la elaboración de los antecedentes del problema.

#### **4.1.3 Comparativo:**

Porque permitió establecer diferencias y semejanzas entre la Estrategia AIEPI en el apartado de las IRA con la literatura consultada.

#### **4.1.4 De campo:**

Porque para obtener la información se revisó la vigilancia epidemiológica e índices de morbimortalidad infantil en las Unidades de Salud en estudio y los expedientes clínicos de todos los niños y niñas que fueron atendidos en el período de estudio; además porque se hizo uso de técnicas de trabajo de campo, las cuales permitieron obtener información de fuentes primarias como son el personal de salud y padres de familia.

## **4.2 POBLACIÓN**

La población en la que se trabajó es de 1318 niños y niñas menores de cinco años, de los cuales 523 pertenecen a la Unidad de Salud de Comacarán y 795 a la Unidad de salud de Yayantique.

### 4.3 MUESTRA

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

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

**Donde:**

n = Muestra

N = Total de niños y niñas evaluados por la estrategia AIEPI durante el año  
2003 – 2004.

Z = Es el valor crítico del nivel de confianza.

E = Margen de error

P = Proporción de niños y niñas menores de cinco años con resultados positivos

Q = Proporción de niños y niñas menores de cinco años con resultados negativos

**Datos:**

$$N = 1318$$

$$Z = 1.96$$

$$E = 5\%$$

$$P = 0.5$$

$$Q = 0.5$$

**Sustituyendo:**

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (1318)}{(1.96)^2 (0.5)^2 + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{(3.8416) (0.25) (1318)}{(3.8416) (0.0025) + (3.8416) (0.25)}$$

$$n = \frac{1265.80}{3.2925 + 0.9604}$$

$$n = \frac{1265.80}{4.2529}$$

$$n = 297.6 \approx 298$$

Por lo tanto la muestra es de 298 pacientes.

#### 4.4 TIPO DE MUESTREO

Se realizó un muestreo probabilístico, estratificado, porque la población está dividida ya que la investigación corresponde a dos diferentes unidades de salud.

<b>Unidades de salud en estudio</b>	<b>Población de niños menores de cinco años</b>	<b>%</b>	<b>Distribución de muestra</b>
Comacarán	523	39.7	118
Yyantique	795	60.3	180
TOTAL	1318	100	298

Fuente: Población por establecimientos, cantones y grupos de edad de 2004. SIBASI San Miguel (Anexo N° 9)

#### 4.5 TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

Entre las técnicas que se utilizaron están: La documental bibliográfica a través de la cual se consultaron libros, revistas, artículos, sitios electrónicos, así como los expedientes clínicos, en el caso de la Unidad de Salud de Yyantique se revisaron 180 expedientes de los cuales 47 son consultan subsecuentes y en la Unidad de Salud de Comacarán 118, encontrándose 19 casos de consulta recurrente, lo que significa una recurrencia de 26.1% y 16.1% respectivamente, haciendo en su totalidad la revisión de 298 expedientes un porcentaje del 22.14% de recurrencia. Lo que conllevó a realizar una entrevista no estructurada al azar (visita domiciliar a cinco padres de familia por

establecimiento), con el propósito de comprobar el porque no asistieron en segunda ocasión en menos de cinco días por el mismo cuadro clínico consultado obteniendo como resultado mejoría clínica de la patología consultada con anterioridad.

#### **4.5.1 Técnicas de campo**

Con las cuales se recopiló información primaria proveniente de la encuesta. Así como la observación a través del examen físico.

#### **4.6 INSTRUMENTOS**

Para la investigación bibliográfica se utilizaron fichas bibliográficas, hemerográficas y archivológicas.

La investigación de campo se realizo a través de dos cédulas de entrevista una dirigida al personal de salud (médico y enfermera) la cual consta de 9 preguntas cerradas y abiertas (anexo 22) y otra a padres de familia basada en 4 preguntas de igual estructura que la anterior (anexo 23), hoja de evaluación de AIEPI (anexo 25), equipo médico para realizar examen físico: Otoscopio, baja lenguas y lámpara.



## **4.7 PROCEDIMIENTO**

La investigación se desarrollo en dos fases: Planificación y ejecución los cuales se detallan a continuación.

### **4.7.1 Planificación:**

En esta etapa se elaboró el perfil y se comenzó a elaborar 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 realizará la investigación:  
Unidad de salud de Comacarán del Departamento de San Miguel y  
Unidad de salud de Yayantique, Departamento de la Unión, ambas pertenecientes al SIBASI San Miguel.
- Se solicitó la autorización al director para la realización del trabajo.
- Obtención de la población y selección de la muestra a estudiar.

### **4.7.2 Ejecución:**

Inicialmente se realizó una visita al centro de salud para revisar los censos y verificación de la población infantil menor de cinco años inscritos en la Estrategia AIEPI en la Unidad de salud de Comacarán durante el año 2003 – 2004 y en la Unidad de salud

de Yayantique en el año 2003 -2004 con el objetivo de determinar el tamaño de la muestra. Las visitas posteriores se realizaron para la revisión de expedientes clínicos de aquellos niños y niñas que consultaron por IRA así como las consultas subsecuentes por el mismo cuadro clínico con una frecuencia de tiempo menor o igual de cinco días, utilizando una ficha de revisión de expedientes clínicos (anexo 24) esto se llevó a cabo en un lapso de más o menos tres semanas incluyendo fines de semana.

Así mismo se administró una cédula entrevista a los padres de familia. Para el caso de la Unidad de salud de Comacarán se programo realizar cada semana siete cédulas entrevista durante un período de diez y ocho días de lunes a viernes a los padres que llegaron a consultar por cuadro de IRA con un tiempo de veinte minutos.

En la Unidad de salud de Yayantique fue el equipo de trabajo quien realizó diez cédula entrevista por día, durante cuatro semanas a los padres de familia que llegaron a consultar por cuadros de IRA y una segunda cédula de entrevista al personal de salud (médicos y enfermeras) que desarrolla la ejecución de la Estrategia AIEPI en las diferentes Unidades de Salud del SIBASI San Miguel.

Posteriormente para completar la información sobre la verificación de la recurrencia se realizó una entrevista no estructurada al azar determinándose la visita a cinco padres de familia de cada establecimiento.

Finalmente se realizó el procesamiento de la información a través de una tabulación manual aplicándose la técnica estadística de diferencia de porcentajes, además para el manejo de la información se llevo a cabo en primer lugar el análisis de la información en cuadros estadísticos y gráficas, luego se interpretó la información por medio de un análisis individual de preguntas.

**CAPÍTULO V**  
**PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS**

## **5.1 TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.**

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos en la investigación sobre la Evaluación de la Estrategia AIEPI basada en la investigación de campo (cédula de entrevista) dirigida los profesionales de la salud, médicos y enfermeras, la cual consta de nueve preguntas que se encuentran estructuradas de forma abierta y cerrada, además la cédula de entrevista dirigida a 118 padres de familia que consultaron la Unidad de Salud de Comacarán y 180 en la Unidad de Salud de Yayantique estructurada de igual forma que la anterior.

Además se da a conocer el procesamiento de la información, análisis e interpretación de datos.

**5.1.1 RESULTADOS DE LA CÉDULA ENTREVISTA DIRIGIDA A LOS PROFESIONALES DE SALUD.**

**CUADRO N° 1**

**¿Conoce usted la Estrategia AIEPI?**

OPINIÓN	MÉDICO	ENFERMERA	FRECUENCIA (Fr)	PORCENTAJE (%)
SI	15	7	22	73.33
NO	8	0	8	26.67
TOTAL	23	7	30	100

Fuente: Cuadro elaborado con base a la investigación de campo realizada a los profesionales de la salud.

**ANÁLISIS:**

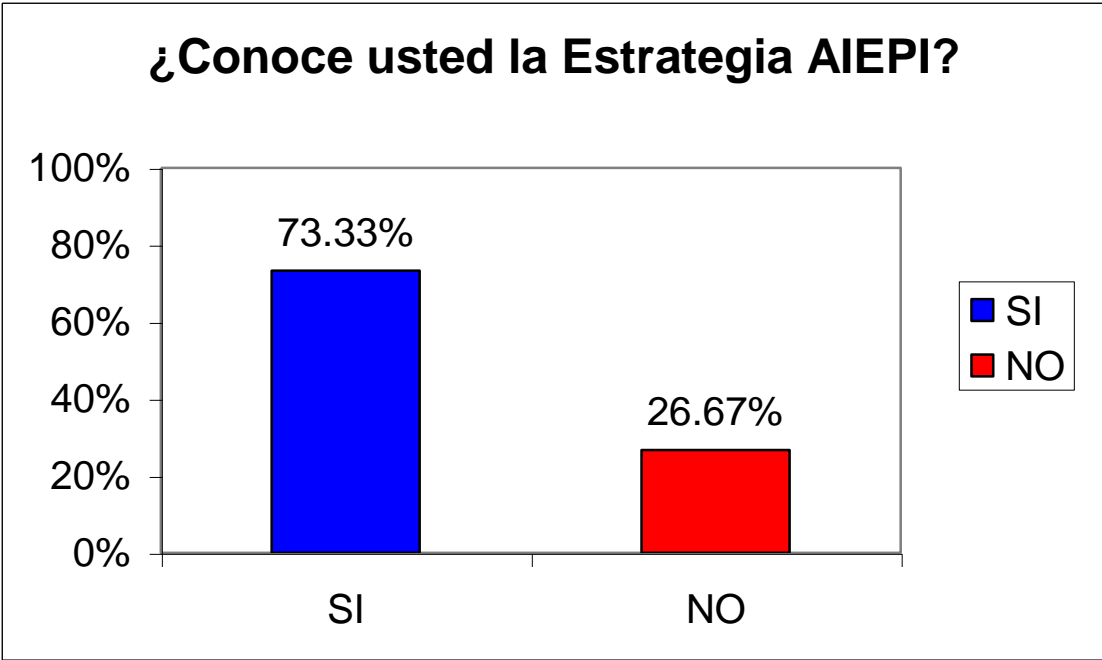
El presente cuadro refleja que un 73.33% del personal médico y enfermería conocen la estrategia, solo un 26.67% no la conoce.

**INTERPRETACIÓN:**

Los datos reflejan que el personal encargado de aplicar la estrategia sí la conocen, cabe mencionar que el personal de salud entrevistado en su mayoría son médicos en servicio social y que de alguna forma tienen conocimiento de ella a través

del cuadro de procedimientos desde inicio del año y complementándose con la capacitación impartida en el mes de septiembre de este año de 2004.

GRÁFICA N° 1



Fuente: Cuadro N° 1

## CUADRO N° 2

### ¿Desde cuándo la conoce?

OPINIÓN	MÉDICO	ENFERMERA	FRECUENCIA (Fr)	PORCENTAJE (%)
< 6 meses	17	0	17	56.67
1 año	3	3	6	20
2 años	3	4	7	23.33
TOTAL	23	7	30	100

Fuente: Cuadro elaborado en base a la investigación de campo realizada a los profesionales de la salud.

#### ANÁLISIS:

Este cuadro representa que un 56.67% de los profesionales encuestados manifiestan que tienen menos de seis meses de conocer la estrategia, un 20% desde hace un año y finalmente un 23.33% desde hace dos años.

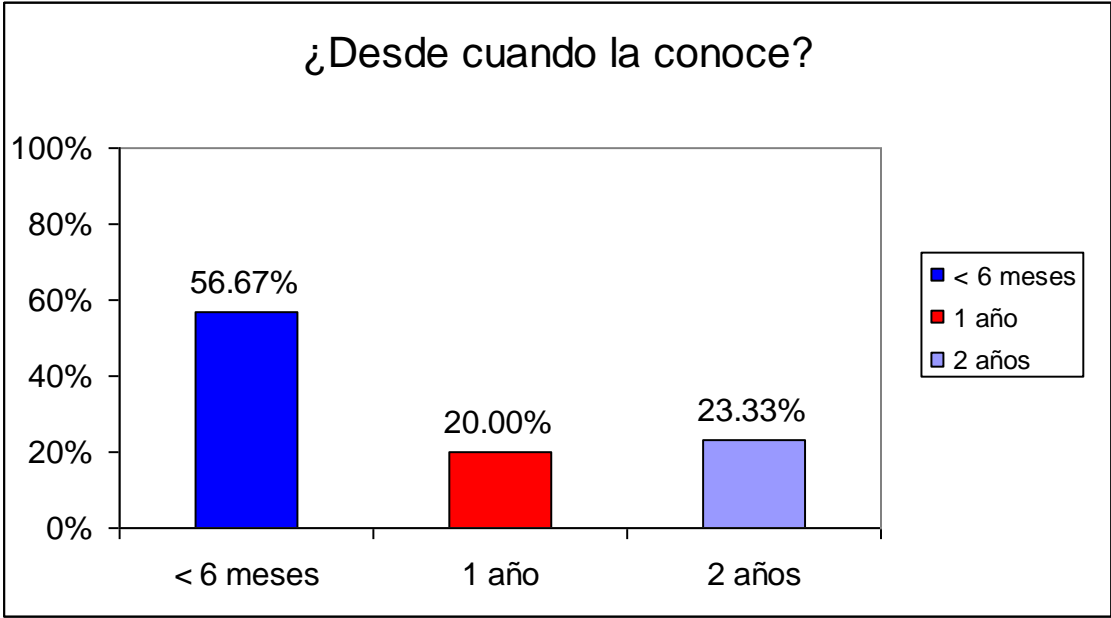
#### INTERPRETACIÓN:

Del personal entrevistado la mayoría son médicos en servicio social es por eso que la conocen en menor tiempo, no así el personal médico que tiene como función la



dirección permanente que por tal razón conoce la estrategia desde que se implementó al igual que el personal de enfermería.

GRÁFICA N° 2



Fuente: Cuadro N° 2

### CUADRO N° 3

#### ¿Qué significa las siglas AIEPI?

OPINIÓN	MÉDICO	ENFERMERA	FRECUENCIA (Fr)	PORCENTAJE (%)
una estrategia que significa Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia	23	7	30	100
TOTAL	23	7	30	100

Fuente: Cuadro elaborado en base a la investigación de campo realizada a los profesionales de la salud.

#### ANÁLISIS:

En este cuadro se puede observar que al preguntarle al personal médico y de enfermería el significado de AIEPI, contestaron que es una estrategia de AIEPI el 100%.

#### INTERPRETACIÓN:

Todo el personal de salud encuestado conoce el significado de AIEPI ya que esta estrategia es uno de los programas adoptados por el MSPAS en el cual se atiende a todo

niño o niña menor de cinco años que llega a los establecimientos de salud por control o morbilidad infantil.

GRÁFICA N° 3



Es una estrategia que significa Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia

Fuente: Cuadro N° 3

#### CUADRO N° 4

##### ¿Conoce los pilares fundamentales de la estrategia AIEPI?

OPINIÓN	MÉDICO	ENFERMERA	FRECUENCIA (Fr)	PORCENTAJE (%)
SI	23	7	30	100
NO	0	0	0	0
TOTAL	23	7	30	100

Fuente: Cuadro elaborado en base a la investigación de campo realizada a los profesionales de la salud.

#### CUADRO N° 5

##### ¿Cuáles son los pilares?

PILARES	MÉDICO	ENFERMERA	FRECUENCIA (Fr)
EVALUAR	23	7	30
CLASIFICAR	23	7	30
TRATAR	23	7	30
CONSEJERÍA	2	7	9
TOTAL	71*	28*	99*

Fuente: Cuadro elaborado en base a la investigación de campo realizada a los profesionales de la salud.

\* El total sobrepasa los datos, ya que los profesionales respondieron más de una alternativa.

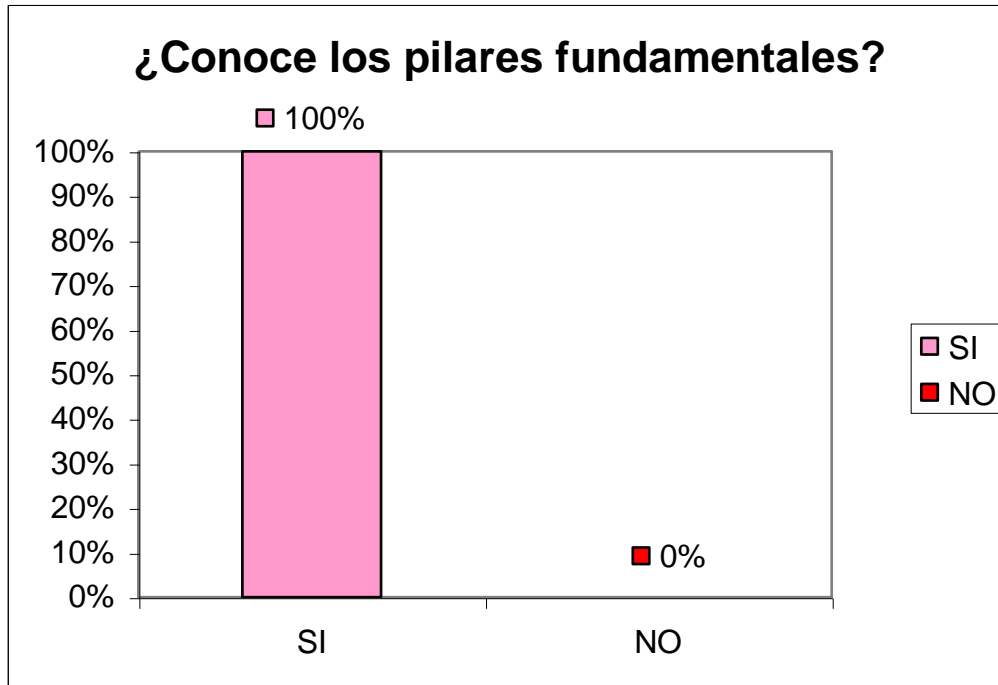
## ANÁLISIS:

Según los datos se observa que el personal de salud conoce los pilares fundamentales en un 100%, de los 30 encuestados 9 de ellos (2 médicos y 7 enfermeras) los conocen y lo aplican en su totalidad lo que refleja un 9.1%, no así el resto (21 encuestados) es decir un 90.9% que desconocen el cuarto pilar de la estrategia (consejería).

## INTERPRETACIÓN:

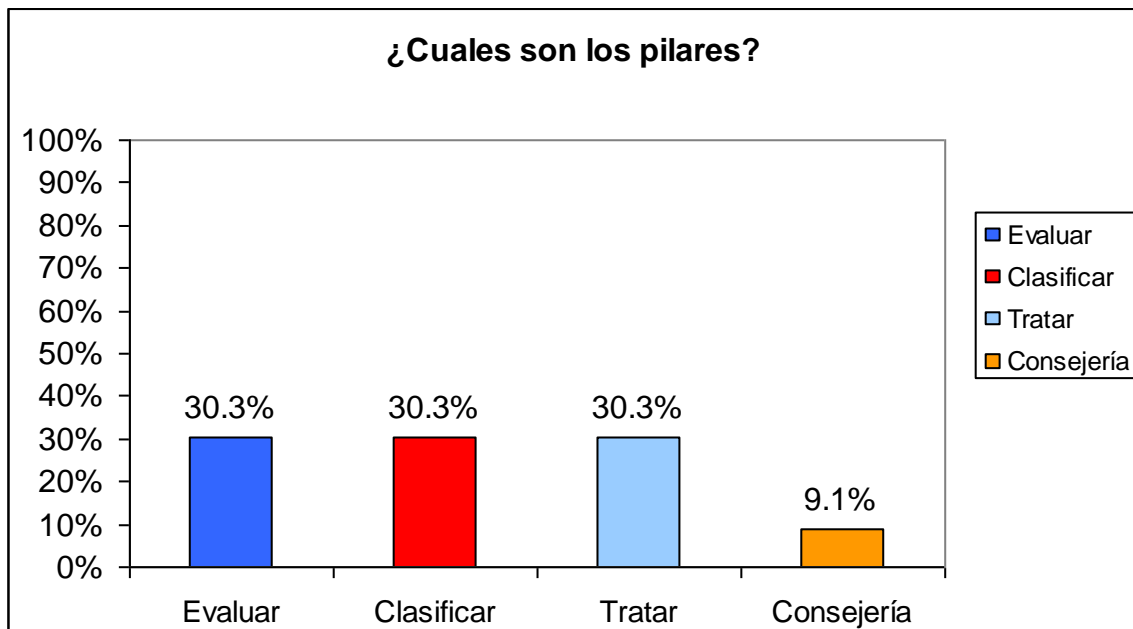
Los médicos y enfermeras que aplican la estrategia conocen en su totalidad los cuatro pilares fundamentales ya que son personal permanente en las unidades de salud y reciben capacitaciones constantes, uno de los médicos encuestado es facilitador (capacita sobre la estrategia) no obstante la mayoría de médicos encuestados conocen solo tres de los cuatro pilares fundamentales (evaluar, clasificar, tratar; no aplicando el cuarto pilar que es la consejería lo que implica una mala aplicación de la estrategia y que trae como consecuencia una calidad de atención deficiente), porque son médicos en servicio social, por otra parte durante el proceso de formación de la carrera de Doctorado en Medicina específicamente en el área de salud pública no se da a conocer dicha estrategia es así como se llega a las Unidades de Salud sin haber recibido adiestramiento previo. Este año se logró realizar la primera capacitación para médicos en servicio social impartándose en el mes de Septiembre de 2004.

GRÁFICA N° 4



Fuente: Cuadro N° 4

GRÁFICA N° 5



Fuente: Cuadro N° 5

## CUADRO N° 6

### ¿Ha recibido capacitación sobre AIEPI?

OPINIÓN	MÉDICO	ENFERMERA	FRECUENCIA (Fr)	PORCENTAJE (%)
SI	23	7	30	100
NO	0	0	0	0
TOTAL	23	7	30	100

Fuente: Cuadro elaborado en base a la investigación de campo realizada a los profesionales de la salud.

#### ANÁLISIS:

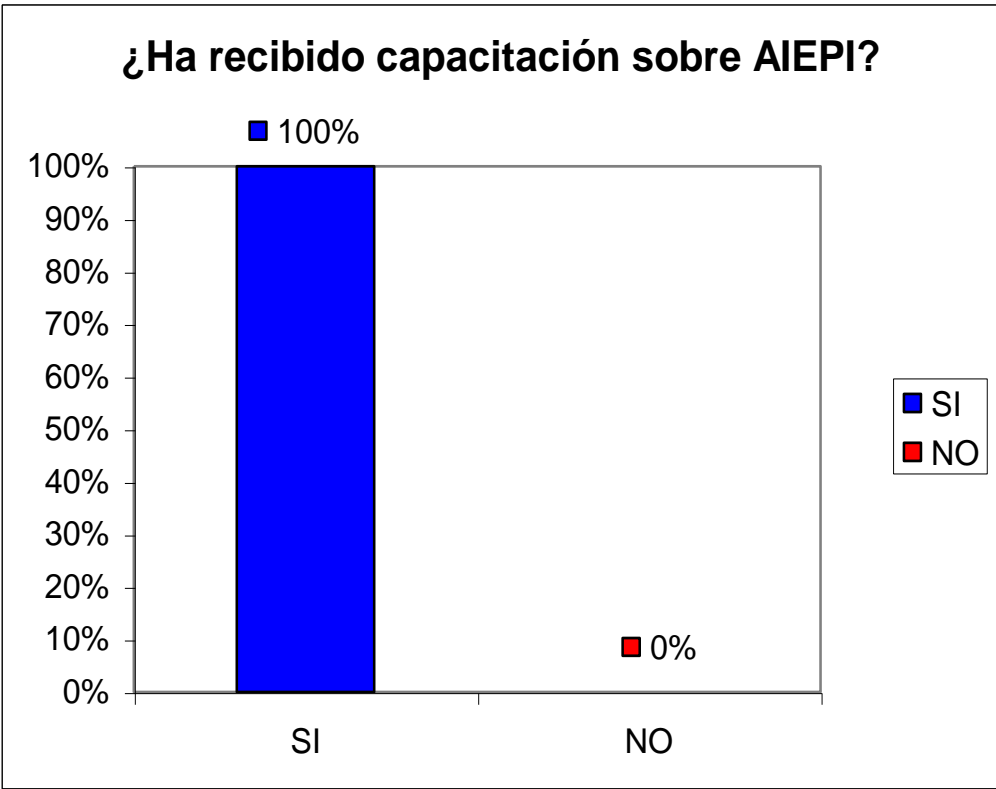
En este cuadro se puede observar que al preguntarles al médico y al personal de enfermería si ha recibido capacitación sobre la estrategia AIEPI, el 100% contestaron afirmativamente.

#### INTERPRETACIÓN:

De lo anterior se puede deducir que el personal médico y de enfermería ha recibido capacitación, pero cabe mencionar que los médicos en servicio social la recibieron hasta septiembre este año e incluso se incorporo personal de enfermería. Aclarando que el grupo investigador realizó esta pregunta posterior a la capacitación, por

tal razón la mayoría del personal médico encuestado contestó que sí habían sido capacitados

GRÁFICA N° 6



Fuente: Cuadro N° 6



## CUADRO N° 7

### ¿Cuántas capacitaciones ha recibido?

N° DE CAPACITACIONES	MÉDICO	ENFERMERA	FRECUENCIA (Fr)	PORCENTAJE (%)
1	22	2	24	80
2	0	5	5	16.67
3	0	0	0	0
4	1	0	1	3.33
TOTAL	23	7	30	100

Fuente: Cuadro elaborado en base a la investigación de campo realizada a los profesionales de la salud.

#### ANÁLISIS:

Esta cuadro refleja que un 80% de la población encuestada ha recibido una capacitación incluyendo personal médico en servicio social y enfermería, un 16.67% dos capacitaciones y un 3.33% ha recibido cuatro capacitaciones.

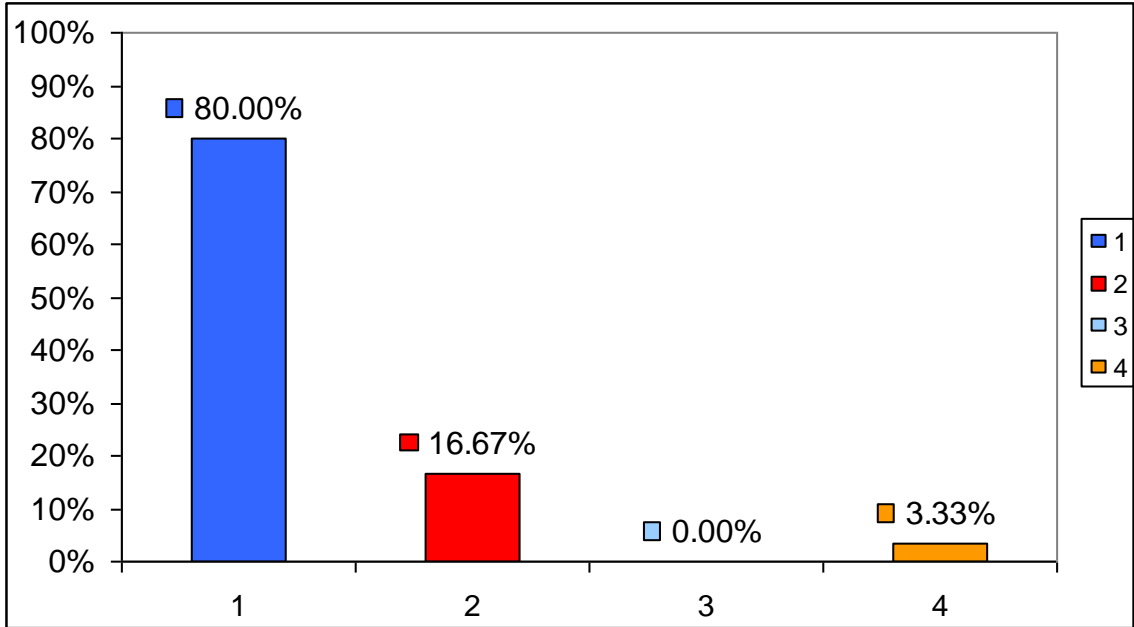
#### INTERPRETACIÓN:

La mayoría del personal encuestados ha recibido solamente una capacitación (médico en servicio social y dos de siete enfermeras), lo que implicaría que entre menor

es el número de capacitaciones del personal de salud menor es la atención brindada a la población infantil aplicándose en forma inadecuada la estrategia. El resto del personal de enfermería ha recibido capacitación en dos ocasiones y el médico que ha recibido cuatro capacitaciones es facilitador de la estrategia y que tiene como función la dirección de una Unidad de Salud.

GRÁFICA N° 7

¿Cuántas capacitaciones ha recibido?



Fuente: Cuadro N° 7

## CUADRO N° 8

### ¿Desde cuando aplica la estrategia AIEPI?

TIEMPO DE APLICACIÓN	MÉDICO	ENFERMERA	FRECUENCIA (Fr)	PORCENTAJE (%)
< 6 meses	21	0	21	70
6 meses–1 año	0	2	2	6.67
1 a 2 años	2	5	7	23.33
TOTAL	23	7	30	100

Fuente: Cuadro elaborado en base a la investigación de campo realizada a los profesionales de la salud.

#### ANÁLISIS:

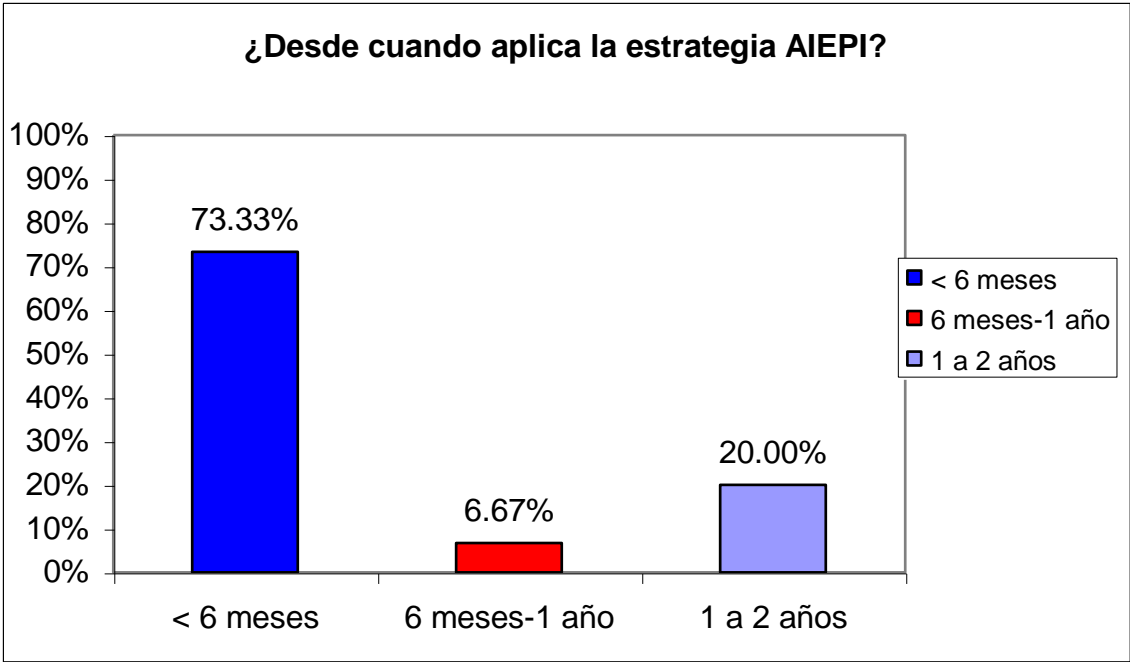
Este cuadro refleja que un 70% del personal encuestado tiene menos de seis meses de aplicar la estrategia, un 6.67% de seis meses a un año y solo un 23.33% de uno a dos años.

#### INTERPRETACIÓN:

La mayoría del personal encuestado son médicos en servicio social así mismo tienen menos tiempo de aplicar la estrategia apoyándose del cuadro de procedimientos de la estrategia AIEPI, al igual que el menor número de capacitaciones, por lo tanto no

se aplica en su totalidad la estrategia. No así el resto de personal médico y de enfermería, que en su mayoría tiene más tiempo de aplicar dicha estrategia ya que son recursos permanentes en los establecimientos de salud por lo que el SIBASI los capacita constantemente.

GRÁFICA N° 8



Fuente: Cuadro N° 8

**CUADRO N° 9 “A”**

**Recomendaciones al momento de la consejería sobre IRA.**

IRA PROFESIONALES CONSEJERÍA	NEUMONIA						TOS O RESFRIADO						INFECCIÓN BACTERIANA DE GARGANTA						FARINGITIS VIRAL					
	M	%	E	%	T	%	M	%	E	%	T	%	M	%	E	%	T	%	M	%	E	%	T	%
Consejería completa	2	8.7	1	14.29	3	10	2	8.7	0	0	2	6.67	2	8.7	1	14.29	3	10	2	8.7	1	14.29	3	10
Remedio casero inocuo Cuando volver	21	91.3	6	85.71	27	90	21	91.3	7	100	28	93.3							4	17.39	1	14.29	5	16.67
Remedio casero Referir al hospital													21	91.3	6	85.71	27	90	17	73.91	5	71.42	22	73.33
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuadro elaborado en base a la investigación de campo realizada a los padres de familia que consultan en las Unidades de Salud.

**CUADRO 9 “B”**

IRA PROFESIONALES CONSEJERÍA	MASTOIDITIS						OTITIS MEDIA AGUDA						OTITIS MEDIA CRÓNICA					
	M	%	E	%	T	%	M	%	E	%	T	%	M	%	E	%	T	%
Consejería completa*	2	8.7	0	0	2	6.67	1	4.35	1	14.29	2	6.67	1	4.35	2	28.57	3	10
Remedio casero inocuo Cuando volver																		
Secar el oído con mecha Control en 5 días							4	17.39	4	57.14	8	26.67						
Secar el oído con mecha							18	78.26	2	28.57	20	66.66	21	91.3	5	71.43	26	86.67
Referir al hospital	21	91.3	7	100	28	93.33							1	4.35	0		1	3.33
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuadro elaborado en base a la investigación de campo realizada a los padres de familia que consultan en las Unidades de Salud.

M = Médico

E = Enfermera

\* Ver páginas: 40, 41, 45, 46, 47, 50 y 51

## ANÁLISIS:

El cuadro 9 "A" refleja que el 10% de los profesionales encuestados proporcionan una consejería completa a los padres de familia mientras que un 90% la aplica en una forma parcial tanto para neumonía e infección bacteriana de garganta. Mientras que para tos o resfriado el 7% manifiesta dar una consejería completa y un 93% una consejería parcial. Para el caso de la faringitis viral un 10% de los profesionales entrevistados aplica adecuadamente la consejería, un 16.67% solamente utiliza dos de las cuatro recomendaciones dadas por AIEPI y un 73.33% aconseja solamente dar remedio casero.

En el cuadro 9"B" un 7% de los médicos encuestados da una consejería completa tal como AIEPI lo establece en mastoiditis y en 93% solo recomienda referir al hospital. En la otitis media aguda un 6.67% manifiesta dar consejería completa, un 26.66% solo secar el oído con mecha y control en cinco días no así un 66.67% quienes recomiendan secar solamente el oído con mecha. El 10% del personal entrevistado sobre otitis media crónica opina secar el oído con mecha y control en cinco días así como lo establece AIEPI, un 87% manifiesta secar el oído con mecha mientras que un 3% indica referir al hospital.

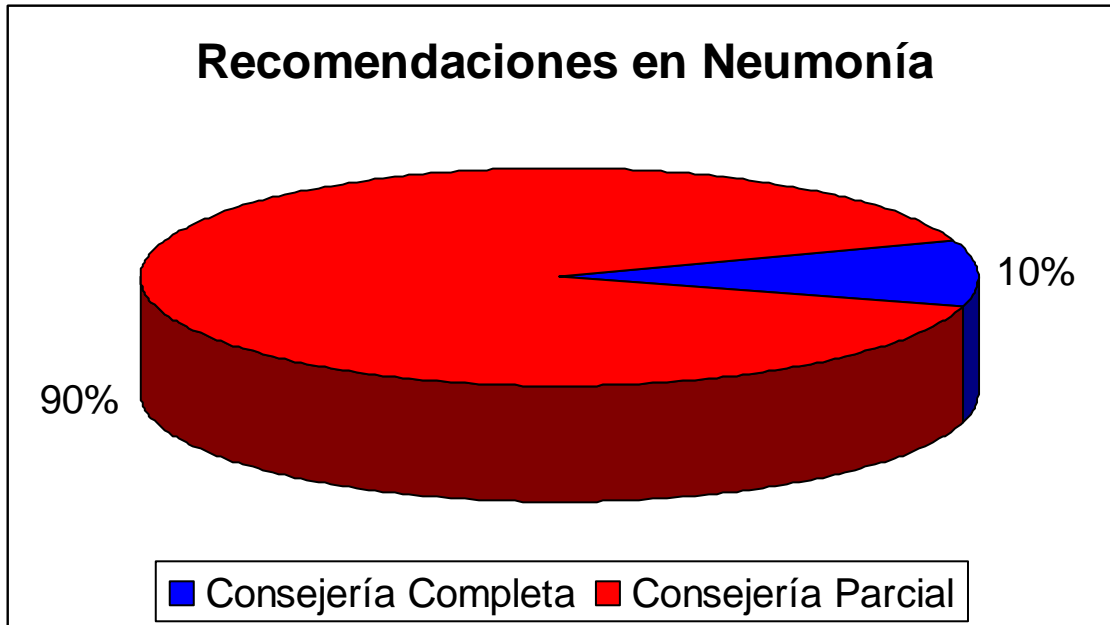
## INTERPRETACIÓN:

El Personal de salud encuestado manifiestan que no aplican la consejería recomendada por AIEPI para las diferentes patologías de las Infecciones Respiratorias Agudas las que se mencionan en el marco teórico, tal comportamiento se podría deber a la falta de capacitación y menor tiempo de aplicación de la estrategia por los médicos en servicio social, los datos reflejan que los conocimientos básicos de AIEPI en consejería una minoría (dos) de los médicos la aplican de forma completa de igual manera el personal de enfermería (una), datos similares se reflejan en cada una de las IRA. Cabe mencionar que uno de los médicos encuestados es facilitador de AIEPI además ha recibido cuatro capacitaciones y la conoce desde que se implemento.

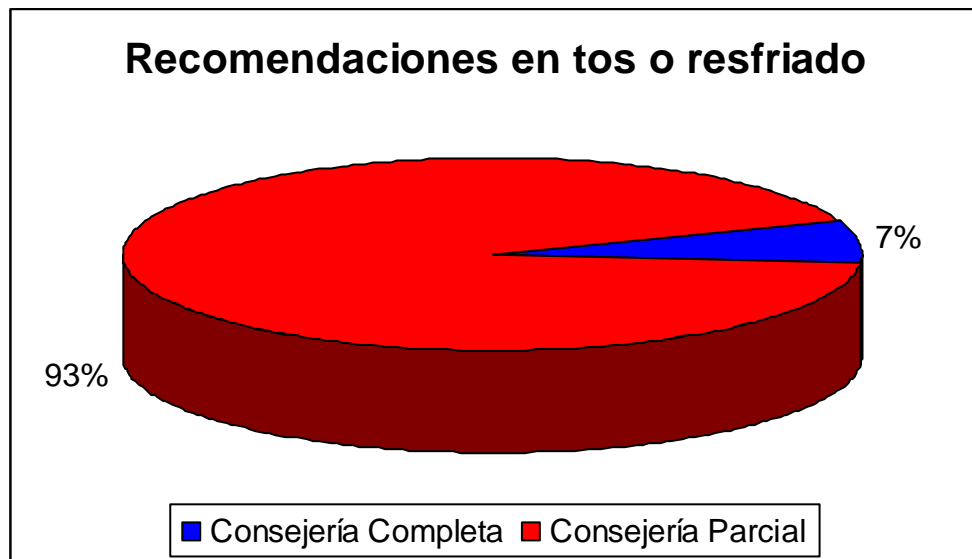
El resto de médicos no aplica la estrategia como está establecido al igual que la mayoría de enfermeras encuestadas, lo que ocasiona una falla en la consejería que se les imparte a los padres de familia que puede deberse en primer lugar la falta de capacitación a los médicos de servicio social desde el inicio de años y en segundo lugar exceso de trabajo al médico que tienen como función de director y consultante. A pesar de que el personal de enfermería es recurso permanente en las unidades de salud se percibe un déficit de aplicación del cuarto pilar de la estrategia (consejería), aunque si tienen conocimiento de ello. Por lo anterior la falta de aplicación de la consejería no permite una adecuada prevención e intervención oportuna en la salud de niños y niñas menores de cinco años.



GRÁFICA N° 9 "A"

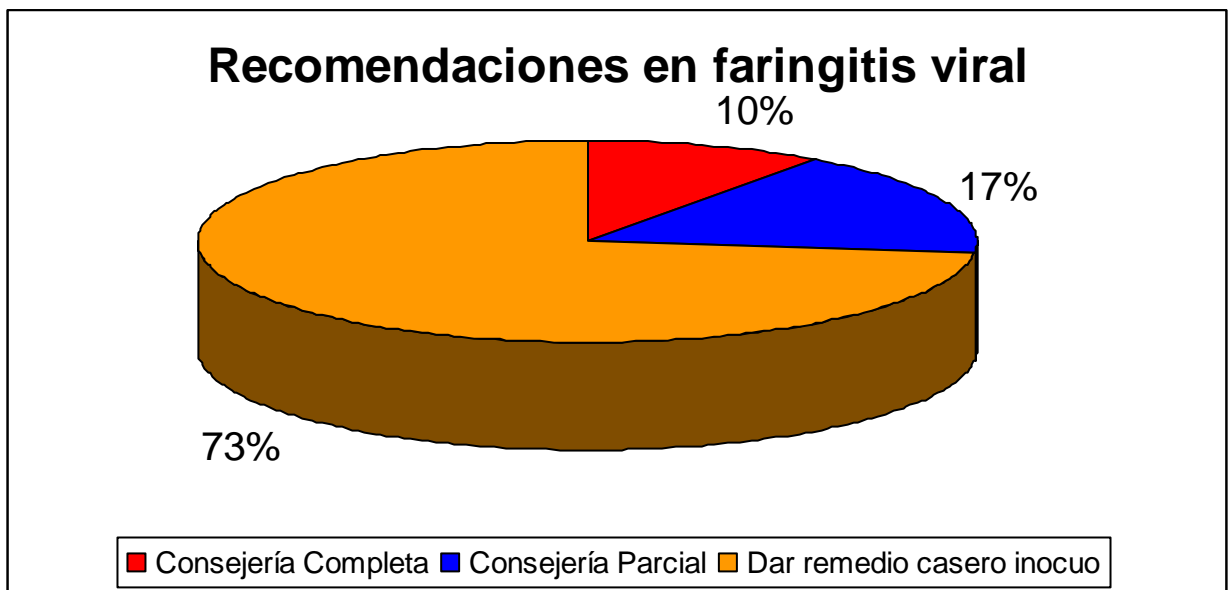
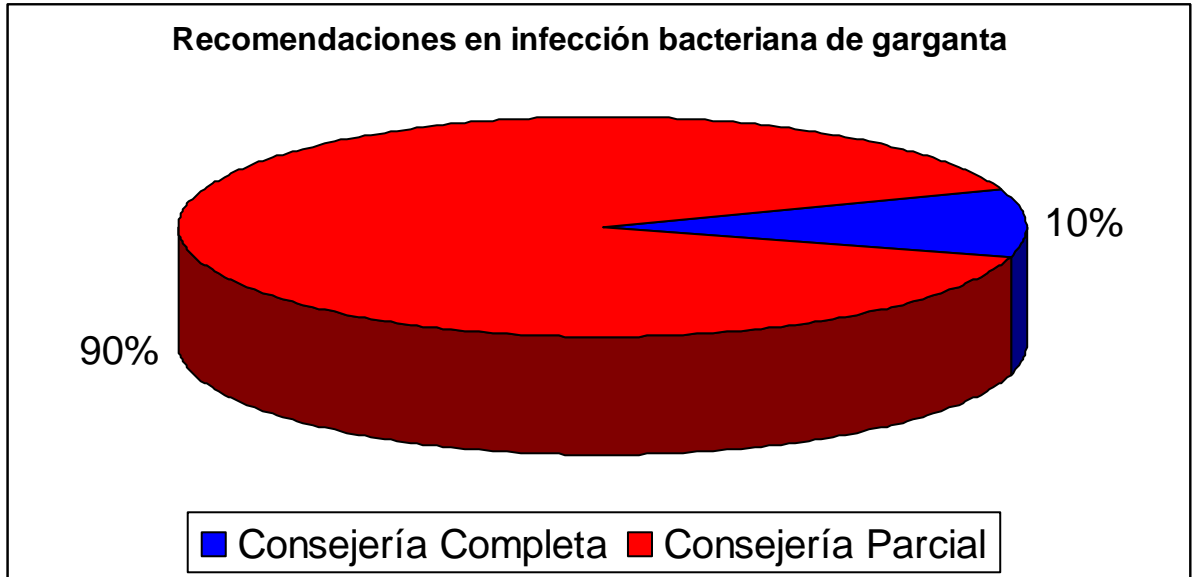


Fuente: cuadro 9 "A"



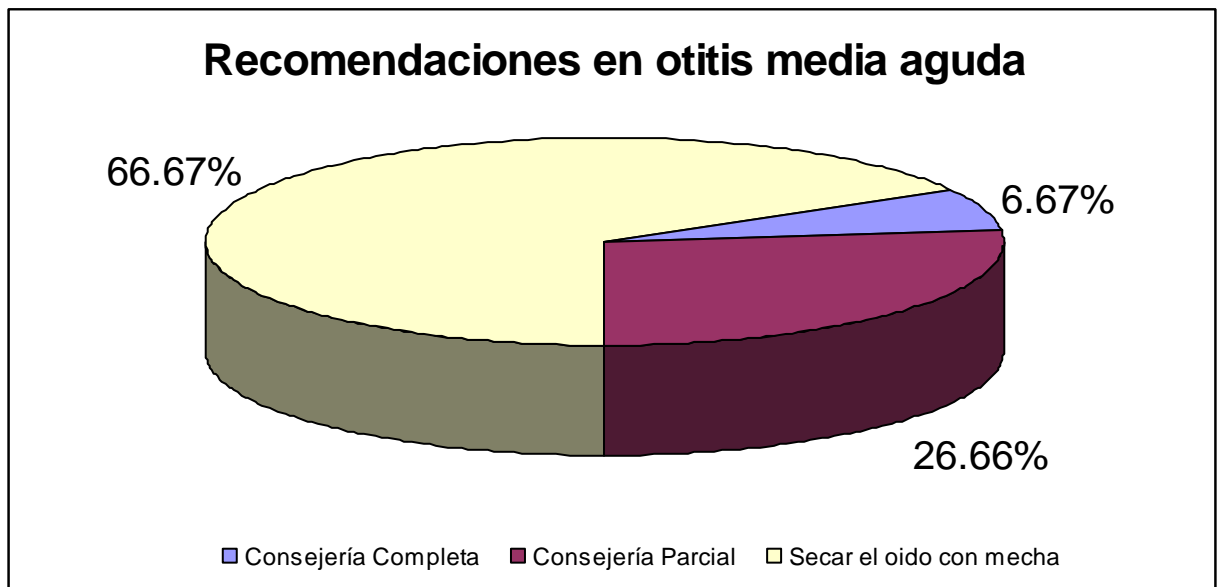
Fuente: Cuadro N° 9 "A"

Cont. GRÁFICA N° 9 “A”



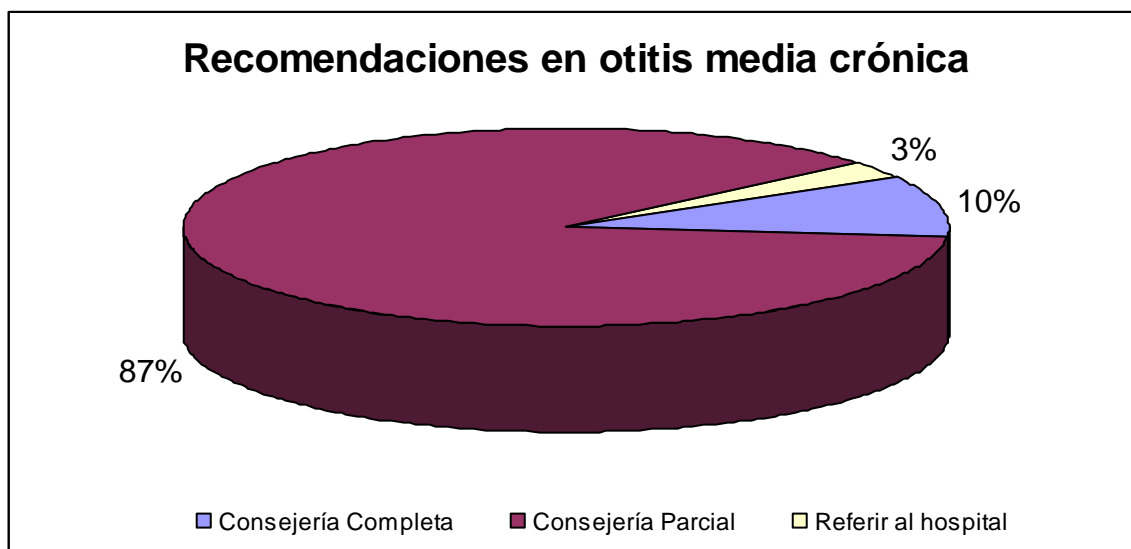
Fuente: Cuadro N° 9 “A”

GRÁFICA N° 9 "B"



Fuente: Cuadro 9 "B"

Cont. GRÁFICA N° 9 “B”



Fuente: Cuadro N° 9 “B”

**5.1.2 RESULTADOS DE LA CÉDULA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A LOS  
PADRES DE FAMILIA.**

**CUADRO N° 1**

**¿Ha consultado anteriormente por cuadros de IRA?**

OPINIÓN	UNIDAD DE SALUD DE YAYANTIQUE	UNIDAD DE SALUD DE COMACARÁN	FRECUENCIA (Fr)	PORCENTAJE (%)
SI	180	118	298	100
NO	0	0	0	0
TOTAL	180	118	298	100

Fuente: Cuadro elaborado con base a la investigación de campo realizada a los padres de familia que consultan en las Unidades de Salud.

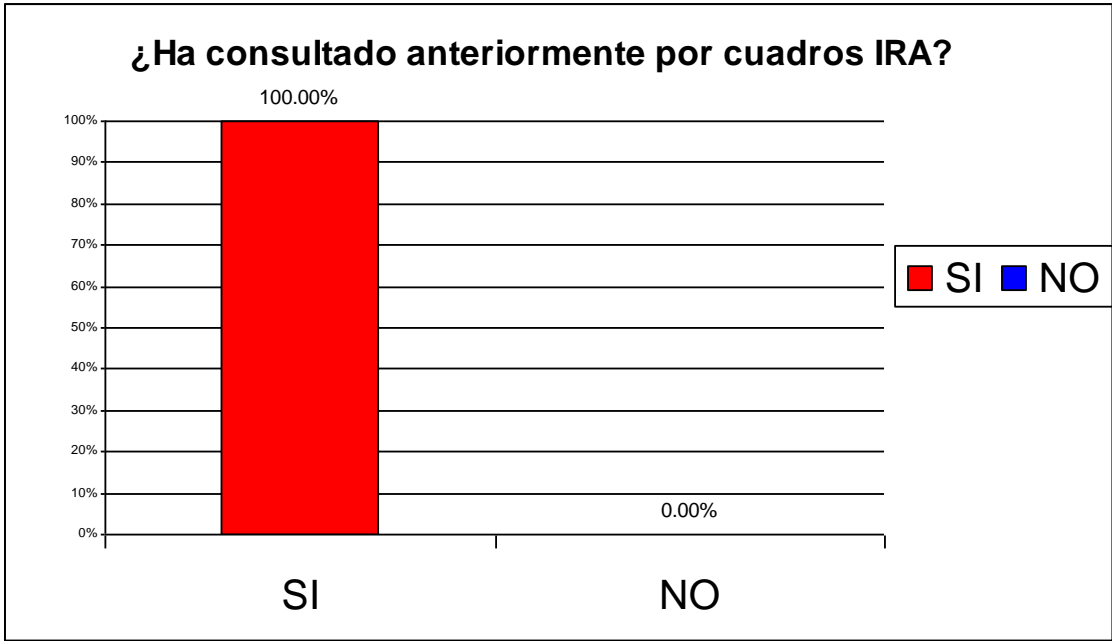
**ANÁLISIS:**

El cuadro anterior representa que el 100% de los padres encuestados han consultado por cuadros de IRA.

**INTERPRETACIÓN:**

Todos los padres encuestados han consultado a los establecimientos estudiados por cuadros de IRA ya que esta es una de las causas de morbilidad infantil que ocupa el primer lugar de atención en las unidades de salud.

**GRÁFICA N° 1**



Fuente: Cuadro N° 1

## CUADRO N° 2

### ¿Cuál ha sido el diagnóstico?

DIAGNÓSTICO	UNIDAD DE SALUD DE YAYANTIQUÉ	UNIDAD DE SALUD DE COMACARÁN	FRECUENCIA (Fr)	PORCENTAJE (%)
Infección de las amígdalas	41	33	74	24.80
Faringitis	15	19	34	11.40
Infección pulmonar	32	13	45	15.10
Infección de oídos	14	17	31	10.40
Catarro común	78	36	114	38.30
TOTAL	180	118	298	100

Fuente: Cuadro elaborado en base a la investigación de campo realizada a los padres de familia que consultan en las Unidades de Salud.

#### ANÁLISIS:

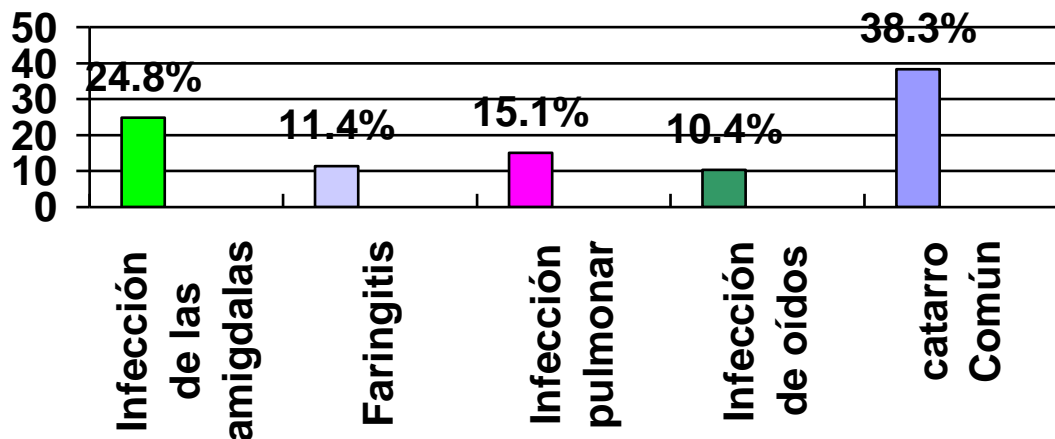
En este cuadro se observa el 24.8% de los padres encuestados en las unidades de salud estudiadas el diagnóstico de sus hijos es infección en las amígdalas, un 11.4% faringitis, un 15.10% manifiesta infección pulmonar, 10.4% infección de oídos y un 38.3% adolecieron de catarro común.

## INTERPRETACIÓN:

En las unidades de salud estudiadas de todas las IRA la causa más frecuente de consulta es el catarro común seguido de infección en las amígdalas agregado a esta las infecciones pulmonares (neumonía) que es una tercera causa de consulta en las unidades de salud consultada pero es la que puede causar altos índices de mortalidad, cabe mencionar que esto se puede deber a múltiples factores entre ellos se puede mencionar: estado nutricional, ambiental, socioeconómico y cultural.

GRÁFICA N° 2

### ¿Cuál ha sido el diagnóstico?



Fuente: Cuadro N° 2



### CUADRO N° 3

**¿Recibió consejería por parte del personal de salud con respecto al cuadro clínico de su niño o niña?**

OPINIÓN	UNIDAD DE SALUD DE YAYANTIQUE		UNIDAD DE SALUD DE COMACARÁN		FRECUENCIA (Fr)	PORCENTAJE (%)
SI	148	82.2	60	50.8	208	69.8
NO	32	17.8	58	49.2	90	30.2
TOTAL	180	100%	118	100%	298	100

Fuente: Cuadro elaborado en base a la investigación de campo realizada a los padres de familia que consultan en las Unidades de Salud.

#### ANÁLISIS:

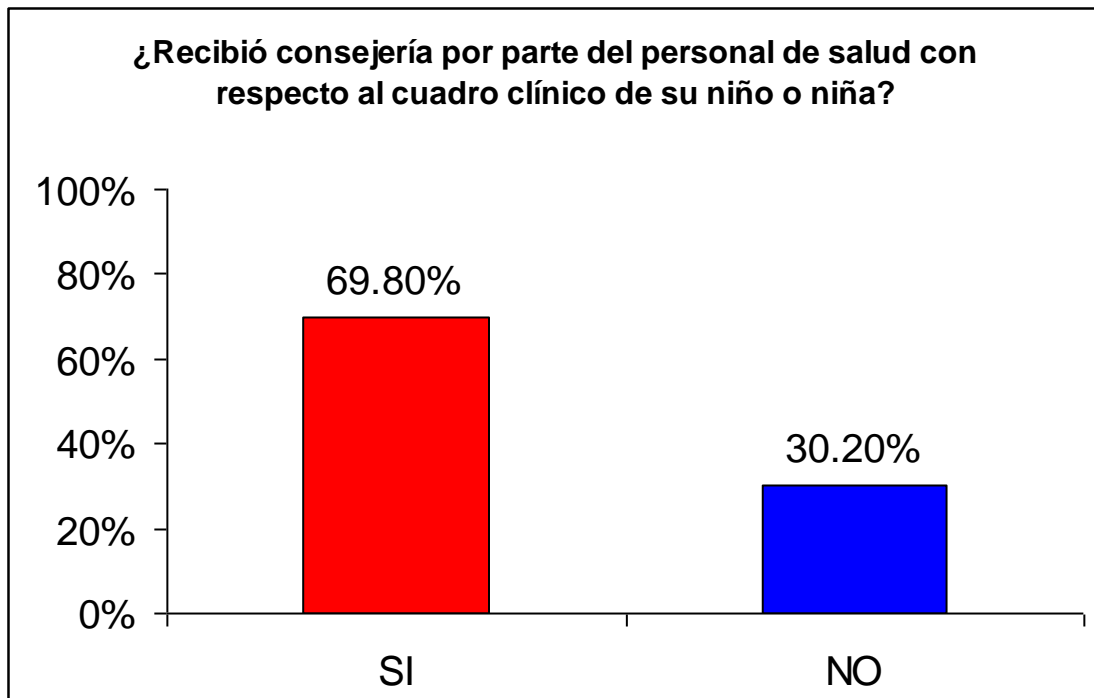
El cuadro anterior muestra que el 69.8% de los padres encuestados recibió consejería por parte del personal de salud y que un 30.2% no recibió dicha consejería.

#### INTERPRETACIÓN:

En la unidad de salud de Yayantique se evidencia según los datos revisados que los padres reciben en su mayoría consejería en el caso de las IRA, cabe mencionar que en dicha unidad existen dos enfermeras que son recursos permanentes y que han recibido capacitación sobre la estrategia, aunque el médico director se encuentra en su servicio

social y aun no ha sido capacitado. La mayoría de padres encuestados si reciben consejería acerca de las patologías de sus hijos e hijas, en la unidad de salud de Comacarán el personal que atiende a los usuarios es insuficiente solo cuenta con una enfermera auxiliar y un médico en servicio social ambos están capacitados, pero el médico en servicio social recibió capacitación en septiembre de este año. Con lo expuesto anteriormente de alguna manera obstaculiza el poder brindar una consejería adecuada tal como lo propone AIEPI a pesar de esto si se brinda consejería como lo manifiestan la mayoría de padres entrevistados.

GRÁFICA N° 3



Fuente: Cuadro N° 3

#### CUADRO N° 4

#### ¿Qué tipo de consejería?

CONSEJERÍA	UNIDAD DE SALUD DE YAYANTIQUE	UNIDAD DE SALUD DE COMACARÁN	FRECUENCIA (Fr)	PORCENTAJE (%)
- Dar remedio casero	132	40	172	82.7
- Secar los oídos con mecha	14	15	29	13.94
- No recuerdo	2	5	7	3.36
TOTAL	148	60	208	100

Fuente: Cuadro elaborado en base a la investigación de campo realizada a los padres de familia que consultan en las Unidades de Salud.

#### ANÁLISIS:

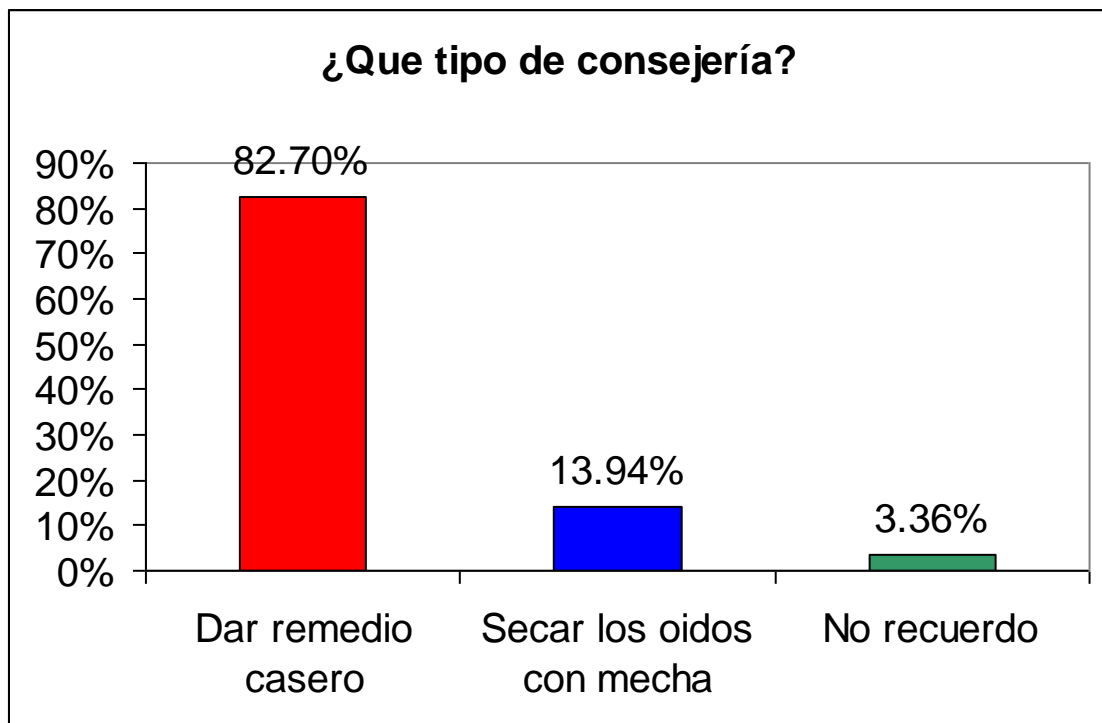
Las unidades de salud estudiadas coincide que un 82.7% manifiestan que aplican la consejería de dar remedio casero un 13.94% de secar los oídos con mecha y un 3.36% no recuerda la consejería.

#### INTERPRETACIÓN:

La mayoría de padres encuestados en ambas unidades de salud cuando sus hijos presentan problemas como faringitis, infección bacteriana de garganta, neumonía, tos o

resfriado común practican el dar un remedio casero (agua con miel, té de manzanilla) en caso de adolecer de otitis media aguda o crónica secar los oídos con mecha y un pequeño grupo no recuerda la consejería que el personal de salud le impartió. En ningún momento los padres de familia mencionan el uso de antibióticos para algunas de las IRA que AIEPI establece por lo que se percibe que podría deberse en primer lugar a una falla en la consejería por parte del personal de salud y en segundo lugar los padres de familia que no recuerdan la consejería recibida.

GRÁFICA N° 4



Fuente: Cuadro N° 4

## CUADRO N° 5

### ¿Ha puesto en práctica la consejería dada por el personal de salud?

OPINIÓN	UNIDAD DE SALUD DE YAYANTIQUE	UNIDAD DE SALUD DE COMACARÁN	FRECUENCIA (Fr)	PORCENTAJE (%)
SI	132	41	173	83.17
NO	16	19	35	16.83
TOTAL	148	60	208	100

Fuente: Cuadro elaborado en base a la investigación de campo realizada a los padres de familia que consultan en las Unidades de Salud.

#### ANÁLISIS:

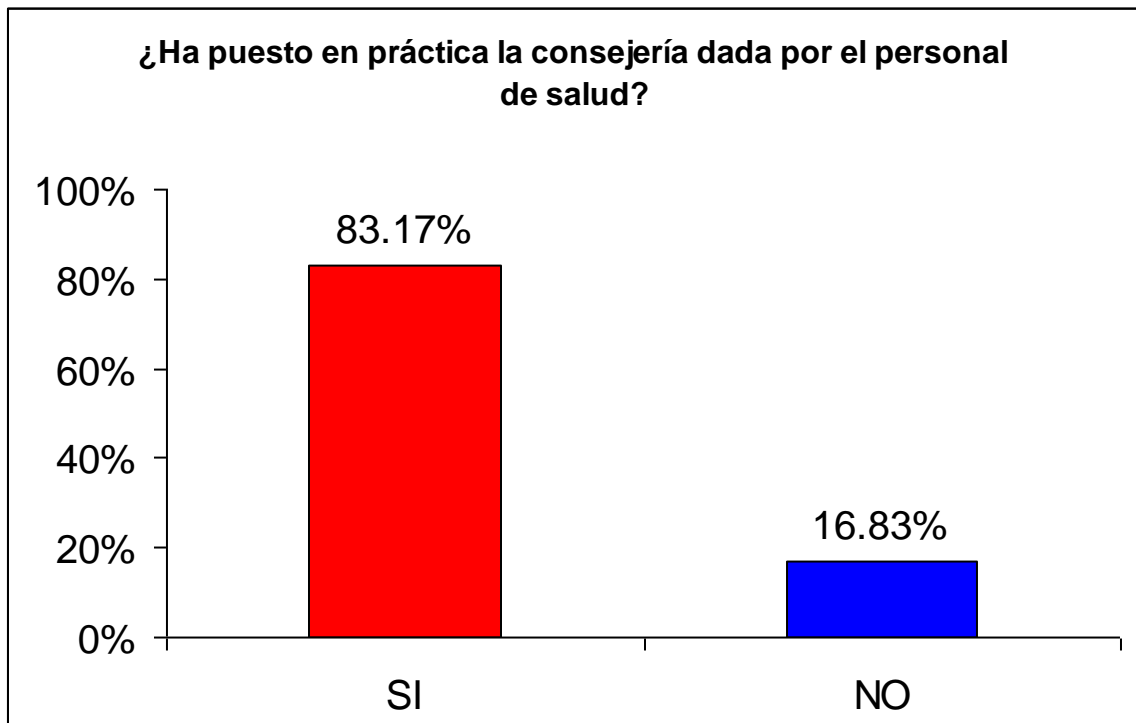
En el cuadro se refleja que un 83.17% los padres por practican la consejería recibida por el personal de salud no así un 16.83% que no practican la consejería.

#### INTERPRETACIÓN:

Las unidades de salud estudiadas coinciden que los padres encuestados practican la consejería ya que manifiestan en su mayoría tener confianza en los remedios caseros lo que indica que hay una verdadera eficacia de ellos, a pesar que en algunas patologías se indica el uso de antibióticos y proporcionar atención de reevaluación y control en

casos de neumonía, sibilancias, otitis media aguda y crónica, los cuales no son mencionados durante la encuesta y que forman parte de la consejería.

GRÁFICA N° 5



Fuente: Cuadro N° 5

## CUADRO N° 6

### ¿Por que no practicó la consejería?

OPINIÓN	UNIDAD DE SALUD DE YAYANTIQUÉ	UNIDAD DE SALUD DE COMACARÁN	FRECUENCIA (Fr)	PORCENTAJE (%)
No confianza en remedios caseros	16	19	35	100
TOTAL	16	19	35	100

Fuente: Cuadro elaborado en base a la investigación de campo realizada a los padres de familia que consultan en las Unidades de Salud.

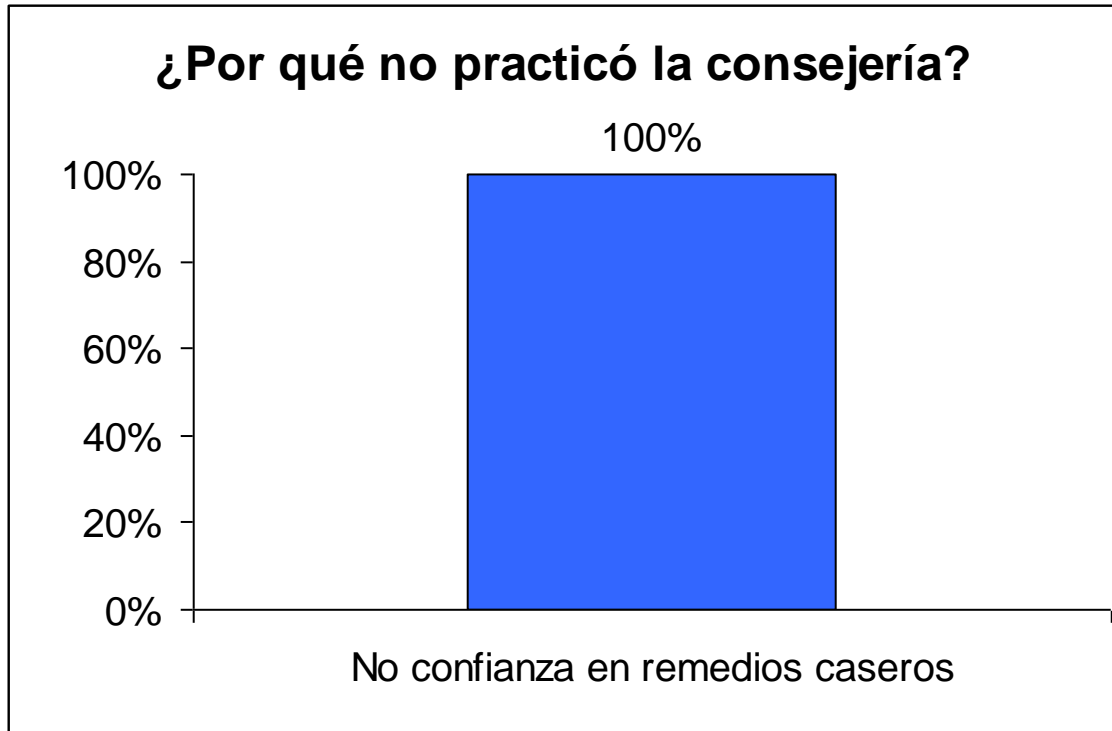
#### ANÁLISIS:

Este cuadro representa que las unidades de salud en estudio un 35% del personal encuestado no practica la consejería porque no tiene confianza en remedios caseros.

#### INTERPRETACIÓN:

De los padres de familia encuestados hay un pequeño grupo que no practica la consejería dada por la estrategia a través del personal de salud porque no hay confianza en los remedios caseros ya que ellos prefieren los medicamentos porque le resultan más confiable.

GRÁFICA N° 6



Fuente: Cuadro N° 6



## CUADRO N° 7

**¿Considera que la consejería impartida por el personal de salud ha mejorado el estado de salud de su hijo?**

OPINIÓN	UNIDAD DE SALUD DE YAYANTIQUÉ	UNIDAD DE SALUD DE COMACARÁN	FRECUENCIA (Fr)	PORCENTAJE (%)
SI	116	28	144	83.2
NO	16	13	29	16.8
TOTAL	132	41	173	100

Fuente: Cuadro elaborado en base a la investigación de campo realizada a los padres de familia que consultan en las Unidades de Salud.

### ANÁLISIS:

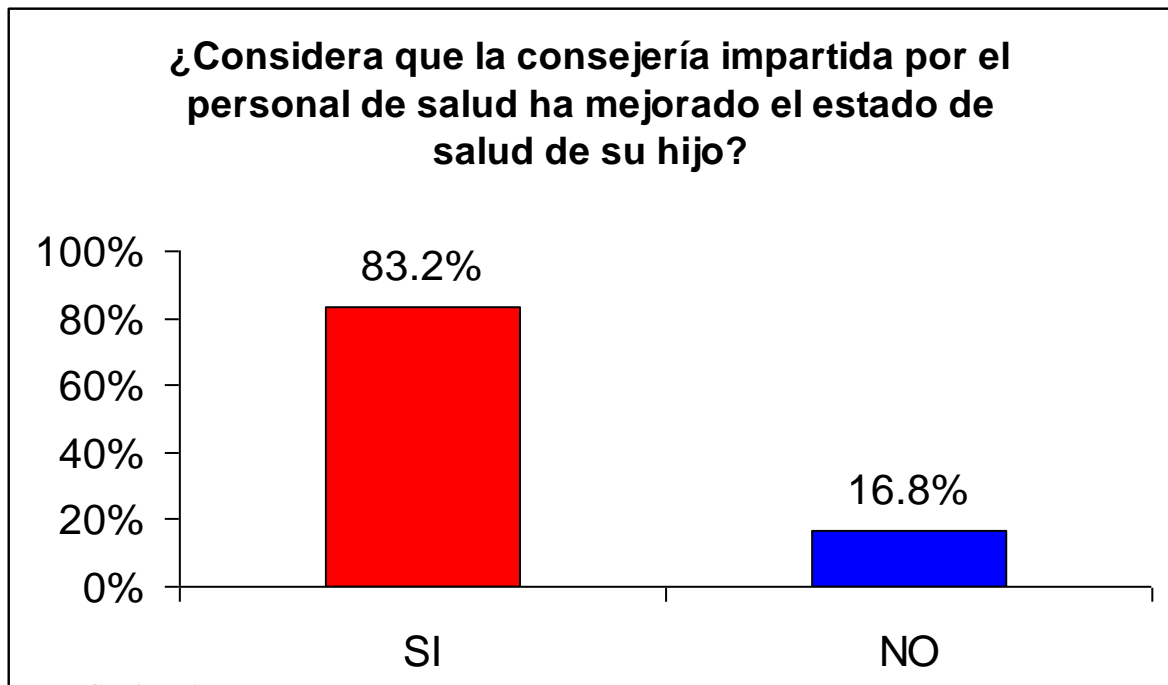
Según datos anteriores los padres de familia consideran en un 83.2% que si la consejería impartida por el personal de salud mejoró el estado de su hijo, mientras que un 16.8% opina que no ayudo.

### INTERPRETACIÓN:

En ambas unidades de salud la mayoría de padres que practicó la consejería dada por el personal de salud se encuentra satisfecho ya que mejoró el estado de salud de sus hijos, existe una minoría en la que no hubo mejora del estado clínico que podría deberse

a una mala consejería por parte del personal de salud o práctica inadecuada de la consejería por parte de los padres de familia.

GRÁFICA N° 7



Fuente: Cuadro N° 7

## CUADRO N° 8

### ¿Por qué?

OPINIÓN	UNIDAD DE SALUD DE YAYANTIQUÉ	UNIDAD DE SALUD DE COMACARÁN	FRECUENCIA (Fr)	PORCENTAJE (%)
Mejoría lenta	2	7	9	5.73
Mejoría	103	28	131	83.44
No mejoría	11	6	17	10.83
TOTAL	116	41	157	100

Fuente: Cuadro elaborado en base a la investigación de campo realizada a los padres de familia que consultan en las Unidades de Salud.

#### ANÁLISIS:

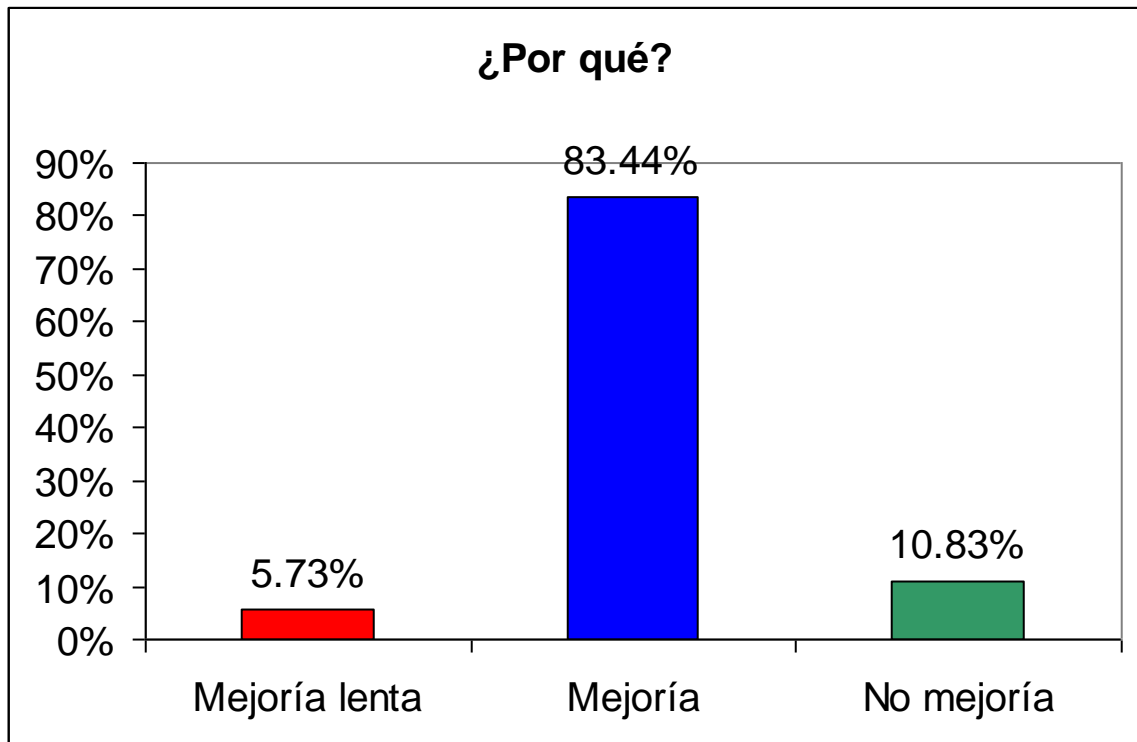
Este cuadro refleja que un 5.73% de los padres encuestados en las diferentes unidades de salud tuvo mejoría lenta con la práctica de la consejería, mientras que un 83.44% mejoró y un 10.83% opina que no hubo mejoría.

#### INTERPRETACIÓN:

La mayoría de padres de familia que fueron encuestados en las unidades de salud en estudio opinan que si obtuvieron resultados satisfactorios al practicar la consejería dada por el personal de salud ya que sus hijos e hijas alcanzaron mejoría completa y que con estas practicas no se ven afectados los recursos económicos porque

se encuentran al alcance de la mayor parte de la población, no obstante hay padres de familia que tuvieron que acudir nuevamente a los establecimientos de salud o con médicos particulares para que se indicaran medicamentos entre los que hacen énfasis los antibióticos al no observar mejoría clínica en sus hijos, dicho comportamiento se podría deber a una mala consejería, complicación de la patología o práctica inadecuada por parte ellos.

GRÁFICA N° 8



Fuente: Cuadro N° 8

**CAPÍTULO VI**  
**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 6.1 CONCLUSIONES

Luego de analizar e interpretar los resultados sobre la evaluación de la estrategia AIEPI el grupo investigador establece las siguientes conclusiones:

- Con la aplicación de la estrategia AIEPI no se ha logrado reducir los índices de morbimortalidad infantil en niños y niñas menores de cinco años en relación a las IRA, pues según Registros de Reportes Epidemiológicos Semanales de enero de 2003 a septiembre de 2004 no se observa una disminución significativa de casos por lo que se acepta la hipótesis.
- Que la evaluación aplicada por la Estrategia AIEPI en las IRA si permite una adecuada clasificación y un tratamiento eficaz lo que queda demostrado a través de la revisión de expedientes clínicos al obtener recurrencia del 22.14% lo que no es significativo con el total de casos estudiados.
- El nivel de conocimientos del personal de salud que aplica la estrategia AIEPI (médicos y enfermeras) es deficiente en un 70 a 94% en cuanto a la consejería

impartida a los padres de familia, la cual se debe a un tiempo de aplicación mínimo de la estrategia, así como al menor número de capacitaciones recibidas.

- Según datos obtenidos se determinó que la consejería impartida a los padres de familia por el personal de salud es adecuada ya que manifiestan haberla recibido y practicado obteniéndose un resultado de 83.44% de mejoría clínica con lo que se demuestra la eficacia a pesar de existir contraste con el grado de conocimientos del personal de salud.

## 6.2 RECOMENDACIONES

- **Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social** se le recomienda:  
Que debe implementar capacitaciones por el Sistema Básico Integral de Salud a inicio de año para los médicos en servicio social y realizar en personal de enfermería evaluaciones constantes sobre la aplicación de la estrategia.
- A los médicos y enfermeras que laboran en los centros de trabajo que se desarrollen en cada una de las unidades de salud círculos de estudio sobre el conocimiento y aplicación adecuada de la estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.
- A las autoridades de La Universidad de El Salvador en la carrera de Doctorado en Medicina y escuelas de enfermería para que se incluyan en las asignaturas de de la carrera de Doctorado en Medicina los programas, normas, estrategias que se desarrollan en El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.



## BIBLIOGRAFÍA

BERHMAN, Richard; KLIEGMAN, Roberth; JENSON, Jal B., MD., Nelson, Tratado de Pediatría, 17a.edición, Madrid, España, Elseiver España S.A., 2004, 1618 págs.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos; BAPTISTA LUCIO, Pilar, Mitología de la Investigación, 3ª. Edición, México, D. F., McGraw-Hill Interamericana Editores, S. A. de C. V.,2003, 705 págs.

KEMP, Henry; y otros, Diagnostico y Tratamiento Pediátrico, 7ª. Edición, México, D.F., Editorial El Manual Moderno, S.A de C.V., 1998, 1214 págs.

ROJAS SORIANO, Raúl, Guía Para Realizar Investigaciones Sociales, 34ª. Edición, Mexico, D: F., Plaza y Valdéz Editores S. A de C. V., 2000, 435 págs.

GUEVARA HERNÁNDEZ, Alicia Elizabeth; HERNÁNDEZ APARICIO, Rosa Melina; HENRIQUEZ, Evelyn Yaneth “ Evaluación de la Estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia en la Unidad de Salud El Molino, Departamento de Usulután, período de enero 2002 a octubre de 2003”. Tesis, San Miguel, El Salvador, C. A., s.e, diciembre, 2003, págs. 55.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. “Análisis del Proceso de Implementación de la Estrategia Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia”. Programa Nacional de Atención Integral en Salud a la Niñez, San Salvador, El Salvador, C.A., s.e., diciembre, 2003, págs. 20.

-----“Reporte Epidemiológico Semanal, de las fechas siguientes: 12 de diciembre a 18 de diciembre de 1999, 17 de diciembre al 23 de diciembre de 2000, 16 de diciembre al 22 de diciembre de 2001, 15 de diciembre al 21 de diciembre de 2002, 21 de diciembre al 27 de diciembre de 2003. Semana N° 50, 51, 51, 51 y 52, respectivamente”, Diagnósticos y números de casos, según grupo de edad, Comacarán, San Miguel., s.e., págs.4.

----- “Reporte epidemiológico Semanal de las fechas siguientes: 2 de diciembre a 8 de diciembre de 2001, 1 de diciembre al 7 de diciembre de 2002, 30 de noviembre a 6 de diciembre de 2003. Semanas N°. 49”, Diagnósticos y números de casos, según grupo de edad, Yayantique, La Unión., s. e. págs. 4.

----- “Evaluar, clasificar y tratar al niño(a) menor de 2 meses de edad”, Programa Nacional de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de Infancia, El Salvador, C.A., s.e., octubre 2002. págs. 70.

----- “Evaluar, clasificar y tratar al niño(a) de 2 meses a 4 años de edad”. Programa Nacional de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, El Salvador, C:A:, s.e., octubre, 2002, págs. 231.

----- “Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. AIEPI”. Cuadros de Procedimientos, San Salvador, El Salvador, C.A., s.e, febrero 2003, págs. 33.

## **DIRECCIONES ELECTRONICAS:**

- [Http:// w.w.w.oms.org.sv](http://w.w.w.oms.org.sv) (12 de abril de 2004)
- [Http:// w.w.w. noticiasiepi.html](http://w.w.w.noticiasiepi.html) (12 de abril de 2004)
- [Http: // w.w.w. paho.org.](http://w.w.w.paho.org) (13 de abril de 2004)
- [Http://tradu.scig.uniovi.es/busca.html](http://tradu.scig.uniovi.es/busca.html) (10 de noviembre de 2004)

# **ANEXOS**

**ANEXO N° 1**

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A REALIZAR EN EL PROCESO DE GRADUACIÓN, AÑO 2004.**

N°	MES SEMANAS ACTIVIDADES	ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPT.				OCT.				NOV.				DIC.	
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
1	Reunión con docente director, metodológico y estadístico.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
2	Elaboración del perfil de investigación	X	X	X	X																														
3	Entrega del perfil de investigación					X																													
4	Elaboración del protocolo de investigación						X	X	X	X	X	X	X																						
5	Entrega del protocolo de investigación													X																					
6	Ejecución del protocolo de investigación														X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X										
7	Elaboración del informe final																											X	X						
8	Entrega de borrador del informe final																											X							
9	Corrección del informe final																													X	X				
10	Presentación del informe final																														X				
11	Exposición oral del informe oral																																		X

ANEXO N° 2

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DURANTE LA EJECUCIÓN

FECHA  DIA ACTIVIDAD	MES JULIO																															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	
Reunión con docente director	x							x							x								x							x		
Reunión con docente metodológico									x							x								x								
Reunión con director estadístico									x							x								x								
Revisión de expedientes clínicos <sup>1</sup>					x	x	x			x		x	x	x			x		x	x	x					x	x	x			x	
Revisión de expedientes clínicos <sup>2</sup>						x	x	x		x			x	x	x		x				x	x	x					x	x	x		x
Elaboración de encuesta															x		x						x	x								

CONT. ANEXO 2

FECHA	MES AGOSTO																															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	
<b>Reunión con docente director</b>					x						x								x								x					
<b>Reunión con docente metodológico</b>						x						x									x							x				
<b>Reunión con director estadístico</b>						x						x									x							x				
<b>Aplicación de encuesta<sup>1,2</sup></b>		x	x	x	x				x	x	x	x				x	x	x	x					x	x	x	x				x	x



CONT. ANEXO 2

FECHA  DIA ACTIVIDAD	MES SEPTIEMBRE																															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V		
Reunión con docente director	x							x							x															x		
Reunión con docente metodológico		x							x							x																x
Reunión con director estadístico		x							x							x																x
Tabulación de datos <sup>1,2</sup>	x				x	x	x	x				x	x	x	x					x	x	x	x				x	x	x	x		

1- María de la Paz Gutiérrez Gutiérrez

2- Yesenia Elizabeth Hernández Rivas

### ANEXO N° 3

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
DIRECCION GENERAL DE SALUD - UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA  
REPUBLICA DE EL SALVADOR.

CONSOLIDADO NACIONAL REPORTE EPIDEMIOLOGICO\*

Semana 1 - 52 del 2000

DIAGNOSTICO		NUMERO DE CASOS SEGUN GRUPOS DE EDAD													TOTAL			
		<1 a.		1-4		5-9		10-19		20-59		60 y más						
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F					
ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES	Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Menigitis Tuberculosa	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	
	Parálisis Fláccida Aguda	0	0	13	10	6	2	8	7									44
	Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Tétanos	0	0	0	0	3	0	0	0	0	10	1	3	1				18
	Tétanos Neonatal	1	0															1
	Tos ferrea	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Hepatitis Aguda tipo A	37	39	1,228	1,107	781	787	309	235	211	199	16	32					4,981
	Hepatitis Aguda tipo B	1	1	4	5	3	2	3	8	39	15	5	1					87
	Parotiditis Infecciosa	13	0	183	135	154	144	70	73	54	109	2	3					940
	Rubeola	7	7	20	27	10	17	27	10	36	24	0	1					186
	Rubeola Congénita	1	0	0	0													1
	Variola	1,029	1,081	3,029	3,391	3,186	3,344	2,280	2,675	3,071	3,567	96	62					26,831
ENFERMEDADES INTESTINALES, INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	Amibiasis	1,784	1,805	13,594	13,807	12,882	14,294	9,217	13,412	13,204	33,578	2,534	5,012					135,133
	Giardiasis	668	731	8,820	8,945	6,849	7,422	3,509	4,404	2,843	6,319	538	998					52,046
	Uncinariasis o Anquilostomiasis	150	162	2,182	2,151	2,086	2,289	1,152	1,410	902	1,871	173	373					14,901
	Infección por Cestodos ( Teniasis )	68	97	925	964	1,053	1,162	702	888	539	1,082	118	202					7,800
	Colera	8	6	17	15	26	12	31	27	161	137	72	81					593
	Shigelosis	63	72	126	131	54	53	41	47	47	105	8	32					779
	Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	2	2	36	34	65	79	166	138	212	338	23	41					1,138
	Salmonelosis	1	2	29	40	58	60	102	94	134	234	19	31					804
	Infección por Escherichia Coli.	84	85	130	214	139	140	66	189	134	755	42	138					2,116
	Diarrea, Enteritis y Gastroenteritis	39,305	33,616	55,188	50,696	14,924	14,670	9,375	11,450	36,948	51,540	5,966	9,292					333,170
	INFECCIONES CON MODO DE TRANSMISION PREDOMINANTEMENTE SEXUAL	SIDA	7	1	5	3	2	4	12	7	264	154	13	5				
Infección por V.I.H. positivo		17	13	6	9	0	2	7	17	249	171	10	4					505
Sifilis Congénita		43	44															87
Sifilis Adquirida y no Especificada		0	1	0	2	2	1	98	113	393	460	35	23					1,128
Infección Gonocócica del Tracto Genitourinario Inferior		10	8	16	24	23	30	591	117	1,789	510	55	17					3,190
Herpes Genital		1	2	0	3	0	3	90	61	671	570	44	22					1,467
Condiloma Acuminado		0	0	4	8	8	22	133	469	498	1,426	13	31					2,612
Linfogranuloma Venéreo		0	0	0	0	1	0	47	9	251	102	17	1					428
Chancro Blando		0	0	0	0	1	0	47	9	251	102	17	1					428
Tricomoniasis Urogenital		12	24	16	79	17	98	45	1,445	368	13,027	32	476					15,639
Candidiasis de Vulva y Vagina		123		308		324		3,099		26,091		1,512					31,457	
INFECCIÓN MENINGEAS	Meningitis por hemófilos	7	4	4	2													17
	Meningitis Bacteriana	60	34	9	12	8	2	8	6	16	13	3	8					177
	Meningitis Meningocócica	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					3
	Meningitis no Especificada	13	16	4	4	1	3	4	5	10	5	1	0					66
OTRAS DE INTERES EPIDEMIOLOGICO	Tuberculosis Pulmonar	16	16	59	72	57	74	74	79	431	349	168	100					1,495
	Influenza (Gripes) y Neumonías	32,274	27,914	45,008	41,943	21,144	21,588	12,112	14,023	19,285	31,216	5,394	6,623					280,524
	Infección Aguda de Vías Respiratorias Superiores	96,407	89,172	212,541	208,510	138,243	146,359	84,262	108,163	149,376	285,118	24,554	42,449					1,585,154
	Fiebre Reumática Aguda	29	39	63	43	28	28	17	31	21	53	15	22					380
	Histoplasmosis	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0					4
	Conjuntivitis Hemorrágica	3	2	1	7	5	0	3	0	16	18	2	1					58
	Conjuntivitis Bacteriana Aguda	4,384	4,173	4,877	4,529	3,032	2,977	2,390	2,745	7,377	9,701	1,412	2,037					49,734
	Herpes Zoster	39	34	123	165	139	168	273	281	1,069	1,327	342	432					4,392
	Lepra	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0					7
	Escabiosis	2,874	2,939	5,899	6,011	4,375	5,006	3,313	5,484	6,301	14,437	1,439	2,217					60,276
	Epilepsia	83	63	387	278	329	271	802	891	1,621	2,148	210	220					7,304
	Enfermedad Vírica de Marburg y Ebola,	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					0
ENFERMEDADES VECTORIZADAS POR ARTRÓPODOS	Dengue Hemorrágico	25	16	71	64	104	112	33	27	17	18	2	2					491
	Dengue Clásico	499	510	2,112	1,900	2,320	2,254	1,297	1,096	956	1,227	99	104					14,374
	Paludismo	0	0	25	15	35	22	96	80	221	137	14	3					648
	Enfermedad de Chagas Aguda	2	2	12	18	25	17	26	20	75	44	3	1					245
	Leishmaniasis	0	0	1	0	1	2	2	0	1	0	0	0					7
	Fiebre Equina Venezolana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					0
	Encefalitis Viral no especificada	0	0	0	1	8	0	3	0	12	0	0	0					24
Fiebre Amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					0	
Tifus Epidémico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					0	

\* Datos de Flujo Reportados

# ANEXO N° 4



MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
UNIDAD NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA  
REPUBLICA DE EL SALVADOR.



CONSOLIDADO NACIONAL REPORTE EPIDEMIOLOGICO  
DATOS PRELIMINARES

Semanas 1 - 62 del 2001

DIAGNOSTICO	NUMERO DE CASOS SEGUN GRUPOS DE EDAD												TOTAL	TASAS				
	<1 a.		1-4		5-9		10-19		20-59		60 y mas							
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F						
ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES	Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Meningitis Tuberculosa	0	0	0	2	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	69
	Paratísis Flácida Aguda	3	1	20	22	19	15	4	5	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	Sarampión	0	0	0	0	0	0	2	0	5	1	3	0	0	0	0	0	12
	Tétanos	0	0	1	0	0	0	2	0	5	1	3	0	0	0	0	0	0
	Tétanos Neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Tos ferina	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Hepatitis Aguda tipo A	54	40	1547	1569	1188	1299	440	386	251	273	23	32	7102	110.44	102	1.59	
	Hepatitis Aguda tipo B	1	1	5	5	2	3	2	2	68	14	1	0	102	1.59	102	1.59	
	Parotiditis Infecciosa	8	7	140	105	122	99	47	41	36	68	1	4	678	10.54	45	0.70	
	Rubeola	6	9	3	4	3	0	2	4	3	11	0	0	45	0.70	1	0.12	
Rubéola Congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.02	1	0.12		
Varicela	593	560	1810	1899	1632	1718	1148	1293	1579	1947	35	41	14255	221.68	14255	221.68		
ENFERMEDADES INTESTINALES, INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	Amibiasis	1559	1647	12935	13403	11811	13319	8246	12838	14711	36748	2459	4717	134393	2089.93	45819	712.53	
	Giardiasis	582	591	7974	7945	5921	6965	2817	3866	2577	8342	409	860	10290	160.02	10290	160.02	
	Uncinariasis o Anquistomiasis	85	89	1501	1472	1390	1463	731	1012	689	1508	127	233	5412	84.16	5412	84.16	
	Infección por Cestodos ( Teniasis )	46	36	706	788	699	784	374	558	371	882	49	119	0	0.00	0	0.00	
	Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Shigelosis	73	51	128	128	41	51	12	28	21	61	8	12	612	9.52	612	9.52	
	Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	2	4	20	15	56	40	125	106	221	277	14	40	920	14.31	920	14.31	
	Salmonelosis	6	9	26	35	22	33	81	75	152	246	15	38	738	11.48	738	11.48	
	Infección por Escherichia Coll.	34	48	90	126	58	85	34	97	81	420	27	64	1164	18.10	1164	18.10	
	Diarrea, Enteritis y Gastroenteritis	44029	37724	61147	55470	13529	13061	7874	9582	39560	55682	5916	9048	352622	5485.58	352622	5485.58	
	INFECCIONES CON MODO DE TRANSMISIÓN PREDOMINANTEMENTE SEXUAL	SIDA	8	1	16	7	4	1	6	8	287	150	20	3	499	7.60	499	7.60
Personas convivientes con el V.I.H. Positivo		19	20	14	11	2	7	10	18	298	219	21	8	647	10.08	647	10.08	
Sifilis Congénita		39	32	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	71	42.54	71	42.54	
Sifilis Adquirida y no Especificada		0	0	0	1	0	0	57	90	367	439	29	10	993	15.44	993	15.44	
Infección Gonocócica del Tracto Genitourinario Inferior		9	10	34	40	11	20	474	86	1487	414	50	24	2869	41.51	2869	41.51	
Herpes Genital		2	0	2	4	1	1	88	56	801	553	28	28	1567	24.37	1567	24.37	
Condiloma Acuminado		0	0	5	3	5	12	112	364	483	1182	14	27	2207	34.32	2207	34.32	
Linfogranuloma Venéreo		0	0	0	0	0	0	22	7	65	26	3	0	123	1.91	123	1.91	
Chancro Blando		0	0	0	0	0	0	47	12	211	64	14	5	357	5.55	357	5.55	
Tricomoniiasis Urogenital		5	5	9	34	11	73	32	1117	310	10893	31	325	12846	199.77	12846	199.77	
Candidiasis de Vulva y Vagina		0	108	0	246	0	298	0	2979	0	26970	0	1273	31872	971.46	31872	971.46	
INFECCIÓN MENINGEAS	Meningitis por hemofilos	6	14	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	26	3.179	26	3.179	
	Meningitis Bacteriana	37	35	11	7	9	6	9	4	8	4	5	2	137	2.13	137	2.13	
	Meningitis Meningocócica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00	0	0.00	
	Meningitis no Especificada	29	17	8	9	2	1	4	2	7	11	1	1	92	1.43	92	1.43	
OTRAS DE INTERES EPIDEMIOLOGICO	Tuberculosis Pulmonar	39	33	105	93	48	62	67	71	485	365	138	104	1610	25.04	1610	25.04	
	Influenza (Gripe) y Neumonías	33926	29887	44488	43002	18867	19819	10481	13696	16630	31612	5643	9937	277998	4323.11	277998	4323.11	
	Infección Aguda de Vías Respiratorias Superiores	116440	106537	249648	240819	131069	139144	74743	101577	184218	358106	29674	51961	1783936	27741.78	1783936	27741.78	
	Fiebre Reumática Aguda	28	31	62	45	25	39	24	27	31	74	5	8	399	6.20	399	6.20	
	Histoplasmosis	1	0	3	5	0	0	0	0	3	0	0	1	13	0.20	13	0.20	
	Conjuntivitis Hemorrágica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00	0	0.00	
	Conjuntivitis Bacteriana Aguda	5843	5273	7688	7120	4824	4458	3174	3639	10494	14299	2123	2887	71822	1113.79	71822	1113.79	
	Herpes Zoster	55	59	160	195	191	196	280	370	1249	1831	373	461	5400	83.37	5400	83.37	
	Lepra	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	3	0.05	3	0.05	
	Escabiosis	2898	3146	6340	6316	4693	5128	3474	5430	8906	15046	1504	2470	63351	985.18	63351	985.18	
	Epilepsia	64	50	229	209	219	195	582	623	1552	1997	181	185	6166	95.89	6166	95.89	
	Enfermedad Virica de Marburg y Ebola	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00	0	0.00	
	ENFERMEDADES VECTORIZADAS POR ARTRÓPODOS	Dengue Hemorrágico	1	1	6	4	13	20	0	7	1	3	0	0	33	0.51	33	0.51
Dengue Clásico		14	19	127	90	148	155	126	106	114	181	19	21	889	13.82	889	13.82	
Paludismo		2	1	9	8	13	17	36	31	74	45	5	2	243	3.78	243	3.78	
Enfermedad de Chagas Aguda		5	0	6	18	22	14	18	9	81	35	5	4	217	3.37	217	3.37	
Leishmaniasis		0	0	1	0	3	2	2	6	4	4	0	0	24	0.37	24	0.37	
Fiebre Equina Venezolana		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00	0	0.00	
Encefalitis Viral no especificada		1	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	4	0.06	4	0.06	
Fiebre Amarilla		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00	0	0.00	
Tifus Epidémico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00	0	0.00		

\* Citras Preliminares

\*\* Casos Importados



## ANEXO N° 5



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
UNIDAD NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA  
REPUBLICA DE EL SALVADOR.



### CONSOLIDADO NACIONAL REPORTE EPIDEMIOLÓGICO DATOS PRELIMINARES

Semanas 1 -52 del 2002

DIAGNOSTICO		NUMERO DE CASOS SEGUN GRUPOS DE EDAD													
		<1 a		1-4		5-9		10-19		20-59		60 y más		TOTAL	
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		
ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES	Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Meningitis Tuberculosa	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	Parálisis Fláccida Aguda	1	2	31	25	21	19	6	5	0	0	0	0	0	110
	Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Tétanos	0	0	0	1	0	1	0	0	2	0	0	3	0	7
	Tétanos Neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Tos ferina	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Hepatitis Aguda tipo A	33	31	1,221	1,211	985	1,000	414	354	241	264	19	27	0	5,800
	Hepatitis Aguda tipo B	0	4	2	2	4	2	2	2	46	13	2	0	0	79
	Parcoititis Infecciosa	7	5	104	57	92	59	35	32	20	53	2	4	0	470
	Rubéola	0	0	3	2	1	1	1	0	6	2	0	0	0	16
	Rubéola Congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Varicela	505	533	1,798	1,905	1,795	1,873	1,052	1,253	1,479	1,801	29	39	0	14,033
	ENFERMEDADES INTESTINALES, INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	Ambiasis	1,331	1,371	12,053	12,429	12,329	13,489	8,382	13,005	14,950	38,365	2,404	5,119	0
Giardiasis		448	484	7,584	7,672	5,842	5,873	2,575	3,756	2,457	6,146	350	829	0	44,196
Uncinariasis o Anquilostomiasis		74	87	888	854	911	871	481	694	444	1,077	100	147	0	6,718
Infección por Geotodos ( Teniasis )		21	15	440	433	493	586	265	449	272	706	37	103	0	3,840
Cólera		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Shigelosis		39	41	51	95	28	34	16	29	15	58	9	18	0	483
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea		2	1	23	40	86	91	176	173	278	373	21	32	0	1,298
Salmonelosis		16	18	70	66	95	87	148	137	217	263	21	33	0	1,171
Infección por Escherichia Coli		18	15	46	50	30	44	24	48	44	174	16	45	0	552
Diarrea, Enteritis y Gastroenteritis		41,187	36,512	65,620	60,003	18,754	16,297	9,910	11,641	37,436	54,141	5,962	9,746	0	365,209
INFECCIONES CON MODO DE PREDOMINANTEMENTE SEXUAL	SIDA	8	5	3	9	1	2	6	7	154	360	3	33	0	591
	Personas convivientes con el V.I.H. Positivo	68	57	19	15	8	5	34	26	319	418	7	16	0	982
	Sifilis Congénita	46	49	0	0	0	1	38	25	349	335	0	0	0	85
	Sifilis Adquirida y no Especificada	0	0	0	0	0	0	0	0	101	349	409	24	13	1,026
	Infección Gonocócica del Tracto Genitourinario Inferior	1	0	3	5	3	4	324	71	1,102	376	49	19	0	1,953
	Herpes Genital	1	1	3	3	2	5	67	81	698	600	25	19	0	1,480
	Condiloma Acuminado	0	1	0	5	6	10	110	424	446	1,456	25	36	0	2,520
	Linfogranuloma Venéreo	0	0	0	0	0	0	0	13	10	31	21	4	0	81
	Chancre Blanco	0	0	0	0	0	0	0	34	16	140	67	12	3	272
Tricomonirosis Urogenital	9	20	21	55	12	94	38	1,081	211	10,546	17	313	0	12,417	
Candidiasis de Vulva y Vagina	80	80	289	289	336	336	3,267	3,267	29,142	29,142	1,379	1,379	0	95,862	
INFECCIÓN MENINGEAS	Meningitis por hemófilos	6	5	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17
	Meningitis Bacteriana	24	16	9	19	6	4	6	5	3	7	3	0	0	104
	Meningitis Meningocócica *	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Meningitis no Especificada	16	7	6	5	1	1	1	2	4	3	1	1	0	45
OTRAS DE INTERES EPIDEMIOLÓGICO	Tuberculosis Pulmonar *	0	0	1	0	7	6	85	80	378	245	93	85	0	980
	Influenza (Gripe) y Neumonías	22,311	19,536	35,065	32,672	17,553	18,194	9,691	11,537	11,603	22,376	4,044	7,419	0	212,231
	Infección Aguda de Vías Respiratorias Superiores	108,273	101,707	273,955	268,853	190,547	203,187	111,426	141,341	187,000	383,225	299,255	53,211	0	2,321,980
	Fiebre Reumática Aguda	11	12	12	17	20	25	12	12	37	41	7	8	0	214
	Histoplasmosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	2	0	0	16
	Conjuntivitis Hemorrágica *	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	Conjuntivitis Bacteriana Aguda	4,772	4,559	6,768	6,370	4,649	4,148	3,265	3,401	9,455	12,999	1,977	2,695	0	65,098
	Herpes Zoster	41	36	184	171	153	228	343	379	1,161	1,748	397	532	0	5,373
	Lepra *	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Escarabiosis	2,006	2,054	4,662	4,655	3,506	3,878	2,770	4,336	5,454	13,061	1,514	2,363	0	50,291
Epilepsia	51	44	205	167	212	193	658	536	1,271	1,584	145	184	0	5,250	
Enfermedad Virica de Marburg y Ebola	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
ENFERMEDADES VECTORIZADAS POR ARTROPODOS	Dengue Hemorrágico	9	7	32	28	135	120	27	26	11	7	0	1	0	405
	Dengue Clásico	68	52	361	407	866	763	550	614	491	434	34	20	0	4,671
	Paludismo	0	0	0	3	14	8	18	19	28	20	1	0	0	117
	Enfermedad de Chagas Aguda	2	0	13	13	15	16	13	20	73	19	9	7	0	202
	Leishmaniasis	0	0	0	2	2	3	3	11	4	19	0	1	0	45
	Fiebre Equina Venezolana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Encefalitis Viral no especificada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Fiebre Amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Tifus Epidémico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

## ANEXO N° 6



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
DIRECCION Y CONTROL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA  
UNIDAD NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA  
REPUBLICA DE EL SALVADOR.  
CONSOLIDADO NACIONAL REPORTE EPIDEMIOLOGICO  
DATOS PRELIMINARES



Semanas 1 - 49/ 2003

DIAGNOSTICO		NUMERO DE CASOS SEGUN GRUPOS DE EDAD													Total Masculino	Total Femenino	Total	
		<1 a		1-4		5-9		10-19		20-59		60 y más						
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F					
ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES	Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Meningitis Tuberculosa	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Parálisis Fláccida Aguda	2	3	27	11	23	8	12	6	2	2	0	0	0	0	64	28	92
	Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Tétanos	0	0	1	0	2	0	0	0	0	4	1	4	0	11	1	12	0
	Tétanos Neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Tos ferina	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Hepatitis Aguda tipo A	22	16	702	651	598	570	257	235	183	178	15	25	1,777	1675	3,452		
	Hepatitis Aguda tipo B	0	0	3	1	3	3	4	3	41	31	3	1	54	39	93		
	Parotiditis Infecciosa	4	3	68	42	74	62	28	34	29	41	0	3	203	185	388		
	Rubéola	1	1	0	3	0	1	0	1	0	3	0	0	1	9	10		
	Rubéola Congénita	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1		
	Varicela	629	620	2399	2374	2246	2491	1345	1640	1817	1971	43	45	8,419	9141	17,560		
ENFERMEDADES INTESTINALES, INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	Amibiasis	1075	1050	10359	10997	10642	11912	7589	11855	14737	37031	2297	4858	46,699	77403	124,102		
	Giardiasis	374	454	6493	8368	5093	5180	2480	3209	2657	6221	381	813	17,478	22245	39,723		
	Uncinariasis o Anquilostomiasis	39	38	625	677	593	700	305	468	385	797	71	154	2,018	2834	4,852		
	Infección por Cestodos ( Teniasis )	8	10	275	246	294	328	172	247	182	444	22	65	953	1340	2,293		
	Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	Shigelosis	14	13	47	62	14	13	3	8	17	41	4	7	99	144	243		
	Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	5	5	31	54	91	94	241	183	290	316	25	25	683	677	1,360		
	Salmonelosis	1	2	25	36	68	75	159	123	204	246	18	25	475	507	982		
	Infección por Escherichia Coli	10	12	38	32	8	23	12	15	19	95	6	9	93	186	279		
	Diarrea, Enteritis y Gastroenteritis	39906	34061	63763	57064	13653	12952	7705	9005	35855	51752	5277	8857	166,159	173691	339,850		
INFECCIONES CON MODO DE TRANSMISIÓN PREDOMINANTE SEXUAL	SIDA	2	2	5	4	4	4	5	12	278	148	30	2	325	172	497		
	Personas convivientes con el V.I.H. Positivo	17	9	4	9	5	2	19	36	475	324	34	5	554	388	942		
	Sífilis Congénita	44	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	44	25	69		
	Sífilis Adquirida y no Especificada	0	1	0	0	0	0	39	64	301	384	21	8	361	457	818		
	Infección Gonocócica del Tracto Genitourinario Inferior	6	6	10	16	23	31	248	74	823	314	42	11	1,152	452	1,604		
	Herpes Genital	0	0	0	4	3	5	50	48	630	573	39	33	722	653	1,375		
	Condiloma Acuminado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	Infoganuloma Venéreo	0	0	0	0	1	0	8	2	19	11	4	1	30	14	44		
Chancro Blando	0	0	0	0	1	0	14	8	113	51	16	3	144	62	206			
Tricomoniiasis Urogenital	11	19	33	41	9	76	34	1117	196	9884	15	295	298	11432	11730			
Candidiasis de Vulva y Vagina	62	62	265	265	368	368	3286	3286	29273	29273	0	0	12859	0	34521			
INFECCIÓN MENINGEAS	Meningitis por hemófilos	4	0	1	2	2	2	0	2	12	14	5	2	83	59	142		
	Meningitis Bacteriana	39	26	13	8	5	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	Meningitis Meningocócica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	Meningitis no Especificada	17	4	3	4	2	1	4	2	7	8	3	1	36	20	56		
OTRAS DE INTERES EPIDEMIOLOGICO	Tuberculosis Pulmonar	24	16	40	25	45	43	34	51	376	248	130	103	649	486	1,135		
	Influenza (Gripe) y Neumonias	25263	20610	36712	32852	13153	13193	6910	8112	10187	18442	3911	5839	95,126	100348	195,474		
	Infección Aguda de Vías Respiratorias Superiores	120392	113949	29883	292898	179914	192013	99275	132231	212980	428159	37077	64245	679,521	1223492	1,903,013		
	Fiebre Reumática Aguda	3	2	12	13	0	0	8	7	64	76	1	1	97	102	199		
	Histoplasmosis	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3	1	0	4	4	8		
	Conjuntivitis Hemorrágica	4	7	22	24	32	29	49	45	574	562	41	53	722	720	1,442		
	Conjuntivitis Bacteriana Aguda	7730	7223	16901	18059	14275	14837	15956	21425	61039	62687	7673	9290	123,573	151521	275,094		
	Herpes Zoster	45	40	154	141	179	213	316	382	1262	1829	391	490	2,347	3065	5,412		
	Lepra	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	5	6		
	Escabiosis	1465	1503	3831	3667	2882	3185	2180	3502	4620	10662	1214	1850	16,192	24349	40,541		
	Epilepsia	32	22	196	137	186	148	566	553	1384	1592	137	176	2,501	2634	5,135		
Enfermedad Virica de Marburg y Ebola.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
ENFERMEDADES VECTORIZADAS POR ARTROPODOS	Dengue Hemorrágico	6	3	4	4	30	34	12	14	0	5	0	0	52	60	112		
	Dengue Clásico	26	18	122	139	339	432	292	271	187	217	16	16	981	1093	2,074		
	Paludismo	0	0	0	2	7	2	14	4	12	6	1	0	34	14	48		
	Enfermedad de Chagas Aguda	3	2	8	11	3	6	11	9	42	37	2	4	69	72	141		
	Leishmaniasis	0	0	2	1	1	0	3	8	1	8	0	1	7	18	25		
	Fiebre Equina Venezolana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	Encefalitis Viral no especificada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Fiebre Amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Tifus Epidémico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			



## ANEXO N° 7

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
DIRECCION GENERAL DE SALUD - UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA  
REPUBLICA DE EL SALVADOR

Pag. 1/4

### REPORTE EPIDEMIOLOGICO SEMANAL

Establecimiento de Salud \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ Semana No. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_ Nombre Médico Responsable de la Información: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO	CODIGO CIE 10	NUMERO DE CASOS SEGUN GRUPOS DE EDAD																TOTAL									
		< 1 a.				1 - 4				5 - 9				10 - 19				20 - 59				60 y más				ESTA SEMANA	AÑO FECHA
		ESTA SEMANA		AÑO FECHA		ESTA SEMANA		AÑO FECHA		ESTA SEMANA		AÑO FECHA		ESTA SEMANA		AÑO FECHA		ESTA SEMANA		AÑO FECHA							
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F				
ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES	Difteria	* * *	A36.0-A36.2																								
	Meningitis Tuberculosa	* * *	A17.0																								
	Parálisis Flácida Aguda	* * *	S/C																								
	Sarampión	* * *	B05.0-B05.9																								
	Tétanos	* * *	A34-A35																								
	Tétanos Neonatal	* * *	A33																								
	Tosferina	* * *	A37.0-A37.9																								
	Hepatitis Aguda A		B15.0-B15.9																								
	Hepatitis Aguda B	* * *	B16.0-B16.9																								
	Parotiditis Infecciosa		B26.0-B26.9																								
	Rubeola	* * *	B06.0-B06.9 y Q35.3																								
Rubeola Congénita	* * *	P35.0																									
Varicela		B01.0-B01.9																									
ENFERMEDADES INTESTINALES, INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	Amibiasis		A06.0-A06.2 y A06.9																								
	Giardiasis		A07.1																								
	Ucrinoriasis o Angulostomiasis		B76.0																								
	Infección por Céstodos (Teniasis)		B66.0-B66.9-B71.0-B71.9																								
	Cólera	* * *	A00.0-A00.9																								
	Shigelosis		A03.0-A03.9																								
	Fiebre Tifoidea y Paratifoidea		A01.0-A01.4																								
	Salmonelosis		A02.0-A02.9																								
	Infección por Escherichia Coli.		A04.0-A04.4																								
Diarrea, Enteritis y Gastroenteritis		A08.0-A08.9 y A09																									

S/C = Sin Código, agrúpese las enfermedades que cursan con Parálisis Flácida Aguda (Ver Instructivo de Reporte Epidemiológico).





## ANEXO N° 9

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
DIRECCION GENERAL DE SALUD - UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA  
REPUBLICA DE EL SALVADOR

Pag. 3/4

### REPORTE EPIDEMIOLOGICO SEMANAL

Establecimiento de Salud: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ Semana No. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_ Nombre Médico Responsable de la Información: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO	CODIGO CIE 10	NUMERO DE CASOS SEGUN GRUPOS DE EDAD																
		< 1 a.		1 - 4		5 - 9		10 - 19		20 - 59		60 y más		TOTAL				
		ESTA SEMANA	AÑO FECHA	ESTA SEMANA	AÑO FECHA	ESTA SEMANA	AÑO FECHA	ESTA SEMANA	AÑO FECHA	ESTA SEMANA	AÑO FECHA	ESTA SEMANA	AÑO FECHA	ESTA SEMANA	AÑO FECHA			
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F			
ENFERMEDADES ZOOANTROPONOSICAS	Rabia Humana * * *	A82.9																
	Leptospirosis * * *	A27.0-A27.9																
	Toxoplasmosis	B50.0-B58.9 y P37.1																
	Carbunco * * *	A22.0-A22.9																
	Brucelosis * * *	A23.0-A23.9																
	Hanta Virus * * *	A98.5 y J12.8																
ENFERMEDADES CRONICAS DEGENERATIVAS	Cáncer Cérvico-Uterino *	C53.0-C53.9																
	Cáncer Mamario *	C50.0-C50.9																
	Cáncer Gástrico *	C16.0-C16.9																
	Cáncer de Próstata *	C61																
	Infarto Agudo al Miocardio	I21.0-I21.9																
	Hipertensión Arterial	I10																
	Accidente Cerebrovascular Agudo	I64																
	Insuficiencia Renal Crónica	N18.0-N18.9																
ENFERMEDADES METABOLICAS Y DE LA NUTRICION	Diabetes Mellitus *	E14.0-E14.9 y P70.2																
	Bocio Endémico	E01.0-E01.2																
	Desnutrición Proteicoalórica Severa	E43																
	Desnutrición Proteicoalórica Moderada	E44.0																
	Desnutrición Proteicoalórica Leve	E44.1																
	Anemia Ferropriva (Deficiencia de Hierro)	D50.0-D50.9																
Deficiencia de Vitamina A	E50.0-E50.9																	
INTOXICACIONES Y ENVENENAMIENTOS	Por Plaguicidas * *	T80.0-T80.9																
	Por Gases Tóxicos * *	T52.0-T54.1-T57.0-T57.5 T58.0-T68.9-T69.9																
	Alimentaria Bacteriana Aguda * * *	A05.0-A05.9 y T61.0-T61.9 (Excepto T61.2)																
	Alimentaria no Bacteriana	T62.0-T61.2																
	Paralítica por Mariscos o Crustáceos * * *	T61.2																
	Por Drogas Sicotrópicas y Alucinógenas	F11.-F19. a/ T40.0-T40.9 T42.0-T42.9 y T43.0-T43.9																
	Por Alcohol	T51.0-T51.9																

a/= Incluir solamente las patologías que se codifican con 0, como 4to. Caracter.





## ANEXO N° 11

### POBLACION POR ESTABLECIMIENTOS, CANTONES Y GRUPO DE EDAD 2004

5

MUNICIPIO	AREA Y/O CANTON	TOTAL	0 A 4	<1 AÑO	1	2	3	4	2-4	1-4	5 A 9	10-14	15-19	10-19	20 - 59	60 Y+
U.S.	URBANA	7,288	966	197	196	195	192	186	573	769	852	794	854	1,648	3,265	557
	CAPULIN	1,819	241	49	49	49	48	46	143	192	213	199	214	413	813	140
CHIRILAGUA	GUADALUPE	1,068	142	29	29	29	28	26	83	112	125	116	126	242	477	82
	SAN J.GUALOSO	2,233	296	60	60	60	59	56	175	235	261	243	262	505	1,000	171
	<b>TOTAL RURAL</b>	<b>5,120</b>	<b>679</b>	<b>138</b>	<b>138</b>	<b>138</b>	<b>135</b>	<b>128</b>	<b>401</b>	<b>539</b>	<b>599</b>	<b>558</b>	<b>602</b>	<b>1,160</b>	<b>2,290</b>	<b>393</b>
	<b>URBANO + RURAL</b>	<b>12,408</b>	<b>1,645</b>	<b>335</b>	<b>334</b>	<b>333</b>	<b>327</b>	<b>314</b>	<b>974</b>	<b>1,308</b>	<b>1,451</b>	<b>1,352</b>	<b>1,456</b>	<b>2,808</b>	<b>5,555</b>	<b>950</b>
U.S.SN. P. CHIRILAGUA	CHILANGUERA	1,765	234	48	48	48	47	44	139	187	207	192	206	398	790	135
	NVA. CONCEPCION	1,476	196	40	40	40	39	36	115	155	173	161	173	334	660	114
	SAN PEDRO	1,874	249	51	51	50	50	48	148	199	219	204	219	423	839	144
	<b>TOTAL RURAL</b>	<b>5,115</b>	<b>679</b>	<b>139</b>	<b>139</b>	<b>138</b>	<b>136</b>	<b>128</b>	<b>402</b>	<b>541</b>	<b>599</b>	<b>557</b>	<b>598</b>	<b>1,155</b>	<b>2,289</b>	<b>393</b>
U.S. EL CUCO	HOJA DE SAL	3,852	511	104	104	104	102	98	304	408	450	420	451	871	1,726	294
	Majague/ Jucuarán	1,088	138	28	28	28	27	27	82	110	134	125	119	244	490	82
	<b>TOTAL RURAL</b>	<b>4,940</b>	<b>649</b>	<b>132</b>	<b>132</b>	<b>132</b>	<b>129</b>	<b>125</b>	<b>386</b>	<b>518</b>	<b>584</b>	<b>545</b>	<b>570</b>	<b>1,115</b>	<b>2,216</b>	<b>376</b>
U.S. T. BLA	TIERRA BLANCA	2,477	329	67	67	67	65	63	195	262	289	269	290	559	1,110	189
	<b>TOTAL MPIO</b>	<b>24,940</b>	<b>3,302</b>	<b>673</b>	<b>672</b>	<b>670</b>	<b>657</b>	<b>630</b>	<b>1,957</b>	<b>2,629</b>	<b>2,923</b>	<b>2,723</b>	<b>2,914</b>	<b>5,637</b>	<b>11,170</b>	<b>1,908</b>
														0		
SESORI		12736	1690	344	343	340	337	326	1,003	1,346	1,488	1,387	1,492	2,879	5705	974
CHAPELTIQUE		11549	1532	312	311	308	305	295	908	1,219	1,349	1,259	1,353	2,612	5172	884
C/ PAJIGUA		1143	152	31	31	31	30	29	90	121	134	125	134	259	511	87
<b>TOTAL ESTABLECIMIENTO</b>		<b>12692</b>	<b>1684</b>	<b>343</b>	<b>342</b>	<b>339</b>	<b>335</b>	<b>324</b>	<b>998</b>	<b>1340</b>	<b>1483</b>	<b>1384</b>	<b>1487</b>	<b>2,871</b>	<b>5683</b>	<b>971</b>
ULUZAPA		4037	535	109	109	108	107	102	317	426	472	440	472	912	1805	313
COMACARAN		3939	523	106	106	105	104	102	311	417	460	429	462	891	1768	297
QUELEPA		4484	593	121	119	119	120	114	353	472	524	489	525	1,014	2007	346
YUCUAIQUIN		10229	1357	277	275	273	270	263	806	1,081	1,195	1,114	1,200	2,314	4583	780
YAYANTIQUE		5997	795	162	161	160	159	153	472	633	700	653	703	1,356	2686	460
PLATANAR		6206	824	168	167	165	164	160	489	656	725	676	727	1,403	2780	475
TONGOLONA		2957	392	80	80	79	78	75	232	312	346	322	346	668	1324	226
JOCOTE DULC.		420	55	11	11	11	11	10	32	43	49	46	49	95	188	33
<b>SUB TOTAL</b>		<b>38269</b>	<b>5074</b>	<b>1034</b>	<b>1028</b>	<b>1020</b>	<b>1013</b>	<b>979</b>	<b>3,012</b>	<b>4,040</b>	<b>4471</b>	<b>4169</b>	<b>4484</b>	<b>8,653</b>	<b>17141</b>	<b>2930</b>
<b>TOTAL SIBASI</b>		<b>363,107</b>	<b>48,165</b>	<b>9,816</b>	<b>9,773</b>	<b>9,694</b>	<b>9,601</b>	<b>9,283</b>	<b>28,578</b>	<b>38,351</b>	<b>42,441</b>	<b>39,569</b>	<b>42,528</b>	<b>82,097</b>	<b>162,632</b>	<b>27,774</b>
<b>TOTAL SIN HOSPITAL</b>		<b>239,336</b>	<b>31,743</b>	<b>6,467</b>	<b>6,441</b>	<b>6,392</b>	<b>6,327</b>	<b>6,116</b>	<b>18,835</b>	<b>25,276</b>	<b>27,976</b>	<b>26,082</b>	<b>28,031</b>	<b>54,113</b>	<b>107,195</b>	<b>18,309</b>



ANEXO N ° 12

4-12-24-4 15

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL - REPUBLICA DE EL SALVADOR, CENTROAMERICA  
ISSS, ANTEL, HOSPITALES, SANIDAD MILITAR Y OTROS  
REPORTE EPIDEMIOLOGICO SEMANAL

SEMANA N° 50 DEL 12 DE Diciembre AL 18 DE Diciembre DE 19 99  
ESTABLECIMIENTO DE SALUD: ELABORADO POR: NOMBRE Y FIRMA RESPONSABLE: LOCAL: MPIO: DPTO:

DIAGNOSTICOS	NUMERO DE CASOS SEGUN GRUPOS DE EDAD											
	- 1 AÑO		01 A 04		05 A 14		15 A 44		45 A 64		65 A MAS	
	SEMANA	FECHA	SEMANA	FECHA	SEMANA	FECHA	SEMANA	FECHA	SEMANA	FECHA	SEMANA	FECHA
<b>ENFERMEDADES PREVENIBLES</b>												
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES												
Difteria	0*											
Paratifa Flejda	0*											
Sarampion	0*											
Tétanos Neonatal	0*											
Tosferina	0*											
Tuberculosis Pulmonar	0*											
OTRAS												
Hepatitis "A"												
Hepatitis "B"												
Rubeola												
Parotiditis												
Varicela												
<b>ENFERMEDADES INTESTINALES</b>												
<b>INFECCIOSAS Y PARASITARIAS</b>												
Infección Intestinal Mal Definida												
Cólera												
Fiebre Tifoidea												
Parasitismo Intestinal												
<b>ENFERMEDADES DE TRANSMISION PREFERENTEMENTE SEXUAL</b>												
Infección VIH	**											
SIDA	**											
Sifilis Congenita	**											
Inf. Gonoc. Tracto G.U.	**											
<b>INFECCIONES MINGEAS</b>												
Meningitis Meningococica	0*											
Meningitis Tuberculosa	0*											
Meningitis Bacteriana no Meningococica	0*											
Meningitis Aseptica	0*											
<b>OTRAS ENFERMEDADES DE INTERES EPIDEMIOLOGICO</b>												
Conjuntivitis Hemorrágica												
Lepra	**											
TRAS (Incluye Catarro Común y F.A.A.)												
Pneumonías (Incluye Broncopneumonía y Neumonía)												
<b>ENFERMEDADES VECTORIZADAS</b>												
Dengue Clásico												
Dengue Hemorrágico												
Encefalitis Equina Venezolana	0*											
Chikungunya	0*											
Tifusomiasis	0*											
Leishmaniasis	0*											
<b>ENFERMEDADES ZOONOTROPICAS</b>												
Fiebre Hémica	0*											
Leptospirosis	0*											
<b>ENFERMEDADES CRONICAS DEGENERATIVAS</b>												
Cáncer Cervico-Uterino												
Hipertensión Arterial												
<b>INTOXICACIONES Y ENVENENAMIENTOS</b>												
Alimentaria Bacteriana												
Por Flebotomias												
Intoxicación Paraltica por Mercurio (Marea Roja)	0*											
<b>ACCIDENTES</b>												
Heridas por Animales Transmisores de Rabia												
Por Vehículo Automotor												
Accidente de Trabajo												
<b>VIOLANCIA DE ENFERMEDADES DE INTERES SOCIAL</b>												
Violación												
Maltrato Físico												
Droga Dependencia												
<b>MUERTES</b>												
Infantes												
Maternas												

0 - Notificación Inmediata de Casos.      \* - Enviar muestra para Confirmación  
\* - Hacer Estudio de Caso por escrito e igual a Epidemiología y copia Servicio Local

## ANEXO N° 13

### REPORTE EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL UNIDAD DE SALUD DE COMACARÁN SEMANA N° 51 DEL 17 DE DICIEMBRE AL 23 DE DICIEMBRE DE 2000

Pag. 2/4

DIAGNÓSTICO	CODIGO CIE 10	NUMERO DE CASOS SEGUN GRUPOS DE EDAD														TOTAL		
		< 1 a.		1 - 4		5 - 9		10 - 19		20 - 59		60 y más		ESTA SEMANA	AÑO FECHA			
		ESTA SEMANA	AÑO FECHA	ESTA SEMANA	AÑO FECHA	ESTA SEMANA	AÑO FECHA	ESTA SEMANA	AÑO FECHA	ESTA SEMANA	AÑO FECHA	ESTA SEMANA	AÑO FECHA					
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F			
INFECCIONES CON MODO DE TRANSMISION PREDOMINANTEMENTE SEXUAL	SIDA	+	B20.0-B24.*															
	Infección por el V.I.H. positivo		B23.0* y Z21															
	Sifilis Congénita	** +	A50.0-A50.9															
	Sifilis Adquirida y no Especificada		A51.0-A53.9															
	Infección Gonocócica del Tracto Genitourinario Interior		A54.0-A54.1															
	Herpes Genital		A60.0 y A60.9															
	Candiloma Acuminado		A63.0															
	Urogranuloma Venéreo		A55															
	Chancre Blando		A57															
	Tricomoniasis Urogenital		A58.0															
INFECCIONES MENINGEAS	Candidiasis de Vulva y Vagina		B37.3						2				30		4	0	36	
	Meningitis por hemofilos	** +	G00.0															
	Meningitis Bacteriana	*	G00.1-G00.9															
OTRAS DE INTERES EPIDEMIOLOGICO	Meningitis Meningocócica	** +	A39.0															
	Meningitis no Especificada		G03.0-G03.9															
	Tuberculosis Pulmonar	** +	A15.0-A15.3 y A16.0-A16.2															
	Influenza (gripe) y Neumonías		J10.0-J16.8 y J18.0-J18.9															
	Infección Aguda de Vías Respiratorias Superiores		J00-J06.8	24	15	97	57	67	77	57	68	46	76	8	20	0	684	
	Fiebre Reumática Aguda		I00-I01.9															
	Histoplasmosis		B39.0 y B39.2, B39.9															
	Conjuntivitis Hemorrágica		B30.3	5	1	3	4	5	6	6	2	2	2	4	7	0	50	
	Conjuntivitis Bacteriana Aguda		H10.0															
	Herpes Zoster		B02.0-B02.9															
ENFERMEDADES VECTORIZADAS POR ARTRÓPODOS	Lepra	** +	A30.0-A30.9															
	Escabiosis		B99				3		3		3	2		2	3	0	20	
	Epilepsia		G40.0-G41.9															
	Enfermedad Virica de Marburg y Ebola	** +	A96.3 y 98.4															
	Dengue Hemorrágico	** +	A91															
	Dengue Clásico	** +	A90															
	Paludismo	*	B50.0-B54 y O98.6															
	Enfermedad de Chagas Aguda	** +	B57.0 y B57.1															
	Leishmaniasis	** +	B55.0-B55.9															
	Fiebre Equina Venezolana	** +	A92.2															
Encefalitis Viral no Especificada		A88																
Fiebre Amarilla	** +	A85.0-A85.9																
Tifus Epidémico	** +	A75.0																

\* Incluye también las patologías indicadas por la clasificación OPS/Caracas (1990)



## ANEXO N° 14

### REPORTE EPIDEMIOLÓGICO UNIDAD DE SALUD DE COMACARÁN SEMANA N° 51 DEL 16 DE DICIEMBRE AL 22 DE DICIEMBRE DE 2001

Pag.2/4

DIAGNÓSTICO	CODIGO CIE 10	NUMERO DE CASOS SEGUN GRUPOS DE EDAD																							
		< 1 a.		1 - 4				5 - 9				10 - 19				20 - 59				60 y más				TOTAL	
		ESTA SEMANA	AÑO FECHA	ESTA SEMANA	AÑO FECHA	ESTA SEMANA	AÑO FECHA	ESTA SEMANA	AÑO FECHA	ESTA SEMANA	AÑO FECHA	ESTA SEMANA	AÑO FECHA	ESTA SEMANA	AÑO FECHA	ESTA SEMANA	AÑO FECHA	ESTA SEMANA	AÑO FECHA	ESTA SEMANA	AÑO FECHA				
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F				
INFECCIONES CON MODO DE TRANSMISION PREDOMINANTEMENTE SEXUAL	SIDA +	B20.0-B24 *																							
	Infección por el V.I.H. positivo +	B23.0* y Z21																							
	Sifilis Congénita * * *	A50.0-A50.9																							
	Sifilis Adquirida y no Especificada	A51.0-A53.9																							
	Infección Gonocócica del Tracto Genitourinario Interior	A54.0-A54.1																							
	Herpes Genital	A60.0 y A60.9																							
	Candiloma Acuminado	A63.0																							
	Linfogranuloma Venéreo	A55																							
	Chancre Blando	A57																							
	Tricomoniasis Urogenital	A59.0																							
Candidiasis de Vulva y Vagina	B57.3																								
INFECCIONES MENINGEAS	Meningitis por hemófilos * * *	G00.0																							
	Meningitis Bacteriana *	G00.1-G00.9																							
	Meningitis Meningocócica * * *	A38.0																							
	Meningitis no Especificada	G03.0-G03.9																							
OTRAS DE INTERES EPIDEMIOLOGICO	Tuberculosis Pulmonar * * *	A15.0-A15.3 y A16.0-A16.2																							
	Influenza (gripe) y Neumonías	J10.0-J16.9 y J18.0-J18.9		7	3		4	4																	
	Infección Aguda de Vías Respiratorias Superiores	J00-J06.9		1	0	0	2	1		1	0	0	2		1	0	0	2		0	1				
	Fiebre Reumática Aguda	I00-I01.9																							
	Histoplasmosis	B39.0 y B39.2, B39.9																							
	Conjuntivitis Hemorrágica	B30.3																							
	Conjuntivitis Bacteriana Aguda	H10.0																							
	Herpes Zoster	B02.0-B02.9		9	7		7	7		4	6		5	1		5	3		2	2					
	Lepra * * *	A30.0-A30.9																							
	Escabiosis	B99																							
ENFERMEDADES VECTORIZADAS POR ARTRÓPODOS	Epilepsia	G40.0-G41.9																							
	Enfermedad Vínc de Marburg y Ebola * * *	A98.3 y 98.4																							
	Dengue Hemorrágico	A91																							
	Dengue Clásico	A90																							
	Paludismo *	B50.0-B54 y O98.6																							
	Enfermedad de Chagas Aguda * * *	B57.0 y B57.1																							
	Leishmaniasis * *	B55.0-B55.9																							
	Fiebre Equina Venezolana * * *	A92.2																							
ENFERMEDADES VECTORIZADAS POR ARTRÓPODOS	Encefalitis Viral no Especificada	A86																							
	Fiebre Amariilla * * *	A95.0-A95.9																							
	Tifus Epidémico * * *	A75.0																							

\* Incluye también las patologías indicadas por la clasificación OPS/Caracas (1990)



## ANEXO N° 15

### REPORTE EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL UNIDAD DE SALUD DE COMACARÁN SEMANA N° 51 DEL 15 DE DICIEMBRE AL 21 DE DICIEMBRE DE 2002

Pag. 2/4

DIAGNÓSTICO	CODIGO CIE 10	NUMERO DE CASOS SEGUN GRUPOS DE EDAD														TOTAL											
		< 1 a.		1 - 4		5 - 9		10 - 19		20 - 59		60 y más		ESTA SEMANA	AÑO FECHA												
		ESTA SEMANA	AÑO FECHA	ESTA SEMANA	AÑO FECHA	ESTA SEMANA	AÑO FECHA	ESTA SEMANA	AÑO FECHA	ESTA SEMANA	AÑO FECHA	ESTA SEMANA	AÑO FECHA														
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F												
INFECCIONES CON MODO DE TRANSMISION PREDOMINANTEMENTE SEXUAL	SIDA *	B20.0-B24.*																									
	Infección por el V.L.H. positivo *	B23.0* y Z21																									
	Sífilis Congénita ** +	A50.0-A50.9																									
	Sífilis Adquirida y no Especificada	A51.0-A53.9																									
	Infección Gonocócica del Tracto Genitourinario Interior	A54.0-A54.1																									
	Herpes Genital	A60.0 y A60.9																									
	Condiloma Acuminado	A63.0																									
	Linfogranuloma Venéreo	A65																									
	Chancro Blando	A67																									
	Tricomoniasis Urogenital	A69.0																									
Candidiasis de Vulva y Vagina	B37.3																										
INFECCIONES MENINGEAS	Meningitis por hemofilos ** +	G00.0																									
	Meningitis Bacteriana *	G00.1-G00.9																									
	Meningitis Meningocócica ** +	A39.0																									
	Meningitis no Especificada ** +	G03.0-G03.9																									
OTRAS DE INTERES EPIDEMIOLOGICO	Tuberculosis Pulmonar ** +	A15.0-A15.3 y A18.0-A18.2																									
	Influenza (gripe) y Neumonías	J10.0-J16.9 y J18.0-J18.9	7	88	13	4	2	16	10	3	17	19	2	2	16	58	1	2	7	24	2	36	27	26	1651		
	Infección Aguda de Vías Respiratorias Superiores	J00-J06.9																									
	Fiebre Reumática Aguda	I00-I01.9																									
	Histoplasmosis	B39.0 y B39.2-B39.9																									
	Conjuntivitis Hemorrágica	B30.3																									
	Conjuntivitis Bacteriana Aguda	H10.0																									
	Herpes Zoster	B02.0-B02.9																									
	Leprosia ** +	A30.0-A30.9																									
	Escabiosis	B86																									
ENFERMEDADES VECTORIZADAS POR ARTROPODOS	Epilepsia	G40.0-G41.9																									
	Enfermedad Virica de Marburg y Ebola ** +	A98.3 y 98.4																									
	Dengue Hemorrágico ** +	A91																									
	Dengue Clásico *	A90																									
	Paludismo *	B50.0-B54 y O99.6																									
	Enfermedad de Chagas Aguda ** +	B57.0 y B57.1																									
	Loishmaniasis ** +	B55.0-B55.9																									
	Fiebre Equina Venezolana ** +	A92.2																									
ENFERMEDADES VECTORIZADAS POR ARTROPODOS	Encefalitis Viral no Especificada	A88																									
	Fiebre Amarilla ** +	A85.0-A85.9																									
	Tifus Epidémico ** +	A75.0																									

\* Incluye también las patologías indicadas por la clasificación OPS/Caracas (1990)



## ANEXO N° 16

### REPORTE EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL

UNIDAD DE SALUD DE COMACARPAN SEMANA N° 52 DEL 21 DE DICIEMBRE AL 27 DE DICIEMBRE DE 2003

Pag.2/4

DIAGNÓSTICO		CODIGO CIE 10	NUMERO DE CASOS SEGUN GRUPOS DE EDAD																TOTAL	
			< 1 a.		1-4		5-9		10-19		20-59		60 y más		ESTA SEMANA	AÑO FECHA				
			ESTA SEMANA	AÑO FECHA	ESTA SEMANA	AÑO FECHA	ESTA SEMANA	AÑO FECHA	ESTA SEMANA	AÑO FECHA	ESTA SEMANA	AÑO FECHA	ESTA SEMANA	AÑO FECHA						
			M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F				
INFECCIONES CON MODO DE TRANSMISION PREDOMINANTEMENTE SEXUAL	SIDA	B20.0-B24.*																		
	Infección por el V.I.H. positivo	B23.0* y Z21																		
	Sífilis Congénita	A50.0-A50.9																		
	Sífilis Adquirida y no Especificada	A51.0-A53.9																		
	Infección Gonocócica del Tracto Genitourinario Interior	A54.0-A54.1																	1	
	Herpes Genital	A60.0 y A60.9																		
	Candiloma Acuminado	A63.0																		
	Linfogranuloma Venéreo	A55																		
	Chancro Blanco	A57																		
	Tricomoniasis Urogenital	A58.0																	5	
Candidiasis de Vulva y Vagina	B37.3					2		1		3		3		4				4-5		
INFECCIONES MENINGEAS	Meningitis por hemofilos	G00.0																		
	Meningitis Bacteriana	G00.1-G00.9																		
	Meningitis Meningocócica	A39.0																		
	Meningitis no Especificada	G03.0-G03.9																		
OTRAS DE INTERES EPIDEMIOLOGICO	Tuberculosis Pulmonar	A15.0-A15.3 y A16.0-A16.2		7			10	5		2		1		2	3		4	6	10	
	Influenza (gripe) y Neumonías	J10.0-J16.9 y J18.0-J18.9		7	3	6		19	16		15		6	9	27		17	30	10-31	
	Infección Aguda de Vías Respiratorias Superiores	J00-J06.9																		
	Fiebre Reumática Aguda	I00-I01.9																		
	Histoplasmosis	B39.0 y B39.2-B39.9																		
	Conjuntivitis Hemorrágica	B30.3																		
	Conjuntivitis Bacteriana Aguda	H10.0		0	5		7	6		9	3		6	20	11	0	3	2	7-9	
	Herpes Zoster	B02.0-B02.9																		
	Lepra	A30.0-A30.9																		
	Escabiosis	B99			1					1			1		1	3		1	8	
Epilepsia	G40.0-G41.9																			
ENFERMEDADES VECTORIZADAS POR ARTRÓPODOS	Enfermedad Vírica de Marburg y Ebola	A98.3 y 98.4																	1	
	Dengue Hemorrágico	A91								1			1						4	
	Dengue Clásico	A80								1			1							
	Paludismo	B50.0-B54 y O98.6																		
	Enfermedad de Chagas Aguda	B57.0 y B57.1																		
	Leishmaniasis	B55.0-B55.9																		
	Fiebre Equina Venezolana	A92.2																		
	Encefalitis Viral no Especificada	A86																		
	Fiebre Amarilla	A95.0-A95.9																		
	Tifus Epidémico	A75.0																		

\* Incluye también las patologías indicadas por la clasificación OPS/Caracas (1990)



## ANEXO N° 17

### REPORTE EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL UNIDAD DE SALUD DE YAYANTIQUE SEMANA N° 49 DEL 2 DE DICIEMBRE AL 8 DE DICIEMBRE DE 2001

Pag.2/4

DIAGNÓSTICO		CODIGO CIE 10	NUMERO DE CASOS SEGUN GRUPOS DE EDAD																TOTAL							
			< 1 a.		1 - 4				5 - 9				10 - 19				20 - 59				60 y más				ESTA SEMANA	AÑO FECHA
			ESTA SEMANA	AÑO FECHA	ESTA SEMANA	AÑO FECHA	ESTA SEMANA	AÑO FECHA	ESTA SEMANA	AÑO FECHA	ESTA SEMANA	AÑO FECHA	ESTA SEMANA	AÑO FECHA	ESTA SEMANA	AÑO FECHA	ESTA SEMANA	AÑO FECHA								
			M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F						
INFECCIONES CON MODO DE TRANSMISION PREDOMINANTEMENTE SEXUAL	SIDA	B20.0-B24 *																								
	Infección por el V.I.H. positivo	B23.0* y Z21																								
	Sifilis Congénita	A50.0-A50.9																								
	Sifilis Adquirida y no Especificada	A51.0-A53.9																					1			
	Infección Gonocócica del Tracto Genitourinario Interior	A54.0-A54.1																								
	Herpes Genital	A60.0 y A60.9																								
	Candiloma Acuminado	A63.0																								
	Linfogranuloma Venéreo	A55																								
	Chancro Blando	A57																								
	Tricomoniasis Urogenital	A68.0																					4			
Candilidiasis de Vulva y Vagina	B37.3																									
INFECCIONES MENINGEAS	Meningitis por hemófilos	G00.0																								
	Meningitis Bacteriana	G00.1-G00.9																								
	Meningitis Meningocócica	A38.0																								
	Meningitis no Especificada	G03.0-G03.9																								
OTRAS DE INTERES EPIDEMIOLOGICO	Tuberculosis Pulmonar	A15.0-A15.3 y A16.0-A16.2																					1			
	Influenza (gripe) y Neumonías	J10.0-J16.8 y J18.0-J18.9			2	4	1	2	16	14														67		
	Infección Aguda de Vías Respiratorias Superiores	J00-J05.8	2	6	6	1	10	4	7	15	15	2	1	7	15	1	2	7	6	1	4	50	14	1029		
	Fiebre Reumática Aguda	I00-I01.9																								
	Histoplasmosis	B39.0 y B39.2-B39.9																								
	Conjuntivitis Hemorrágica	B30.3																					1			
	Conjuntivitis Bacteriana Aguda	H10.0																					8			
	Herpes Zoster	B02.0-B02.9																								
	Lepra	A30.0-A30.9																								
	Escabiosis	B96																								
Epilepsia	G40.0-G41.9																									
Enfermedad Virica de Marburg y Ebola	A98.3 y 98.4																									
ENFERMEDADES VECTORIZADAS POR ARTRÓPODOS	Dengue Hemorrágico	A91																								
	Dengue Clásico	A90																								
	Paludismo	B50.0-B54 y O98.6																								
	Enfermedad de Chagas Aguda	B57.0 y B57.1																								
	Leishmaniasis	B55.0-B55.9																								
	Fiebre Equina Venezolana	A92.2																								
	Encefalitis Viral no Especificada	A86																								
	Fiebre Amarilla	A85.0-A85.9																								
Tifus Epidémico	A75.0																									

\* Incluye también las patologías indicadas por la clasificación OPS/Caracas (1990)



## ANEXO N° 18

### REPORTE EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL UNIDAD DE SALUD DE YAYANTIQUÉ SEMANA 49 DEL 1 DE DICIEMBRE AL 7 DE DICIEMBRE DE 2002

Pag. 2/4

DIAGNÓSTICO	CODIGO CIE 10	NUMERO DE CASOS SEGUN GRUPOS DE EDAD														TOTAL			
		< 1 a.		1 - 4		5 - 9		10 - 19		20 - 59		60 y más		ESTA SEMANA	AÑO FECHA				
		ESTA SEMANA	AÑO FECHA	ESTA SEMANA	AÑO FECHA	ESTA SEMANA	AÑO FECHA	ESTA SEMANA	AÑO FECHA	ESTA SEMANA	AÑO FECHA	ESTA SEMANA	AÑO FECHA						
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F				
INFECCIONES CON MODO DE TRANSMISION PREDOMINANTEMENTE SEXUAL	SIDA *	B20.0-B24 *																	
	Infección por el V.I.H. positivo *	B23.0* y Z21																	
	Sífilis Congénita ***	A50.0-A50.9																	
	Sífilis Adquirida y no Especificada	A51.0-A53.9																	
	Infección Gonocócica del Tracto Genitourinario Interior	A54.0-A54.1																	
	Herpes Genital	A60.0 y A60.9																	
	Condiloma Acuminado	A63.0								1			1				0	2	
	Linfogranuloma Venéreo	A65															0	1	
	Chancro Blando	A67															0	1	
	Tricomoniásis Urogenital	A68.0															0	1	
Candidiasis de Vulva y Vagina	B57.3										2	1				2	1		
INFECCIONES MENINGEAS	Meningitis por hemófilos ***	G00.0																	
	Meningitis Bacteriana *	G00.1-G00.9																	
	Meningitis Meningocócica **	A39.0																	
Meningitis no Especificada **	G03.0-G03.9																		
OTRAS DE INTERES EPIDEMIOLOGICO	Tuberculosis Pulmonar ***	A15.0-A15.3 y A16.0-A16.2															0	1	
	Influenza (gripe) y Neumonías	J10.0-J16.8 y J18.0-J18.9			2	2	4	4				1					0	13	
	Infección Aguda de Vías Respiratorias Superiores	J00-J05.8	2	2	2	5	4	15	3	1	100	77	2	4	1	3	4	60	
	Fiebre Reumática Aguda	I00-I01.9																	
	Histoplasmosis	B39.0 y B39.2, B39.9																	
	Conjuntivitis Hemorrágica	B30.3																	
	Conjuntivitis Bacteriana Aguda	H10.0																	
	Herpes Zoster	B02.0-B02.9																	
	Lepra ***	A30.0-A30.9																	
	Escarlatina	B08			1	2	1	3	3		1	2	1		2	3	1	3	10
	Epilepsia	G40.0-G41.9																	
Enfermedad Virica de Marburg y Ebola ***	A98.3 y 98.4																		
ENFERMEDADES VECTORIZADAS POR ARTRÓPODOS	Dengue Hemorrágico ***	A91																	
	Dengue Clásico	A90																	
	Paludismo *	B50.0-B54 y Q88.6																	
	Enfermedad de Chagas Aguda **	B57.0 y B57.1																	
	Leishmaniasis **	B55.0-B55.9																	
	Fiebre Equina Venezolana ***	A92.2																	
	Encefalitis Viral no Especificada	A86																	
Fiebre Amarilla ***	A85.0-A85.9																		
Tifus Epidémico ***	A75.0																		

\* Incluye también las patologías indicadas por la clasificación OPS/Caracas (1990)



## ANEXO N° 19

### REPORTE EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL

**UNIDAD DE SALUD DE YAYANTIQUÉ SEMANA N° 49 DEL 30 DE NOVIEMBRE AL 6 DE DICIEMBRE DE 2003**

Pag. 2/4

DIAGNÓSTICO	CODIGO CIE 10	NUMERO DE CASOS SEGUN GRUPOS DE EDAD																TOTAL							
		< 1 a.		1 - 4		5 - 9		10 - 19		20 - 59		60 y más		ESTA SEMANA	AÑO FECHA										
		ESTA SEMANA	AÑO FECHA	ESTA SEMANA	AÑO FECHA	ESTA SEMANA	AÑO FECHA	ESTA SEMANA	AÑO FECHA	ESTA SEMANA	AÑO FECHA	ESTA SEMANA	AÑO FECHA												
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F										
INFECCIONES CON MODO DE TRANSMISION PREDOMINANTEMENTE SEXUAL.	SIDA +	B20.0-B24.*																							
	Infección por el V.I.H. positivo +	B23.0* y Z21																							
	Sífilis Congénita ***	A50.0-A50.9																							
	Sífilis Adquirida y no Especificada *	A51.0-A53.9																							
	Infección Gonocócica del Tracto Genitourinario Inferior *	A54.0-A54.1												1	1				0	2					
	Herpes Genital *	A60.0 y A60.9																							
	Candiloma Acuminado *	A63.0																							
	Linfogranuloma Venéreo *	A65																							
	Chancro Blanco *	A67																							
	Tricomoniasis Urogenital *	A68.0													3				0	3					
Candidiasis de Vulva y Vagina *	B57.3							1		1			11				6	0	32						
INFECCIONES MENINGEAS	Meningitis por hemófilos ***	G00.0																							
	Meningitis Bacteriana *	G00.1-G00.9																							
	Meningitis Meningocócica ***	A39.0																							
	Meningitis no Especificada *	G03.0-G03.9																							
OTRAS DE INTERES EPIDEMIOLÓGICO	Tuberculosis Pulmonar *	A15.0-A15.3 y A16.0-A16.2																							
	Influenza (gripe) y Herpesiones *	J10.0-J16.6 y J18.0-J18.9		16	6			10	15			1	1			1	4		0	59					
	Infección Aguda de Vías Respiratorias Superiores *	J00-J06.8	1	94	109	1	260	509	217	228			127	115			25	25	1	26	30	3	1839		
	Fiebre Reumática Aguda *	I00-I01.9																							
	Histoplasmosis *	B39.0 y B39.2, B39.9																							
	Conjuntivitis Hemorrágica *	B30.3																							
	Conjuntivitis Bacteriana Aguda *	H10.0		2	6			9	12					5	5			6	21			4	6	0	96
	Herpes Zoster *	B02.0-B02.9																							
	Lepra ***	A30.0-A30.9																							
	Escabiosis *	B96		1	2			1						2				1	1					0	0
ENFERMEDADES VECTORIZADAS POR ARTRÓPODOS	Epilepsia *	G40.0-G41.9																							
	Enfermedad Virica de Marburg y Ebola ***	A98.3 y 98.4																							
	Dengue Hemorrágico ***	A91																							
	Dengue Clásico *	A99																							
	Paludismo *	B50.0-B54 y O98.6																							
	Enfermedad de Chagas Aguda *	B57.0 y B57.1																							
	Loishmaniasis *	B55.0-B55.9																							
	Fiebre Equina Venezolana ***	A92.2																							
ENFERMEDADES VECTORIZADAS POR ARTRÓPODOS	Encefalitis Viral no Especificada *	A86																							
	Fiebre Amarilla ***	A85.0-A85.9																							
	Tifus Epidémico ***	A75.0																							

\* Incluye también las patologías indicadas por la clasificación OPS/Caracas (1990)







## ANEXO 22

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

CEDULA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Fecha \_\_\_\_\_

Responsable \_\_\_\_\_

OBJETIVO: Determinar el grado de conocimiento del personal de salud sobre la aplicación de la estrategia AIEPI en relación a las IRA.

CARGO: \_\_\_\_\_

1- ¿Qué significa la Estrategia AIEPI?

SI \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

2- ¿Desde cuando la conoce?

6 meses \_\_\_\_\_

1 año \_\_\_\_\_

2 años \_\_\_\_\_

3-¿Qué es AIEPI?

---

---

4- ¿Conoce los Pilares fundamentales de la Estrategia AIEPI?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Cuáles son?

a) Evaluar SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

b) Clasificar SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

c) Tratar SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

d) Consejería SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

5- ¿Ha recibido capacitación sobre AIEPI?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

6- ¿Cuántas capacitaciones ha recibido?

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_

7- En caso de no haber sido capacitado ¿de donde ha obtenido Ud. El conocimiento sobre la aplicación de la estrategia?

---

8- ¿Desde cuándo pone en práctica la Estrategia AIEPI?

< 6 meses \_\_\_\_\_ 6 meses a 1 año \_\_\_\_\_ 1 a 2 años \_\_\_\_\_

9- Recomendaciones que Ud. proporciona al momento de la consejería sobre IRA, ¿en caso de?:

Neumonía \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tos o resfriado \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Infección bacteriana de garganta \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Faringitis Viral \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mastoiditis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Otitis media aguda \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Otitis media crónica \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

GRACIAS POR SU INFORMACIÓN

## ANEXO 23

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

CEDULA ENTREVISTA DIRIGIDA A LOS PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS Y  
NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS QUE CONSULTAN POR IRA.

Fecha \_\_\_\_\_

Responsable \_\_\_\_\_

OBJETIVO: Evaluar la consejería proporcionada por el personal de salud a los padres de familia con respecto a las IRA, establecida por AIEPI

1- ¿Ha consultado anteriormente por cuadros de IRA?

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

2- ¿Cuál ha sido el diagnóstico?

\_\_\_\_\_



3- ¿Recibió consejería por parte del personal de salud con respecto al cuadro clínico del niño?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Cuál? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4- ¿Ha puesto en práctica la consejería dada por el personal de salud?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5- ¿Considera que la consejería impartida por el personal de salud le ayudó a mejorar el estado de salud de su hijo?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

GRACIAS POR SU INFORMACIÓN

**ANEXO N° 24**

**FICHA DE REVISIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS**

**OBJETIVO:** Revisión de expedientes clínicos de niños tratados con la estrategia AIEPI específicamente IRA de las Unidades de Salud de Comacarán y Yayantique.

**DATOS GENERALES:**

N° Registro \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

<b>Fecha</b>	<b>Dx. AIEPI</b>	<b>Dx. Clínico</b>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**OBSERVACIÓN:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ANEXO N° 25

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

Nombre: _____		Fecha de Nac.	Fecha			Edad			Peso	T*	Talla	PC
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	N° de Registro: _____		Día	Mes	Año	Años	Meses	DIAS				MAC <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> MC <input type="checkbox"/>
Establecimiento: _____												
MOTIVO DE CONSULTA:		CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO <input type="checkbox"/>										
Primera vez <input type="checkbox"/> Subsecuente <input type="checkbox"/>												
VERIFIQUE SI HAY SIGNOS GENERALES DE PELIGRO (Encerrar en un círculo lo positivo)												
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, aleteo nasal, letárgico o inconsciente, se mueve menos de los normal, convulsiones, Respiración rápida _____, supuración de oído, tiraje subcostal grave.						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, Vomita todo.						
INFECCIÓN BACTERIANA LOCAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Ombligo enrojecido, Escasas Pústulas en el cuerpo, Supuración de ojos.												
¿TIENE EL NIÑO(A) TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cuánto tiempo hace _____ días												
VERIFICAR: Respiración por minuto: _____ Respiración rápida Tiraje Subcostal Estridor en reposo						MAYOR DE 2 MESES						
Sibilancias												
¿TIENE EL NIÑO (A) DIARREA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cuánto tiempo hace? _____ días Sangre en las heces						MAYOR 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-Coriza-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						
Tímpano rojo Tumefacción dolorosa detrás de la oreja												
¿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						
Exudados blancos en garganta. Garganta eritematosa.												
¿VERIFICAR SI PRESENTA DESNUTRICION Y ANEMIA Signos emaciación visible grave, edema ambos pies Palidez palmar: intensa - leve												
Muy bajo peso <input type="checkbox"/> Bajo peso <input type="checkbox"/> Riesgo <input type="checkbox"/>												
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? _____ cuales alimentos o líquidos _____ ¿Toma pacha? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>												
Durante esta enfermedad hubo algún cambio en la alimentación: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si hubo ¿cual? _____ durante 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"/>												

Impreso en MSPAS