



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

TITULACIÓN DE MÉDICO

**“Fortalecimiento de la Técnica AIEPI en los parámetros de IRA, EDA, FIEBRE Y
PROBLEMAS DE OIDO en el Área de Salud No. 3 de Loja”**

Trabajo de Fin de Titulación

AUTORA:

Chamba Palacio, Augusta Maria

DIRECTORA:

Piedra, Maria del Carmen, Dra.

LOJA - ECUADOR

2013

C E R T I F I C A C I O N

Doctora

María del Carmen Piedra

DIRECTOR (a) DE TESIS

CERTIFICA.

Que el presente trabajo de investigación, realizado por la estudiante AUGUSTA MARIA CHAMBA PALACIO, ha sido cuidadosamente revisado por la suscrita, por lo que he podido constatar que cumple con todos los requisitos de fondo y de forma establecidos por la Universidad Técnica Particular de Loja y por el Área Biológica, Departamento de Ciencias de la Salud y Titulación de Médico, por lo que autorizo su presentación.

Lo Certifico

Loja, Marzo 2013

f).....

Doctora María del Carmen Piedra

Directora de Tesis

ACTA DE DECLARACION Y CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

“Yo, AUGUSTA MARIA CHAMBA PALACIO, declaro ser autora del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja, y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja, que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos de tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la universidad”

f).....

Augusta María Chamba Palacio
CI. 1103109367

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo, son de exclusiva responsabilidad de su autora

Loja, Marzo 2013

f).....

Augusta María Chamba Palacio

DEDICATORIA

A mis padres y hermano, quienes han contribuido en mi formación personal y profesional, los cuales con su ejemplo me han motivado a servir a los demás con amor y paciencia.

A mis ángeles del cielo, Genita y Yolita, las que desde siempre con amor me incentivaron a luchar para cumplir mis sueños.

f).....

Augusta María Chamba Palacio

A G R A D E C I M I E N T O

Agradezco, en primer lugar, a DIOS, ya que estoy segura que es el promotor de cada instante de mi vida.

A todas las personas que han contribuido de una u otra forma en mi formación personal y profesional:

A mi papi Klever, quien con su ejemplo integro me enseñó el significado de servir desinteresadamente siendo humilde.

A mi mami Zoilita, el motor de mi vida, la mujer con el corazón mas noble que puede existir en el mundo.

A mi hermano Toñito, ese hombre perseverante que está a mi lado en todo momento.

A mis ángeles del cielo Genita y Yolita por enseñarme desde pequeña el verdadero significado del amor.

A esas personas que se convirtieron en mis ángeles carnales y a toda mi familia que siempre me motivaron y apoyaron en toda circunstancia. Decir que los admiro es poco para el sentimiento que tengo hacia todos ustedes.

A la doctora María del Carmen Piedra, mi directora de Tesis y amiga, por su paciencia y sus numerosas y valiosas sugerencias que hicieron posible la culminación de este trabajo. Un digno ejemplo de lo que es ser un medico completo.

A la doctora Noemí Armijos Directora del Área de salud No. 3, quien me apoyo y otorgo los permisos correspondientes para la ejecución de las diferentes actividades desarrolladas. Asi mismo, a los directores de los centros y subcentros de salud que conforman el área de salud No. 3, que me permitieron realizar las actividades previstas sin dificultad, con la finalidad de obtener una mejor calidad de vida de la niñez desposeída y marginada de nuestra Patria.

A la UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA, en cuyas aulas recibimos las enseñanzas teóricas, prácticas y sobretodo espirituales con el único propósito de servir a los demás

ÍNDICE

CONTENIDO	Pág.
Certificación.....	II
Acta de Declaracion y Cesion de derechos de autor.....	III
Declaracion de Autoria.....	IV
Dedicatoria.....	V
Agradecimiento.....	VI
ÍNDICE.....	VII
1. Resumen.....	VIII
2. Abstract.....	VIII
3. Introducción.....	9
4. Problematización.....	15
5. Justificación.....	13
6. Objetivos.....	15
7. Marco Teórico.....	16
8. Metodología.....	122
8.1. Matriz y Analisis de los Involucrados.....	123
8.2. Árbol de Problemas.....	124
8.3. Árbol de Objetivos.....	125
8.4. Matriz de Marco Lógico.....	126
9. Resultados.....	134
9.1. <i>Equipos de Salud y Estudiantes del Área de Salud No. 3 capacitados en técnicas de atención primaria.....</i>	134
9.2. Tratamiento adecuado, oportuno y protocolizado de enfermedades prevalentes de la infancia.....	149
9.3. Madres reconocen signos de alerta y acuden de forma oportuna.....	156
9.4. Conformación de comité de vigilancia para la técnica AIEPI...169	169
10. Analisis del fin y propósito.....	2
11. Conclusiones y recomendaciones.....	185
12. Bibliografía.....	187
Anexos.....	191

1. RESUMEN

La prevención, cuidado, tratamiento y seguimiento del paciente especialmente del niño menor de 5 años, es preocupación directa del MSP, en la técnica AIEPI, sin embargo existe una falta de capacitación del personal y desinformación de los usuarios acerca de las leyes de salud.

Este trabajo se realizó con una metodología aplicada práctica y participativa, en el ÁREA DE SALUD No. 3 de la provincia de Loja, con la finalidad de evaluar el correcto uso de la técnica y fortalecer la capacitación al personal médico y de los estudiantes. Para la obtención de la información se empleó la técnica de inspección de las historias clínicas, de acuerdo a esto se estableció que existe alteraciones en el correcto uso de la técnica, por diversos factores, entre ellos la constante rotación del personal médico. Luego del fortalecimiento a las capacitaciones el resultado obtenido fue: 96% del personal de salud y 43.3% de estudiantes, se encuentran aptos para aplicar adecuadamente el programa AIEPI

2. ABSTRACT

Prevention, care, treatment and follow-up of the patient especially the child 5 years, It is direct concern of the MSP, in the technical AIEPI, however there is a lack of staff training and disinformation from the users about the laws of health.

This work was carried out with a methodology applied practical and participative in the AREA DE SALUD No. 3 of Loja, With the purpose of assessing the correct use of the technique and to strengthen the training of medical personnel and students For the obtaining of information is the employment of technical inspection of the medical histories, according to this it was established that there are alterations in the correct use of the technique, by various factors, including the constant rotation of the medical staff After the strengthening to the skills the result obtained was: 96% of health personnel and 43.3 % of students are qualified to properly implement the AIEPI program

1. INTRODUCCION

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (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 presentada en 1996 como la principal estrategia para mejorar la salud en la niñez. Enfocando la atención de los menores de cinco años en su estado de salud y en la prevención más que en las enfermedades que ocasionalmente pueden estarlos afectando y creando así un sistema de seguimiento al niño sano y al niño con enfermedades. De este modo, reduce las oportunidades perdidas de detección precoz y tratamiento de enfermedades que pueden pasar inadvertidas para los padres y para el personal de salud, con el consiguiente riesgo de agravarse y de presentar complicaciones. La técnica AIEPI incorpora, en sus manuales contenidos preventivos y de promoción de la salud como parte de la atención. Así contribuye, entre otros beneficios, a aumentar la cobertura de vacunación y a mejorar el conocimiento y las prácticas de cuidado y atención de los menores de cinco años en seno familiar, comunal, contribuyendo a un crecimiento y desarrollo saludable.

La técnica AIEPI es un ejemplo tangible en donde los profesionales en salud comparten una visión positiva, además de la interacción entre proveedores de salud y la población genera un aporte importante de la técnica AIEPI ya que compromete a la madre o a la persona al cuidado en la atención del niño. Esta conjunción ha permitido realizar capacitaciones conjuntas, integrar los servicios, mejorar su capacidad resolutive y establecer redes de referencia bidireccional. La estrategia se ha complementado con instrumentos y metodologías como el enfoque de riesgo y el monitoreo, que han permitido una acción sistemática y eficaz de la estrategia. Así mismo si se hiciera una creación de los Comités de Gestión del AIEPI en las diferentes casas de salud que forman parte del MSP, constituye un soporte técnico y gerencial para viabilizar la estrategia y asegurar su sostenibilidad.

Los cuadros de procedimientos de AIEPI, posibilitan la estandarización de los protocolos de atención infantil, asegurando un enfoque integral de atención, utilizando apropiadamente la tecnología y logrando consensos en cuanto a los

procedimientos y tratamientos a emplearse en las organizaciones. El uso de flujogramas, instrumento de evaluación de la calidad, lista de chequeo mensual de autoseguimiento y encuestas de satisfacción las cuales permiten mejorar la calidad, eficiencia y eficacia de la atención infantil en las organizaciones. Una estrategia del AIEPI es de integrar todas las medidas disponibles para la prevención de enfermedades y problemas de salud durante la niñez, para su detección precoz y tratamiento efectivo, y para la promoción de hábitos de vida saludables en la familia y en la comunidad. AIEPI puede ser aplicada tanto por el personal de salud como por otras personas que tienen a su cargo el cuidado y atención de niños y niñas menores de cinco años, entre ellos, los padres quienes brindan conocimientos y habilidades para evaluar en forma secuencial e integrada la condición de salud del niño/niña y, de esta manera, detectar las enfermedades o problemas que más frecuentemente la afectan, según el perfil epidemiológico de cada población.

La implementación del programa AIEPI contempla entonces la participación tanto de los servicios de salud como de la comunidad y la familia, y se lleva a cabo por medio de tres componentes. El primero, está dirigido a mejorar el desempeño del personal de salud para la prevención de enfermedades en la niñez y para su tratamiento. El segundo, se dirige a mejorar la organización y funcionamiento de los servicios de salud para que brinden atención de calidad apropiada. El tercer componente, está dirigido a mejorar las prácticas familiares y comunitarias de cuidado y atención de la niñez. La salud de muchos niños menores de cinco años es afectada por un conjunto de enfermedades y problemas de salud que pueden ser prevenidos o tratados cuando son detectados precozmente y se administra el tratamiento adecuado. La mayoría de estas enfermedades son de origen infeccioso y junto a la desnutrición, son responsables del deterioro de la condición de salud, por ende, la causa principal de muchas muertes.

2. PROBLEMATIZACION

En 1992 el Ministerio de Salud Pública recoge las recomendaciones internacionales y difunde ampliamente el programa del AIEPI, a través del Manual de Normas de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, Enfermedades gastrointestinales, enfermedades de tipo respiratorias, problemas de oído, fiebre, estado nutricional, maltrato, esquema de vacunación, etc. y el manejo clínico de las mismas. En las casas de salud del Ecuador, centros, subcentros y puestos, no se utiliza correctamente la técnica, aunque se tenga como requerimiento primordial el uso de los formularios que el MSP otorga con el objetivo de determinar la calidad de la atención a los niños/niñas menores de cinco años, establecer la disponibilidad de equipo técnico, medicamentos, materiales, suministros, práctica de manejo integrado de casos y además de personal de salud capacitado, que disponga de métodos factibles y eficaces para tratar a pacientes que padecen de estas enfermedades y así evitar más defunciones de niños y niñas ecuatorianos.

Una de las técnicas que el Ministerio de salud pública utiliza para la prevención, cuidado, tratamiento y seguimiento del niño menor de 5 años es la técnica AIEPI, que se la utiliza como norma y disciplina tendiente al cuidado de todos los niños menores de 5 años, lastimosamente a pesar de que la técnica a estado utilizándosela en el país desde hace algunos años, nos encontramos con un personal de salud, promotores de salud, médicos, enfermeras, estudiantes e incluso los jefes de la comunidad, que no conocen el correcto manejo de la técnica, y en el caso de los estudiantes ni siquiera se la menciona, sin tener en cuenta que todos los profesionales en formación van a manejarse con estos protocolos pero no tienen una formación previa de como realizarlo, y por ello son los que mas dificultad presentan al estar en contacto con los pacientes en las diferentes casas de salud y no aprovechan como deberían el uso de esta técnica, ya que al contacto verdadero con los pacientes, el cual se da al momento de ejercer su noble profesión en la rural, destino innegable para todo Médico en nuestro país; y, es pues, en este momento donde toma más sentido la misión del MSP al desarrollar técnicas o formatos a seguir para brindar una atención favorable y equitativa en todas las clases sociales, ya que en las áreas rurales no existe sino únicamente Centros o subcentros de

Salud, que impone su necesaria intervención entre la organización de las Áreas de Salud con las Facultades Médicas de cada Universidad, bajo un esquema que reconozca la necesidad inmediata de anexar el AIEPI al pensum académico en las Universidades, tendientes a mejorar la atención cuidado y sobre todo, y en las casas de salud en general debería existir un continuo fortalecimiento de los conocimientos acerca de la técnica ya que la vital importancia de cada paciente a nivel parroquial y cantonal local, acorde a los nuevos procesos de modernización, desconcentración y descentralización del Estado.

Luego de analizar lo anteriormente mencionado, es necesario y primordial el fortalecimiento de la técnica AIEPI realizando capacitaciones a los promotores de salud en el manejo adecuado del programa AIEPI, por medio del manual de fácil manejo sobre la técnica AIEPI, instrumento que permitirá a través de normas y técnicas, desarrollar acciones de evaluación, clasificación y tratamiento, además de proporcionar y recomendar a la madre o acompañante en el cuidado de los niños/niñas menores de cinco años en sus hogares, la transferencia de pacientes con complicaciones a otras instituciones de mayor complejidad, así como la dotación de medicamentos básicos en los distintos puestos de salud de medicina tradicional; campañas de desparasitación y vacunación a todo niño/niña menor de cinco años de edad; Y la adecuación física de las áreas de trabajo en los puestos de salud, para así brindar una atención de calidad, calidez y eficiencia a todo paciente que a él acuda en busca de ayuda y por ende el MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS NIÑOS/NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS ASI COMO LA DISMINUCION DE LAS TASAS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD DE LOS MISMOS.

3. JUSTIFICACIÓN

En la realidad actual existe la problemática de gran connotación, para enfrentar algunos problemas relacionados con salud, especialmente la disminución de la morbi-mortalidad en niños y niñas menores de cinco años con enfermedades prevalentes de la infancia, de allí nuestro interés y el propósito de desarrollar un proyecto y ampliar a través de la capacitación para los equipos de salud así como también a los estudiantes de la Universidad Técnica Particular de Loja que realizan Medicina Comunitaria en los centros y subcentros pertenecientes al Área de Salud, en técnicas de la programación del AIEPI, y enseñar al personal la forma de atender dichas enfermedades en centros y subcentros de salud e incluso en sus propios hogares, ya que estos manuales requieren de aprendizaje de una serie de normas integradas y de fácil comprensión, en lugar de normas específicas para cada enfermedad y de difícil aplicación, las mismas que cada cierto tiempo serán monitoreadas para la búsqueda permanente de problemas, tratamientos oportunos y adecuados.

El proyecto consiste en la Capacitación y Fortalecimiento del programa **AIEPI (Atención integrada de enfermedades prevalentes de la infancia)** a los Equipos de salud del Área de Salud No3 del Cantón Loja así como también a los estudiantes de la Universidad Técnica Particular de Loja que realizan Medicina Comunitaria en los centros y subcentros pertenecientes al Área de Salud, quienes serán los encargados del mejoramiento continuo en la atención de salud con tratamientos eficaces, eficientes y responsables, para disminuir la morbilidad en niños/as menores de cinco y por ende, construir a tener entornos saludables en los clientes tanto internos como externos.

La falta de capacitación al personal que trabaja en cada centro de salud y de los estudiantes que laboran en los mismos, dificulta notablemente la atención de calidad a todos los usuarios, independientemente de la edad que tengan, además induce a que no exista un correcto llenado de formularios y utilización de los insumos que el Ministerio de Salud Pública es responsable de otorgar a cada casa de salud y que por ley deberían utilizarse para brindar una atención favorable a todos los pacientes.

Como estudiante de Medicina de la UTP, al realizar prácticas en los diferentes centros y subcentros de salud y al estar en contacto directo con los diversos

inconvenientes al cual son expuestos tanto el personal de salud como los pacientes al no tener una orientación adecuada acerca de las técnicas que utiliza el MSP, he podido identificar que se requiere una gran necesidad en encontrar una forma fácil, rápida y equitativa que ayude a ofrecer una atención de acuerdo a las necesidades de cada paciente, para acabar con los problemas de salud, sin embargo todo cambio cuesta mucho tiempo, trabajo y dinero, ya que estamos hablando de las necesidades de todo el país, pero con constancia, motivación y trabajo en equipo es posible lograr tener una atención favorable y justa para la atención de los niños menores de 5 años, tanto para control como para morbilidades de los mismos.

4. OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL:

- Contribuir a la disminución de los niveles de morbilidad y mortalidad de los niños menores de cinco años del Área de Salud No 3, generados tanto por la prevalencia de patologías de la infancia, como por causas relacionadas con la morbi-mortalidad materna, a través de la implementación del componente clínico de la estrategia AIEPI, y la participación de todos los actores sociales presentes en el sector, para así, mejorar la calidad de vida de los niños menores de 5 años.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Capacitar Equipos de Salud y Estudiantes de Salud Comunitaria del Área de Salud No. 3, fortaleciendo sus conocimientos del programa AIEPI a través de talleres y prácticas, para obtener desarrollo técnico y científico de dicho personal.
2. Incentivar a brindar un tratamiento adecuado, oportuno y protocolizado de enfermedades prevalentes en niños/as menores de 5 años en los equipos de Salud del Área No. 3.
3. Capacitar a las Madres en la detección oportuna de Signos de Alarma.
4. Impulsar la conformación de un Comité de Seguimiento para la aplicación de la técnica AIEPI.

5. MARCO TEORICO

5.1 MARCO INSTITUCIONAL

Información del Diagnóstico Situacional Participativo del Área de Salud N° 3 de Loja.

a) Aspectos Físicos y Geográficos del Lugar.-

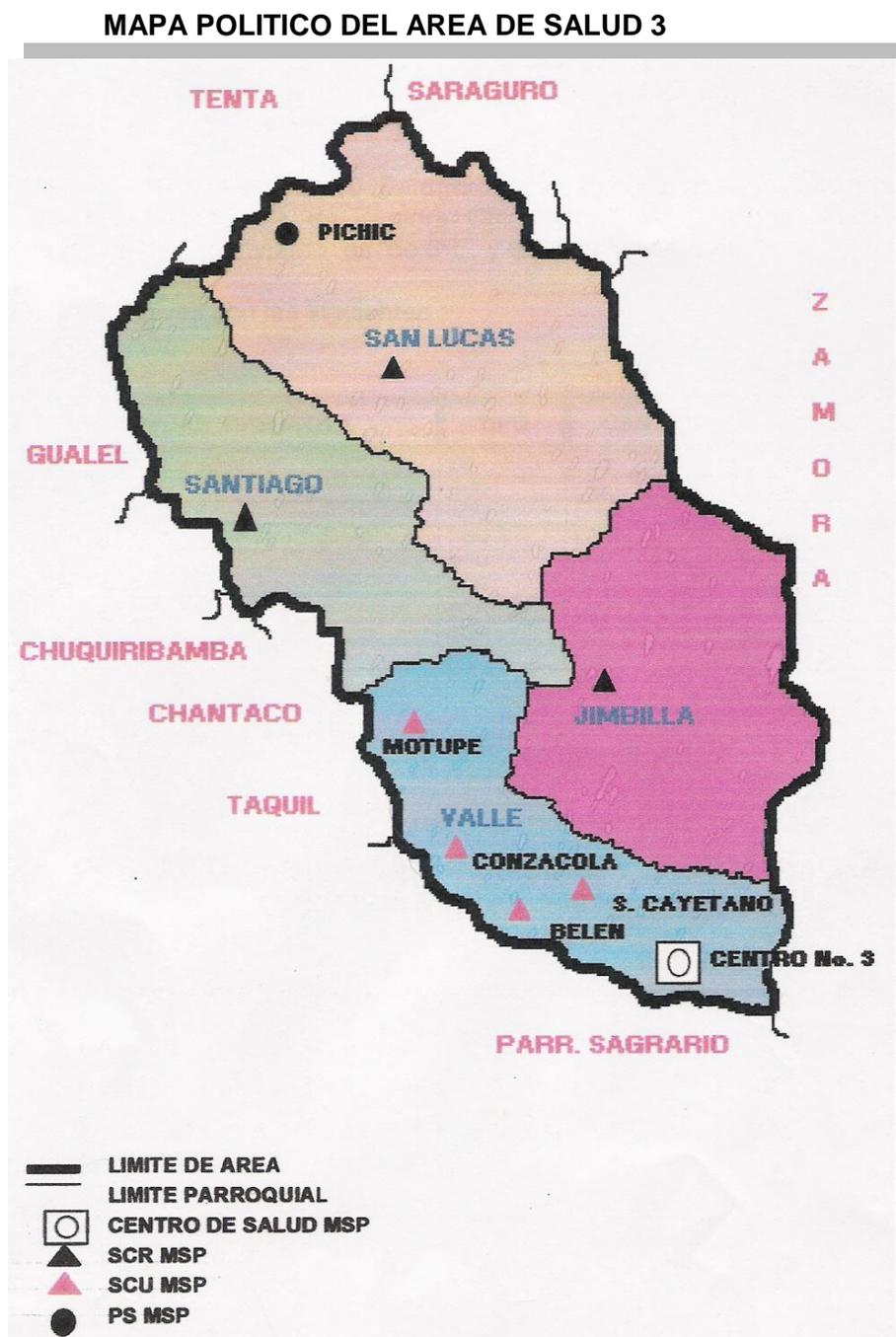
El Área de Salud N° 3 se encuentra ubicada al norte de la ciudad de Loja, limita con el área 10 (Saraguro) por el norte, con la calle Guaranda y Juan de Alderete (Área 1) por el sur, con la provincia de Zamora Chinchipe por el este y con las Áreas 1 y 4 por el oeste. Políticamente está conformada por 4 parroquias: 1 urbana El Valle y 3 rurales San Lucas, Jimbilla y Santiago con un total de 119 barrios, así distribuidos:

- Parroquia El Valle (urbana) 41 barrios
- Parroquia San Lucas (rural) 46 barrios
- Parroquia Jimbilla (rural) 9 barrios
- Parroquia Santiago (rural) 23 barrios

Está atendida por 9 unidades operativas ubicadas en las diferentes comunidades urbanas y rurales: la jefatura de área funciona en el Centro N° 3 que es el de mayor complejidad, a nivel urbano funcionan 4 unidades son los Subcentros de Salud de: San Cayetano, Consacola, Belén y Motupe; en el sector rural se encuentran los Subcentros de Salud de Jimbilla, Santiago y San Lucas y el Puesto de Salud de Pichic.

También la jefatura del área ha firmado convenios de colaboración y apoyo interinstitucional con tres policlínicos militares: Cabo Minacho, Miguel Iturralde y Brigada de Infantería N° 7, así como con el Dispensario Ramiro Palacios del

Albergue Julio Villarroel por lo tanto son 14 Unidades de Salud las que pertenecen al área.



Clima.- Al hablar del clima del área de Salud 3, nos enmarcamos en el contexto de la ciudad, vemos que el clima en los últimos cinco años ha

cambiado como consecuencia del calentamiento global, este fenómeno se evidencia a nivel local, nacional y mundial, el mismo que está produciendo serios problemas en la salud de la población por la alteración del ecosistema y particularmente en el clima de nuestra ciudad.

El clima de Loja es temperado, con una temperatura media del aire de 16 grados centígrados; la oscilación anual de la temperatura lojana es de 15 grados.

Los meses de menor temperatura fluctúan entre junio y septiembre, siendo julio el mes más frío. De septiembre a diciembre se presentan temperaturas medias más altas, sin embargo en esos mismos meses se han registrado las temperaturas más bajas. Particularmente en el mes de noviembre se registra el 30% de las temperaturas más bajas del año; Tenemos temporadas de lluvias torrenciales entre los meses de enero a mayo con temperaturas que pueden ser variables entre 8 grados centígrados menos o más. En los meses de julio, agosto y parte de septiembre se hace evidente fuertes soles con temperaturas de hasta 18 y mas grados, con cambios repentinos de temperatura, acompañados de fuertes vientos que hace distinción la época de verano diferenciada por fríos típicos de la sierra, a contraposición de años anteriores donde las estaciones de verano e invierno eran marcadas sin acepciones. Según el estudio Geo Loja, en los últimos cuarenta años, la temperatura de la ciudad se ha elevado en 0,7 grados centígrados, habiéndose registrado en los años 2003 y 2004 las temperaturas más altas, las cuales han llegado a 28 grados centígrados.

En este contexto se ubican las zonas de influencia del área 3 como son Santiago, Jimbilla, San Lucas y Pichic, lugares eminentemente fríos en época de invierno; que al igual que en otros lugares se nota el cambio del clima con las olas de calor en determinadas épocas del año.

Flora.- La flora del área de influencia del área salud aún se pueden apreciar grandes cantidades de terrenos con pastizales destinadas para el ganado vacuno, agricultura en buena cantidad lo que demuestra gran producción de alimentos como papas, maíz, legumbres, hortalizas, granos, frutas, etc. los cuales son vendidos en los mercados de la ciudad.

Con gran satisfacción podemos decir que todavía contamos con vegetación nativa como son los bosques primarios ubicados en la zona de Santiago, y San Lucas, aunque pequeños aún no han sido talados por el hombre.

Fauna.- Encontramos gran cantidad de ganado vacuno, especialmente en la zona de San Lucas, Santiago, Jimbilla y en el sector rural norte de la ciudad, granjas de pollos, porcinos, ovinos y otros animales menores, que constituyen una fuente de ingreso importante en la economía familiar a más del autoconsumo.

Topografía.- Los terrenos son bastante irregulares en toda la topografía del área, existen continuos desprendimientos del suelo, con lamentables repercusiones tanto para la agricultura como para la convivencia del hombre; fallas geológicas evidenciadas especialmente en épocas de lluvia.

El área se caracteriza por la afluencia de varios ríos, Malacatos y Jipiro que atraviesan el área de influencia del CS3 y Motupe; el río San Lucas en la parroquia del mismo nombre y el río Zamora en la parroquia Jimbilla.

b) Demografía.-

Dentro de la dinámica poblacional del área de salud 3, tenemos dos grupos culturales: la población indígena una cultura ancestral asentada en el cantón Saraguro desde hace cientos de años; en nuestra área en la parroquia San Lucas y equivale al 10% de la población total del área, y el 90% de población mestiza.

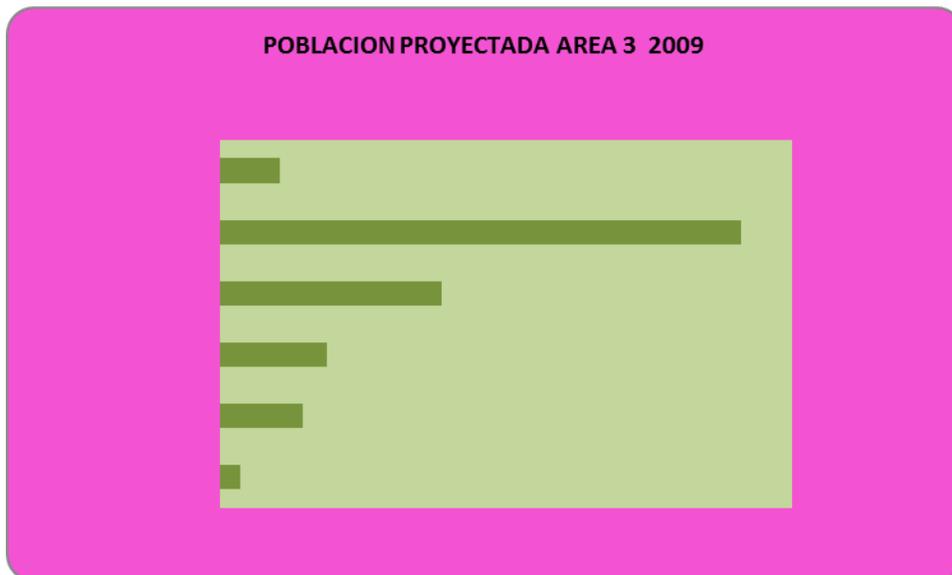
La población del área a más de contar con dos grupos culturales, cuenta también con dos tipos de población, rural y urbana como se describe a continuación:

Población urbana	81%
Población rural	19%

Para fines de trabajo operativo como es programación local, se trabaja con la población real de las unidades operativas sacada de las fichas familiares; sin embargo para coberturas de programas se trabaja con población proyectada por el INEC; para el año 2009 es de 53.076 habitantes.

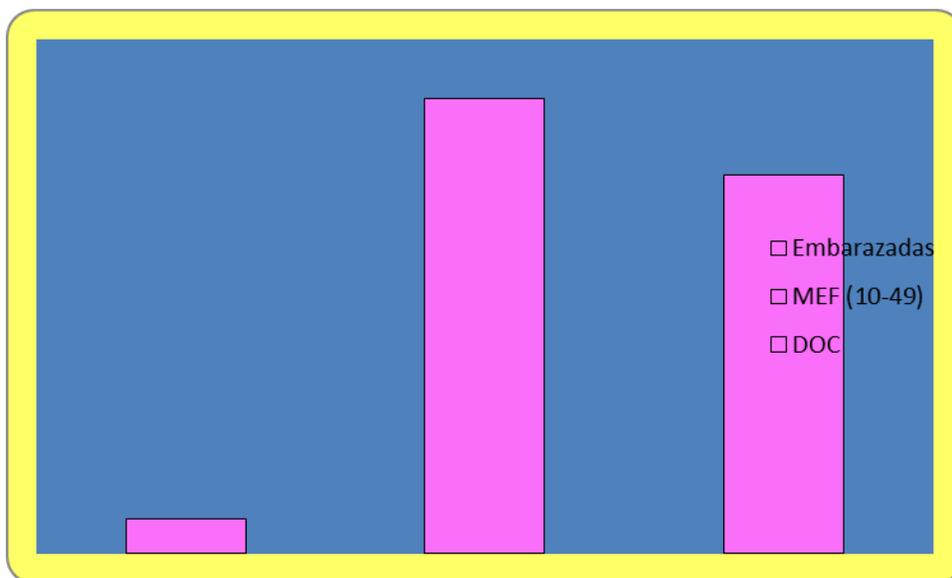
Población x grupos etareos del Área 3, 2009

POBLACION AREA 3, 2009	53076
GRUPOS ETAREOS	HABITANTES
Menor de 1 año	1066
1 a 4 años	4343
5 a 9 años	5629
10 a 19 años	11602
20 a 64 años	27286
65 años y mas	3153
Embarazadas	1332
MEF (10-49)	17.713
DOC	14.716



Fuente: Población proyectada 2009 INEC

Elaborado por: Andrea J. Mora Álvarez.



Fuente: Población proyectada 2009 INEC

Elaborado por: Andrea J. Mora Alvarez.

Por no disponer en el área de cifras exactas sobre los datos solicitados, tomaremos como referencia algunos datos a nivel de provincia; esta tiene una densidad poblacional 3388,2 hab./Km² y una tasa de crecimiento anual de 5.08% (período 1999-2001). La población femenina a nivel provincia es de 222.590 mujeres y la población masculina de 215.152 hombres. Con el problema de inmigración en la provincia y particularmente en el área de salud 3 hace más de dos décadas, realmente es alarmante con 41.794 personas equivalente al 12.6%. El área tiene una tasa de natalidad del 2%, con una tasa de fecundidad del 33.4%.

c) Indicadores económicos.-

La población económicamente activa del área 3 corresponde al **62.3%** de la población total y se la representa tomando en cuenta sexo, edad y ocupación de la población, entre los 15 y 55 años; en nuestra área contamos con una PEA de 33084 habitantes entre hombres y mujeres; el 10.3 % de la población son menores de 4 años, el 21.5% se encuentran en edad escolar y el 5.9% tercera edad 65 y mas años

Existen actividades que las realizan hombres y mujeres en igualdad de condiciones, sin embargo hay que destacar el rol de las mujeres, en el proceso productivo, reproductivo y comunitario a lo largo de la historia de la sociedad; somos las mujeres las que hemos tenido la capacidad de trabajar y aportar para las grandes transformaciones sociales y laborales reivindicando nuestros derechos y logrando una sociedad más productiva en todos los campos ocupacionales profesionales y no profesionales.

Entre las actividades productivas más importantes de hombres y mujeres del Área de Salud 3, tenemos:

MASCULINO	FEMENINO
Obreros de la construcción	Quehaceres domésticos
Agricultores	Agricultoras
Vendedores ambulantes	Vivanderas
Carpinteros	Lavanderas
Choferes	Vendedoras ambulantes
Empleados públicos	Empleadas domésticos
Comerciantes	Comerciantes minoristas
Zapateros	Empleadas públicas
	Costureras

Al analizar el cuadro de los principales ingresos económicos por sexo podemos observar que son los obreros de la construcción, seguido por los agricultores, vendedores ambulantes y carpinteros, estos grupos no disponen de un trabajo estable, seguro u otro beneficio de Ley. En el caso de las mujeres trabajan en su mayoría de amas combinando con la agricultura y otras actividades.

El hombre básicamente constituye el jefe de hogar en la familia y el principal soporte económico de la familia, pero vemos alarmados con el problema de la migración que la situación cambio; existe muchas mujeres de jefas de hogar y son ellas el principal soporte en la manutención de su familia.

Haciendo un análisis de la situación económica de los habitantes del sector rural y urbano, cada uno tiene características semejantes pero diferentes al mismo tiempo que son propias de su realidad; la población rural en la gran mayoría no dispone de un sueldo estable que le permite cubrir sus necesidades básicas de salud, alimentación, vestido, educación vivienda,

ocio, etc. su ingreso promedio es entre **150 a 200 dólares**; sin embargo la diferencia radica en que este sector dispone de un terreno u parcela propia donde produce alimentos para autoconsumo y venta como: verduras, papas, maíz, granos legumbres; animales de carne como: cuyes, gallinas, cerdos, ovejas, etc. los mismos que son vendidos en los mercados de la ciudad; inclusive una gran mayoría de campesinos tienen ganado vacuno, lo que les permite mejorar sus ingresos y cubrir sus necesidades. Mientras que los ingresos del sector urbano están por encima de los **400 dólares mensuales** situación que les permite limitadamente cubrir sus necesidades ya que las personas que perciben exclusivamente este valor, vemos que está por debajo del valor de la canasta familiar.

En el área el comercio informal es evidente, a través de varios artículos de consumo masivo que son adquiridos fácilmente y a bajos costos en los mercados del lugar.

Por no disponer de cifras del área, tomaremos los datos a nivel provincia, donde tenemos una población de 11.022 que equivale al 9.3% que no estudia, no trabaja, ni busca empleo; aquí se ubican jubilados, rentistas, pensionados, estudiantes, amas de casa e incapacitados; y hablando del índice de empleo tenemos a nivel provincia una población de 27331 equivalente al 53.7% de población ocupada, asalariada y con estabilidad laboral de 10 y más.

d) Organización y participación Social.-

En las visitas domiciliarias que se realiza, entrevistas cotidianas del trabajo con los usuarios del servicio, hemos podido establecer según la información dado por los usuarios que la familia es estructurada por padre, madre e hijos sin embargo con el problema de la migración contamos con un gran número de jefas de hogar; vemos que las familias tienen sus propias concepciones respecto a la salud y la vida, el curar de algunas enfermedades especialmente en niños la misma que es respetada por los profesionales de la salud.

Los valores que más se fomentan en la comunidad son los de la solidaridad, respeto, sinceridad, seriedad, honradez, etc. inclusive en las

comunidades indígenas se mantienen valores tan ancestrales como la minga muestra de solidaridad y el respeto a los mayores como símbolos de sabiduría, en conclusión podemos decir que aún existe mucha afectividad entre la gente, especialmente de las comunidades rurales.

Su idiosincrasia les permite ver las cosas de diferente concepción como lo donado no es bueno cuando este viene especialmente del sector público, para apreciarlo es indispensable que tenga un valor, por mínimo que éste sea; la generosidad de la gente es evidente cuando han recibido un buen servicio. Por otro lado actos trascendentes como enfermedad, muerte, nacimientos, etc. Se constituyen en ocasiones propicias para demostrar la solidaridad.

En el área de salud 3 contamos con un buen nivel d organización a nivel de todos los grupos sociales jóvenes, adultos mujeres en todas las comunidades; encontramos las siguientes organizaciones:

Comité Barrial

- Comité de Agua
- Clubes Deportivos
- Comité de Salud
- Juntas parroquiales: Jimbilla, Santiago, San Lucas
- Cooperativo de ahorro
- Cooperativas de vivienda
- Comité de Padres de Familia de las unidades educativas del Área.
- Veeduría social de los programas de salud
- Grupos religiosos católicos, evangélicos, cristianos

Entre las fiestas cívicas tenemos, fiestas de parroquialización de las 3 parroquias pertenecientes al área de salud, fiestas religiosas de San Pedro,

San Vicente, San José, San Antonio y una fiesta de gran popularidad indígena en San Lucas es la relacionada con el Inti Raimy.

Su aporte en el desarrollo es básicamente en el conocimiento interpersonal establecer lazos de amistad y solidaridad con los vecinos, conocerse mejor, mantener las costumbres ancestrales, la religiosidad popular, en caso de las fiestas religiosas.

En caso de los grupos organizados es para mantener la organización barrial, luchar por reivindicaciones para el barrio, derechos de los niños, niñas, adolescentes, coadyuvar al mejorar situaciones que se presentan en la realidad de cada grupo.

En el caso de las veedurías sociales para realizar vigilancia del programa de Maternidad gratuita, y verificar si estos se están cumpliendo o no de acuerdo a la ley.

e) Educación.-

En lo que a educación se refiere en el área disponemos de algunos centros educacionales considerados unidades educativas a nivel privado y público, guarderías, centros artesanales, donde la comunidad puede escoger el tipo de educación para sus hijos e hijas. Entre ellos contamos con los siguientes:

- Colegios: 11
- Centros artesanales: 3
- Guarderías: 11
- Asilos de Ancianos: 2
- Jardines de Infantes: 13
- Escuelas: 44
- Normal Superior: 1
- Conservatorio de Música: 1
- U.T.P.L. 1

Los Centros Educativos del área, en un 88% son de tipo Fiscal, es decir regentados por el gobierno, por ende la educación es “GRATUITA”; quedando el 12% de los establecimientos educacionales con el carácter de particular, que para su funcionamiento se establece el cobro de pensiones.

En los centros Educativos, las actividades se desempeñan en un espacio físico no muy adecuado, cuya infraestructura básica es deficiente. Las Instituciones públicas disponen de los servicios básicos, los mismos que no brindan en forma adecuada el servicio para el que está destinado, debido al mantenimiento inadecuado y a la obsolescencia del sistema.

f. Componente higiénico-sanitario.-

Las viviendas en la parte urbana del área de salud 3 son de hormigón armado y en muy poca cantidad de adobe, tabla zinc y bareheque. La característica principal de la zona urbana son los tugurios donde la población es fluctuante debido a que un gran número de familias viven en casas arrendadas y se movilizan con frecuencia; existen también ciudadelas residenciales especialmente en el área de influencia del CS3 cuya población muy poco utilizan los servicios públicos de salud, a veces lo hacen por vacunas básicamente

En la zona rural la situación es diferente la mayoría de las viviendas son de adobe y bareheque y en pequeña cantidad casas de hormigón armado. (Actualmente con la entrada de divisas del exterior por los migrantes el % de casas de hormigón armado a crecido, lo que ha permitido mejorar el ambiente habitacional de la población, especialmente en ciertos sectores). Vale la pena mencionar que en el sector rural las viviendas son propias por lo tanto la población es más estable; el lugar de trabajo radica en su lugar de residencia.

En lo referente a la infraestructura sanitaria podemos decir que entre la población urbano, población urbana marginal y rural existen marcadas

diferencias en cuanto a la disponibilidad de servicios básicos; en el área urbana contamos con:

- Agua potable
- Luz eléctrica
- Alcantarillado
- Recolección pública de basura
- Calles asfaltadas
- Telefonía celular y convencional

En los sectores urbano-marginales, en los últimos años la situación de infraestructura sanitaria ha cambiado debido a la movilización de los grupos organizados y la participación local con el Municipio, lo que ha permitido que la población cuente en su mayoría con servicios de recolección pública de basura, telefonía convencional calles aunque no asfaltadas pero si lastradas; sin embargo existen todavía familias en algunos barrios que no disponen de luz, agua, alcantarillado, servicios fundamentales para medir el grado de pobreza de una ciudad o provincia; debiendo estas familias recurrir a la utilización de agua entubada, o reciclar aguas lluvias; desencadenando en serios problemas de salud.

En el sector rural la situación es aún más complicada, pese a que varios organismos gubernamentales como el MIDUVI, FISE Consejo Provincial y Municipios sin embargo carecen de varios servicios como: recolección pública de basura telefonía convencional, alcantarillado, agua potable y en un gran número no disponen de luz viéndose obligados a utilizar agua entubada, letrinas mal utilizadas, eliminación de excretas al campo abierto; enterrar, quemar o arrojar a lugares no apropiados o a ríos la basura, constituyéndose un factor de riesgo preponderante en la salud de la población por la contaminación ambiental.

g) Medio ambiente.-

Aunque en Loja no existe un alto desarrollo de la actividad industrial, sin embargo, vale señalar que las industrias que se encuentran establecidas en Loja y sus alrededores, representan un alto factor de riesgo para el medio ambiente y la salud, especialmente para el desarrollo de enfermedades de las vías respiratorias especialmente en niños, niñas y problemas de piel en niños y adultos.

Entre las industrias con mayor grado de afectación ambiental son: Mecánicas automotrices; fábricas de productos lácteos (U.T.P.L., Comprolacs); Productos Cárnicos: INAPESA. SURCARNICOS, CAFRILOSA. Otro foco de contaminación ambiental son las lubricadoras y lavadoras de carros muchas de las cuales se ubican dentro del perímetro urbano de Loja, constituyendo un grave riesgo para la salud de la población.

Los desechos tóxicos de unidades de salud como el Hospital “Isidro Ayora”, Hospital de Solca, las distintas clínicas situadas en la ciudad, los laboratorios de análisis clínico, en la medida que no tienen la tecnología y seguridades para evitar la contaminación.

h) LA MISIÓN:

Misión del Área de Salud N° 3.

“El Área de Salud N° 3 mantiene una gerencia participativa, humana, despolitizada, oportuna y con propuestas nuevas, en donde se permite desarrollar el talento humano con una gestión horizontal de programas planes y proyectos que responden a nuestra problemática.

El área tiene en marcha un modelo de atención encaminada a lograr la atención integral a la comunidad, mediante programas dirigidos a los diferentes grupos etarios, haciendo hincapié en los grupos más vulnerables, con el fin de contribuir a crear una cultura por la salud y la vida”.

i) LA VISIÓN:**Visión del Área de Salud N° 3.**

“Queremos una Área con recursos humanos y materiales suficientes, con adecuado stock de medicamentos y equipamiento, en donde se brinde atención integral orientada a la familia y con enfoque preventivo, con una infraestructura física sin riesgo de contaminación, ni congestión de usuarios, en donde la privacidad y el profesionalismo permitan mejor prestación de servicios de salud”.

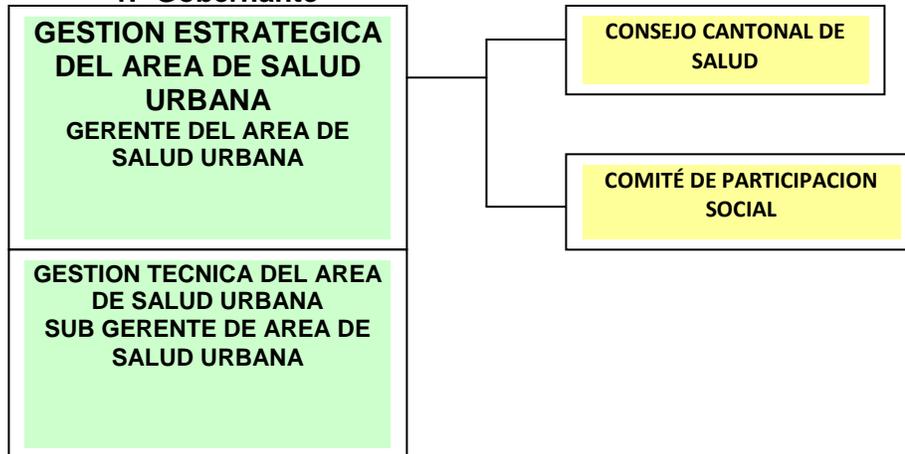
j) ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA:

La administración o dirección del Área de Salud N° 3 se encuentra a cargo de la unidad de conducción del área (UCA), la misma que está integrada de la siguiente manera:

- Jefe de área
- Coordinador
- Odontólogo
- Enfermera
- Responsable de Estadística
- Jefe Financiero
- Administrador
- Trabajadora Social
-

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL POR PROCESOS

1.- Gobernante



2.- Habilitantes de Apoyo

DESARROLLO ORGANIZACIONAL
GESTION DE RECURSOS HUMANOS
GESTION DE SERVICIOS INSTITUCIONALES
GESTION DE FARMACIA
GESTION DE ENFERMERIA
GESTION FINANCIERA
GESTION DE PRESUPUESTO Y CONTABILIDAD
ADMINISTRACION DE CAJA

El Área de Salud N° 3 cuenta con un presupuesto de aproximadamente de 508.252,39 dólares para su funcionamiento durante el año.

A más de los trabajadores administrativos el área cuenta con personal de salud quienes son profesionales capacitados, técnicos para las actividades que se desarrollan en ella contamos con:

- Médicos generales
- Médicos especialistas en salud pública
- Médicos internistas
- Endocrinólogos
- Gineco- obstetras
- Imagenólogos
- Laboratoristas clínicos
- Enfermeras salubristas
- Auxiliares de enfermería
- Gerentes de salud
- Odontólogos
- Trabajadora social
- Nutricionistas.

k) Estado de Salud de la población.-

En lo que ha salud se refiere podemos manifestar que a nivel nacional se ha dado por parte del gobierno prioridad a la salud y educación, esta se ha evidenciado a través de los servicios de salud públicos con los diversos programas que se lleva, dirigidos a toda la población, más aún con la gratuidad de los servicios, lo que ha permitido mayor accesibilidad a los servicios públicos de salud en todas las unidades del MSP; inclusive con el nuevo programa de salud comunitaria se ha podido conocer mejor la realidad en que vive la población.

El trabajo realizado por los profesionales a través de la consulta externa y visita domiciliaria a las comunidades, nos permite conocer de

alguna manera ciertas causas que están produciendo estos problemas; específicamente podemos conocer la situación de salud de la población del área de salud y tener una panorámica general de los principales problemas en todos los grupos de edad; a continuación exponemos los perfiles epidemiológicos x ciclos de vida:

PERFIL EPIDEMIOLOGICO, AREA 3

AÑO 2009

ORDEN	PATOLOGIA	NO.CASOS	TASA X 1000 HAB.
1	<i>Infecciones respiratorias</i>	11299	214.9
2	<i>Parasitosis</i>	10477	199.3
3	<i>EDA</i>	2881	54.8
4	<i>Desnutrición</i>	1017	19.3
5	<i>IVU</i>	786	14.9
6	<i>Infecciones intestinales</i>	694	13.2
7	<i>Hipertensión arterial</i>	546	10.3
8	<i>Dermatitis</i>	503	9.5
9	<i>Anemia por deficiencia de hierro</i>	366	6.9
10	<i>Gastritis</i>	333	6.3

Fuente: perfiles epidemiológicos x unidad operativa del Área 3

Elaborado: Augusta M. Chamba Palacio

PERFIL EPIDEMIOLOGICO, AREA 3

0 - 9 AÑOS, AÑO 2009

ORDEN	PATOLOGIA	NO. CASOS	TASA X 1000 HAB.
1	<i>Parasitosis</i>	6373	<i>572.9</i>
2	<i>Infecciones respiratorias</i>	6087	<i>547.1</i>
3	<i>EDA</i>	2048	<i>184.1</i>
4	<i>Desnutrición</i>	666	<i>59.8</i>
5	<i>Dermatitis</i>	522	<i>30.5</i>
6	<i>Infecciones intestinales</i>	507	<i>45.5</i>
7	<i>Anemia por deficiencia de Hierro</i>	266	<i>23.9</i>
8	<i>Varicela</i>	188	<i>16.9</i>
9	<i>Impétigo</i>	170	<i>15.2</i>
10	<i>Conjuntivitis</i>	127	<i>11.4</i>

Fuente: concentrado mensual Área 3 (primeras consultas)

Elaborado: Augusta M. Chamba Palacio.

PERFIL EPIDEMIOLOGICO, AREA 3

10-19 AÑOS, AÑO 2009

ORDEN	PATOLOGIA	NO. CASOS	TASA X 1000 HAB.
1	<i>Parasitosis</i>	2884	<i>248.6</i>
2	<i>Infecciones respiratorias</i>	2323	<i>200.2</i>
3	<i>Desnutrición</i>	351	<i>30.2</i>
4	<i>EDA</i>	280	<i>24.1</i>
5	<i>Infecciones intestinales</i>	187	<i>16.1</i>
6	<i>Candidiasis de otros sitios</i>	108	<i>9.3</i>
7	<i>Anemia x deficiencia de hierro</i>	100	<i>8.6</i>
8	<i>Otitis</i>	86	<i>7.4</i>
9	<i>Dermatofitosis</i>	81	<i>6.9</i>
10	<i>IVU</i>	68	<i>5.8</i>

Fuente: concentrado mensual Área 3 (primeras consultas)

Elaborado: Augusta M. Chamba Palacio

PERFIL EPIDEMIOLOGICO, AREA 3**20-64 AÑOS, AÑO 2009**

ORDEN	PATOLOGIA	NO. CASOS	TASA X 1000 HAB.
1	<i>Infecciones Respiratorias</i>	2534	213.3
2	<i>Parasitosis</i>	1220	10.2
3	<i>IVU</i>	621	52.2
4	<i>EDA</i>	368	30.9
5	<i>Hipertensión Arterial</i>	252	21.2
6	<i>Gastritis</i>	210	17.6
7	<i>Vaginitis</i>	207	17.4
8	<i>Vómitos excesivos x embarazo</i>	202	17.0
9	<i>Candidiasis de otros sitios</i>	170	14.3
10	<i>Otras enfermedades</i>	166	13.9

Fuente: Concentrado Mensual Área 3 (primeras consultas)

Elaborado: Augusta M. Chamba Palacio

PERFIL EPIDEMIOLOGICO, AREA 3**65 AÑOS Y +, AÑO 2009**

ORDEN	PATOLOGIA	No. CASOS	TAZA X 1000 HAB.
1	<i>Infecciones respiratorias</i>	355	112.6
2	<i>Hipertensión Arterial</i>	294	93.2
3	<i>Artritis</i>	247	247
4	<i>EDA</i>	185	78.3
5	<i>Diabetes</i>	156	49.4
6	<i>Gastritis</i>	123	39

7	<i>Otras enfermedades</i>	120	38
8	<i>IVU</i>	97	30.7
9	<i>Otras artrosis</i>	84	26.6
10	<i>Parasitosis</i>	65	20.6

Fuente: Perfiles Epidemiológicos de cada unidad operativa3

Elaborado: Augusta M. Chamba Palacio

COBERTURAS DE ATENCIÓN REALIZADAS EN EL AREA 3, AÑO 2009

Fomento y Protección

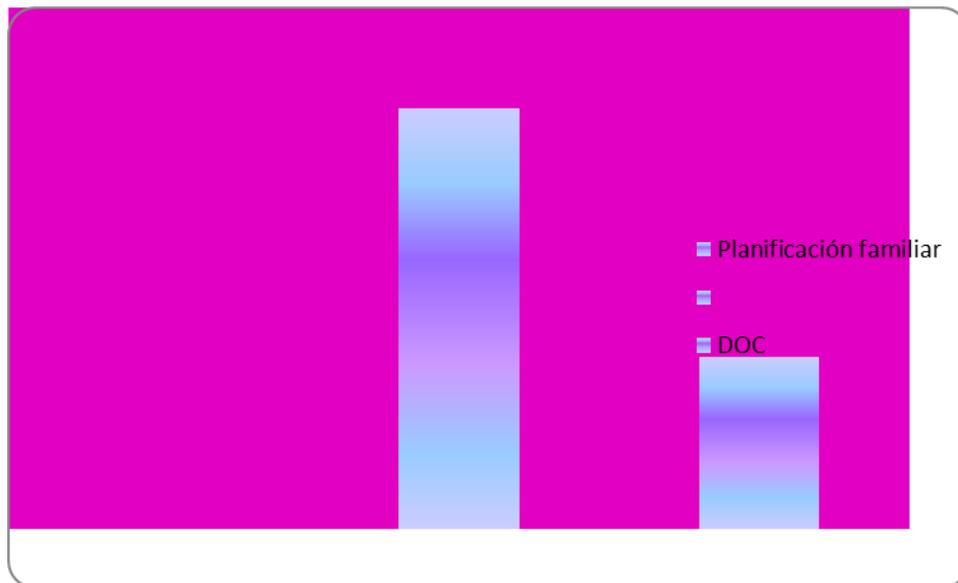
Grupo	No. Atenciones
-1 año	2121
1 a 4	2411
5 a 9	5610
10 a 14	4304
15 a 19	1878
Total	16324

Fuente: Partes mensuales estadística Área 3

Elaborado: Augusta M. Chamba Palacio

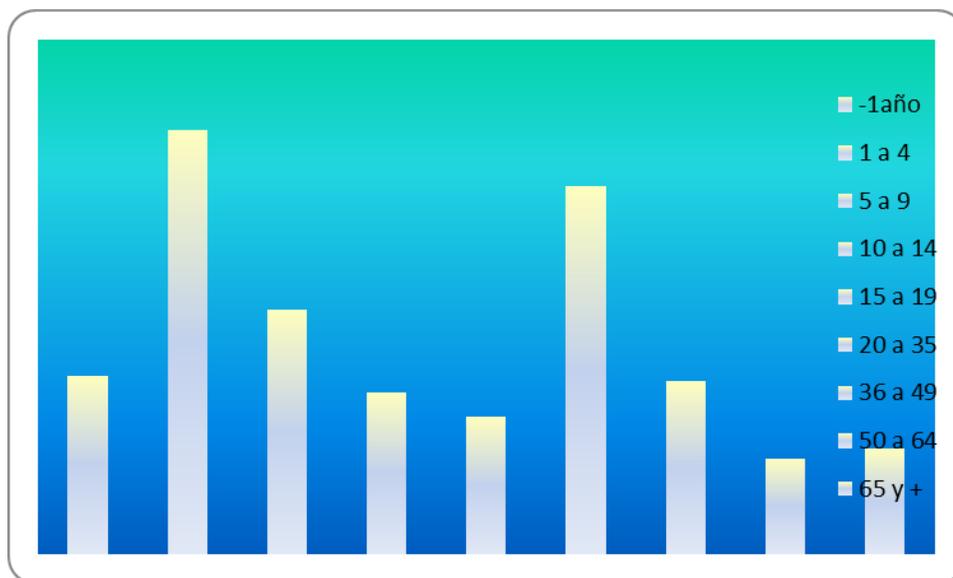
ATENCIÓN PREVENTIVA

Grupos	No. atenciones
Planificación familiar	2015
DOC	826
Total	2841



ATENCIÓN DE MORBILIDAD

Grupos	No. casos
-1año	4167
1 a 4	9900
5 a 9	5686
10 a 14	3776
15 a 19	3217
20 a 35	8589
36 a 49	4048
50 a 64	2230
65 y +	2452
total	48.747



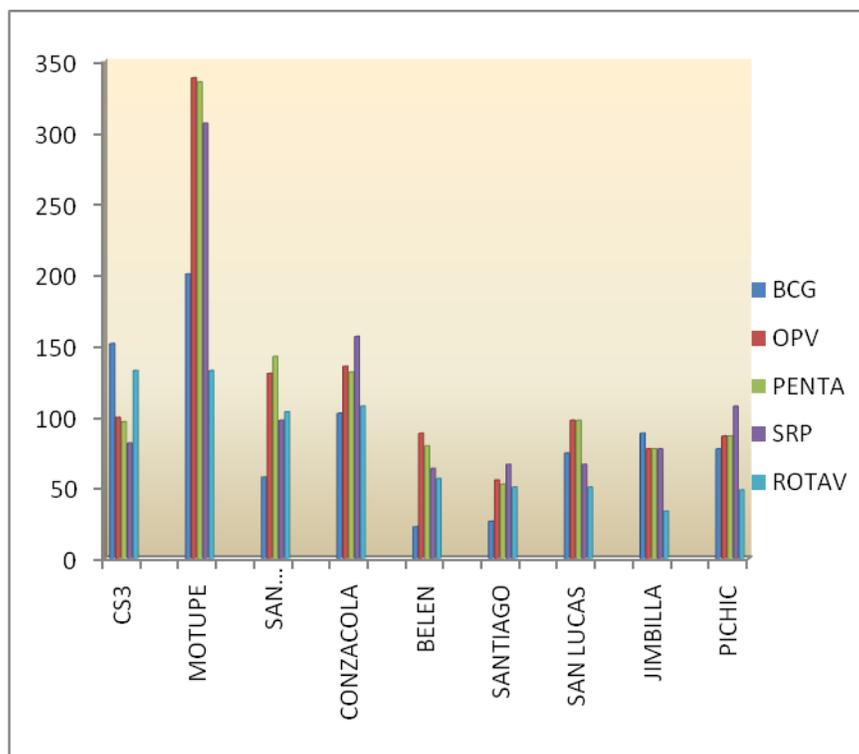
Fuente: Estadística, Partes mensuales de atención

Elaborado: Augusta M. Chamba Palacio

COBERTURAS DE VACUNACION INFANTIL

UNIDADES OPERATIVAS	BCG	OPV	PENTA	SRP	ROTAV
CS3	151	99	96	81	132
MOTUPE	200	338	335	306	132
SAN CAYETANO	57	130	142	97	103
CONZACOLA	102	135	131	156	107
BELEN	22	88	79	63	56
SANTIAGO	26	55	52	66	50
SAN LUCAS	74	97	97	66	50
JIMBILLA	88	77	77	77	33

PICHIC	77	86	86	107	48
--------	----	----	----	-----	----



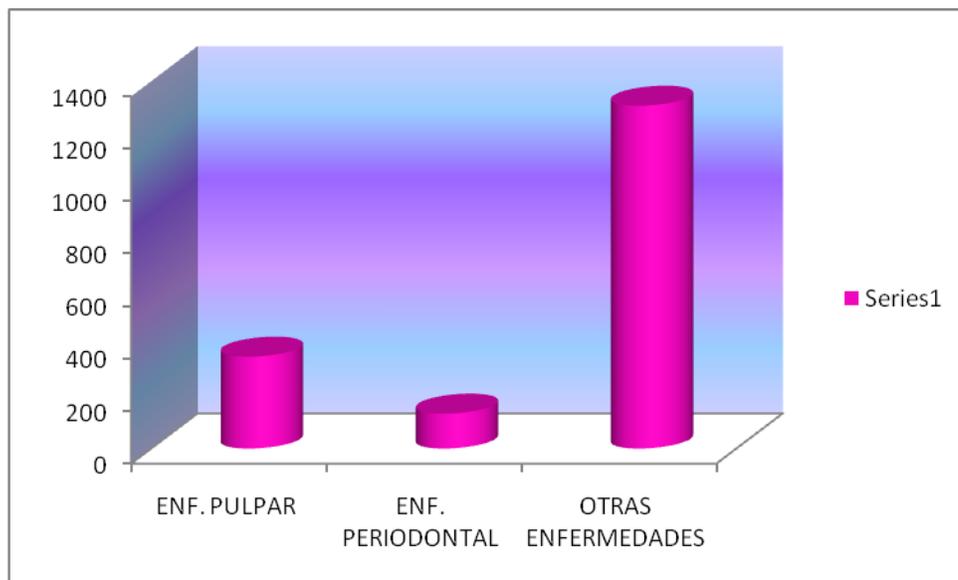
Fuente: Estadística, Partes mensuales de atención

Elaborado: Augusta M. Chamba Palacio

COBERTURAS DE ODONTOLOGIA

PATOLOGIA	CASOS
CARIES	8516
ENF. PULPAR	350
ENF. PERIODONTAL	133
OTRAS ENFERMEDADES	1307

TOTAL	10306
--------------	--------------



Fuente: Estadística, Partes mensuales de atención

Elaborado: Augusta M. Chamba Palacio

I) SERVICIOS DE SALUD.-

- Consultas de morbilidad primeras y subsecuentes
- Atención de demanda espontánea
- Consultas de referencia, contra referencia
- Seguimiento de enfermedades crónicas :Desnutrición, Hipertensión, TBC, Diabetes, VIH y Vigilancia epidemiológica
- Consultas de prevención para niños: atención a la infancia
- Programa ampliado de inmunizaciones: campañas de vacunación
- Control de crecimiento y desarrollo
- Detección de desnutrición y niños en riesgo
- Salud escolar (Escuelas Saludables)

- Consulta y prevención de embarazo: Maternidad Gratuita
- Control prenatal
- Prevención toxoide tetánico
- Detección de infecciones genito-urinario
- Prevención de discapacidades
- Educación nutricional

- Planificación familiar
- Control sanitario
- Farmacia
- PANN 2000
- Programa de Manejo de Desechos Hospitalarios

En el área geográfica del área salud N° 3 se encuentran otros servicios de salud con algunos de los cuales tienen convenios interinstitucionales, entre los cuales tenemos:

- Clínicas privadas: San José, Santa María, Unidad Médica de la UTPL para la comunidad, Unidad Médica Astudillo
- Hospital del IESS SOLCA, Hospital UTPL.
- Instituto Nacional de Higiene Leopoldo Izquieta Pérez
- Laboratorios Clínicos Privados
- Consultorios particulares médicos y odontológicos
- Asilos de ancianos y Orfanatos que cuentan con centros médicos-odontológicos.

5.2 MARCO CONCEPTUAL

ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA¹

Desde hace muchos años la humanidad ha luchado por evitar la muerte y prolongar la vida, situación que se constituyó en un principio fundamental para el ordenamiento de todas las sociedades del mundo. Este principio que en su expresión más amplia podría representarse como el respeto y el derecho a la vida, a guiado gran parte de los esfuerzos para la búsqueda de instrumentos y procedimientos que permitieran hacerlo realidad.

Otro principio rector de las sociedades es la justicia que, según la civilización y modelo social, tiene diferentes expresiones y diferentes formas de aplicación. De todas maneras, la evolución del sentido de justicia como el desarrollo de formas de protección a los más débiles y vulnerables, es un enunciado permanente de todos los ordenamientos sociales vigentes.

La conjunción de estos dos principios, constituye el marco para la búsqueda permanente de mecanismos que permitan evitar la muerte, mejorar la calidad de vida y prolongar la vida. Estas herramientas aplicadas a la infancia adquieren especial significado en todas las sociedades del mundo.

La combinación de la experiencia con las lecciones aprendidas en el desarrollo de acciones en favor de la infancia y la necesidad de profundizar las acciones, facilitar y mejorar el desempeño del personal y fomentar la calidad de los servicios de salud ha sido la base para el desarrollo de una metodología de abordaje del niño enfermo que conjugue la simplicidad con la calidad en la atención. Basándose en la situación anteriormente mencionada, la Organización Mundial de la Salud en conjunto con el UNICEF desarrollaron la Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades

(1) MSP, (Julio-2008), *Manual de Capacitación para la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI)*, Modulo I, Quito.

Prevalentes de la Infancia (AIEPI), con la finalidad de dar respuesta a estas necesidades.

El programa AIEPI ha sido diseñado como una herramienta que permite la atención de los niños enfermos en forma integrada haciendo énfasis en los problemas más graves y comunes que afectan su salud ⁽²⁾.

La estrategia AIEPI (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia) surge de una iniciativa OMS-UNICEF en 1992. Atención integrada, significa entender y atender al niño como un ser con cuerpo, mente, espíritu y sentimientos, que depende de la familia, la sociedad y la comunidad para desarrollarse. El concepto atención integral, también se refiere a que los servicios que se ofrezcan al niño deben estar orientados no solo a la atención de las enfermedades, sino a la prevención de las mismas y a la promoción de la salud.

Esta estrategia contempla un conjunto básico de medidas de prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y rehabilitación, que influyen en las enfermedades y problemas que con mayor frecuencia afectan la salud de los menores de cinco años. Es preciso reiterar que la estrategia AIEPI no solo comprende acciones que se realizan en los Servicios de Salud sino que incluye, también, acciones destinadas a mejorar la capacidad de la familia y la comunidad para el cuidado y la atención del niño ⁽³⁾.

La estrategia AIEPI posee tres componentes:

El componente comunitario: promueve, prácticas familiares orientadas a reducir la mortalidad en niños menores de cinco años, así como a un crecimiento y desarrollo saludables.

El componente clínico: tiene por objetivo mejorar las habilidades del personal de salud, tanto en los centros de atención primaria, como en las universidades y escuelas formadoras de personal de salud.

(2) Organización mundial de la salud-Organización panamericana de la salud (Octubre-2007), *Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia, Programa de enfermedades transmisibles, Proyecto de apoyo básico*

(3) Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas*. Edición de 2000. Volumen 1. Publicación Científica 549 Washington, D. C. USA

El componente de sistemas y servicios de salud: tiene por objetivo mejorar la organización y gestión de los servicios de salud, de tal manera que puedan brindar una atención de mayor calidad, contando con la necesaria infraestructura y recursos ⁽⁴⁾

Los principales objetivos de AIEPI son:

1. Reducir la mortalidad en la infancia.
2. Reducir la incidencia y gravedad de las enfermedades y problemas de salud que afectan a los niños y niñas.
3. Mejorar el crecimiento y desarrollo durante los primeros años de vida de los niños y niñas ⁽⁵⁾.

Para lograr estos objetivos, AIEPI elaboró, en forma consensuada a nivel internacional, un manual que incluye y detalla signos, síntomas, comportamientos alimenticios y estados de vacunación que deben tenerse en cuenta a la hora de clasificar una patología o situación de riesgo.

Para esto separó a los pacientes en 2 grandes grupos etáreos:

- 1 semana a 2 meses de vida. En este grupo se consignan como datos clave: signos inespecíficos de enfermedad grave, presencia de diarrea, problemas de alimentación o bajo peso y el estado de vacunación.

2 meses a 4 años y 364 días de vida. En estos niños se investigan: signos inespecíficos de enfermedades graves, tos o dificultad para respirar, diarrea, fiebre, problemas de garganta, problemas de oído, desnutrición o anemia, desarrollo psicomotor, alimentación, maltrato. ⁽⁶⁾

(4) Naciones Unidas. 2006. *Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño y Plan de Acción para la Aplicación de la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño(a) en el Decenio de 2000. Cumbre Mundial en Favor de la Infancia*. Nueva York

(5) OPS/OMS. *AIEPI en las facultades de medicina de América Latina: un trabajo conjunto entre ALAPE y OPS/OMS*. Noticias sobre AIEPI. OPS/OMS. Washington, D. C., U.S.A

(6) Organización Panamericana de la Salud. [2000] *Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Conversando con las madres sobre AIEPI*. Washington, DC.

A partir de allí se clasifica la situación del niño y se lleva a cabo el tratamiento según las normas establecidas para cada uno de estos cuadros. Este tratamiento no incluye solamente la terapia farmacológica, sino que considera igualmente importante la instrucción de los padres sobre la manera de administrar los medicamentos (vía, dosis, intervalo y duración), los signos de alarma que debe saber detectar (generales y propios de la enfermedad) y el momento en el que tiene que traer al niño al consultorio para la evaluación de la evolución de su hijo. Así como también deben indicarse, en caso de que el esquema estuviera incompleto, las vacunas correspondientes a la edad y la fecha de la próxima vacunación.

Por último, como se ha mencionado, el programa AIEPI promueve la participación activa de los padres en el control de crecimiento y desarrollo del niño, dándoles las pautas básicas sobre las conductas madurativas que debe ir adquiriendo su hijo conforme a la etapa en la que se encuentra ⁽⁷⁾.

La estrategia AIEPI es muy extensa, razón por la cual se ha decidido trabajar en el componente clínico en los parámetros desnutrición y/o anemia, desarrollo, maltrato y alimentación; y con los niños de 2 meses a 4 años y 364 días de vida, ya que el mayor porcentaje de consultas que se dan en los distintos subcentros que pertenecen al área de Salud No3 corresponden a niños pertenecientes a esta edad, además se considera de gran importancia ya que por medio de esto se busca mejorar la atención médica de los niños con un tratamiento adecuado y oportuno, y determinar si el tratamiento se lo puede administrar por el equipo médico o si es necesario transferir el caso a una casa de salud con mayor complejidad, todo esto con la finalidad de descongestionar hospitales de cuarto nivel con casos que por lo general se pueden resolver en subcentros de salud. Los niños de 1 semana a 2 meses de vida por lo general no acuden a estos subcentros ya que principalmente su atención se da con especialistas como el pediatra.

(7) Organización Panamericana de la Salud. *División de Prevención y Control de Enfermedades. Programa de Enfermedades Transmisibles. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Curso AIEPI para agentes comunitarios de salud: guía para la consejería en la atención del niño de 2 meses a 4 años (Rotafolio)* Washington, DC

El AIEPI incluye ciertos parámetros que se tomarán en cuenta para la clasificación del estado del niño/niña en los distintos aspectos como anemia y/o desnutrición, desarrollo, maltrato y alimentación; así como también proporciona una guía diagnóstica que favorece al personal de salud para que de esta manera brinde un tratamiento adecuado encasillando cada caso en el nivel de gravedad que le corresponda. Finalmente sugiere un tratamiento que puede ser aplicado por el médico así como también una guía para las próximas consultas, garantizando así un control adecuado de los niños/niñas de 2 meses a 4 años de edad mejorando su calidad de vida.

A) PROPÓSITO DE LA ATENCIÓN ⁽⁸⁾.

- EVALUAR AL NIÑO/NIÑA:** Preparar la historia de salud. (Interrogatorio, examen físico)
- CLASIFICAR LA ENFERMEDAD:** Determinación de la gravedad y registrar según la clasificación.
- DETERMINAR EL TRATAMIENTO:** Tratar al niño/niña (recetas, enseñanza de la administración de los medicamentos)
- RECOMENDAR A LA MADRE O AL ACOMPAÑANTE:** forma de alimentar al niño/niña enfermo.
- PROPORCIONAR ATENCIÓN DE REEVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

B) CLASIFICACIÓN DE LOS MÓDULOS SEGÚN EDADES ⁽⁹⁾:

- 1 SEMANA A 2 MESES DE EDAD
- 2 MESES EN ADELANTE

C) OBJETIVOS DEL MÓDULO:

- Evaluar signos y síntomas de las enfermedades, estado de nutrición y vacunas.
- Clasificación de la enfermedad, determinar el tratamiento y decidir si hay que referir al hospital.

D) TÉCNICA DE APRENDIZAJE:

- Preguntar acerca del problema del niño/niña, (tos o dificultad para respirar, diarrea, fiebre, problemas de oído)
- Verificar si hay signos de desnutrición y anemia y clasificar el estado nutricional
- Verificar el estado de vacunación, desarrollo, maltrato y decidir si necesita alguna vacuna ese mismo día.

EVALUACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES PREVALENTES EN EL NIÑO/NIÑA ENFERMO DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD. ⁽¹⁰⁾

A) EVALUAR Y CLASIFICAR AL NIÑO/NIÑA ENFERMO:

Una madre o familiar que lleve a su niño/niña enfermo al servicio de salud por un problema o síntoma en particular, es más probable que al evaluar usted encuentre otros que van juntos como neumonía, diarrea, malaria, sarampión o desnutrición y si estas enfermedades no se tratan pueden causar la muerte o alguna discapacidad.

1. PREGUNTAR QUE PROBLEMA TIENE EL NIÑO/NIÑA:

- Salude y pídale que tome asiento a la madre o acompañante conjuntamente con el niño/niña enfermo.
- Pregunte: Inicia el diálogo, sobre el problema que tiene el niño/niña.
- Emplear buenas técnicas de comunicación: Escuchando atentamente, y dando tiempo para que le contesten, hacer preguntas adicionales si la madre no está segura.
- Verificar si es la primera consulta para este problema o reevaluación.

2. OBSERVAR SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL:

(8) Ministerio de Salud Pública de Ecuador. OPS/OMS. USAID. (2008), *La atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) en países de América Latina*.

(9) MSP, (Abril- 2008), *Manual de normas para la Atención Integradas a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI) Modulo I*, Quito.

(10) MSP, (Abril 2008), *Manual de normas para la Atención Integradas a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI)*, Evaluar y Clasificar al niño/niña enfermo de 2 meses a 4 años de edad; Modulo II, Quito.

- No puede beber o mamar
- Vomita todo lo que ingiere
- Ha tenido convulsiones
- Esta letárgico o inconsciente
- En general necesitan ser referido urgentemente.

3. REGISTRO DE LOS SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL:

VERIFICAR SI HAY SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL:	CLASIFICAR:
<p>Puede el niño/a beber o tomar el seno?</p> <p>Vomita el niño/a todo lo que ingiere?</p> <p>Tiene el niño/a convulsiones?</p> <p>Verificar si el Niño/Niña esta letárgico o inconsciente</p>	<p>Hay algún signo de peligro en general?</p> <p>SI----- NO-----</p> <p>Recuerde utilizar los signos de peligro al efectuar la clasificación.</p>

EVALUAR Y CLASIFICAR LA TOS O LA DIFICULTAD RESPIRATORIA ⁽¹¹⁾

Las infecciones respiratorias pueden infectar cualquier trayecto del aparato respiratorio:

La nariz, garganta, laringe, traquea, bronquios y pulmones.

Un niño con tos o dificultad respiratoria tal vez padezca neumonía u otra infección respiratoria, la neumonía puede ser causada por bacterias o virus, mas frecuentemente por bacterias (*streptococcus pneumoniae*, *hemophilus influenzae*).

Los niños con neumonía bacteriana pueden morir por hipoxica o por septicemia.

La infección puede ser leve o grave. En niños con tos o dificultad para respirar solo padecen una infección leve.

Reconocer a los niños muy enfermos, casi todos los casos de neumonía se verifican con signos clínicos como respiración rápida, tiraje subcostal, estridor y sibilancias.

En los niños con neumonía los pulmones se tornan rigidos, una de las respuestas del cuerpo a la rigidez pulmonar y a la hipoxia es la respiración rápida. Si la

neumonía se agrava aumenta la rigidez de los pulmones y se produce tiraje subcostal o inflamación de la laringe, traquea o epiglotis y se puede escuchar estridor en reposo (neumonía grave).

Muchos de niños/niñas que acuden al servicio de salud son por infecciones respiratorias leves como bronquitis, infección respiratoria viral **no** necesitan de un antibiótico, pueden ser tratados con remedios caseros. Los promotores y demás personal de salud deben reconocer el tipo de dificultad respiratoria y el tipo de tratamiento.

INFECCION RESPIRATORIA ALTAS

1. EVALUAR LA TOS O LA DIFICULTAD PARA RESPIRAR ⁽¹²⁾

Observación directa:

- El tiempo que lleva con tos o dificultad para respirar
- Respiración rápida

Tiraje subcostal

- Estridor en un niño/niña tranquilo
- Sibilancias en un niño/niña tranquilo.

LA EDAD DEL NIÑO/A	El niño tiene respiración rápida si usted cuenta:
0 – 2 meses	60 respiraciones por minuto
2 meses a 11 meses:	50 respiraciones o más por minuto
12 Meses a 4 años:	40 respiraciones o más por minuto

CUADRO: Fuente: Datos tomados del Manual del AIEPI.

11. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, (Julio-2008), *Dirección de normatización del sistema nacional de Salud de la niñez, MANUAL DE CAPACITACION AIEPI.*

En todos los casos de niños enfermos se debe preguntar:

- Tiene dificultad para respirar

Comprende toda forma inusual de respirar: rápida o ruidosa o entrecortada.

Si esta respuesta es afirmativa se debe preguntar:

- Desde hace cuánto tiempo

Si persiste durante mas de 30 días, tiene tos crónica y puede tratarse de un signo de tuberculosis, asma, tos ferina u otro problema.

- Contar las respiraciones por un minuto

Se debe controlar cuantas veces respira el niño por minuto, para ello, el niño debe estar quieto y tranquilo para poder contar los movimientos torácicos que realiza el niño en un minuto.

Antes de verificar estos tres signos, se debe observar al niño para determinar cuando inspira y cuando espira. Luego se debe observar

- Si hay tiraje subcostal

Cuando el niño inspira, si la parte inferior de la pared toraxica se hunde y se realiza un esfuerzo mucho mayor para respirar. Es claramente visible y esta presente en todo momento.

- Observar y escuchar si hay estridor

Inflamación laringe, traquea, epiglotis, denominado crup que obstaculiza la entrada de aire, puede ser muy peligroso. Es un ruido aspero que produce el niño cuando el niño/a inspira. Cuando aparece en reposo es indicativo de una afección grave.

- Observar y escuchar si hay sibilancias,

Sonido musical cuando exhala por constricción de los bronquios y dificultad de la salida de aire de los pulmones, el niño /niña puede tener neumonía o cuadro asmático o alergia. Para evaluar este signo se debe colocar su oído cerca de la boca del niño al momento que exhala.

PREGUNTAR SOBRE SÍNTOMAS PRINCIPALES:

Tiene el niño/a tos o dificultad para respirar

SI LA RESPUESTA

OBSERVAR, ESCUCHAR

ES AFIRMATIVA,

EL NIÑO TIENE QUE ESTAR

TRANQUILO

PREGUNTAR

Cuánto tiempo hace?

- Contar las respiraciones en un

minuto

- Observar si hay tiraje subcostal
- Observar y escuchar si hay estridor
 - Observar y escuchar si hay

sibilancia

FUENTE: manual capacitacion AIEPI

2. CLASIFICAR A LA TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR: ⁽¹³⁾

Se clasifica en:

- **NEUMONÍA GRAVE O ENFERMEDAD MUY GRAVE**
- **NEUMONÍA**
- **NO TIENE NEUMONÍA/TOS O RESFRIADO.**

Los signos de las enfermedades y su clasificación se encuentran en los cuadros de clasificación “**EVALUAR Y CLASIFICAR**” los cuadros tienen tres **hileras una rosada, otra amarilla y otra verde**, el cuadro de las hileras indica de inmediato si el niño/niña tiene una enfermedad grave y se puede elegir rápidamente el tratamiento.

COMO USAR EL CUADRO DE CLASIFICACIÓN:

1.- Mire a qué clasificación pertenece de acuerdo a los colores la hilera rosada.

¿Tiene el niño/niña un signo de peligro en general? ¿Tiene el niño/niña tiraje subcostal o estridor en estado de reposo?

12. MSP, (Julio-2008), *Manual de Capacitación para la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI)*, Como Clasificar la tos o dificultad para respirar del niño de 2 meses a 4 años de edad; Quito.

Si el niño/niña presenta un signo de peligro en general o cualquier otro signo de la hilera rosada, elija la clasificación grave, **NEUMONÍA GRAVE O ENFERMEDAD MUY GRAVE.**

2.- Si el niño/niña no tiene una clasificación grave, mira la hilera amarilla.

El niño/niña no tiene la clasificación grave, pero ¿Tiene la respiración rápida, tiene sibilancias?

Si el niño/niña tiene la respiración rápida con o sin sibilancias y no tiene una clasificación grave, elija la clasificación de la columna amarilla, **NEUMONÍA.**

3.- Si el niño/niña no tiene una clasificación grave ni clasificación en hilera amarilla, mira la hilera verde.

El niño/niña no tiene ninguno de los signos de la hilera rosada ni de la amarilla.

Si el niño/niña no tiene ninguno de los signos de las hileras rosadas o amarilla, elija la clasificación de la hilera verde, **NO TIENE NEUMONÍA TOS O RESFRIADO.** El niño/niña puede solamente tener sibilancias.

4.- Siempre que use un cuadro de clasificación, comienza con la primera hilera o rosada, amarilla, y verde. En cada cuadro de clasificación, el niño/niña recibe solo una clasificación. Y si el niño/niña presenta signos de más de una hilera, elija siempre la clasificación más grave y anote.

SIGNOS	CLASIFICAR COMO	TRATAMIENTO (los tratamientos de urgencia que se administran antes de la referencia del caso se indican en negritas)
<ul style="list-style-type: none"> •Cualquier signo de peligro •Tiraje subcostal 	NEUMONÍA GRAVE O ENFERMEDAD MUY GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> •Dar la primera dosis de un antibiótico apropiado

<ul style="list-style-type: none"> •Estridor en reposo 		<ul style="list-style-type: none"> •Si tiene sibilancia dar un broncodilatador de acción rápida •Referir URGENTEMENTE al hospital.
<p>Respiración rápida si también tiene sibilancia, refiérase al cuadro TRATE LA SIBILANCIA</p>	<p>NEUMONÍA</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Antibiótico apropiado por 7 días •Tratar la sibilancia •Indicar a la madre cuando debe volver urgentemente •Hacer seguimiento 2 días después
<p>Ningún signo de neumonía o de enfermedad muy grave</p>	<p>NO TIENE NEUMONÍA: RESFRIADO, GRIPE O BRONQUITIS</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Si hace más de 30 días tiene tos, referido para un examen •Tratar la sibilancia si tiene •Aliviar el dolor de garganta y la tos con un remedio casero •Indicar cuando debe volver urgentemente

		•Indicar a la madre que vuelva en 5 días si el niño no mejora.
--	--	--

CUADRO: Fuente: Datos tomados del Manual del AIEPI.

NEUMONIA GRAVE O ENFERMEDAD MUY GRAVE (color rosado)

general, tiraje subcostal o estridor en estado de reposo.

Niño con tiraje subcostal presenta un riesgo mayor de muerte por neumonía que el niño con respiración rápida sin tiraje subcostal, ya que el niño con tiraje subcostal tal vez no tenga respiración rápida y este puede ser el único signo de neumonía grave que presentara.

En este caso, el niño necesita referencia urgente para la administración de tratamientos como oxígeno, broncodilatadores o antibióticos inyectables. Sin embargo, antes de que deje la casa de salud se debe administrar la primera dosis de un antibiótico apropiado, y un broncodilatador de acción rápida en caso que presente sibilancias.

NEUMONIA (color amarillo)

Niño con tos o dificultad para respirar que presente respiración rápida con o sin sibilancias y ningún signo de peligro en general.

Ante la presencia de sibilancias se debe tratar con un broncodilatador de acción rápida.

Revaluando al niño en 30 minutos, si ya no presenta respiración rápida se lo clasifica como: NO

TIENE NEUMONIA: RESFRIADO, GRIPE O BRONQUITIS. Si sigue presentando requiere tratamiento con antibiótico.

NO TIENE NEUMONIA: RESFRIADO, GRIPE O BRONQUITIS (color verde)

general, tiraje subcostal, estridor en estado de reposo, ni respiración rápida.

No necesita antibióticos, aconseje a los padres o cuidadores sobre como suministrar buena atención en el hogar.

3. TRATAMIENTOS PARA LA DIFICULTAD RESPIRATORIA:

(i) TRATAMIENTO: Neumonía

- Neumonía sin sibilancia: antibiótico apropiado
- Sibilancia: un broncodilatador de acción rápida. Reevalúe cada 30 minutos. Si se mejora no tiene neumonía (tos, resfriado). Si persiste la respiración rápida trate con antibiótico y salbutamol oral.
- Muestra a la madre como dar la medicina (antibiótico, salbutamol).
- Recomiende cuando debe volver para la reevaluación y seguimiento y en qué casos debe regresar urgentemente.

(ii) TRATAMIENTO: Neumonía Grave o enfermedad muy Grave

- Antibióticos: apropiado.
- El niño Grave: necesita ser derivado urgentemente a un hospital (oxígeno, broncodilatador, antibiótico inyectables). Antes de salir administre la primera dosis de un antibiótico. En caso de sibilancias déle la primera dosis de un broncodilatador de acción rápida le ayudará a respirar mejor.

(iii) TRATAMIENTO: No tiene Neumonía/Tos o Resfriado

- No Necesita Antibiótico.
- Si tiene sibilancias trátelas con salbutamol oral.
- Recomiende una buena atención casera.
- Enséñale a calmar el dolor de garganta y aliviar la tos (aguas aromáticas endulzadas con miel de abeja o panela y limón).
- Indíquelo a observar si desarrolla dificultad para respirar (tiraje subcostal, respiración rápida). Regrese si presenta estos signos.
- El resfriado se mejora en 1 a 2 semanas.
- El niño/a con tos crónica (30 días), puede tener tuberculosis, asma, tosferina, u otro problema. Envíe al hospital para que sea evaluado y reciba el tratamiento.

**GUÍA PARA EL REGISTRO DE LA ATENCIÓN DEL NIÑO/A DE 2 MESES A 4
AÑOS DE EDAD**

Nombre:-----Edad:-----Peso:-----Kg.

Temperatura axilar:-----C

Preguntar: ¿Qué problemas tiene el niño/a?-----Primera consulta --

-Consulta de seguimiento-----

Evaluar: (marcar con un círculo todos los signos presentes)

<p>VERIFICAR SI HAY SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL</p> <p>¿Puede el niño/a beber o tomar el seno? ¿Vomita el niño/a todo lo que ingiere? ¿Tiene el niño/a convulsiones?</p> <p>Letárgico o inconciente</p>	<p>CLASIFICAR</p> <p>¿Hay algún signo de peligro en general? Si----- No----- -----</p> <p>Recuerde utilizar los signos de peligro al efectuar la clasificación</p>
<p>TIENE EL NIÑO/A TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR</p> <p>Si-----No----</p> <p>• ¿Cuánto tiempo hace?-----días</p> <p>Contar las respiraciones por minuto (---) respiraciones por minuto. ¿Respiración rápida?</p> <p>• Verificar si hay tiraje subcostal</p> <p>• Verificar si hay estridor</p> <p>• Verificar si hay sibilancia</p>	

Fuente: Manual de capacitación de AIEPI

(13) MSP, (Julio-2008), *Manual de Capacitación para la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI)*, Como Clasificar la tos o dificultad para respirar del niño de 2 meses a 4 años de edad; Quito.

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA ⁽¹⁴⁾

1. EVALUAR Y CLASIFICAR LA DIARREA

En la diarrea el contenido de agua en heces es mas elevado que el nivel normal. Las deposiciones sueltas o líquidas y son comunes en los niños/ niñas entre los 6 meses y dos años de edad y más común en los menores de 6 meses de edad que están tomando leche de vaca o fórmulas alimentarias para bebés. Se dice que la definición de diarreas es de tres o más deposiciones sueltas o líquidas en un período de 24 horas.

EVALUAR LA DIARREA

Tipos de diarrea en el niño de 2 meses a 4 años

En la mayoría de los casos las deposiciones que causan deshidratación son sueltas o líquidas. En el cólera existe diarrea líquida pero solo una baja proporción de las diarreas líquidas se deben al cólera.

Si un episodio de diarrea dura menos de 14 días, se trata de diarrea **aguda**, es líquida (causa deshidratación, muerte). Si es **más de 14 días** se denomina diarrea **persistente** (20% causa desnutrición).

La diarrea con sangre en las heces, con moco o sin moco, se llama disentería. La causa más común de la disentería es la bacteria Shigella. La disentería amebiana no es común en los niños/niñas pequeños. Un niño/niña puede tener diarrea líquida y disentería.

A continuación hay que verificar si existen signos de DESHIDRATACION. Cuando un niño comienza a estar deshidratado, se muestra inquieto e irritable. Si la deshidratación persiste, se torna letárgico o inconsciente, a medida que el cuerpo del niño pierde líquidos, los ojos pueden verse o estar hundidos. Si se pellizca al niño a piel vuelve a su posición inicial lenta o muy lentamente.

<p style="text-align: center;">SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA</p> <p style="text-align: center;">PREGUNTAR</p> <p style="text-align: center;">SI NO</p>	<p style="text-align: center;">OBSERVAR Y EXPLORAR</p>
--	---

<ul style="list-style-type: none"> •Cuánto tiempo hace? •Hay sangre en las heces? 	<ul style="list-style-type: none"> •DETERMINAR EL ESTADO GENERAL DEL NIÑO: Letárgico o inconciente- Intranquilo o irritable •DETERMINAR SI TIENE LOS OJOS HUNDIDOS •OFRECER LÍQUIDOS AL NIÑO: Bebe mal o no puede beber- Bebe ávidamente, con sed? •SIGNO DE PLIEGUE CUTÁNEO LA PIEL VUELVE AL ESTADO ANTERIOR: Muy lentamente (más de 2 segundos), Lentamente, inmediatamente.
---	---

FUENTE: Manual de capacitación AIEPI

Estado general del niño

Si el niño se encuentra letárgico o inconsciente presenta un signo general de peligro. El signo inquieto e irritable si todo el tiempo se comporta de esta manera o cada vez que le tocan o mueven si un lactante o niño esta tranquilo mientras se amamanta pero al dejar de tomar el pecho se torna nuevamente inquieto e irritable, presenta el signo “inquieto e irritable”.

Ojos hundidos El profesional en salud debe considerar si es que los ojos están hundidos. Luego se debe preguntar a los padres o cuidadores si piensan que los ojos del niño se ven diferentes.

Ofrecer liquido al niño Observe como bebe al ofrecer un liquido. Un niño no puede beber si no es capaz de llevar liquido a la boca y tragarlo. Bebe mal si esa demasiado débil y necesita ayuda para hacerlo, solo puede tragar cuando se le pone el liquido en la boca

Presenta el signo bebe ávidamente, con sed, si es evidente que desea beber, observar si el niño se enoja porque quiere beber mas.

Si el niño toma un sorbo solo porque se le incita a hacerlo y no quiere más, no presenta el signo “bebe ávidamente, con sed”

Pellizque la piel del abdomen

Con el niño en la camilla acostado boca arriba con los brazos a los costados del cuerpo y las piernas extendidas, o pida a la madre que lo coloque sobre su regazo.

Localice la región del abdomen del niño entre el ombligo y el costado. Para hacer el pliegue cutáneo, utilice los dedos pulgar e índice, coloque la mano de modo que cuando pellizque la piel, se forme un pliegue longitudinal en relación con el cuerpo del niño y no transversal.

Levante firmemente todas las capas de la piel y el tejido por debajo de ellas. Pellizque la piel durante un segundo, luego suéltela y fijese si la piel vuelve a su lugar:

- Muy lentamente (más de 2 segundos)
- Lentamente (la piel permanece levantada aunque brevemente)
- Inmediatamente

3. CLASIFICAR LAS DIARREAS: ⁽¹⁵⁾

Hay tres pasos para la clasificación de la diarrea:

- 1.- A todos los niños/niñas se les clasifica la **DESHIDRATACIÓN**
- 2.- Si ha tenido diarrea por 14 días o más, clasifique al niño/niña con **DIARREA PERSISTENTE**
- 3.- Si tiene sangre en las heces clasifique al niño/niña con **DISENTERÍA**.

1.1 CLASIFICAR LA DESHIDRATACIÓN: ⁽¹⁶⁾

1.1.1 deshidratación grave

1.1.2 deshidratación

1.1.3 no tiene deshidratación.

DOS DE LOS SIGNOS SIGUIENTES

<ul style="list-style-type: none"> •Letárgico o inconciente o bebe mal o no puede beber •Ojos hundidos •Signo de pliegue cutáneo: la piel vuelve muy lentamente al estado anterior. 	DESHIDRATACIÓN GRAVE O CON SHOCK	<p>→ Si el niño/a no encuadra en ninguna otra clasificación grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dar líquido para la deshidratación grave(plan C) <p>→ Si el niño/a encuadra en otra clasificación grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Referir URGENTEMENTE al hospital, con la madre dándole sorbos frecuentes de SRO en el trayecto. <p>Recomendar a la madre que continúe dándole seno</p> <p>→ Si el niño/a es mayor de 2 años y si hay casos de cólera en la zona, administrar un antibiótico contra el cólera.</p>
<ul style="list-style-type: none"> •Intranquilo, irritable. •Ojos hundidos •Bebe ávidamente con sed. •Signo de pliegue cutáneo: la piel vuelve lentamente al estado anterior 	DESHIDRATACIÓN	<p>Si tiene algún grado de deshidratación administrar (Plan B)</p> <p>→ Si el niño encuadra en una clasificación grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Referir URGENTEMENTE al hospital, con la madre dándole sorbos frecuentes

		<p>de SRO, v en el trayecto.</p> <p>Recomendar a la madre que continúe dándole el seno.</p> <p>→ Indicar a la madre cuando debe volver urgentemente.</p> <p>→ Si la diarrea continúa hacer una consulta de seguimiento 5 días después.</p>
<p>No hay suficientes signos para clasificar el caso como algún grado de deshidratación o deshidratación grave</p>	<p>NO TIENE DESHIDRATACIÓN</p>	<p>→ Dar alimentos y líquidos para tratar la diarrea en casa (Plan A)</p> <p>Indicar a la madre cuando debe volver urgentemente.</p> <p>si la diarrea continúa hacer una consulta de seguimiento 5 días después.</p>

CUADRO: Fuente: Datos tomados del Manual del AIEPI.

DESHIDRATACION GRAVE (color rosado)

Si presenta dos o mas de los siguientes signos: estado letárgico o inconsciente, no puede beber o bebe mal, tiene los ojos hundidos, el pliegue cutáneo vuelve a su lugar muy lentamente. Todo niño con deshidratación necesita líquidos adicionales, por lo tanto administre tratamiento con líquidos IV.

DESHIDRATACION (color amarillo)

Si presenta dos o mas de los siguientes signos: inquieto o irritable, bebe ávidamente con sed, ojos hundidos pliegue cutáneo retorna a su lugar lentamente cuando se pellizca. Si el niño presenta un signo de la hilera rosada y uno de la hilera amarilla se debe clasificar al niño en la hilera amarilla (deshidratación).

NO TIENE DESHIDRATACION (color verde)

Si no presenta ningún signo de las hileras anteriores, este niño necesita líquidos y alimentos adicionales a fin de prevenir la deshidratación. las tres reglas del tratamiento en el hogar incluyen **1.** Administrar líquidos. **2.** Continuar la alimentación **3.** Regresar urgentemente si el niño muestra signos de peligro en general.

(13) MSP, (Julio-2008), *Manual de Capacitación para la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI)*, Como evaluar a un niño/niña con diarrea del niño de 2 meses a 4 años de edad; Quito.

(14) MSP, (Julio-2008), *Manual de Capacitación para la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI)*, Como Clasificar la Diarrea del niño de 2 meses a 4 años de edad; Quito.

(15) MSP, (Julio-2008), *Manual de Capacitación para la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI)*, Como Clasificar la Diarrea del niño de 2 meses a 4 años de edad; Quito.

(16) MSP, (Julio-2008), *Manual de Capacitación para la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI)*, Clasificar la deshidratación; Quito.

CLASIFICAR LA DIARREA PERSISTENTE ⁽¹⁷⁾

SIGNOS	CLASIFICAR COMO	TRATAMIENTO
Hay deshidratación	Diarrea persistente grave	Tratar la deshidratación antes de referir al niño, salvo que se encuentre en otra clasificación grave Referir al hospital
No hay deshidratación	Diarrea persistente	Explicar a la madre como debe alimentar a su niño Hacer el seguimiento 5 días después

FUENTE: Manual de AIEPI

DIARREA PERSISTENTE GRAVE (color rosado)

Si el niño a tenido diarrea durante 14 días o mas y también si tiene deshidratación o deshidratación grave, y deben referirse a un hospital porque necesitan atención especial para ayudar a prevenir la pérdida de líquido. Se debe tratar la deshidratación antes de referirlo al hospital.

DIARREA PERSISTENTE (color amarillo)

Si ha padecido diarrea durante 14 días o mas y que no tiene signos de deshidratación. El tratamiento mas importante para la diarrea persistente es la alimentación especial.

TODO NIÑO de 29 días hasta los dos meses, con diarrea persistente debe ser referido URGENTEMENTE al hospital.

3. TRATAMIENTOS PARA LAS DIARREAS:

TRATAMIENTO: Deshidratación grave o con shock:

- Todo niño/niña con deshidratación grave debe tener líquidos intravenosos (LIV). Plan C.

TRATAMIENTO: Deshidratación

- Un niño/niña necesita líquidos y alimentos, tratar con soluciones de Sales de Rehidratación Oral (SRO). Los niños/niñas que están amamantándose deberán continuar tomando el seno, los demás deberán recibir la leche habitual o algún alimento nutritivo después de 4 horas de tratamiento con SRO. Plan B.

TRATAMIENTO: no tiene deshidratación

- Un niño/niña que no tenga dos o más signos de la hilera rosada o de la hilera amarilla se clasifica con no tiene deshidratación y necesita de líquidos adicionales, continuar alimentando en casa y saber cuando regresar. Plan A.

b) CLASIFICAR LA DIARREA PERSISTENTE:

- **diarrea persistente grave**
- **diarrea persistente.**

• HAY DESHIDRATACIÓN	DIARREA PERSISTENTE GRAVE	→ Tratar la deshidratación antes de referir al niño, salvo que encuadre en otra clasificación grave → Referir al hospital
NO HAY DESHIDRATACIÓN	DIARREA PERSISTENTE	→ Explicar a la madre cómo debe alimentar a un niño que tiene DIARREA PERSISTENTE → Hacer el seguimiento 5 días después

TRATAMIENTO: De la diarrea persistente grave

- Si un niño/niña ha tenido diarrea durante 14 días o más, y además tiene algún grado de deshidratación o deshidratación grave, necesita ser referido al hospital, porque necesita atención especial para ayudar a prevenir la pérdida de líquidos, cambios en la alimentación, y exámenes de heces para determinar la causa de la diarrea.

TRATAMIENTO: de la diarrea persistente

- Si un niño /niña que ha tenido diarrea por 14 días o más y que no presenta signos de deshidratación se lo clasifica como diarrea persistente y se lo trata con una alimentación especial.

CLASIFICAR LA DISENTERIA ⁽¹⁸⁾

SIGNOS	COMO CLASIFICAR	TRATAMIENTO (los tratamientos de urgencia que se administran antes de la referencia del caso)
sangre con las heces	DISENTERIA	Administrar antibiótico oral apropiado durante 5 días Hacer el seguimiento 5 días después

DISENTERIA (Color Amarillo)

Niño con diarrea y sangre en las heces. Debe recibir antibiótico recomendado para la shigella. Hay que prevenir la deshidratación con el plan A y tratamiento para la deshidratación con plan B.

La shigella ocasiona cerca del 60% de los casos de disentería, pone en peligro la vida. Para identificar la causa real de la disentería se requiere un cultivo de heces, para el cual puede tomar al menos 2 días para obtener resultados de laboratorio.

TRATAMIENTO: de la Disentería

- Tratar la deshidratación del niño/niña. Además administrar el antibiótico recomendado para Shigella.

(17) MSP: (Julio-2008), *Manual de Capacitación para la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI)*, Clasificar la Diarrea Persistente; Quito

(18) MSP, (Julio-2008), *Manual de Capacitación para la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI)*, Clasificar la Disentería; Quito

¿TIENE EL NIÑO/A DIARREA?		SI NO
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuánto tiempo hace?----- - días • ¿Hay sangre en las heces?----- 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el estado general del niño/a. ¿El niño/ está: Letárgico o inconciente? Inquieto o irritable? • Determinar si tiene los ojos hundidos • Ofrecer líquidos al niño/a. El niño/a: No puede beber o bebe mal? Bebe ávidamente con sed? • Signo del pliegue cutáneo: La piel vuelve al estado anterior: Muy lentamente (más de 2 segundos)? Lentamente? 	

**GUÍA PARA EL REGISTRO DE LA ATENCIÓN DEL NIÑO/A DE 2 MESES A 4
AÑOS DE EDAD**

Nombre:-----**Edad:**-----**Peso:**-----**Kg.**

Temperatura axilar:-----**C**

Preguntar: ¿Qué problemas tiene el niño/a?-----Primera consulta --
-Consulta de seguimiento-----

Evaluar: (marcar con un círculo todos los signos presentes)

<p>VERIFICAR SI HAY SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL</p> <p>¿Puede el niño/a beber o tomar el seno? ¿Vomita el niño/a todo lo que ingiere? ¿Tiene el niño/a convulsiones?</p> <p>Letárgico o inconsciente</p>	<p>CLASIFICAR</p> <p>¿Hay algún signo de peligro en general? Si----- No----- -----</p> <p>Recuerde utilizar los signos de peligro al efectuar la clasificación</p>
<p>TIENE EL NIÑO/A TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR Si-----No----</p> <p>• ¿Cuánto tiempo hace?-----días</p> <p>Contar las respiraciones por minuto (---) respiraciones por minuto. ¿Respiración rápida?</p> <p>• Verificar si hay tiraje subcostal</p> <p>• Verificar si hay estridor</p> <p>• Verificar si hay sibilancia</p>	

<p>TIENE EL NIÑO/A DIARREA Si-----No----</p> <p>• ¿Cuánto tiempo hace?-----días</p> <p>¿Hay sangre en las heces? general del niño/niña</p> <p>¿el niño niña está? Letárgico o inconciente?</p> <p>Inquieto o irritable?.</p> <p>Determinar si tiene los ojos hundidos.</p> <p>Ofrecer líquidos al niño/niña.</p> <p>¿El niño/niña:</p> <p>No puede beber o bebe mal?, Bebe ávidamente, con sed?</p> <p>Signos del pliegue cutáneo: “ La piel vuelve al estado anterior Muy lentamente (más de dos segundos)?</p> <p>Lentamente?.</p>	

Cuadro. Fuente: Manual de Capacitación del AIEPI

EVALUAR Y CLASIFICAR LA FIEBRE (19)

Verificar si hay signos de peligro en general, preguntar si hay tos o dificultad para respirar, diarrea y luego:

<p>Preguntar: ¿TIENE EL NIÑO/NIÑA FIEBRE?</p> <p>Determinada por interrogatorio, si se siente caliente al tacto o si tiene temperatura axilar de 37.5° o mas</p>	
<p>SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA</p> <p>Determinar si el niño/niña reside o ha estado en ZONA MALÁRICA, en los últimos dos meses:</p>	
<p>EN SEGUIDA PREGUNTAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuánto tiempo hace? • Si hace mas de 7 días, ¿ah tenido fiebre todos los días? 	<p>Observar y Explorar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si tiene rigidez de nuca • Si tiene sangrados (patequias, equimosis, epistaxis, hematemesis, melenas, sangrado genital, gingivorragia o hematuria) • Inquieto e irritable • Dolor abdominal y/o distensión abdominal
<p>Clasificar la enfermedad del niño</p>	
<p>Preguntar sobre le siguiente signo principal: problemas de oído y Verificar si hay signos de desnutrición y anemia, estado de vacunación, desarrollo, maltrato y otros problemas</p>	

Cuadro. Fuente: Manual de Capacitación del AIEPI

Un niño con fiebre puede tener malaria, enfermedad eruptiva (sarampión) u otra enfermedad grave, o simplemente un resfriado, tos u otra infección viral.

a) MALARIA: La malaria es causada por parásitos en la sangre “Plasmodios” y se transmite a través de la picadura de mosquitos anófeles, a niños que viven en zonas maláricas o han visitado. Hay 4 especies de plasmodios, el más peligroso es el falciparum, el Vivax que es comun en nuestro país. El principal signo es la fiebre, que puede estar presente todo el tiempo o desaparecer y reincidir a intervalos

regulares. Además pueden presentar escalofíos, transpiración, vómitos, anemia crónica sin fiebre, en casos severos puede producir daño cerebral y anemia grave. Y es una causa importante de muerte en los niños.

b) ENFERMEDAD ERUPTIVA SARAMPIÓN: Los signos principales del sarampión son fiebre, erupción cutánea máculo papular no vesicular generalizada y tos coriza o conjuntivitis. El sarampión es sumamente contagioso. Niños hasta 6 meses son protegidos con los anticuerpos de la madre, el virus infecta la piel capas que revisten pulmones, intestinos, boca, garganta. Unos 30% cursan con complicaciones (neumonía, diarrea, estridor, infección de oído). Uno de cada mil casos se produce encefalitis.

c) DENGUE: Causado por la picadura del *Aedes Aegypti*, puede presentarse como fiebre indiferenciada, fiebre del dengue hemorrágico, síndrome del shock y dengue visceral.

La fiebre que es el signo más común, se presenta intensa y repentina, puede existir cefalea, dolor muscular y articular, náuseas, vómito erupción cutánea, manifestaciones hemorrágicas, prurito, alteraciones del gusto, depresión luego de la fase aguda de la enfermedad.

El dengue visceral tiene alta mortalidad por meningitis, encefalopatía, insuficiencia hepática, hepatitis fulminante, miocarditis, hemorragias gastrointestinales graves.

El dengue hemorrágico puede presentarse en diferentes grados:

- Grado 1: fiebre, plaquetopenia, fuga capilar y la única manifestación hemorrágica es provocada (prueba del torniquete positivo)
- Grado 2: las anteriores más sangrado espontáneo
- Grado 3: shock reversible con pulso rápido y débil, piel fría y húmeda, baja de tensión arterial media y estado mental alterado
- Grado 4: shock profundo con pulso y presión arterial no detectable

.....
 19) MSP, (Julio-2008), *Manual de Capacitación para la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI)*, FIEBRE; Quito.

Como evaluar un niño con fiebre (20)

1. PREGUNTAR: Tiene el niño fiebre?

Verificar si el niño tiene antecedentes de fiebre, cuerpo caliente a la palpación o temperatura axilar de 37.5° o mas.

Al palpar se debe utilizar el dorso de la mano sobre el abdomen o axilas del niño, verificar datos de fiebre anteriores. Si su temperatura axilar es mayor de 37.5° tiene fiebre.

Si el niño NO tiene fiebre, se debe preguntar sobre el próximo signo principal: problemas de oído.

2. Determinar el grado de riesgo de malaria y dengue

Evaluar el riesgo de malaria y dengue en su zona.

2.1 **Existe riesgo de malaria o dengue alto** en zonas donde mas del 5% de los casos de niños con fiebre son por malaria o se han reportado brotes de dengue en gran magnitud.

2.2 **Existe riesgo de malaria o dengue bajo** en zonas donde menos del 5% de los casos de niños con fiebre se deben a la malaria o si se han reportao brotes de dengue en gran magnitud

2.3 **No existe riesgo de malaria o dengue** en zonas donde no hay transmisión.

Las condiciones para la reproducción de los mosquitos son limitadas o inexistentes durante la estación seca, el riesgo de malaria y dengue suele ser bajo.

Determine el riesgo de malaria o dengue en su area. Si el riesgo cambia con la estación, establezca los periodos de alto y bajo riesgo

3. Pregunte: cuanto tiempo hace que tiene fiebre? Si son mas de 7 dias, pregunte ¿ha tenido fiebre todos los días?

En enfermedades virales la fiebre desaparece en pocos días. Si la fiebre persiste durante mas de 7 días puede indicar que el niño padece una enfermedad mas grave como fiebre tifoidea, absceso o infección de vías urinarias.

Observe o palpe: para determinar rigidez de nuca

Si presenta rigidez de nuca puede tener meningitis y requiere tratamiento urgente con antibióticos inyectables y referencia a un hospital. Si el niño mueve o dobla el cuello, no tiene rigidez de nuca. Si no se observa doblar el cuello, se debe acostar al niño boca arriba. Sostenga con delicadeza la espalda y los hombros del niño con una mano, con la otra sostenga la cabeza y luego inclínela cuidadosamente hacia adelante en dirección al pecho, si el cuello se dobla fácilmente no tiene rigidez de nuca. Si el cuello se siente rígido y se resiste al doblarse si tiene rigidez de nuca. Generalmente un niño con rigidez de nuca llorara cuando trate de inclinarle la cabeza hacia delante

Observe: sangrados (petequias, equimosis, epistaxis, hematemesis, melenas, sangrado genital, gingivorragia o hematuria). El sangrado se presenta luego de que los niños han padecido dengue clásico y el inicio de manifestaciones hemorrágicas se produce por la baja de plaquetas (menor de 100.000 por ml) existiendo una evidencia objetiva de aumento de la permeabilidad capilar con extravasación de plasma.

Observe: inquieto e irritable

Si se presenta en este estado todo el tiempo o cada vez que le tocan o mueven. Si esta lactando y al momento de quitarle el seno presenta el signo.

Observe: dolor abdominal y/o distensión abdominal

Los dos signos son indicativos de la presencia de irritación abdominal por microsangrados. Por ello es significativo investigar a fondo el problema.

.....
20) MSP, (Julio-2008), *Manual de Capacitación para la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI)*, Como evaluar a un niño con fiebre; Quito..

2. CLASIFICACIÓN DE LA FIEBRE: ⁽²¹⁾

se emplea solo cuando el riesgo de malaria es muy alto, se debe determinar también si el niño a viajado fuera de la zona en los últimos 2 meses para la malaria y en los últimos 15 días para el dengue, luego se debe seleccionar donde encaje:

1. Si el niño presenta signos de fiebre Y signos de malaria o dengue clasifique por la fiebre y la malaria o dengue
2. Si el niño tiene fiebre pero no demuestra signos de malaria o dengue clasifíquelo como fiebre, puede ser signo de otra enfermedad.

CUADRO DE CLASIFICACION PARA ALTO RIESGO DE MALARIA:

SIGNOS	CLASIFICAR COMO	TRATAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> •Cualquier signo de peligro en general o •Rigidez de nuca. 	<p>ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE</p>	<p>Tomar gota gruesa para diagnóstico de malaria</p> <p>→ Dar la primera dosis de un antibiótico apropiado</p> <p>→ Dar cloroquina para la malaria (primera dosis), si el niño puede beber.</p> <p>→ Tratar al niño para evitar que le baje la concentración de azúcar en la sangre</p> <p>→ Dar en el servicio de Salud una dosis de paracetamol para la fiebre alta (38 °C o más)</p>

		→ Referir URGENTEMENTE al hospital.
•Fiebre (determinada por interrogatorio, si se siente caliente al tacto si tiene una temperatura de 38 °C o más	MALARIA	<p>Tomar gota gruesa para diagnóstico de malaria</p> <p>→ Dar cloroquina y primaquina para la malaria</p> <p>→ Dar en el servicio de Salud una dosis de paracetamol para la fiebre alta (38 °C o más)</p> <p>→ Indicar a la madre cuando debe volver de inmediato</p> <p>→ Hacer el seguimiento dos días después si persiste la fiebre.</p> <p>→ si ha tenido fiebre todos los días durante más de 7 días referir al Hospital para un examen.</p>

CUADRO: 8. Fuente: Datos tomados del Manual del AIEPI.

SARAMPION

<ul style="list-style-type: none"> •coriza, tos o conjuntivitis •cualquier signo en peligro en general. •rigidez de nuca. • neumonía • diarrea con deshidratación. 	<p>SARAMPIÓN GRAVE CON COMPLICACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dar la primera dosis de un antibiótico apropiado • Tratar al niño/a para evitar que le baje la concentración de azúcar en la sangre. • Dar en servicio de salud una dosis de paracetamol para la fiebre alta(38,5 °C o más) • Referir URGENTEMENTE al hospital.
<ul style="list-style-type: none"> • Coriza, tos o conjuntivitis 	<p>SARAMPIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Tomar muestra de sangre para confirmación de sarampión e iniciar el control epidemiológico. •Dar vitamina A. • Dar una dosis de paracetamol para la fiebre alta(38,5 °C o más) • Indicar a la madre cuando debe volver urgentemente. •Indicar a la madre para que mantenga la alimentación e

		<p>hidratación del niño/a</p> <ul style="list-style-type: none"> •Hacer el seguimiento 2 días después. • Si ha tenido fiebre todos los días durante más de 7 días, referir al hospital para un examen.
<ul style="list-style-type: none"> •No tiene coriza, tos o conjuntivitis 	NO ES SARAMPIÓN	<ul style="list-style-type: none"> •Dar una dosis de paracetamol para la fiebre alta(38,5°C o más) •Indicar a la madre cuando debe volver urgentemente. •Indicar a la madre para que mantenga la alimentación e hidratación del niño/a. •Hacer el seguimiento 2 días después si persiste la fiebre. • Si ha tenido fiebre todos los días durante más de 7 días, referir para el hospital para un examen.

CUADRO: 9. Fuente: Datos tomados del Manual del AIEPI

.....

CLASIFICACION DEL DENGUE (22)

En zonas de alto o bajo riesgo de dengue hay dos clasificaciones posibles para la fiebre en zonas de riesgo de dengue: dengue hemorrágico y sospecha de dengue

DENGUE HEMORRAGICO (color rosado)

Si el niño en estado febril que proviene o ha estado en zona de alto o bajo riesgo para dengue en los últimos 15 días y presenta algún signo de peligro en general o manifestaciones de sangrado con o sin dolor abdominal y/o distensión abdominal.

SOSPECHA DE DENGUE CLASICO (color amarillo)

Si el niño en estado febril que proviene o ha estado en zona de alto o bajo riesgo para dengue en los últimos 15 días.

Signos	Clasificar como	TRATAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier signo de peligro en general • Manifestaciones de sangrado que incluyen o no dolor abdominal y/o distensión abdominal 	ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE O DENGUE GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar y aplicar el plan apropiado • Xigeno si hay disponible • Dar en el servicio de salud una dosis de paracetamol para la fiebre alta (38.5° o mas) • Notificación inmediata • Referir urgentemente al hospital
<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre (determinada por interrogatorio, si se siente caliente al tacto o si tiene una temperatura de 37.5° o mas) 	SOSPECHA DE DENGUE CLASICO	<ul style="list-style-type: none"> • Dar en el servicio de salud una dosis de paracetamol para la fiebre alta (38.5° o mas) • Abundantes líquidos • Indicar cuando debe volver urgentemente

		<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento 2 días después si persiste la fiebre • Enseñar a la madre medidas preventivas específicas • Notificar y seguir indicación de vigilancia en salud pública
--	--	--

GUÍA PARA EL REGISTRO DE LA ATENCIÓN DEL NIÑO/A DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD

Nombre:-----**Edad:**-----**Peso:**-----**Kg.**

Temperatura axilar:-----**C**

Preguntar: ¿Qué problemas tiene el niño/a?-----Primera consulta --
-Consulta de seguimiento-----

Evaluar: (marcar con un círculo todos los signos presentes)

<p>VERIFICAR SI HAY SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL</p> <p>¿Puede el niño/a beber o tomar el seno?</p> <p>¿Vomita el niño/a todo lo que ingiere?</p> <p>¿Tiene el niño/a convulsiones?</p> <p style="text-align: center;">Letárgico o inconciente</p>	<p>CLASIFICAR</p> <p>¿Hay algún signo de peligro en general?</p> <p>Si----- No----</p> <p>-----</p> <p>Recuerde utilizar los signos de peligro al efectuar la clasificación</p>
<p>¿TIENE EL NIÑO/A TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR?</p>	

<p>Si-----No----</p> <p>• ¿Cuánto tiempo hace?-----días</p> <p>las respiraciones por</p> <p>minuto. ¿Respiración rápida?</p> <p>hay tiraje subcostal</p> <p>hay estridor</p> <p>hay sibilancia</p>	<p>Contar</p> <p>minuto</p> <p>(---) respiraciones por</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar si • Verificar si • Verificar si
<p>¿TIENE EL NIÑO/A DIARREA</p> <p>Si-----No----</p> <p>• ¿Cuánto tiempo hace?-----días</p> <p>¿Hay sangre en las heces?</p> <p>del niño/niña</p> <p>inconciente?</p> <p>hundidos.</p> <p>niño/niña:</p>	<p>Determinar el estado general</p> <p>¿el niño niña está? Letárgico o</p> <p>Inquieto o irritable?.</p> <p>Determinar si tiene los ojos</p> <p>Ofrecer líquidos al niño/niña. ¿El</p> <p>No puede beber o bebe mal?,</p> <p>Bebe ávidamente, con sed?</p> <p>Signos del pliegue cutáneo: “ La</p>

<p>piel vuelve al estado anterior</p> <p>Muy lentamente (más de dos segundos)?</p> <p>Lentamente?.</p>	
<p>¿TIENE EL NIÑO/NIÑA FIEBRE?</p> <p>SI-----NO-----</p> <p>(Determinar por interrogatorio, si se nota al tocarlo o si Tiene una temperatura de 37.5C o más)</p> <p>Determinar si viene de Zona Malárica</p> <p>SI-----NO.....</p> <p>• ¿Cuánto tiempo hace?-----días</p> <p>Si hace más de 7 días,</p> <p>¿ha tenido fiebre todos los días? Observar y palpar para determinar si tiene rigidez de nuca,</p> <p>Observar si tiene erupción cutánea máculo – papular,</p> <p>No vesicular, generalizada y uno de los signos siguientes:</p> <p>Tos, coriza u ojos enrojecidos.</p>	

21) MSP, (Julio-2008), *Manual de Capacitación para la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI)*, Clasificación de la fiebre; Quito

22) MSP, (Julio-2008), *Manual de Capacitación para la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la*

EVALUACION Y CLASIFICACION DE LOS PROBLEMAS DE OÍDO ⁽²³⁾.

E) EVALUAR Y CLASIFICAR LOS PROBLEMAS DE OÍDO.

Cuando un niño/ niña tiene una infección de oído, se acumula pus en el oído medio, causando dolor y, a menudo fiebre. Si no se recibe tratamiento para la infección, el tímpano puede perforarse y salir pus a través del oído. En este caso, el niño siente menos dolor porque disminuye la tensión causada por la colección de pus, también puede ceder la fiebre y otros síntomas. Puede no oír bien si esta el tímpano perforado. Esta perforación cierra espontáneamente y de no suceder esto la secreción persiste y compromete la audición del niño.

A veces la infección se extiende del oído a la apófisis mastoidea, causando **mastoiditis**. O al cerebro y causar **meningitis**. Estas son enfermedades graves. Requieren atención urgente y es necesario referir al enfermo al hospital.

<p>SI LA RESPUESTA ES</p> <p>PALPAR</p> <p>AFIRMATIVA, PREGUNTAR</p> <p>• Tiene dolor del oído?</p> <p>• Tiene supuración del oído?</p> <p>En caso afirmativo. Cuánto Tiempo hace?</p> <p>Observar si hay supuración del oído</p> <p>Palpar para determinar si hay tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja</p>	<p>OBSERVAR Y</p> <p>Clasificar</p> <p>PROBLEMA</p> <p>DE OÍDO</p>
--	--

Infancia, (AIEPI), Clasificación del dengue; Quito

1. EVALUAR LOS PROBLEMAS DE OÍDO:

- Tiene problemas del oído
- El dolor de oído
- La supuración del oído y si hay supuración, por cuanto tiempo la ha tenido.

- Si a supurado por 2 semanas o mas se considera INFECCION CRONICA DE OIDO
- Si a supurado menos de 2 semanas se considera INFECCION AGUDA DE OIDO.
- **Observe:** Si el oído supura, incluso si no siente dolor es signo de infección.
- Debe existir tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja para que sea mastoiditis.

2. CLASIFICAR LOS PROBLEMAS DE OÍDO:

•Tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja.	MASTOIDITIS	<ul style="list-style-type: none"> • Dar la primera dosis de un antibiótico apropiado • Dar la primera dosis de paracetamol para el dolor. •Referir URGENTEMENTE al hospital.
Supuración visible del oído e información de que esta comenzó hace 14 días o • Dolor de oído.	INFECCION AGUDA DE OÍDO	<ul style="list-style-type: none"> •Dar un antibiótico durante 10 días • Dar paracetamol para el dolor • Secar el oído si hay supuración. • Hacer seguimiento 5 días después.
•Supuración visible del oído e información de que ésta comenzó hace 14 días o más.	INFECCION CRÓNICA DE OÍDO	<ul style="list-style-type: none"> • Secar el oído • Hacer seguimiento 5 días después
•No tiene dolor de oído y no se ha notado supuración del oído	NO TIENE INFECCIÓN DE OÍDO	<ul style="list-style-type: none"> • No dar tratamiento. • Asesorar a la madre para que vuelva si se presenta dolor de oído o supuración

CUADRO: 10. Fuente: Datos tomados del Manual del AIEPI.

MASTOIDITIS (color rosado)

Tumefacción dolorosa al tacto detrás del oído, se debe referir urgentemente al hospital ya que debe recibir antibióticos inyectables y puede requerir cirugía. Antes de que sea referido al hospital, administre la primera dosis de un antibiótico y una dosis de paracetamol si tiene dolor.

INFECCION AGUDA DE OIDO (color amarillo)

Supuración de pus del oído y sabe que ha estado así por menos de dos semanas, o si hay dolor de oído o el tímpano está rojo e inmóvil por otoscopia. Se debe administrar un antibiótico apropiado, (los antibióticos para el tratamiento de neumonía son eficaces contra las bacterias que causan IAO). Administrar paracetamol para aliviar el dolor de oído o fiebre alta. Si este es el segundo episodio en menos de 4 meses, refiera al niño SIN URGENCIA, al hospital para ser evaluado por un especialista.

INFECCION CRONICA DE OIDO (color amarillo)

Supuración del oído que comenzó hace dos semanas o más. Los antibióticos de administración oral no son generalmente eficaces contra las infecciones crónicas de oído. No administre repetidamente antibióticos para un oído que supura. Por ello el tratamiento más eficaz e importante es mantener el oído seco y limpio. Referir a un especialista.

NO TIENE INFECCION DE OIDO (color verde)

No hay dolor de oído, ni se ve supuración, la enfermedad del niño, no tiene infección de oído y no necesita tratamiento adicional.

TRATAR AL NIÑO ENFERMO DE DOS MESES A CUATRO AÑOS DE EDAD ⁽²⁴⁾

Medicamentos de administración oral

Los medicamentos de administración oral serán utilizados en aquellos niños que:

1. Han sido clasificados en ninguna condición grave y requieren la administración de la dosis previa a la referencia, cuando el niño puede beber.
2. Requiere tratamiento oral
3. Han tenido un tratamiento intramuscular y este debe ser cambiado a VO

El éxito del tratamiento en casa depende de cuan bien se logra comunicar con los cuidadores del niño, ellos necesitan saber como administrar el tratamiento y su importancia. Las siguientes clasificaciones necesitan un antibiótico por VO

- Neumonía grave o enfermedad muy grave
- Neumonía
- Deshidratación grave con cólera en la zona
- Disentería
- Enfermedad febril muy grave
- Mastoiditis
- Infección aguda de oído

Se debe administrar el antibiótico oral de primera línea, solo en caso de que no se encuentre disponible se utiliza el de segunda línea. En caso de que existan enfermedades concomitantes se debe utilizar el antibiótico que pueda tratar todas las enfermedades. Por ejemplo se puede tratar a un niño con neumonía e infección aguda de oído. Un niño con disentería e infección aguda de oído se puede tratar con cotrimoxazol que es el antibiótico elegido para los dos casos. En caso de que no cubra el espectro que se necesita se debe tratar con dos antibióticos diferentes.

Para determinar la dosis correcta del antibiótico:

- Consulte la fila o hilera que contiene la lista de la concentración de los comprimidos o del jarabe disponibles en su servicio de salud, señala dosis por día (cada 8/cada 12, etc., dependiendo del antibiótico) y el numero de días que debe recibir el antibiótico.
- Seleccione la columna del peso o la edad lo que corresponda al niño. El peso es mejor que la edad para elegir la dosis correcta.

.....

23) MSP, (Julio-2008), *Manual de Capacitación para la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI)*, Problemas de Oído; Quito

24) MSP, (Julio-2008), *Manual de Capacitación para la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI)*, tratar al niño enfermo de 2 meses a 4 años de edad; Quito.

Dar antibiótico oral apropiado, para la neumonía, infección aguda de oído, mastoiditis o enfermedad muy grave			
<i>Antibióticos Recomendados: amoxicilina o cotrimoxazol</i>			
	AMOXICILINA 200mg/kg/dosis Dar tres veces por dia durante 7 dias		
Edad o peso	Tableta de 250mg	Suspensión 125mg/5ml	Suspensión 250mg/5ml
2 meses a 11 meses 4kg hasta 10kg	½	5ml	2.5ml
1 a 4 años 10 kg – 19kg	1	10ml	5ml

Fuente: sección superior de un cuadro de pan de tratamiento y dosis de antibióticos orales. Manual AIEPI.

DAR SALBUTAMOL (25)

El tratamiento de las sibilancias en los servicios de salud primarios pueden reducir el numero de niños que se envían por episodios recurrentes si se tratan los episodios agudos con broncodilatadores que actúan rápidamente ya que ayudan a respirar con mas facilidad al relajarles el espasmo bronquial.

Para tratar sibilancias, depende de los siguientes factores:

- Magnitud del problema de las sibilancias (frecuencia)
- Calidad de la preparación que ha recibido el personal de salud para la administración de salbutamol
- Disponibilidad de medicamentos y equipo adecuado para tratar las sibilancias en el nivel primario.

El salbutamol en inhalador se debe dar mientras dura el problema en casos de niños clasificados como: **NO TIENE NEUMONIA, RESFRIADO GRIPE O BRONQUITIS y tiene sibilancias.**

SALBUTAMOL (INHALADOR)		
Para el salbutamol nebulizado (solución 5mg/ml) se diluyen 0.5ml en 2 a 4 ml de agua esteril o salina.		
EDAD O PESO	DOSIS	INTERVALO
2 a 11 meses	2 inhalaciones	Cada 6 horas
1 a 4 años	2 inhalaciones	Cada 6 horas

Fuente: manual de capacitación AIEPI

Dar un antimalarico de administración oral.

Luego de tomar la muestra de sangre para el examen de gota gruesa para el diagnostico de malaria se puede administrar un antimalarico oral.

La cloroquina + primaquina y la sulfadoxina y pirimetamina, son los antimalaricos de primera línea y de segunda línea utilizados en nuestro país

- La cloroquina se administra durante 3 dias la dosis se reduce al tercer dia, a menos que el niño pese menos de 10 kg y le este dando comprimidos de 150m. en este caso se le administra la misma dosis, es decir ½ comprimido durante los 3 dias
- La primaquina se administra por 15 dias, conjuntamente con cloroquina los primeros tres días.
- Explíqueles que el pruito es posible efecto secundario del medicamento, pero no es peligroso.

Dar acetaminofen para la fiebre alta (mayor 38.5°C) o para el dolor de oído

Si un niño tiene fiebre alta, dele una dsis de acetaminofen en el servicio de salud

Si el niño tiene dolor de oído, entréguele a los padres o cuidadores suficiente acetaminofen para 1 dia, es decir 4 dosis. Digales que le den una dosis 15mg/kg/dosis) cada 6 horas o hasta que haya desaparecido el dolor de oído.

DAR MÁS LÍQUIDOS PARA LA DIARREA Y CONTINUAR LA ALIMENTACIÓN ⁽²⁶⁾

Luego de evaluar a un niño con diarrea, clasificar la deshidratación y seleccionar uno de los siguientes planes de tratamiento:

Plan A - Tratar la diarrea en la casa

Plan B - Tratar la deshidratación con suero oral (SRO)

Plan C - Tratar rápidamente la deshidratación grave

Los tres planes se describen en el cuadro TRATAR AL NIÑO. Cada uno de ellos proporciona líquidos para reemplazar el agua y las sales que se pierden con la diarrea. Una forma tanto de rehidratar como de prevenir la deshidratación en un niño es darle suero oral.

Nota: Se deberá administrar líquido por vía intravenosa exclusivamente en los casos de DESHIDRATACIÓN GRAVE.

Los antibióticos no son eficaces para tratar la diarrea en general. Rara vez ayudan y algunos niños empeoran. En los casos de diarrea, dé antibióticos **exclusivamente** cuando haya DESHIDRATACIÓN GRAVE CON CÓLERA en la zona o DISENTERÍA.

Nunca administre antidiarreicos y antieméticos a niños. Rara vez ayudan a tratar la diarrea, y algunos son peligrosos como los antiespasmódicos (por ejemplo, codeína, tintura de opio, difenoxilato y loperamida) o los medicamentos antieméticos (como clorpromazina). Estos medicamentos pueden causar íleo paralítico, o tornar al niño somnoliento lo cual le impedirá una rehidratación oral efectiva. Algunos pueden ser mortales, si se administran a lactantes.

Otros antidiarreicos, aunque no se consideran peligrosos, no son eficaces para tratar la diarrea, como los adsorbentes, por ejemplo, caolín, atapulgita, semectita y carbón activado. Usar medicamentos antidiarreicos puede retrasar el tratamiento con suero oral.

PLAN A: TRATAR LA DIARREA EN LA CASA⁽²⁷⁾

El **Plan A**, es para el tratamiento de un niño/niña cuando tiene diarrea pero SIN DESHIDRATACIÓN. Las tres reglas del tratamiento en la casa son:

1. DAR MÁS LÍQUIDOS (todo lo que el niño/niña acepte)
2. CONTINUAR LA ALIMENTACIÓN
3. CUÁNDO REGRESAR

Los niños/niñas que padecen diarrea y llegan al establecimiento de salud SIN DESHIDRATACIÓN recibirán tratamiento de acuerdo con el Plan A. Los niños/niñas con DESHIDRATACIÓN O DESHIDRATACIÓN GRAVE necesitan rehidratación con el Plan B o C respectivamente y luego se tratan con el **Plan A**. A la larga, todos los niños con diarrea recibirán el **Plan A**.

El **Plan A** consiste en recomendar a los padres o cuidadores las tres reglas del tratamiento en la casa. Por lo tanto, su capacidad de enseñar y aconsejar son muy importantes para este plan.

- **REGLA 1: DAR MAS LÍQUIDOS**
- **Decir a los padres o cuidadores que:**

Le dé todo el líquido que acepte. El propósito de dar más líquidos es reemplazar los líquidos que se pierden con la diarrea y, así, prevenir la deshidratación. La medida fundamental es dar más líquidos de lo acostumbrado, tan pronto como comience la diarrea.

Dígales a los padres o cuidadores que le dé el pecho con más frecuencia y durante más tiempo cada vez. También explíquelo que le debe dar otros líquidos **después** de dar el seno.

El suero oral es uno de varios líquidos que se recomiendan para prevenir la deshidratación en la casa. Además se puede ofrecer otros líquidos preparados con alimentos por ejemplo: sopa, agua de arroz, yogur casero, y/o agua limpia con una tasa y cuchara.

El **plan A** describe dos situaciones en las que los padres o cuidadores debe administrar el suero oral en la casa.

1. **El niño ha recibido tratamiento con el Plan B o el Plan C durante esta visita.** En otras palabras, acaba de ser rehidratado. A este niño le ayudará beber el suero oral para evitar que se vuelva a deshidratar.
2. **El niño/niña no puede regresar a un servicio de salud si empeora la diarrea.** Por ejemplo, la familia vive muy lejos o los padres o cuidadores tiene un empleo al que no puede faltar.
 - **Enseñar a los padres o cuidadores a preparar la mezcla y cómo dar suero oral. Entregarle por lo menos dos paquetes de suero oral para utilizar en la casa.**

Los pasos para hacer el suero oral son:

- Lávese las manos con agua y jabón.
- Vierta el contenido de un paquete en un recipiente limpio. Utilice cualquier recipiente disponible, como un frasco, un tazón o una botella.
- Mida un litro de agua pura. Es mejor hervir y enfriar el agua, pero sino se puede, use el agua más limpia que tenga.
- Vierta el agua en el recipiente con el polvo de suero oral. Mezcle bien hasta que el polvo se disuelva completamente.
- Pruebe la solución para que sepa el gusto que tiene.

Explique a los padres o cuidadores que deben mezclar el suero oral todos los días, en un recipiente limpio, mantener el recipiente cubierto y deshacerse de lo que haya quedado de la solución del día anterior.

- **Mostrar a la padres o cuidadores a cargo del niño/niña la cantidad de líquidos que debe darle además de los que le da habitualmente.**

Explique que el niño debe beber la misma cantidad de líquidos que bebe a diario y más. Muestre cuánto líquido **más** debe darle después de cada deposición diarreica:

- **Hasta los 2 años: 50 a 100 ml** después de cada deposición diarreica
- **2 años o más: 100 a 200 ml** después de cada deposición diarreica

Explique a los padres o cuidadores que la diarrea puede durar algunos días y que el suero oral no interrumpirá la diarrea. El beneficio del suero oral es que reemplaza el líquido y las sales que el niño pierde con la diarrea e impide que se agrave. Dígalos que:

- Le den sorbitos frecuentes de una taza o cuchara.
 - Si el niño vomita, esperen 10 minutos antes de darle más líquido. Luego continúen dándole líquido, pero más lentamente.
 - Continúen administrando más líquidos hasta que cese la diarrea.
- **Use una tarjeta de los padres o cuidadores o carne de salud del niño/niña y cerciórese de que los padres o cuidadores comprendieron.**

Los servicios de salud tienen "Tarjetas de los padres o cuidadores" que se entregan a los padres o cuidadores a cargo del niño/niña para que las lleven a la casa. La tarjeta ayuda a recordar la información importante, incluida el tipo de líquidos y de alimentos que le darán al niño/niña. Para indicar el tipo de líquidos que deben dar al niño/niña, utilice la sección "Líquidos" de la tarjeta:

Antes de que los padres o cuidadores se vayan, cerciórese de que haya entendido cómo dar más líquidos según el **Plan A**. Haga preguntas como las siguientes:

- ¿Qué tipos de líquidos le dará a su hijo/hija/hija?
- ¿Cuánto líquido le va a dar?
- ¿Con qué frecuencia le dará el suero?
- ¿Enséñeme cuánta agua utilizará para mezclar el suero oral?.
- ¿Cómo va a darle el suero oral a su hijo/hija?
- ¿Qué hará si el niño/niña vomita?

Si dice que no tiene un recipiente de un litro para mezclar el suero oral, muéstrole cómo medir un litro usando un recipiente más pequeño. O enséñele a medir un litro en un recipiente más grande y márkelo con un instrumento apropiado.

➤ **REGLA 2: CONTINUAR LA ALIMENTACIÓN**

En este módulo aprenderá a dar consejos sobre la alimentación. Si la enfermedad de un niño/niña mayor de 2 meses se ha clasificado como DIARREA PERSISTENTE, deberá dar a los padres o cuidadores recomendaciones especiales sobre la alimentación.

➤ **REGLA 3: CUÁNDO VOLVER**

Diga a los padres o cuidadores de cualquier niño/niña enfermo que los signos que le indican que debe regresar son:

- No es capaz de beber o tomar el pecho
- Empeora
- Tiene fiebre

Si el niño tiene diarrea, también dígales que regresen si el niño/niña tiene:

- Sangre en las heces
- Bebe mal.

(26) MSP, (Julio-2008), *Manual de normas para la Atención Integradas a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI)*, dar mas liquidos para la diarrea, continuar la alimentación; Quito.

(27) MSP, (Julio-2008), *Manual de normas para la Atención Integradas a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI)*, Tratar la diarrea en casa, continuar la alimentación; Quito.

PLAN B: TRATAR LA DESHIDRATACIÓN CON SUERO ORAL ⁽²⁸⁾

El **Plan B** es para el tratamiento de un niño/niña cuando tiene diarrea con DESHIDRATACIÓN. El presente plan incluye un período inicial de tratamiento en el servicio de salud que dura 4 horas. Durante las 4 horas, los padres o cuidadores a cargo del niño suministra lentamente una cantidad recomendada de suero oral. Los padres o cuidadores le dan cucharadas o sorbos.

Un niño con una clasificación grave y DESHIDRATACIÓN necesita referencia urgente al hospital. **No** trate de rehidratarle antes de que se vaya. Dé rápidamente a los padres o cuidadores un poco de suero oral. Muéstrole cómo darle sorbos frecuentes en el trayecto al hospital. La excepción son aquellos que tiene una clasificación única grave de DIARREA PERSISTENTE GRAVE. Estos niños/niñas deben rehidratarse primero y luego referirse.

Si un niño que tiene DESHIDRATACIÓN necesita tratamiento para otros problemas, debe empezar a tratar primero la **deshidratación**. Luego adminístrele los otros tratamientos.

Después de administrar las SRO durante 4 horas, evalúe nuevamente y clasifique la deshidratación del niño/niña usando el cuadro EVALUAR Y CLASIFICAR, Si han desaparecido los signos de deshidratación, administre el Plan A. Si aún persiste algún grado de deshidratación, repita el Plan B. Si el niño tiene ahora DESHIDRATACIÓN GRAVE, se debe administrar el Plan C.

Determinar la cantidad de SRO que se dará durante las primeras cuatro horas.

Consulte el cuadro TRATAR AL NIÑO y utilice el cuadro en el **Plan B** para determinar la cantidad de SRO que se administrará. Se proporcionan varias cantidades.

La edad o el peso del niño, el grado de deshidratación y el número de deposiciones durante la rehidratación determinarán la cantidad necesaria de solución de SRO.

Por lo general, el niño/niña querrá beber cuanto necesite por lo que permítale tomar cuanto desee.

La manera de calcular la cantidad necesaria de solución de SRO (en ml), se consigue al multiplicar el peso del niño (en kilogramos) por 75. Por ejemplo, un niño que pesa 8 kg necesitaría:

$8 \text{ kg} \times 75 \text{ ml} = 600 \text{ ml}$ de solución de SRO en 4 horas

La administración de la solución de SRO no debería interferir con la alimentación normal de un lactante. Los padres o cuidadores deben hacer pausas para dejar que el bebé se amamante siempre que lo desee, luego reanudar dándole la solución de SRO. La leche materna ayudará a prevenir la hipernatremia (exceso de sodio) en los lactantes.

➤ **Mostrar a los padres o cuidadores como dar la solución de SRO**

Explique a los padres o cuidadores o acompañante la cantidad de solución de SRO que debe darle a su hijo en las próximas 4 horas.. Si el niño tiene menos de 2 años de edad, muéstreles a los padres o cuidadores como darle cucharadas frecuentes. Sí es mayor, muéstrele como darle sorbos frecuentes con una taza. Siéntese con ella mientras le da los primeros sorbos a su hijo con una taza o una cuchara. Pregúntele si tiene alguna duda.

Si el niño vomita, los padres o cuidadores debe esperar aproximadamente 10 minutos antes de darle más solución de SRO. Después debe dársela más despacio.

Recomiende a los padres o cuidadores que haga pausas para dar el pecho al niño cuando este lo desee. Cuando el niño/niña termine de mamar, debe darle nuevamente la solución de SRO. Los padres o cuidadores no deben suministrar alimentos durante las primeras 4 horas del tratamiento con SRO, a menos que las condiciones sean favorables.

Muestre a los padres o cuidadores dónde cambiarle el pañal al bebé, o dónde puede el niño ir al baño o usar una bacinilla. Muéstrole como y donde lavarse las manos y lavarle las manos al niño.

Regrese regularmente para comprobar si los padres o cuidadores tiene problemas. Si el niño no está bebiendo bien la solución de SRO, intente otro método de administración. Puede tratar usando un gotero o una jeringa sin aguja.

Durante las primeras 4 horas en que los padres o cuidadores de la solución de SRO en el servicio de salud, tiene mucho tiempo para enseñarle cómo cuidar a su hijo. Sin embargo, la preocupación principal es la rehidratación del niño. Cuando se ve que está mejorando, los padres o cuidadores puede concentrarse en aprender. Enséñele a mezclar y dar la solución de SRO y sobre el **Plan A**. Una buena idea es tener información impresa que los padres o cuidadores puede revisar mientras está sentada con su hijo/hija. La información se puede reforzar también con carteles en la pared.

➤ **DESPUÉS DE 4 HORAS**

Después de 4 horas de administrar el tratamiento del **Plan B**, vuelva a evaluar al niño/niña usando el cuadro EVALUAR Y CLASIFICAR. Clasifique la deshidratación. Escoja el plan adecuado para continuar el tratamiento.

Nota: Vuelva a evaluar al niño/niña **antes de** 4 horas si no está tomando solución de SRO o parece estar empeorando.

Si el niño/niña está mejor y **NO TIENE DESHIDRATACIÓN**, escoja el **Plan A**. Enseñe a los padres o cuidadores el Plan A si no se lo enseñó en las 4 horas anteriores. Antes de que los padres o cuidadores se vaya del servicio de salud, hágale algunas preguntas de verificación. Ayude a los padres o cuidadores a resolver cualquier problema que pueda tener para darle más líquidos al niño en la casa.

Si el niño presenta edema palpebral, es signo de sobrehidratación. No es un signo de peligro ni de hipernatremia. Simplemente es un signo de que el niño se ha rehidratado y no necesita más solución de SRO, por el momento. Se le debe dar de beber agua potable o leche materna. Los padres o cuidadores deben darle la solución de SRO de acuerdo con el Plan A cuando haya desaparecido la hinchazón.

Si el niño todavía tiene DESHIDRATACIÓN, escoja nuevamente el **Plan B**. Comience a alimentarle en el servicio de salud. Ofrezca comida, leche o jugo natural. Después de alimentarle, repita el tratamiento de 4 horas del **Plan B**. Ofrezca comida, leche o jugo cada 3 ó 4 horas. Los niños alimentados al pecho deben seguir amamantándose con frecuencia. Si el servicio de salud va a cerrar antes de que termine el tratamiento, diga a los padres o cuidadores que continúe el tratamiento en la casa.

Si el estado de salud del niño/niña empeora y ahora tiene DESHIDRATACIÓN GRAVE, necesitará empezar el **Plan C**.

➤ **Si los padres o cuidadores debe irse antes de finalizar el tratamiento**

A veces una madre se tiene que ir del servicio de salud mientras su hijo está todavía en el **Plan B**, o sea, antes de que se rehidrate. En tales situaciones, usted necesitará:

- Mostrarle a los padres o cuidadores como preparar la solución de SRO en el hogar. Haga que practique esto antes de irse.

- Mostrar a los padres o cuidadores cuanta solución de SRO deberá dar para finalizar el tratamiento de 4 horas en el hogar.
- Entregar paquetes suficientes de SRO para completar la rehidratación. También de otros dos paquetes como se recomienda en el Plan A.
- Explíquelo las tres reglas del tratamiento en la casa: 1. Dar más líquidos; 2. Continuar la alimentación, y 3. Cuándo regresar (en referencia a las instrucciones para el Plan A).

PLAN C: TRATAR RÁPIDAMENTE LA DESHIDRATACIÓN GRAVE ⁽²⁹⁾

El plan C para los niños gravemente deshidratados necesitan recuperar rápidamente el agua y las sales. Generalmente se administran líquidos por vía intravenosa (IV) con este fin. El tratamiento de rehidratación mediante líquidos por vía intravenosa o por medio de una sonda nasogástrica (NG) se recomienda **solamente** para los niños con DESHIDRATACIÓN GRAVE. El tratamiento de los niños con deshidratación grave depende de:

- el tipo de equipo disponible en su servicio de salud o en un centro u hospital cercano,
- la capacitación que usted haya recibido, y
- si el niño es capaz de beber.

a.- SI PUEDE DAR TRATAMIENTO INTRAVENOSO(IV) ⁽³⁰⁾

Si puede dar tratamiento IV y tiene en su servicio de salud soluciones aceptables, tales como un lactato de Ringer o solución salina normal, administre la solución por vía intravenosa al niño gravemente deshidratado.

Las secciones del Plan C que se encuentran a continuación describen los pasos para rehidratar a un niño por vía intravenosa. Incluyen la cantidad de líquidos IV que se debe dar de acuerdo con la edad y el peso del niño. Estudie dichas secciones con atención.

Algunas de las expresiones en esta parte del Plan C pueden ser nuevas. Lea lo que sigue para comprender como se usan las expresiones en el Plan C.

- * **EL GOTEO se refiere al equipo IV y la solución.**

La "velocidad de goteo" se refiere al número de gotas por minuto del líquido IV administrado.

"Mientras se prepara el goteo intravenoso" significa durante el tiempo que tarda en preparar el equipo IV, el líquido IV y está colocando la aguja IV en la vena del niño/niña.

- * **ESTADO DE HIDRATACIÓN** se refiere a si un niño está hidratado normalmente o deshidratado y el grado de su deshidratación. Un niño cuya clasificación es **NO TIENE DESHIDRATACIÓN no ha perdido suficiente líquido para mostrar signos de deshidratación.** Un niño con una clasificación de **DESHIDRATACIÓN o DESHIDRATACIÓN GRAVE CON SHOCK** tiene hipovolemia.

- * **EI PULSO RADIAL** se refiere al pulso palpado sobre la arteria radial. La arteria radial es el vaso sanguíneo principal de la muñeca, del lado del pulgar.

Administre el tratamiento intravenoso para la deshidratación grave

Este proporciona al niño líquidos rápidamente. Comience el tratamiento IV rápidamente en la cantidad indicada en el Plan C. Si el niño puede beber, debe SRO mientras se instala el equipo de goteo, dele inicialmente líquido IV (50 ml/kg) en 60 minutos. Esto restablecerá el volumen de sangre y evitara la muerte por choque.

Luego de 50ml/kg más despacio, en dos horas hasta terminar la rehidratación (total tres horas)

Al Cabo de tres horas, clasificar la deshidratación y seleccionar el plan apropiado. (A,B o C9 para continuar el tratamiento.

$$\text{Gotas por minuto} = \frac{\text{Volumen}}{\text{Tiempo} \times 3}$$

$$\text{Microgotas} = \frac{\text{Volumen}}{\text{Tiempo}}$$

Controle la cantidad de solución IVy el estado de hidratación delniño/niña

Cuando rehidrate a un niño con DESHIDRATACIÓN GRAVE, debe controlar la cantidad de solución IV que le da. Puede usar un formulario, parecido al del ejemplo que sigue.

Tiempo (h)	Volumen (ml) de contenido		Volumen restante (ml) a su cargo	Volumen recibido (ml)
.....	
.....
.....

* De cada botella usarse nueva, inicial o residual

El formulario tiene cuatro columnas para registrar la cantidad de solución que se le da al paciente durante cierto tiempo.

- Tiempo:** Registre las horas a las que verificará el líquido IV.
 - * Después de la primera hora
 - * Cada hora por las siguientes dos horas
- Volumen del contenido:** Al empezar la administración de la solución IV, registre la cantidad de líquido que contiene la botella o el envase. La cantidad debe aparecer en el recipiente. Cada vez que reemplace el líquido

IV con un nuevo recipiente, anote la cantidad en la línea correspondiente del formulario al momento de reemplazarlo.

3. **Volumen restante estimado:** Fíjese la solución IV que queda en el recipiente a las horas registradas. No es posible hacer una lectura exacta del volumen restante. Aproxime el volumen a los 10 ml más cercanos (por ejemplo, 220 ml, 230 ml, 240 ml, etc.) Anote la cantidad estimada en el formulario.
4. **Volumen recibido:** Calcule la cantidad de solución IV que haya recibido el niño/niña a las horas registradas. Para calcular, haga una resta del "volumen del contenido" menos el "volumen restante". La respuesta es la cantidad de solución IV que el niño/niña ha recibido hasta el momento en que se verificó. Anote la cantidad en el formulario.

Es útil marcar el recipiente de la solución IV con un bolígrafo o cinta para mostrar el nivel al que debe llegar a una hora determinada. Por ejemplo, marque el nivel al que desea que llegue después de los primeros 60 minutos, cada hora, o después de 2 o 3 horas. Esto le ayudará a ajustar correctamente la velocidad de goteo. Regule el número de gotas por minuto para dar la cantidad correcta de solución por hora.

El formulario ilustrativo que aparece más abajo muestra la cantidad de solución IV que se le da a un niño/niña de 16 meses de edad (10 kg) cuya enfermedad se ha clasificado como DESHIDRATACIÓN GRAVE. El personal de salud siguió el Plan C. Le dio al niño/niña 500 ml (50 ml x 10 kg) en los primeros 60 minutos. Le dio 500 ml (50 ml x 10 kg) durante las 2 horas siguientes (unos 250 ml por hora).

Tiempo (hr)	Volumen (ml) del contenido*		Volumen restante (ml) Estimado	Volumen recibido (ml)
<u>12.00 pm</u>	<u>1000 ml</u>			
<u>1.00 pm</u>	_____		<u>500 ml</u>	<u>500 ml</u>
<u>2.00 pm</u>	_____		<u>250 ml</u>	<u>750 ml</u>
<u>3.00 pm</u>	_____		<u>0 ml</u>	<u>1000 ml</u>

* De cada botella/envase nuevo, inicial o adicional
Si el caso amerita evalúe el estado del niño/niña cada 30 minutos

Asegúrese de administrar correctamente la solución IV y en las cantidades apropiadas. Para controlar que la velocidad de goteo sea adecuada, vuelva a evaluar al niño/niña para buscar signos de deshidratación cada hora. Si los signos de la deshidratación y la diarrea empeoran o no mejoran, aumente tanto la velocidad a la que da la solución como la cantidad de solución que esté dando. También aumente la velocidad de goteo si el niño está vomitando. Si los signos mejoran, siga dando solución IV a la misma velocidad. Además recuerde dar también al niño sorbitos de solución de SRO tan pronto como sea capaz de beber y a libre demanda.

Vuelva a evaluar la deshidratación y escoja el plan de tratamiento apropiado

Evalúe los signos de deshidratación al finalizar las 3 horas. Clasifique la deshidratación. Seleccione el plan apropiado (A, B o C) para continuar el tratamiento.

Después de que un niño/niña se haya rehidratado completamente y se clasifique como NO TIENE DESHIDRATACIÓN, mantenga al niño/niña en el servicio de salud por otras 6 horas, si es posible. Durante ese tiempo, la madre debe darle líquidos adicionales de acuerdo con el Plan A. Vigile para estar seguro de que la madre le puede dar líquido suficiente al niño para reemplazar totalmente los que pierda mientras continúa la diarrea. Hay que alimentar al niño. Obsérvelo periódicamente para cerciorarse de que no regresen los signos de la deshidratación.

(29) MSP: Manual de normas para la Atención Integradas a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI), Tratar rápidamente la deshidratación grave, continuar la alimentación; Quito, Julio-2008, P. 99-102.

SI HAY UN TRATAMIENTO IV DISPONIBLE EN UN LUGAR CERCANO ⁽³⁰⁾

No se puede dar tratamiento IV en un servicio de salud. Sin embargo el tratamiento IV está disponible en un centro u hospital cercano (a 30 minutos o menos)

Refiera urgentemente al niño gravemente deshidratado al hospital mas cercano. Si el niño es capaz de beber muéstrela a la madre como darle sorbos de solución de SRO. Ella deberá insistirle a su hijo que beba durante el trayecto al hospital.

SI ESTA CAPACITADO Y ENTRENADO PARA USAR UNA SONDA NASOGASTRICO ⁽³¹⁾

No puede dar tratamiento IV en su servicio de salud y no hay otro hospital cercano que ofrezca tratamiento IV. Si esta capacitado y entrenado para usar sonda NG, rehidrate al niño dándole solución de SRO con una sonda NG.

Algunas de las expresiones es esta parte del plan C pueden ser nuevas, por ello las explicaciones siguientes le ayudaran a comprenderlas .

- **DISTENSION ABDOMINAL:** abdomen ha aumentado de tamaño, piel estirada.
- **ESTADO DE HIDRATACION:** demuestra si un niño esta hidratado o deshidratado y el grado de hidratación. Un niño que ha recibido la clasificación **NO TIENE DESHIDRATACION** no ha perdido suficiente liquido para mostrar signos de hidratación. Si esta con una clasificación de **DESHIDRAACION O DESHIDRATACION GRVE** tiene menos liquido de lo normal en el cuerpo.
 - Cuando rehidrate a un niño con deshidratación grave, debe controlar la cantidad de liquido NG que le da or un periodo de 6 horas.

El formulario tiene cuatro columnas para registrar la cantidad de liquido NG administrado.

1. **TIEMPO:** registre las horas a las que controlara el liquido NG conviene que lo controle cada hora por 6 horas.
2. **VOLUMEN DEL CONTENIDO:** al empezar la administración del liquido NG, registre la cantidad de liquido que contiene el envase. Cada vez que reemplace el envase de liquido NG anote la cantidad en la línea correspondiente del formulario en el momento de reemplazarlo
3. **VOLUMEN RESTANTE ESTIMADO:** verifique el liquido NG que queda en elrecipiente a las horas registradas. Aproxime el voluen a los 10 mil mas cercanos (x ejemplo: 220ml, 230ml, 240ml, etc)
4. **VOLUMEN RECIBIDO:** Calcule la cantidad de liquido NG recibido por el niño a las horas registradas. Para calcular haga una resta del

VOLUMEN DEL CONTENIDO menos el VOLUMEN RESTANTE . La respuesta es la cantidad de liquido NG que el niño ha recibido hasta el momento en que se controla.

Es útil marcar el recipiente con un bolígrafo o cinta para mostrar el nivel al que debe llegar a una hora determinada. Por ejemplo marque el nivel al que desea que llegue después de los primeros 30 o 60 minutos cada hora o después de 3 o 6 horas. Esto le ayudara a ajustar correctamente la velocidad de goteo. Regule el numero de gotas por minutos para dar cantidad correcta de liquido por hora.

Vuelva a evaluar al niño cada hora.

- Si hay vomitos reiterados o si presenta distensión abdominal, administre el liquido NG mas lentamente
- Si el estado de rehidratación no mejora después de 3 horas refiera el niño para que se le administre tratamiento IV
- Si el niño esta mejorando, continúe administrando liquido NG por un total de 6 horas

Vuelva a evaluar la deshidratación y escoja el plan de tratamiento apropiado.

- Después de 6 horas de liquido NG, vuelva a evaluar la deshidratación del niño y clasifíquela. Luego seleccione el plan apropiado (A, B o C) para continuar el tratamiento.

Después de que el niño se haya rehidratado completamente clasifique como NO TIENE DESHIDRACION, manténgalo en el servicio de salud por otras 6 horas. Durante este tiempo la madre debe darle liquidos adicionales de acuerdo con el plan

(30) MSP, (Julio-2008) *Manual de normas para la Atención Integradas a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI)*, si hay tratamiento IV disponible en un lugar cercano; Quito

(31) MSP: (Julio-2008) *Manual de normas para la Atención Integradas a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI)*, si esta capacitado y entrenado para usar una sonda nasogástrica; Quito

Hay que alimentarle. Observe al niño periódicamente para cerciorarse de que no regresen los signos de la deshidratación.

SI SOLO PUEDE ADMINISTRAR EL TRATAMIENTO DEL PLAN C POR VIA ORAL⁽³²⁾

No puede dar líquidos IV en su servicio de salud. No hay otro hospital cercano que ofrezca tratamiento IV. No está capacitado para usar una sonda NG para la rehidratación. Para aprender cómo dar el tratamiento del plan C por vía oral hay que tener en cuenta:

Si un niño con deshidratación grave llega a su servicio de salud y no le puede dar tratamiento IV o NG, averigüe si el niño es capaz de beber.

- **Si puede beber, puede tratar de rehidratar al niño por vía oral.**
- **Si no puede beber debe referirlo de urgencia al centro u hospital más cercano en donde esté disponible el tratamiento IV o NG si este niño no recibe líquidos, morirá.**

Algunas de las expresiones en esta parte del plan C pueden ser nuevas para la persona que está atendiendo al niño por ello hay que tener en cuenta:

- **DISTENSION ABDOMINAL:** abdomen ha aumentado de tamaño, piel estirada.
- **ESTADO DE HIDRATACION:** demuestra si un niño está hidratado o deshidratado y el grado de hidratación. Un niño que ha recibido la clasificación **NO TIENE DESHIDRATACION** no ha perdido suficiente líquido para mostrar signos de hidratación. Si está con una clasificación de **DESHIDRACION O DESHIDRATACION GRVE** tiene menos líquido de lo normal en el cuerpo.

Controle la cantidad de SRO

Cuando rehidrate a un niño por vía oral, deberá controlar la cantidad de solución de SRO que le da. Administre 20ml por kilogramo de peso corporal por hora durante 6 horas. Después de 6 horas, le habrá dado al niño un total de 120 ml de solución de SRO por kg de peso corporal.

Vuelva evaluar al niño cada hora:

- Si hay vómitos reiterados o si presenta distensión abdominal, administre la solución de SRO más lentamente.
- Si el estado de rehidratación no mejora después de 3 horas refiera el niño para que se le administre tratamiento IV

Después de 6 horas de administrar solución de SRO, vuelva a evaluar la deshidratación del niño y clasifíquela. Luego seleccione el plan apropiado (A, B o C) para continuar el tratamiento.

Después de que el niño se haya rehidratado completamente manténgalo en el servicio de salud por otras 6 horas, si es posible. Durante este tiempo la madre debe darle líquidos adicionales de acuerdo con el plan A. controle para estar seguro de que se este dando líquido suficiente para reemplazar totalmente los que pierda mientras continúe la diarrea. Hay que alimentarle. Observe al niño periódicamente para cerciorarse de que no regresen los signos de la deshidratación.

Recuerde: si el niño no puede beber, debe referirlo de urgencia al hospital más cercano para que reciba tratamiento IV o NG. Si este niño no recibe líquidos MORIRA.

TRATAMIENTO INTRAVENOSO PARA LA DESHIDRATACION GRAVE ⁽³³⁾

Técnica de administración

- El equipo de venoclisis, las botellas y los líquidos deben ser estériles
- El tratamiento IV se pueden administrar por cualquier vena sea conveniente. Las venas más accesibles generalmente son las que están en frente del codo o en el dorso de la mano en los lactantes, las venas más accesibles son las del costado del cráneo.

Por lo general, no es necesario usar las venas del cuello ni hacer una incisión para localizar una vena, y esto se debe evitar siempre que sea posible.

En algunos casos que requieren resucitación rápida, se puede introducir una aguja en la vena femoral. La aguja debe sostenerse firmemente en su lugar y retirarse lo más pronto posible.

Es útil marcar las botellas IV a distintos niveles para mostrar las horas en las que la solución debe quedar a ese nivel. Regule el número de gotas por minuto para dar la cantidad correcta de solución por hora.

Soluciones para el goteo intravenoso

Aunque se dispone de varias soluciones IV, a todas les faltan algunos e los electrolitos en la concentración que necesitan los pacientes con deshidratación grave. Para cerciorarse de que haya un reemplazo adecuado de electrolitos, debe darse un poco de solución de SRO tan pronto como el paciente pueda beber, incluso mientras se esta administrando e ltratamiento IV. A continuación se compara brevemente las distintas soluciones IV de acuerdo con su eficacia.

Soluciones preferidas

Lactato de Ringer: Llamada también solución inyectable de Hartmann, es la mejor solución que se encuentra hoy en el mercado. Proporciona una concentración adecuada de sodio y suficiente lactato, que se metaboliza en bicarbonato para corregir la acidosis. Puede usarse en pacientes de todas las edades para la deshidratación debida a la diarrea aguda por cualquier causa. La administración de la solución de SRO pronto y la reanudacin oportuna de la alimentación permiten proporcionar las cantidades necesarias de potasio y glucosa.

Soluciones aceptables

Las soluciones aceptables siguientes quizá no proporcionen a los pacientes la cantidad adecuada de potasio, bicarbonato y sodio. Por lo tanto, administre la solución de SRO por via oral tan pronto como el paciente pueda beber.

Solucion salina normal: también conocida fisiológica o isotónica, suele ser fácil conseguirla. Se pueden dar al mismo tiempo el bicarbonato de sodio o el lactato d sodio y el cloruro de potasio. Es necesario tener cuidado para calcular las cantidades y el control puede serdifícil

(32) MSP, (Julio-2008): *Manual de normas para la Atención Integradas a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI)*, solo puede administrar el tratamiento del plan C por via Oral, Quito

(33) MSP, (julio-2008): *Manual de normas para la Atención Integradas a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI)*, tratamiento intravenoso para la deshidratación grave, Quito

SOLUCION INADECUADA

DEXTROSA Y GLUCOSA SIMPLE no se deben usar, proporcionan agua y azúcar únicamente. No contienen electrolitos. No corrigen la perdida de electrolitos ni la acidosis

TRATAR LA DIARREA PERSISTENTE

Requiere alimentación especial, los padres o cuidadores deben recibir asesoramiento para que alimente a su hijo con diarrea persistente.

TRATAR LA DISENTERIA

Administre un antibiótico por via oral recomendado contra la shigella para tratar la DISENTERIA. Diga a los padres o cuidadores que regrese en dos días para la consulta de reevaluacion y seguimiento para ver si el niño esta mejorando.

GUÍA PARA EL REGISTRO DE LA ATENCIÓN DEL NIÑO/A DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD

Nombre:-----**Edad:**-----**Peso:**-----**Kg.**

Temperatura axilar:-----**C**

Preguntar: ¿Qué problemas tiene el niño/a?-----Primera consulta --
-Consulta de seguimiento-----

Evaluar: (marcar con un círculo todos los signos presentes)

<p>VERIFICAR SI HAY SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL</p> <p>¿Puede el niño/a beber o tomar el seno?</p> <p>¿Vomita el niño/a todo lo que ingiere?</p> <p>¿Tiene el niño/a convulsiones?</p> <p>Letárgico o inconciente</p>	<p>CLASIFICAR</p> <p>¿Hay algún signo de peligro en general?</p> <p>Si----- No----</p> <p>-----</p> <p>Recuerde utilizar los signos de peligro al efectuar la clasificación</p>
<p>¿TIENE EL NIÑO/A TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR?</p>	

<p>piel vuelve al estado anterior Muy lentamente (más de dos segundos)? Lentamente?.</p>	
<p>¿TIENE EL NIÑO/NIÑA FIEBRE? SI-----NO-----</p> <p>(Determinar por interrogatorio, si se nota al tocarlo o si Tiene una temperatura de 37.5C o más)</p> <p>Determinar si viene de Zona Malárica SI-----NO-----</p> <p>• ¿Cuánto tiempo hace?-----días Si hace más de 7 días, ¿ha tenido fiebre todos los días? Observar y palpar para determinar si tiene rigidez de nuca, Observar si tiene erupción cutánea máculo –papular, No vesicular, generalizada y uno de los signos siguientes: Tos, coriza u ojos enrojecidos.</p>	
<p>¿TIENE EL NIÑO/NIÑA UN PROBLEMA DE OÍDO? SI-----NO-----</p>	

<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene dolor de oído? • ¿Tiene supuración de oído? <p>En caso afirmativo cuanto tiempo hace.....días.</p> <p>Determinar si hay supuración de oído</p> <p style="text-align: right;">Palpar para</p> <p>determinar si hay.</p> <p style="text-align: right;">tumefacción</p> <p>dolorosa al tacto detrás de la</p> <p style="text-align: right;">oreja.</p>	
---	--

Fuente: Datos tomados del Manual del AIEPI.

GUÍA PARA EL REGISTRO DE LA ATENCIÓN DEL NIÑO/A DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD

Nombre:-----Edad:-----Peso:-----Kg.

Temperatura axilar:-----C

Preguntar: ¿Qué problemas tiene el niño/a?-----Primera consulta --
-Consulta de seguimiento-----

Evaluar: (marcar con un círculo todos los signos presentes)

<p>VERIFICAR SI HAY SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL</p> <p>¿Puede el niño/a beber o tomar el seno?</p> <p>¿Vomita el niño/a todo lo que ingiere?</p> <p>¿Tiene el niño/a convulsiones?</p> <p style="text-align: right;">Letárgico o</p> <p>inconsciente</p>	<p>CLASIFICAR</p> <p>¿Hay algún signo de peligro en general?</p> <p>Si----- No----</p> <p>-----</p> <p>Recuerde utilizar los signos de peligro al efectuar la clasificación</p>
<p>¿TIENE EL NIÑO/A TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR?</p> <p>Si-----No----</p> <p>• ¿Cuánto tiempo hace?-----días</p> <p style="text-align: right;">Contar</p>	

<p>las respiraciones por minuto (---) respiraciones por minuto. ¿Respiración rápida?</p> <p>hay tiraje subcostal</p> <p>hay estridor</p> <p>hay sibilancia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar si • Verificar si • Verificar si
<p>¿TIENE EL NIÑO/A DIARREA Si-----No----</p> <p>• ¿Cuánto tiempo hace?-----días</p> <p>¿Hay sangre en las heces? Determinar el estado general del niño/niña</p> <p>¿el niño niña está? Letárgico o inconsciente?</p> <p>Inquieto o irritable? Determinar si tiene los ojos hundidos.</p> <p>niño/niña: Ofrecer líquidos al niño/niña. ¿El niño/niña: No puede beber o bebe mal?, Bebe ávidamente, con sed? Signos del pliegue cutáneo: “ La piel vuelve al estado anterior Muy lentamente (más de dos segundos)? Lentamente?.</p>	

<p>¿TIENE EL NIÑO/NIÑA FIEBRE? SI-----NO-----</p> <p>(Determinar por interrogatorio, si se nota al tocarlo o si Tiene una temperatura de 37.5C o más)</p> <p>Determinar si viene de Zona Malárica SI-----NO-----</p> <p>• ¿Cuánto tiempo hace?-----días Si hace más de 7 días, ¿ha tenido fiebre todos los días? Observar y palpar para determinar si tiene rigidez de nuca, Observar si tiene erupción cutánea máculo –papular, No vesicular, generalizada y uno de los signos siguientes: Tos, coriza u ojos enrojecidos.</p>	
<p>¿TIENE EL NIÑO/NIÑA UN PROBLEMA DE OÍDO? SI-----NO-----</p> <p>• ¿Tiene dolor de oído? • ¿Tiene supuración de oído? En caso afirmativo cuanto tiempo hace.....días. Determinar si hay supuración de oído</p> <p>determinar su hay. Palpar para tumefacción</p>	

<p>dolorosa al tacto detrás de la oreja.</p>	
<p>EN SEGUIDA, VERIFICAR SI PRESENTA DESNUTRICIÓN Y /O ANEMIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar si hay signos de emaciación visibles • Determinar si tiene palidez palma, Es palidez palmar intensa? ¿palidez palmar leve? • Verificar si hay edema en ambos pies. <p>Determinar el peso para la edad. MUY BAJO.....NO MUY BAJO.....</p>	
<p>EVALUAR EL DESARROLLO PSICOMOTOR</p> <p>EVALUAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de 1 o más e las condiciones del grupo de edad anterior <p>CLASIFICAR (RETRASO DEL DESARROLLO)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de 1 o más de las condiciones del grupo de edad actual <p>CLASIFICAR (POSIBLE RETRASO DEL DESARROLLO)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cumple las condiciones del grupo de edad actual y no hay factores de riesgo <p>CLASIFICAR (DESARROLLO NORMAL)</p>	
<p>MALTRATO (Evaluar si tiene al menos una de las siguiente condiciones)</p> <p>EVALUAR</p>	

<ul style="list-style-type: none"> • Niño o niña expresa ser víctima de maltrato físico, emocional o abuso sexual. • Hay evidencia de lesión física sugestiva de maltrato • Hay lesiones en genitales o ano • Falta concordancia entre historia y lesión <p>CLASIFICAR MALTRATO</p> <p>EVALUAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • INADECUADO CUIDADO FÍSICO, DESNUTRISIÓN • Comportamiento anormal del niño o niña • Comportamiento anormal de padres o cuidadores • Existe denuncia o el niño o niña expresa ser víctima de negligencia • Ha existido tardanza en buscar ayuda de salud, sin razón válida • Existen circunstancias familiares de riesgo <p>CLASIFICAR SOSPECHA DE MALTRATO O FALLA EN LA CRIANZA</p> <p>EVALUAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • No hay signos compatibles con la posibilidad de maltrato o descuido • Buena higiene, cumple normas de salud, vitalidad o alegría presentes. <p>CLASIFICAR NO HAY SOSPECHA DE MALTRATO</p>	
--	--

EVALUAR OTROS PROBLEMAS.

Averiguar y evaluar cualquier otro problema de salud que el niño/niña pueda tener. Ejemplo infección de la piel, picazón, ganglios del cuello inflamados.

GUÍA PARA EL REGISTRO DE LA ATENCIÓN DEL NIÑO/A DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD

Nombre:-----**Edad:**-----**Peso:**-----**Kg.**

Temperatura axilar:-----**C**

Preguntar: ¿Qué problemas tiene el niño/a?-----Primera consulta --
-Consulta de seguimiento-----

Evaluar: (marcar con un círculo todos los signos presentes)

<p>VERIFICAR SI HAY SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL</p> <p>¿Puede el niño/a beber o tomar el seno?</p> <p>¿Vomita el niño/a todo lo que ingiere?</p> <p>¿Tiene el niño/a convulsiones?</p> <p>Letárgico o inconsciente</p>	<p>CLASIFICAR</p> <p>¿Hay algún signo de peligro en general?</p> <p>Si----- No-----</p> <p>Recuerde utilizar los signos de peligro al efectuar la clasificación</p>
<p>¿TIENE EL NIÑO/A TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR?</p> <p>Si-----No----</p> <p>• ¿Cuánto tiempo hace?-----días Contar las respiraciones por minuto</p> <p>(---) respiraciones por minuto. ¿Respiración rápida?</p> <p>hay tiraje subcostal</p> <p>hay estridor</p> <p>hay sibilancia</p> <p>• Verificar si</p> <p>• Verificar si</p> <p>• Verificar si</p>	

<p>¿TIENE EL NIÑO/A DIARREA Si-----No----</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuánto tiempo hace?-----días <p>¿Hay sangre en las heces? Determinar el estado general del niño/niña</p> <p>¿el niño niña está? Letárgico o inconsciente?</p> <p>Inquieto o irritable? Determinar si tiene los ojos hundidos.</p> <p>Ofrecer líquidos al niño/niña. ¿El niño/niña: No puede beber o bebe mal?, Bebe ávidamente, con sed? Signos del pliegue cutáneo: “ La piel vuelve al estado anterior Muy lentamente (más de dos segundos)? Lentamente?.</p>	
<p>¿TIENE EL NIÑO/NIÑA FIEBRE? Si-----NO----- (Determinar por interrogatorio, si se nota al tocarlo o si Tiene una temperatura de 37.5C o más) Determinar si viene de Zona Malárica SI-----NO.....</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuánto tiempo hace?-----días 	

<p>Si hace más de 7 días, ¿ha tenido fiebre todos los días? determinar si tiene rigidez de nuca, cutánea máculo –papular, uno de los signos siguientes: enrojecidos.</p>	<p>Observar y palpar para Observar si tiene erupción No vesicular, generalizada y Tos, coriza u ojos</p>
<p>¿TIENE EL NIÑO/NIÑA UN PROBLEMA DE OÍDO? SI-----NO-----</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene dolor de oído? • ¿Tiene supuración de oído? <p>En caso afirmativo cuanto tiempo hace.....días. Determinar si hay supuración de oído</p> <p>determinar su hay. dolorosa al tacto detrás de la</p>	<p>Palpar para tumefacción oreja.</p>
<p>EN SEGUIDA, VERIFICAR SI PRESENTA DESNUTRICIÓN Y /O ANEMIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar si hay signos de emaciación visibles • Determinar si tiene palidez palma, Es palidez palmar intensa? ¿palidez palmar leve? • Verificar si hay edema en ambos pies. <p>Determinar el peso para la edad. MUY BAJO.....NO MUY BAJO.....</p>	

<p>EVALUAR EL DESARROLLO PSICOMOTOR</p> <p>EVALUAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de 1 o más e las condiciones del grupo de edad anterior <p>CLASIFICAR (RETRASO DEL DESARROLLO)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de 1 o más de las condiciones del grupo de edad actual <p>CLASIFICAR (POSIBLE RETRASO DEL DESARROLLO)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cumple las condiciones del grupo de edad actual y no hay factores de riesgo <p>CLASIFICAR (DESARROLLO NORMAL)</p>	
<p>MALTRATO (Evaluar si tiene al menos una de las siguiente condiciones)</p> <p>EVALUAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niño o niña expresa ser víctima de maltrato físico, emocional o abuso sexual. • Hay evidencia de lesión física sugestiva de maltrato • Hay lesiones en genitales o ano • Falta concordancia entre historia y lesión <p>CLASIFICAR MALTRATO</p> <p>EVALUAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • INADECUADO CUIDADO FISICO, DESNUTRISO • Comportamiento anormal del niño o niña 	

<ul style="list-style-type: none"> • Comportamiento anormal de padres o cuidadores • Existe denuncia o el niño o niña expresa ser víctima de negligencia • Ha existido tardanza en buscar ayuda de salud, sin razón válida • Existen circunstancias familiares de riesgo <p>CLASIFICAR SOSPECHA DE MALTRATO O FALLA EN LA CRIANZA</p> <p>EVALUAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • No hay signos compatibles con la posibilidad de maltrato o descuido • Buena higiene, cumple normas de salud, vitalidad o alegría presentes. <p>CLASIFICAR NO HAY</p> <p>SOSPECHA DE MALTRATO</p>	
<p>EVALUAR LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO/A SI TIENE PESO BAJO Y/O ANEMIA, Si tiene menos de 2 años.</p> <p>•Usted le da el seno al niño/a? SI.....NO....</p> <p>Si le da el seno. Cuántas veces en un periodo de 24 horas?----- veces. Le da seno durante la noche? SI NO.....</p> <p>•El niño ingiere algún otro tipo de alimento, o toma algún otro líquido? SI...No...</p> <p>si la respuesta es afirmativa. ¿Qué alimentos o líquidos?.....</p> <p>¿Cuántas veces al día?.....veces. ¿Qué usa para dar de comer al niño/a?.....</p> <p>El niño/a recibe su propia porción? ¿Quién le da de comer al niño/a y cómo?.....</p>	<p>Problemas de alimentación</p>

•Durante ésta enfermedad, ¿Hubo algún cambio en la alimentación del niño/a? SI NO..... Si lo hubo. ¿Cuál fue?	
EVALUAR OTROS PROBLEMAS:	

FUENTE: MANUAL DE AIEPI

**RECOMENDACIONES, REEVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL NIÑO/NIÑA DE 2
A 4 AÑOS. ⁽³⁴⁾**

PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD, Çsi no mejora	5 DÍAS
PALIDEZ	14 DÍAS
PESO MUY BAJO PARA EDAD.	30 DÍAS

CUANDO DEBE VOLVER DE INMEDIATO:

Indicar a la madre que vuelva de inmediato si el niño/a presenta cualquiera de los signos siguientes:

CUALQUIER NIÑO/A ENFERMO QUE:

- **NO PUEDE BEBER NI TOMAR EL PECHO**

<ul style="list-style-type: none"> • EMPEORA • CON FIEBRE
<p>SI EL NIÑO/A no tiene NEUMONÍA, TOS NI RESFRIADO, regresar si tiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respiración rápida • Dificultad para respirar
<p>SI EL NIÑO/A TIENE DIARREA, regresar si tiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SANGRE EN LAS HECES • DIFICULTAD PARA BEBER Y COMER.

RECOMENDAR A LA MADRE ACERCA DE SU PROPIA SALUD:

- Si tiene algún problema de las mamas (ingurgitación, pezones doloridos, infección de las mamas), administrarle tratamiento o referirlo a un servicio especializado.
- Recomendar que coma bien para mantenerse sana y fuerte.
- Determinar los antecedentes de la vacunación de la madre y, si es necesario, darle toxoide tetánico.
- Cerciorarse de que tenga acceso a: asesoramiento sobre la salud reproductiva; asesoramiento sobre DOC (detección oportuna de cáncer ginecológico), ETS y SIDA.
- Recuerde a la madre que merece una vida sana y feliz
- Si la madre está enferma, administrarle tratamiento o referirla
- Recuerde que la salud de la madre y el niño es responsabilidad de la familia.

(32) MSP, (Julio-2008): *Manual de normas para la Atención Integradas a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI)*, solo puede administrar el tratamiento del plan C por vía Oral, Quito

(33) MSP, (julio-2008): *Manual de normas para la Atención Integradas a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI)*, tratamiento intravenoso para la deshidratación grave, Quito

(34) MSP, (Julio-2008) *Manual de normas para la Atención Integradas a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI)*, Consultas de Reevaluación y Seguimiento, Quito

6. METODOLOGIA

La metodología que se llevó a cabo para la realización de este proyecto es de acción, “Capacitación del programa AIEPI del MSP a los Equipos de Salud y Estudiantes de Salud Comunitaria del Área de Salud No. 3”, utilizaremos métodos y técnicas participativos de reflexión, educación, aprendizaje continuo y permanente.

Se realizó reuniones de sensibilización y participación de los directivos, Equipos de Salud y Estudiantes de Salud Comunitaria del Área de Salud No. 3 y comunidad.

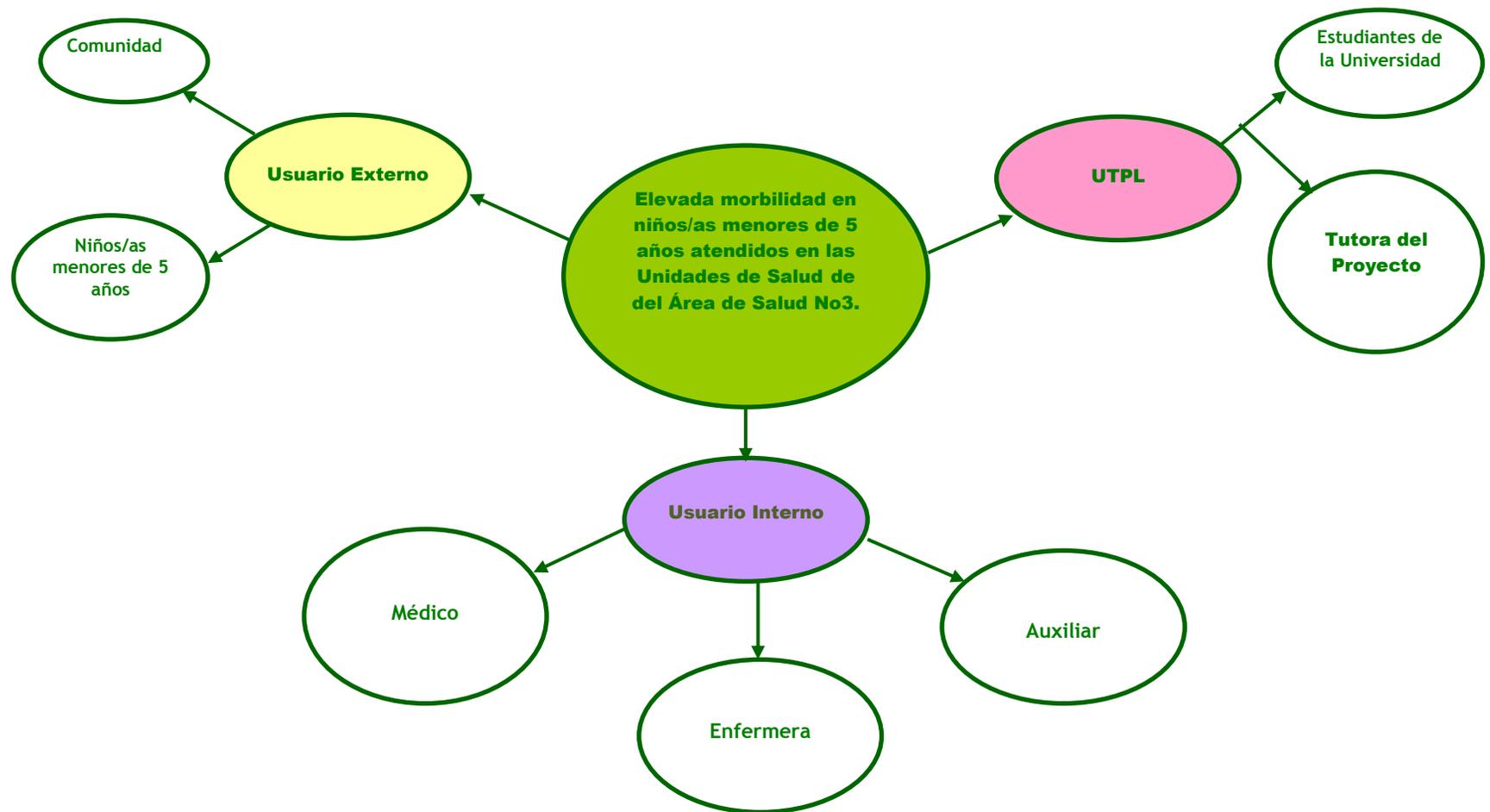
Se realizó talleres prácticos, educativos de capacitación con difusión en la capacitación, buscando un aprendizaje con cambios en la conducta y comportamientos, para mejorar la atención a cada uno de los pacientes y que esta siga el correcto protocolo, para lo cual utilizaremos recursos humanos, materiales didácticos y técnica de aprendizajes acordes a cada tema.

Se realizó la capacitación a los Equipos de Salud y Estudiantes de Salud Comunitaria del Área de Salud No. 3, acerca de la utilización correcta del cuadro básico de medicamentos del programa AIEPI, del MSP.

Se indicó a los Equipos de Salud y Estudiantes de Salud Comunitaria del Área de Salud No. 3, la importancia que tiene una adecuada distribución y organización del espacio físico en las unidades de salud, el mismo que servirá para dar una atención de calidad, en un ambiente confortable y de privacidad al usuario.

Se evaluó el aprendizaje de los Equipos de Salud y Estudiantes de Salud Comunitaria del Área de Salud No. 3 a través de la observación directa e indirecta, encuestas al usuario y el análisis de los indicadores.

6.1 MATRIZ DE ANÁLISIS DE LOS INVOLUCRADOS MAPA DE INVOLUCRADOS



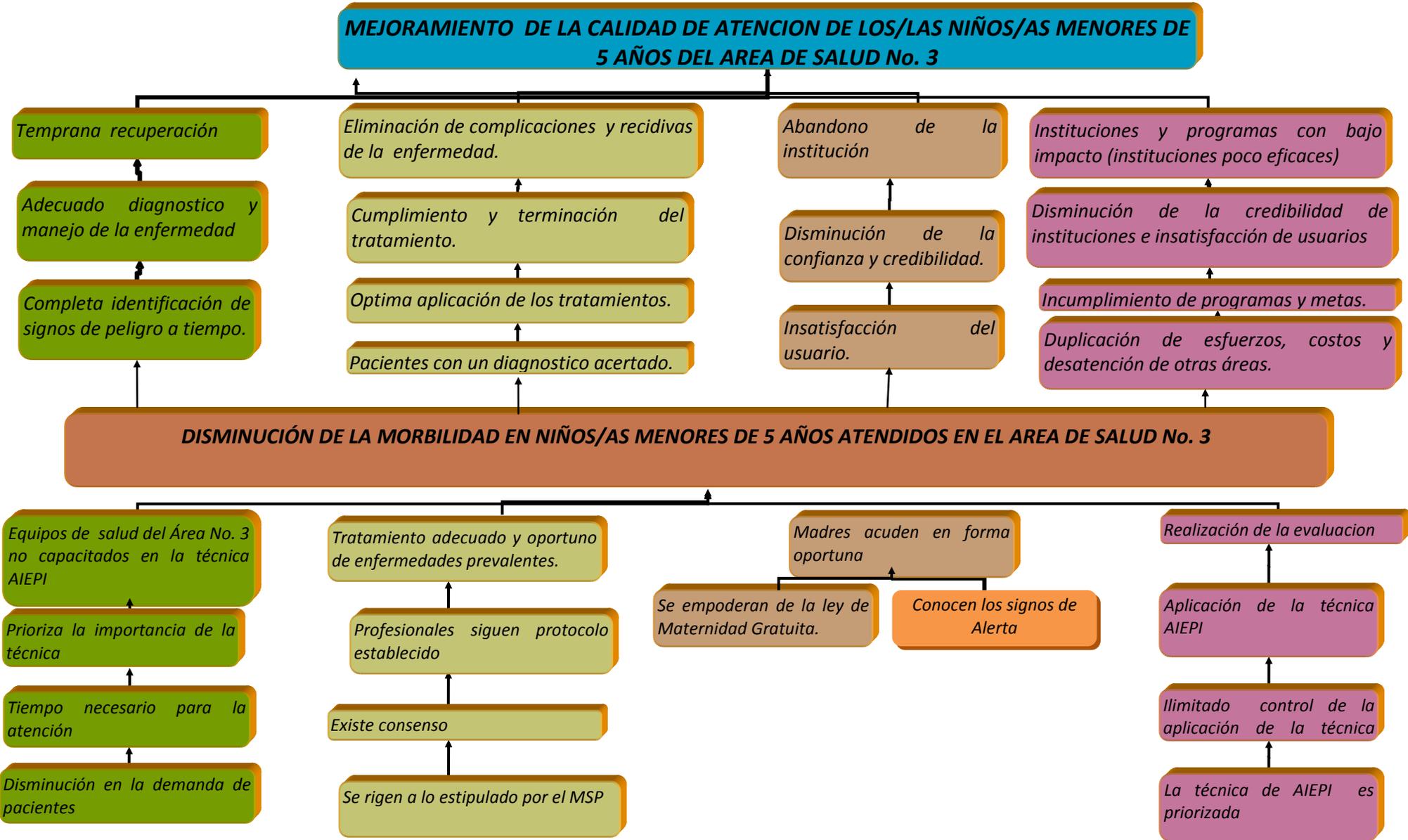
ANÁLISIS DE INVOLUCRADOS
MATRIZ DE ANÁLISIS DE INVOLUCRADOS

ACTORES INVOLUCRADOS	INTERÉS SOBRE LA PROBLEMÁTICA	PROBLEMAS PERCIBIDOS	RECURSOS MANDATOS Y CAPACIDADES	INTERÉS SOBRE EL PROYECTO
USUARIO INTERNO	Conocer la Técnica del Programa AIEPI del MSP	Elevada Morbilidad en niños menores de 5 años	Recurso humano capacitado. Constitución de la república. Según Ley de salud SECCION PRIMERA ART. 32, SECCION SEGUNDA, ART. 363 SECCION CUARTA ARTICULO 43, SECCION QUINTA 44 Y 46 Programa del AIEPI del MSP.	Alto interés por mejorar la atención de salud de los niños/as y reducir la elevada morbilidad. En base a la concientización de la problemática para los médicos
USUARIO EXTERNO	Mejorar la calidad de atención a los niños menores de 5 años.	<ul style="list-style-type: none"> - Poca confianza en la medicina científica. - No hay inserción en la sociedad actual. - Bajo nivel de escolaridad. 	Importancia de tener niños/as saludables.	Infantes de los usuarios menores de 5 años reciban tratamientos oportunos.
ESTUDIANTES DE MEDICINA UTPL	Conocer y aplicar la estrategia AIEPI	<ul style="list-style-type: none"> - Desconocimiento y poca importancia de aplicación de la estrategia con el fin de brindar tratamiento adecuado a los niños/as menores de 5 años del Área de Salud No3. 	Conocimiento de los Programas impartidos por el MSP.	Alto interés porque los niños/as reciban la atención primaria de salud adecuada, en base a un diagnóstico y tratamiento oportuno y protocolizado.

6.2 ÁRBOL DE PROBLEMAS



6.3 ÁRBOL DE OBJETIVOS



8.4 MATRIZ DEL MARCO LÓGICO.

RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p>FIN:</p> <p>1. Mejoramiento de la calidad de atención de los niños/as menores de 5 años del Área de Salud No. 3.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Hojas Clínicas. • Entrevistas a madres 	<ul style="list-style-type: none"> • Contar con la confianza de la comunidad para que los niños/as menores de 5 años acudan a los puestos de salud del Área No. 3 en busca de ayuda.
<p>PROPÓSITO:</p> <p>2. Disminución de la morbilidad en niños/as menores de 5 años atendidos en el Área de Salud No. 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de las atenciones de morbilidad en un 5% en los niños menores de 5 años en relación a los atendidos en el 2009, hasta diciembre del 2010. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas Clínicas. • Datos Estadísticos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los niños reciben una atención oportuna, eficiente y eficaz mediante la aplicación de un diagnóstico y tratamiento adecuados.

MATRIZ DEL MARCO LÓGICO.

RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p>COMPONENTES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipos de Salud y Estudiantes de Salud Comunitaria del Área de Salud No. 3 capacitados en técnicas de atención primaria. • Tratamiento adecuado, oportuno y protocolizado de enfermedades prevalentes en niños/as menores de 5 años. • Madres reconocen Signos de Alerta y acuden en forma oportuna. 	<ul style="list-style-type: none"> • El 100% de equipos de salud del Área No. 3 y Estudiantes de Salud Comunitaria capacitados en la técnica AIEPI del MSP en los componentes de Desnutrición y/o Anemia, Desarrollo, Maltrato y Alimentación, hasta noviembre del 2010. • El 70 % del equipo de salud del Área No.3 atiende de forma protocolizada a los niños menores de 5 años, hasta diciembre del 2010. • 70% de las Madres de familia conocen sobre los beneficios de la ley de maternidad gratuita. 	<ul style="list-style-type: none"> • Resultados de los talleres. • Lista de asistencia a los talleres de los equipos de salud del Área No. 3 de salud. • Fotos – Videos. • Hojas Clínicas • Observación directa e indirecta. • Fotos • Videos • Encuesta a madres 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipos de Salud y estudiante de Salud comunitaria interesados en la capacitación del programa de AIEPI del MSP para cubrir con la demanda de la comunidad. • Profesionales comprometidos con la aplicación correcta de medicamentos básicos enunciados en el programa del MSP. • Madres interesadas en que sus hijos reciban tratamiento oportuno.

RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p>COMPONENTES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conformación de un comité de seguimiento para la aplicación de la técnica AIEPI. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comité de evaluación conformado en un 100% 	<ul style="list-style-type: none"> • Comité de vigilancia • Elaboración de sistemas de evaluación 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoridades y Personal apoyan el proyecto

MATRIZ DEL MARCO LÓGICO.

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	RECURSOS
<p>1. Capacitación al Personal de salud y Estudiantes de salud Comunitaria del Área de Salud No3 en técnicas de atención primaria:</p> <p>1.1. Realizar talleres dirigidos al Personal de Salud y Estudiantes de salud comunitaria del Área de Salud No3, para la aplicación del AIEPI, en niños desde 1 año 1 día hasta 5 años.</p> <p>1.2. Presentación de un video relacionado con el tema.</p> <p>1.3. Desarrollo de ejercicios-prácticos</p> <p>1.4. Evaluación teórico-práctica</p> <p>1.5. Acompañamiento a visitas domiciliarias para promover el uso de a técnica.</p> <p>1.6. Realización de Jornada Medica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Directora del proyecto • Autora del proyecto 	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta el 31 de Octubre de 2010 	<ul style="list-style-type: none"> • Ejemplares del proyecto AIEPI. • Medicinas e insumos básicos. • Computadora. • Data Show. • Carpetas, hojas de papel, lápices. • Televisión. • Película-DVD.

MATRIZ DEL MARCO LÓGICO.

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	RECURSOS
<p>2. Tratamiento adecuado, oportuno y protocolizado de enfermedades prevalentes de la infancia:</p> <p>2.1 Taller para la aplicación de la nueva historia clínica para menores de 9 años</p> <p>2.2 Entrega de los materiales necesarios para la aplicación de la técnica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Módulos • Álbum de Fotografías • Cuaderno de Ejercicios • Manual de Capacitación • Cuadro de Procedimientos • Formato de Nueva Historia Clínica • Reproducción y entrega de videos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Directora de proyecto • Autora del proyecto 	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta el 20 de Diciembre del 2010 • Hasta el 20 de Diciembre del 2010 • Hasta el 20 de Diciembre del 2010 	<ul style="list-style-type: none"> • Compendios en tarjetas del programa básico de medicinas para el diagnóstico y tratamiento, basados en la técnica AIEPI. • Nuevo formato de la historia clínica • Reproducción de Historias Clínicas • Infocus • Videos • Material Bibliográfico

MATRIZ DEL MARCO LÓGICO.

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	RECURSOS
<p>3. Madres reconocen signos de alerta y acuden de forma oportuna.</p> <p>3.1 Difusión de la Ley de Maternidad Gratuita.</p> <p>3.2 Capacitación a las madres sobre detección temprana de signos de alarma.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Directora del proyecto • Autora del proyecto 	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta el 15 de Enero de 2011. • Hasta el 15 de enero de 2011 • Hasta el 15 de Enero de 2011 	<ul style="list-style-type: none"> • Salón para reuniones. • Hojas para solicitud. • Reproductor de DVD • Proyector • Infocus • Videos

MATRIZ DEL MARCO LÓGICO.

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	RECURSOS
<p>4. Conformación de un comité de vigilancia para la técnica AIEPI</p> <p>4.1 Designación de Miembros integrantes del Comité de Vigilancia</p> <p>4.2 Elaboración de un sistema de evaluación</p> <p>4.3 Informe de la primera evaluación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Directora del proyecto • Autora del proyecto 	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta el 30 de Marzo de 2011 • Hasta el 30 de Abril de 2011 • Hasta el 30 de Abril de 2011 • Hasta el 30 de Mayo de 2011 	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas para solicitud • Salón para reuniones

7. RESULTADOS

RESULTADO 1

“Equipos de Salud y Estudiantes de Salud Comunitaria del Área de Salud No. 3 capacitados en técnicas de atención primaria”.

Con la finalidad de dar cumplimiento a este resultado se realizaron las siguientes actividades:

- 1.1. ***Se realizaron talleres dirigidos al Personal de Salud y Estudiantes de Salud Comunitaria del Área de Salud No3, para la aplicación del AIEPI, en niños desde 1 año 1 día hasta 5 años.***

Se realizaron dos talleres dirigidos al Personal de Salud y Estudiantes de Salud Comunitaria del Área de Salud No3, en cada uno de ellos se analizaron los componentes IRA, EDA, FIEBRE Y PROBLEMAS DE OIDO.

El primer taller fue dirigido a todo el Personal de Salud (médicos y enfermeras) de cada Unidad Operativa que conforma el Área de Salud No3., con la finalidad de capacitar a los profesionales de la salud ya que son las personas que en primer lugar estarán en contacto con los pacientes y son ellos quienes aplicaran la técnica durante su consulta, por tal motivo he considerado de gran importancia este taller como todos los demás con el objetivo de que todos los profesionales de la salud que conforman el Área de Salud No3, apliquen esta técnica de una forma correcta. El presente taller se dictó con el siguiente cronograma:

EVENTO	FECHA	HORARIO	LUGAR
Taller: <i>CAPACITACION Y FORTALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA AIEPI EN LOS PARAMETROS: IRA, EDA, FIEBRE Y PROBLEMAS DE OIDO</i>	Jueves, 11 de Octubre del 2010	08:00 am – 16:00 pm	Sala de Conferencias del Área de Salud No. 3

El 11 de Octubre del 2010 se elaboró un oficio dirigido al Coordinador del Proceso de Normatización Dr. Segundo Calle, solicitando se autorice dar este taller y a su vez se designe la fecha en la que se lo podía impartir, el cual tuvo la acogida favorable; por lo que se hizo llegar la invitación a cada uno de los integrantes de los centros de salud que conforman el Área 3. Así mismo se envió un oficio dirigido a la Dirección Provincial de Salud solicitando se designe un capacitador del Ministerio de Salud pública que tenga la experiencia y formación previa necesaria para que imparta sus conocimientos en el tema a dictarse.

De igual manera se envió un oficio para que el Ministerio de Salud colabore proporcionando el material necesario para el desarrollo del taller, con manuales de capacitación, cuaderno de ejercicios, álbum de fotografías, cuadros de procedimientos y formularios de registro para la atención del niño/a de dos meses a cinco años de edad actuales y los que se han venido utilizando para el desarrollo de esta técnica.

En la ciudad de Loja se realizó dicho evento el día 11 de Octubre del 2010, con una duración de 8 horas, el horario del curso fue de 8h00 a 16h00; el material para la capacitación fue entregado a cada participante previa firma de su asistencia durante su ingreso.

El contenido del curso dictado se basó en la revisión completa del Manual de normas para el manejo adecuado de la estrategia AIEPI, la modalidad del mismo fue realizar conferencias junto con ejercicios y ejemplos prácticos por las mañanas, así como también talleres y socialización de casos clínicos prácticos por las tardes en base a los temas revisados previamente en la jornada matutina.

DESARROLLO DEL TALLER

El taller se lo realizó con varios actores pertenecientes al Área de Salud No3.: médicos especialistas, médicos generales, odontólogos, enfermeras y auxiliares de enfermería que conforman las 9 unidades operativas del área. La presencia de la Dra. Noemi Armijos, Jefe del Área de Salud No 3, así como también el apoyo de la Dra. María del Carmen Piedra dieron mayor realce al desarrollo de este evento.

- 1. Fecha de realización del taller:** 11 de Octubre de 2010
- 2. Horario de trabajo:** 8H00 a 16H00
- 3. Participantes:**
 - 3.1 INVITADOS: 53 personas
 - 3.2 ASISTENTES: 44 personas
- 4. Objetivo General**

4.1 Promover el adecuado manejo de la estrategia AIEPI en todo el personal que labora en las diferentes unidades del Área de Salud No. 3

5. Objetivos Específicos

5.1 Dar a conocer los parámetros que incluye la estrategia y reconocer los signos y síntomas que se deben tomar en cuenta para clasificar a un niño/niña en los diferentes niveles de salud que ofrece la estrategia.

5.2 Reconocer los signos de alarma de forma oportuna y manejarlos de forma adecuada.

5.3 Socializar los medicamentos que incluye la técnica, esquemas de tratamiento y qué se debe tomar en cuenta para programar la consulta subsecuente.

5.4 Plantear acciones conjuntas (compromisos) para mejorar la calidad de vida de los Habitantes que conforman el Área de Salud No3.

6. Agenda de trabajo:

6.1 Saludo de bienvenida a los participantes por el jefe del área

6.2 Presentación de la agenda y objetivos

6.3 Presentación de los participantes

6.4 Introducción y datos informativos de la estrategia AIEPI

6.5 Conferencia sobre *Infecciones Respiratorias altas, clasificación y tratamiento*

6.6 Ejercicios/ preguntas

6.7 Conferencia sobre *Enfermedad Diarreica Aguda, clasificación y tratamiento*

6.8 Ejercicios/ Preguntas

6.9 Conferencia sobre *fiebre, clasificación y tratamiento*

6.10 Ejercicios/ preguntas

6.11 *Conferencia sobre Problemas de oído, clasificación y tratamiento*

6.12 Ejercicios /preguntas

6.13 Identificación y análisis de factores que dificultan el manejo de la técnica

6.14 Desarrollo de casos clínicos prácticos propuesto por el manual de ejercicios en grupos de trabajo

6.15 Compromisos

6.16 Clausura

7. Desarrollo de la Agenda:

Arribamos al Área de Salud No. 3 a las 8 a.m. del día 11 de Octubre del 2010 como estaba previsto para dictar el taller sobre la estrategia AIEPI, fuimos cordialmente recibidas por la Directora del Área Dra. Noemi Armijos.

Luego del Saludo de bienvenida a los participantes, de la presentación de la agenda y objetivos y de la presentación de los participantes. Posteriormente intervino la Dra. N. Izquierdo, excelente profesional designada por la Dirección Provincial de Salud para dictar las siguientes conferencias, ya que ella ha sido previamente capacitada en los últimos adelantos de la técnica, su objetivo era hacerles conocer los parámetros que incluye la estrategia de una forma adecuada a los presentes y el beneficio que implica su aplicación, para ello les indico los conceptos de:

- Que es la estrategia AIEPI:

Se procedió a dar el concepto y una breve introducción de la estrategia. En este tema se hizo hincapié que la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) es considerada en la actualidad la principal intervención disponible para mejorar las condiciones de salud de los niños y niñas menores de cinco años en nuestro país; además de representar un instrumento útil para la detección precoz y tratamiento efectivo de las principales enfermedades que afectan la salud de los menores de 5 años, contribuye a mejorar los conocimientos y las practicas de las familias para la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud

Posteriormente se indicaron cuatro de los parámetros que incluyen la estrategia y los objetivos que busca cumplir. Igualmente se hizo mayor énfasis en el propósito de la atención ya que los profesionales de la salud deben estar en la capacidad de evaluar al niño/niña, clasificar la enfermedad, determinar el tratamiento, recomendar a la madre o al acompañante, proporcionar atención de reevaluación y seguimiento. De esta forma, su aplicación en los servicios de salud y en la comunidad puede producir un importante impacto en términos de la reducción del número de muertes, la disminución del número y gravedad de enfermedades así como mejorar las condiciones nutricionales y de desarrollo de los menores de cinco años.

Luego se enseñó a los asistentes como evaluar y clasificar las enfermedades prevalentes en los niños menores de 5 años indicándoles que es muy importante preguntar el problema que tiene el niño/niña y más importante aun saber observar y

reconocer los signos de peligro en general para esto igualmente se les dio una conferencia sobre este tema.

- Luego se dictó la Conferencia sobre la evaluación de la tos o dificultad respiratoria (IRA)

Se inicio con conceptos básicos de infecciones respiratorias, en que parte del aparato respiratorio pueden afectar, cuales son los agentes causales, si existe o no hipoxia y se realizo mayor énfasis en como reconocer una respiración rápida, estridor, sibilancias y/o tiraje subcostal. En la conferencia se incluyó la explicación de estos signos y la importancia de hacer entender a los pacientes lo necesario de dar datos certeros acerca de las características de los síntomas y signos, además se proyectó un video en el que incluía ejercicios prácticos, con casos clínicos especialmente, para reconocer estos signos, primero indicando como reconocerlos y luego poniendo ejemplos similares para que los asistentes los reconozcan y participen con sus respuestas, estos ejercicios los desarrollaron durante todo el transcurso de la conferencia; además se enseñó como clasificar las infecciones respiratorias tomando en cuenta los signos que la técnica incluye para hacerlo, y se indico a todos los asistentes que significa cada nivel de clasificación haciéndoles caer en cuenta que el nivel de clasificación que la técnica designa con el color rosado en el que más tenemos que poner nuestra atención y preocupación, siguiéndole el amarillo y finalmente el verde. Finalmente se les indicó el tratamiento que la técnica recomienda de acuerdo al nivel de clasificación y los medicamentos que éste incluye, además de los parámetros que se deben tomar en cuenta para programar una consulta subsecuente.

- Ejercicios/ preguntas:

Luego de la conferencia se les pidió a los asistentes que desarrollen un caso clínico incluido en el cuaderno de ejercicios con la finalidad de reforzar el conocimiento impartido y principalmente para que practiquen como se llenan de una forma correcta el formulario de registro para la atención del niño/a de dos meses a cinco años de edad; luego de realizar el presente ejercicio surgieron algunas dudas las cuales fueron resueltas por la conferencista de forma oportuna y eficaz.

- Para tomar un receso se dio un descanso a los asistentes brindándoles un refrigerio con la finalidad de lograr su óptima atención para las conferencias posteriores. Una vez que ingresaron los asistentes se siguió con el desarrollo de la agenda propuesta con la siguiente conferencia.

- Conferencia sobre *ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA*

Se empezó la conferencia con el concepto de diarrea y sus características, a que edad son comunes, el tiempo que pueden durar, si existe sangre en las heces y cuando debemos alarmarnos frente a un caso de diarrea aguda, además las consecuencias que trae que son básicamente deshidratación y desnutrición. Posteriormente se siguió con el tema de cómo evaluarlo y las preguntas que debemos hacer y principalmente qué es lo que debemos observar. Se puso mayor interés en enseñar a los asistentes cuáles son los principales signos de alarma en los niños que presentan enfermedad diarreica aguda, este punto es uno de los más importantes de la conferencia debido a que si tienen claro estas características los médicos o profesional de la salud se les facilitará reconocer de forma oportuna alguna alteración o algún grado de deshidratación, se enseñó como clasificar la diarrea y en especial como clasificar la deshidratación en los niños menores de cinco años que son tres niveles de deshidratación que propone la técnica así como también se les indicó cuáles signos se debe tomar en cuenta para hacerlo. Luego definimos que significa cada nivel de clasificación y en cuales se debe poner mayor énfasis para tener un actuar oportuno. El video proyectado incluye de igual manera casos clínicos prácticos sobre enfermedad diarreica aguda que demuestran los niveles de deshidratación, con la finalidad de hacer interactuar de forma constante a los participantes. Finalmente se indicó cual era el tratamiento indicado para cada nivel tanto de diarrea como de deshidratación y qué aspectos se debe tomar en cuenta para programar una consulta subsecuente.

- Ejercicios/ Preguntas

Una vez terminada la conferencia sobre EDA se les pidió a los asistentes realizar grupos para que desarrollen un caso clínico sobre el tema, incluido en el cuaderno de ejercicios para fortalecer los conocimientos impartido y para que practiquen el llenado del formulario de registro para la atención del niño/a de dos meses a cinco años de edad; luego de realizar el presente ejercicio surgieron algunas dudas las cuales fueron contestadas oportunamente por la conferencista.

- Conferencia sobre FIEBRE

En esta conferencia se dio especial realce a que los profesionales reconozcan que un niño/niña con fiebre puede tener malaria, enfermedad eruptiva (sarampión), simplemente un resfriado, tos u otra infección viral. Por ello la conferencista indico que ante un paciente menor de 5 años es importante preguntar si es que el mismo a estado en una zona malarica y las características o signos y síntomas que acompañan a la alza térmica, para ello es importante que el profesional en salud observe y evalúe la fiebre y sus signos y síntomas acompañantes. Además se dio a conocer la clasificación de la fiebre según la técnica AIEPI y el tratamiento para cada una de esta clasificación. Igualmente se incluyó durante la conferencia un video interactivo que incluyó ejemplos prácticos sobre el tema.

- Ejercicios/ preguntas

Luego de la conferencia, como en las demás conferencias, se les pidió a los asistentes que desarrollen un caso clínico incluido en el cuaderno de ejercicios para reforzar el conocimiento impartido y para que practiquen el llenado del formulario de registro para la atención del niño/a de dos meses a cinco años de edad; luego de realizar el presente ejercicio se abrió el foro de preguntas, pero surgieron preguntas al respecto.

- Luego de esta mañana de trabajo, para tomar un receso se dio un descanso a los asistentes brindándoles almuerzo con la finalidad de lograr su óptima atención para las conferencias posteriores. Una vez que ingresaron los asistentes se siguió con el desarrollo de la agenda propuesta con la siguiente conferencia.

- Conferencia sobre PROBLEMAS DE OIDO

Se inició con una breve introducción, inmediatamente se continuó con la explicación de cual es el cuadro clínico de un niño que presenta problemas de oído, para ello, como en todas las enfermedades, se hizo énfasis en el desarrollo de una buena historia clínica y en un examen físico detallado, para poder confirmar o descartar dichos problemas. Luego se procedió a dar la clasificación y el tratamiento para los problemas de oído que afectan a los niños menores de cinco años. Para terminar proyectando un video interactivo que incluyó ejemplos prácticos sobre el tema.

- Ejercicios /preguntas

Luego de la conferencia sobre Problemas de Oído, se les pidió a los asistentes que desarrollen un caso clínico incluido en el cuaderno de ejercicios con la fin de reforzar el conocimiento impartido y principalmente para que practiquen como se llenan de una forma correcta el formulario de registro para la atención del niño/a de dos meses a cinco años de edad; luego de realizar el presente ejercicio surgieron algunas dudas las cuales fueron resueltas por la conferencista de forma oportuna y eficaz.

7. Compromisos:

- Aplicar de forma correcta la estrategia en cada consulta en la que asistan niños menores de 5 años, así como también dar información a sus padres durante la atención con la finalidad de disponer de los recursos que por su aplicación reconoce la ley de maternidad gratuita.
- Aplicar la técnica en actividades extramurales como jornadas de atención medica, visitas domiciliarias y actividades con la comunidad.
- Dar a conocer información básica de la estrategia durante las visitas domiciliarias que desarrollará el equipo de salud en el control infantil, a los padres de familia o cuidadores/ras de los niños menores de 5 años con la finalidad que puedan conocer los signos de alarma.

8. Clausura

Se agradeció la presencia de todos los presentes y todos nos agradecieron por haberles brindado este taller que les ha servido mucho.



50 fueron los profesionales de salud que estuvieron invitados a la realización de los talleres, de los cuales asistieron aproximadamente el 96%, 48 personas, mientras que solamente 2 personas faltaron a los talleres dictados. Teniendo una acogimiento favorable hacia los talleres dictados.

ANEXO 1

El segundo taller fue dirigido a los Estudiantes de Salud Comunitaria del Área de Salud No3, con la finalidad de reforzar sus conocimientos ya que no conocen la técnica, mediante conferencias en cada Unidad Operativa que cuentan con alumnos de Salud Comunitaria. Se visitó cada unidad operativa con el siguiente cronograma:

EVENTO	FECHA	HORARIO	LUGAR
Taller: <i>CAPACITACION Y FORTALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA AIEPI EN LOS PARAMETROS DE: IRA, EDA, PROBLEMAS DE OIDO Y FIEBRE.</i>	Lunes 18 y Martes 19 de Octubre del 2010	08:00 am – 12:00 pm	Sala de Espera de cada unidad operativa del Área de Salud No. 3 que cuenta con estudiantes de Salud Comunitaria

UNIDAD OPERATIVA	FECHA Y HORA EN QUE SE DICTO EL TALLER
S.C.S. SAN CAYETANO	Lunes, 18 de Octubre del 2010 de 08:00 a 10:00 am.

S.C.S. CONZACOLA	Lunes, 18 de Octubre del 2010 de 13:00 a 12:30 pm.
S.C.S.BELEN	Martes, 19 de Octubre del 2010 de 08:00 a 10:00 am
Centro DE SALUD No. 3	Martes, 19 de Octubre del 2010 de 10:30 a 12:30 pm.

En cada unidad operativa se realizó dicho evento los días 18 y 19 de Octubre del 2010, con una duración de 2 horas en cada subcentro, el horario del taller fue de 8h00 a 10h00 y de 10:30 a 12:30; cada participante nos facilito su nombre, No. de cedula y su firma para constatar su asistencia.

En el taller participaron los estudiantes de Salud Comunitaria de los cuatro subcentros, capacitándose en un total de 42 estudiantes

El contenido del curso dictado se basó en la revisión completa del Manual de normas para el manejo adecuado de la estrategia AIEPI, la modalidad del mismo fue realizar conferencias junto con ejercicios y ejemplos prácticos, así como también socialización de un caso clínico, posteriormente se resolvieron algunas dudas por parte de los estudiantes.

MEMORIAS DEL TALLER

El taller se lo realizó con todos los estudiantes de la Universidad Técnica Particular de Loja que realizan salud comunitaria en las unidades operativas pertenecientes al Área de Salud No3.

1. **Fecha de realización del taller:** Lunes 18 y Martes 19 de Octubre del 2010.
2. **Participantes:** 42 estudiantes
3. **Horario de trabajo:** 8H00 am a 10H00 am y 13H00 am a 12H30 pm
4. **Objetivos:**
 - a. Impartir a todos los estudiantes que realizan salud comunitaria toda la información para la aplicación adecuada de la técnica.
 - b. Dar a conocer algunos de los parámetros que incluye la estrategia (IRA, EDA, FIEBRE Y PROBLEMAS DE OIDO).
 - c. Reconocer los signos y síntomas que se deben tomar en cuenta para clasificar a un niño/niña en los diferentes niveles de salud

que ofrece la estrategia, signos de alarma y medicamentos que incluye la técnica.

- d. Plantear acciones conjuntas (compromisos) para que como estudiantes mejoren la calidad de vida de los Habitantes que conforman el Área de Salud No3.

5. Agenda de trabajo:

- a. Saludo de bienvenida a los participantes por el director del centro de salud.
- b. Presentación de la agenda y objetivos
- c. Presentación de los participantes a dictar la conferencia
- d. Introducción y datos informativos de la estrategia AIEPI
- e. Conferencias sobre los diferentes parámetros que incluye la estrategia
- f. Socializar y aclarar dudas acerca de la estrategia AIEPI
- g. Compromisos
- h. Clausura

6. Desarrollo de la Agenda:

El día Lunes 18 y Martes 19 de Octubre del 2010 llegamos a cada unidad operativa que cuenta con estudiantes de salud comunitaria a las 8:00 a.m. y 10:30 a.m. del día; respectivamente, dependiendo de la ubicación del subcentro de acuerdo a la agenda propuesta anteriormente como estaba previsto, para dictar el taller sobre la estrategia AIEPI, fui cordialmente recibida por cada uno de los Directores de la unidad operativa correspondiente.

Luego del saludo de bienvenida a los participantes y presentación de la conferencista por parte del director de cada subcentro de salud, se procedió a impartir la conferencia. Que incluye conceptos de:

- Que es la estrategia AIEPI: Se procedió a dar el concepto y una breve introducción de la estrategia. Así como también que sería de gran importancia que los estudiantes como médicos en formación que son, la apliquen desde un principio a lo largo de su formación.
- Luego se dictó la Conferencias sobre:

- *INFECCIONES RESPIRATORIAS ALTAS, clasificación y tratamiento.*
- *ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA, clasificación y tratamiento.*
- *FIEBRE, clasificación y tratamiento*
- *PROBLEMAS DE OIDO, clasificación y tratamiento*

El contenido de las conferencias es similar a las realizadas para los profesionales de salud por lo que su contenido se omite.

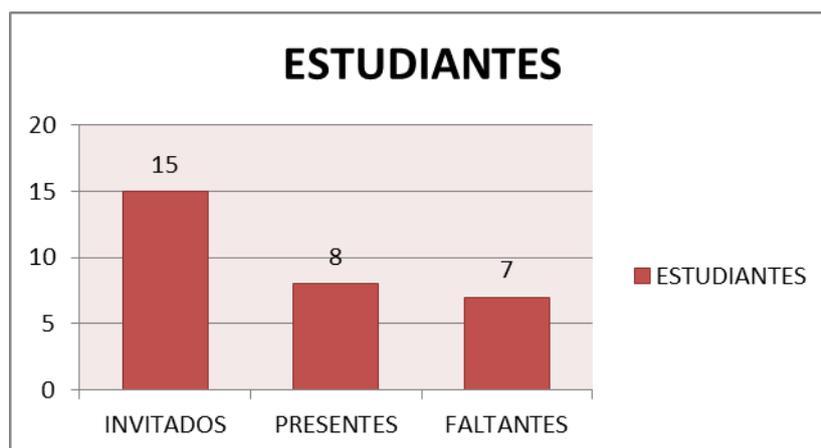
Luego de las conferencias sobre los cuatro parámetros de la estrategia se les pidió a los estudiantes que desarrollen un caso clínico incluido en el cuaderno de ejercicios con la finalidad de reforzar el conocimiento impartido y principalmente para que practiquen como se llena de una forma correcta el formulario de registro para la atención del niño/a de dos meses a cinco años de edad; luego de realizar el presente ejercicio surgieron algunas dudas las cuales fueron resueltas de forma oportuna y eficaz.

7. Compromisos:

- Coordinar actividades junto con los directores de cada unidad operativa que incluyan a los estudiantes de salud comunitaria, entre la comunidad y las unidades de salud en lo que a aplicación de la técnica se refiere.
- Dar a conocer información básica de la estrategia durante las visitas domiciliarias que desarrollaran los estudiantes de salud comunitaria junto con el equipo de salud en el control infantil, a los padres de familia o cuidadores/ras de los niños menores de 5 años.
- Aplicar de forma correcta la estrategia en cada paciente en que la apliquen, así como también dar información a sus padres durante la atención.

8. Clausura

Se agradeció la presencia de todos los presentes que sin duda será de gran ayuda para su formación.



Los estudiantes que fueron invitados a las charlas acerca de la CAPACITACION Y FORTALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA AIEPI EN LOS PARAMETROS DE: IRA, EDA, PROBLEMAS DE OIDO Y FIEBRE, asistieron de manera desproporcional, en un 53.3% es decir 8 estudiantes exactamente, y los demás no asistieron debido a situaciones académicas que no permitieron un cumplimiento del horario establecido con anterioridad.

ANEXO 2

1.2. Presentación de un video relacionado con el tema.

Con la finalidad de dar cumplimiento a este resultado se proyectaron los videos para el curso de la OMS/UNICEF sobre Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia en niños de 2 meses hasta 5 años de edad, tanto a Equipos de Salud como a Estudiantes de Salud Comunitaria del Área de Salud No. 3 durante el desarrollo de todas las conferencias; este video es muy importante ya que incluye ejemplos sobre la interacción médico – paciente, así como también demuestra los signos de alerta mediante casos prácticos que se pueden dar a diario en la consulta de un médico. Esta forma de impartir conocimientos se ha comprobado que es una de las formas más efectivas ya que utiliza como medio la visualización considerada la puerta de entrada por la que la información ingresa con más facilidad y se retiene por mayor tiempo.

Los videos proyectados incluyen una demostración visual de cómo se mide cada uno de los parámetros y de esta manera nos permite realizar la clasificación de cada patología, además incluye un proceso de autoevaluación en el momento de la proyección lo que hace interactivo el proceso evitando la pérdida de interés en el tema.

1.3. Desarrollo de ejercicios-prácticos

La estrategia cuenta con un Manual de Ejercicios que permite desarrollar habilidades para conocer los pasos de la técnica, así como también incluye un Manual de Cuadros de Procedimientos para afianzar los conocimientos impartidos. Con este material previamente facilitado a cada uno de los integrantes del taller se realizaron trabajos grupales, posteriormente se realizó la socialización de casos prácticos incluidos en el manual de ejercicios entre los integrantes de cada grupo y entre todos los equipos de trabajo, con la finalidad de aclarar todas las dudas existentes en cada grupo y principalmente de obtener una conclusión global sobre el desarrollo del caso en la que todos estén de acuerdo enmarcado en el desarrollo de la estrategia.

El desarrollo del Ejercicio consistía en el análisis de casos clínicos, determinar la patología, clasificarla y determinar el tratamiento de acuerdo a lo clasificado.

1.4. *Evaluación teórico-práctica*

La evaluación teórico-práctica se encuentra incluida en los videos proyectados a lo largo del desarrollo del taller, esta evaluación teórico-práctica incluye un sistema de evaluación en el que se motiva a los participantes a captar la atención ya que se los evalúa en ese momento, para determinar su correcta evaluación con desarrollo de habilidades adquiridas durante el desarrollo del taller, además como una evaluación adicional se seleccionaron casos del Manual de Ejercicios y se reunió a los estudiantes que realizan Salud Comunitaria para evaluar conocimientos habiendo previamente impartido la charla.

ANEXO 3

1.5. *Acompañamiento a visitas domiciliarias para promover el uso de la técnica.*

Con la finalidad de motivar el uso de la técnica especialmente en los estudiantes, se colaboro con las visitas domiciliarias junto con los estudiantes que realizan Salud Comunitaria a la visita a la Comunidad, además se asistió a la Jornada de Atención Medica que incluyó las

especialidades de ginecología, pediatría y odontología, realizada el 9 de Noviembre en Yanacocha. En esta jornada de Atención Médica a todos los niños se les levantó historia clínica acorde a lo aplicado en la técnica AIEPI. A los niños que ya contaban con una historia clínica se les anexo a la historia clínica existente el formato de la técnica, o se las abrió una historia clínica con el nuevo formato.

ANEXO 4

1.6 JORNADA MEDICA

INFORME DE JORNADA MÉDICA

ANTECEDENTES:

El Equipo de Salud de San Cayetano junto con los estudiantes de salud comunitaria programaron realizar una Jornada Médica en Yanacocha, con la finalidad de brindar atención a la población ubicada a mayor distancia de la Unidad Operativa. Se utilizaron como estrategias de convocatoria:

- Visita y oficio al Cura Párroco para difusión de la actividad durante la homilía.
- Mensajes a las madres a través de hojas volantes entregados a los/as alumnos de la Escuela Modesto Vallejo.

DESARROLLO:

Con el apoyo del Área se contó con la colaboración de las Doctoras: Soraya Mendoza, Patricia Quezada y Carolina Gómez. Al inicio de la jornada no hubo mucha acogida, por lo que se decidió realizar visitas con los estudiantes para promover la actividad. Se atendieron los siguientes pacientes:

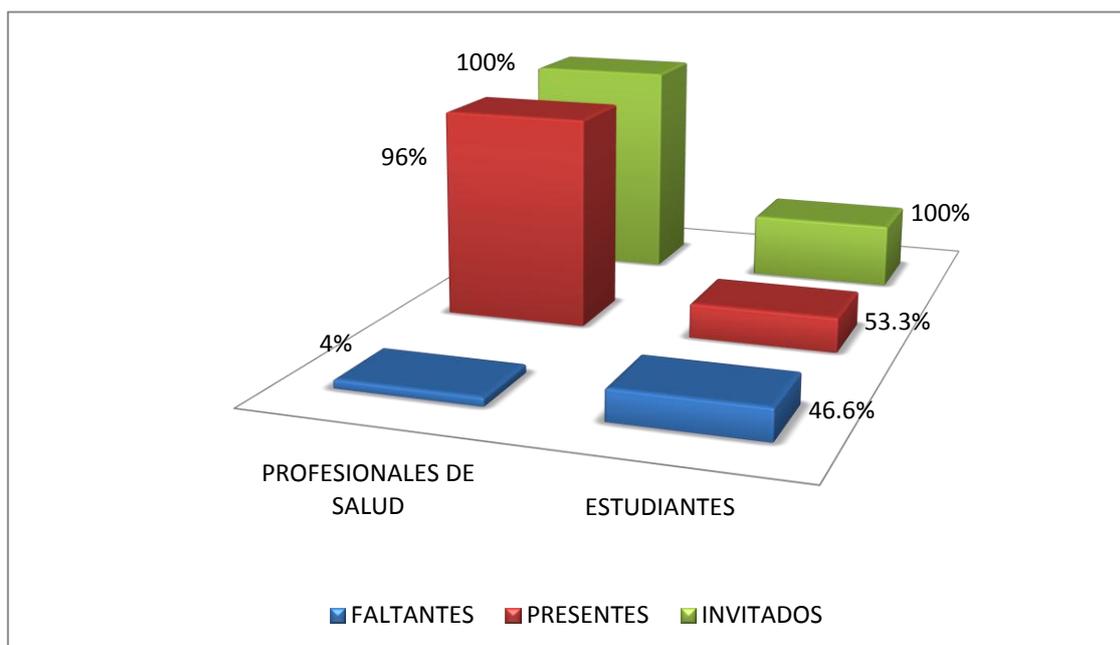
ESPECIALIDAD	PACIENTES ATENDIDOS
Pediatría	19
Ginecología	4
Medicina General	9
Inmunizaciones	10
Odontología	9
TOTAL	51

Además a todos los niños durante su consulta en pediatría se les levantó historia clínica con el nuevo formato acorde a lo aplicado en la técnica AIEPI.

CONCLUSIONES:

1. La realización de actividades extramurales nos permite conocer la realidad en que vive nuestra población y determinar sus requerimientos.
2. Es necesario realizar mayor promoción de las actividades y en lo posible ejecutarlas durante el fin de semana, ya que la mayor parte de pobladores del sector sacan sus productos y trabajan en días ordinarios por lo que no se los encuentra en sus casas.

ANALISIS DEL RESULTADO 1



Indicador Propuesto: El 100% del equipo de salud del Area No. 3 y estudiantes de salud comunitaria, capacitados en la técnica AIEPI del MSP en los componentes de: IRA, EDA, PROBLEMAS DE OIDO Y FIEBRE.

Indicador Alcanzado: El 96% de los equipos de salud que labora en las diferentes casas de salud del Area No. 3 y el 43.3% de los estudiantes que realizan medicina comunitaria, han sido capacitados acerca de la técnica AIEPI en los componentes de: IRA, EDA, PROBLEMAS DE OIDO Y FIEBRE, quedando un mínimo porcentaje sin capacitación por diversas razones. Siendo de gran importancia que los profesionales en salud y los profesionales en formación concordaron en que las capacitaciones constantes acerca de las técnicas que el MSP utiliza para la atención en las diferentes casas de salud, son la única forma de que las personas que trabajan en medicina, tengan una formación adecuada, puedan comprender la técnica, y a su vez puedan realizar un llenado correcto de los formatos de las mismas, con el único propósito de brindar una atención de calidad a todos los niños menores de 5 años.

Resultado 2:

“Tratamiento adecuado, oportuno y protocolizado de enfermedades prevalentes de la infancia”.

Con la finalidad de dar cumplimiento a este resultado se realizaron las siguientes actividades:

2.1 Taller para la aplicación de la nueva historia clínica para la atención a niños/niñas de 2 meses a 9 años.

Se realizaron dos talleres dirigidos al Personal de Salud y Estudiantes de Salud Comunitaria del Área de Salud No3, en cada uno de ellos se analizó el nuevo formato de la Historia Clínica aplicada en la atención a niños/niñas de 2 meses a 9 años.

El primer taller fue dirigido a todo el Personal de Salud (médicos y enfermeras) de cada Unidad Operativa que conforman el Área de Salud No3., con la finalidad de capacitar a los profesionales de la salud ya que son las personas que en primer lugar estarán en contacto con los pacientes y son ellos quienes aplicaran el nuevo formato de la historia clínica durante su consulta, por tal motivo he considerado de gran importancia este taller como todos los demás con el objetivo de que todos los profesionales de la salud que conforman el Área de Salud No3, apliquen el nuevo formato de la historia clínica de una forma correcta. El presente taller se dictó con el siguiente cronograma:

EVENTO	FECHA	HORARIO	LUGAR
Taller: <i>CAPACITACION Y APLICACIÓN DE LA NUEVA HISTORIA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN A NIÑOS/NIÑAS DE 2 MESES A 9 AÑOS.</i>	25 de Octubre del 2010	08:00 am – 12:00 pm	Sala de Conferencias del Centro de Salud No. 3

El contenido del curso dictado se basó en la revisión completa del nuevo formato de historia clínica, la modalidad del mismo fue realizar una charla acerca de todos los componentes que incluye el formato, junto con la socialización de casos clínicos prácticos con la finalidad de que practiquen el llenado correcto del nuevo formato.

El segundo taller fue dirigido a los Estudiantes de Salud Comunitaria del Área de Salud No3, con la finalidad de reforzar sus conocimientos ya que no conocen la

técnica, mediante conferencias en cada Unidad Operativa que cuentan con alumnos de Salud Comunitaria. Se visitó cada unidad operativa con el siguiente cronograma:

EVENTO	FECHA	HORARIO	LUGAR
Taller: <i>CAPACITACION Y APLICACIÓN DE LA NUEVA HISTORIA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN A NIÑOS/NIÑAS DE 2 MESES A 9 AÑOS.</i>	26 - 27 de Octubre de 2010	08:00 am – 12:00 pm	Sala de espera de cada unidad operativa que conforma el Área de Salud No. 3

UNIDAD OPERATIVA	FECHA Y HORA EN QUE SE DICTO EL TALLER
S.C.S. SAN CAYETANO	Martes, 26 de Octubre del 2010 de 08:00 a 10:00 am
S.C.S. CONZACOLA	Martes 26 de Octubre del 2010 de 10:00 a 12:00 pm.
S.C.S.BELEN	Miércoles 27 de Octubre del 2010 de 08:00-10:00 am
ÁREA DE SALUD No. 3	Miércoles 27 de Octubre del 2010 de 10:00 a 12:00 pm

MEMORIAS DEL TALLER

TEMA: *CAPACITACION Y APLICACIÓN DE LA NUEVA HISTORIA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN A NIÑOS/NIÑAS DE 2 MESES A 9 AÑOS.*

El taller se lo realizó con profesionales de la salud y estudiantes de salud comunitaria de las unidades operativas pertenecientes al Área de Salud No3. Es decir las áreas urbanas, San Cayetano, Consacola, Belen y el centro de Salud No. 3

- 1. Fecha de realización del taller:** 25,26,27 de Octubre de 2010
- 2. Participantes:** 75 personas (estudiantes y profesionales de la salud)
- 3. Horario de trabajo:** 8H00 am a 10H00 am y 10H00 am a 12H00 pm
- 4. Objetivos:**

- a. Impartir a todos los profesionales de la salud y estudiantes de salud comunitaria la información necesaria acerca del nuevo formato de la historia clínica con el fin de que la apliquen de una forma adecuada en todos los centros de salud del MSP del país.
- b. Identificar las partes o parámetros que incluye el nuevo formato de la historia clínica.
- c. Socializar y aclarar dudas existentes en los presentes.
- d. Plantear compromisos para el uso y aplicación adecuados de la historia clínica.

5. Agenda de trabajo:

- Saludo de bienvenida a los participantes por el director del centro de salud.
- Presentación de la agenda y objetivos
- Presentación de los participantes a dictar la conferencia
- Introducción y datos informativos del nuevo formato de historia clínica
- Conferencia sobre las partes que constituyen el nuevo formato y que significa cada una de ellas.
- Socializar y aclarar dudas acerca de cómo llenar de forma correcta la historia clínica.
- Compromisos.
- Clausura.

6. Desarrollo de la Agenda:

Arribamos a cada Centro de Salud a las 8 a.m. del día asignado como estaba previsto para dictar la charla acerca de *capacitación y aplicación de la nueva historia clínica para la atención a niños/niñas de 2 meses a 9 años*, fuimos cordialmente recibidas por el Director de cada centro de Salud. Quien a su vez dio la bienvenida a los participantes y procedió a la presentación de la agenda y objetivos, como a la presentación de quien iba a dar la charla. Al iniciar la misma, se dio a conocer algunos datos informativos acerca del nuevo formato de historia clínica propuesto por el Ministerio de Salud Pública, posteriormente

se explico cada uno de los componentes que incluye de una forma comprensible y el beneficio que implica su aplicación, para ello se les indico lo siguiente:

El nuevo formato de historia clínica propuesto pro es MSP y que actualmente debería ser aplicado en cada consulta de niños menores de 9 años incluye diferentes aspectos como:

El formato cuenta con dos caras, datos informativos y 12 componentes. Este nuevo modelo de historia clínica sirve para dos consultas y en la parte final incluye un espacio para el registro de evoluciones en varias visitas, si se tratan del mismo motivo de consulta; esto resulta muy beneficioso debido a que hay un notable ahorro de recursos ya que no se repite tantas hojas de AIEPI y esto representa un ahorro de tiempo y recursos.

- Datos informativos, que incluyen: Establecimiento, nombres y apellidos, sexo, No. de historia clínica, numero de consulta (Consulta 1 o consulta 2), fecha y edad del paciente.
- Signos vitales y antropometría, dentro de los cuales encontramos: temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, peso, talla, perímetro cefálico y estado nutricional.
- Motivo de consulta.
- Antecedentes personales.
- Antecedentes familiares.
- Revisión actual de órganos y sistemas.
- Desarrollo Psicomotor (método, clasificación)
- Examen físico.
- Esquema de vacunación: en el que se incluye registro de las vacunas aplicadas al niño/niña con la fecha de su aplicación y en las edades comprendidas entre; menor de un año, de 12 a 23 meses y de 5 a 9 años.
- Diagnósticos (Presuntivos o definitivos)
- Plan de Tratamiento
- Evolución y Prescripciones médicas; que sirve para el registro de varias evoluciones, incluye: fecha, hora, notas de evolución de consultas subsecuentes y prescripciones médicas.

Todos los componentes anteriormente señalados sirven para el registro de dos consultas en un mismo formato de historia clínica.

PREGUNTAS

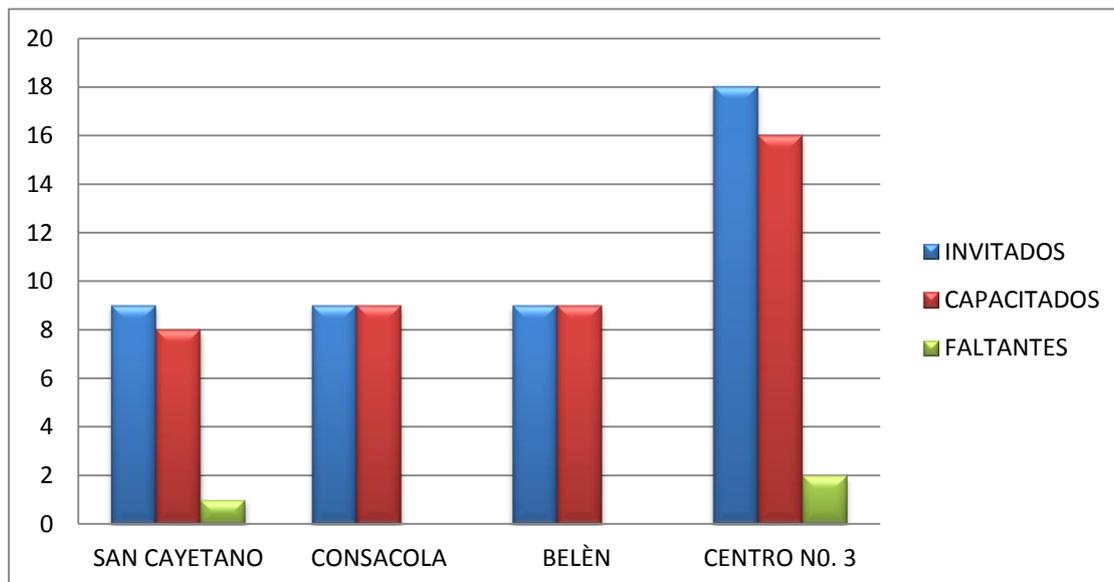
- Luego de toda la explicación de los componentes del nuevo formato de historia clínica y de saber cuáles son los beneficios que los profesionales de la salud y estudiantes de salud comunitaria tienen aplicándolo, se procedió a abrir el foro de preguntas, en el cual estudiantes y profesionales de la salud expusieron sus expectativas e indagaron acerca de los parámetros en los cuales no tenían un concepto claro, especialmente sobre el seguimiento para el paciente que se ofrece en cada historia clínica y cual es la función de cada espacio, a lo cual logramos aclarar las dudas. Cumpliendo así la meta planteada.

7. Compromisos:

- Dotar de material por parte del Ministerio de Salud Pública (formatos) para la aplicación de la nueva historia clínica en todas las consultas de las unidades operativas que conforman el Área de Salud No.3
- Compromiso por parte de los profesionales en el uso del nuevo formato para la recuperación de fondos provenientes de la Ley de Maternidad Gratuita.

8. Clausura

Al finalizar la charla y luego de no haber ninguna duda acerca del formato de historia clínica, se agradeció la presencia de todos los presentes y a su vez el Director de cada centro de salud agradeció nuestra presencia y a los asistentes les transmitió el valor de esta charla la cual les permite conocer a fondo cuáles son los beneficios que conlleva el aplicar el modelo de historia clínica establecido.



Al finalizar los talleres encontramos capacitados a aproximadamente 72 personas **96%** del 100 % de las personas que se encuentran trabajando en las diferentes casas de salud que conforman el Área de salud No. 3, se realizó la invitación a 75 personas que laboran en las mismas, de las cuales solamente 3 estudiantes no asistieron por motivos académicos, teniendo una acogida favorable en todos los centros de Salud.

2.2 Entrega de los materiales necesarios para la aplicación de la técnica

Con la finalidad de dar cumplimiento a este resultado de realizar la gestión mediada por la dirección provincial de salud con el Departamento de Normalización para la dotación de todos los materiales necesarios para el desarrollo de los talleres tales como: Módulos, Álbum de Fotografías, Cuaderno de Ejercicios, Manual de Capacitación, Cuadro de Procedimientos, Formato de Nueva Historia Clínica, Reproducción y entrega de videos; para así aportar con todos los implementos necesarios para la aplicación, fácil manejo y entendimiento de la técnica, y a su vez este material les facilitara la aplicación de la técnica durante las consultas, visitas a la comunidad para así obtener un tratamiento adecuado, oportuno y protocolizado de enfermedades prevalentes de la infancia y de esta manera mejorar su calidad de vida.

Estos materiales fueron entregados al Personal de Salud de cada Unidad Operativa del Área de Salud No. 3 que asistieron y formaron parte del desarrollo de los talleres impartidos, además se realizó la reproducción de los cuadros DVDs que contienen el desarrollo de la

estrategia en sus diferentes parámetros, así como también se fotocopia el nuevo formato de Historia Clínica, estos materiales fueron entregados en cada unidad operativa con la finalidad de que cada Equipo de Salud cuente con el material necesario para el desarrollo de la técnica.

ANEXO 6

ANALISIS DEL RESULTADO 2

Indicador Propuesto: El 70% del equipo de salud del Área de salud No. 3 atiende de forma protocolizada a los niños menores de 5 años.

Indicador Alcanzado: Actualmente El 100% del equipo de Salud del Área de Salud No. 3 atiende de forma protocolizada a los niños menores de 5 años. Gracias a que fueron capacitados de una manera eficaz y oportuna, el inconveniente principal por el cual no se realiza un llenado correcto del formato de historia clínica, es el que no existía el material necesario de acuerdo a la proporción de los pacientes menores de 5 años que se realizan el control médico en las diferentes casas de salud, por tal motivo se impartió material para cada casa de salud: módulos, álbum de fotografías, cuaderno de ejercicios, manual de capacitación y cuadro de procedimientos otorgados por el ministerio de salud pública del país, y videos relacionados con el tema, realice la reproducción de los mismos y se entregó en cada casa de salud.

Para el tratamiento de la consulta diaria de los niños menores de 5 años, que se supone es abastecido por el MSP de acuerdo a las necesidades de cada centro, logramos comprobar que existe en farmacia todos los medicamentos necesarios para ejecutar la técnica, que son entregados de manera gratuita a las madres dependiendo de la patología que tenga el paciente, y aunque en ocasiones exista un desabastecimiento de los suministros los pacientes son reprogramados para que puedan retirar los medicamentos al momento en que existan los mismos. De esta manera pudimos constatar que el mayor problema para que algunos de los usuarios no estén satisfechos con la atención brindada, es la falta de información acerca de los derechos que tienen las madres y sus hijos gracias al ministerio de Salud Pública, incluidos la atención y medicamentos gratuitos.

RESULTADO 3.

“Madres reconocen signos de alerta y acuden de forma oportuna”

Con la finalidad de dar cumplimiento a este resultado se realizaron las siguientes actividades:

3.1 Difusión de la Ley de Maternidad Gratuita.

MEMORIAS DEL TALLER

TEMA: DIFUSION DE LA LEY DE MATERNIDAD GRATUITA

El taller se lo realizó con las madres de familia y pacientes en general que asistieron por consulta externa a las unidades operativas pertenecientes al Área de Salud No3. Es decir las áreas urbanas, San Cayetano, Consacola, Belen y el Centro de Salud No. 3

1. Fecha de realización del taller: 6 y 7 de Enero de 2011

2. Participantes: un promedio de 26 personas en cada centro de salud

3. Horario de trabajo: 8H00 am a 10H00 am y 10H00 am a 12H00 pm

4. Objetivos:

- Impartir a todas las madres que acuden a los diferentes centros de salud conocimientos básicos sobre sus derechos acerca de la ley de maternidad gratuita, que se la utiliza en todos los centros de salud del MSP del país.
- Identificar que usuarios están dentro de la ley de maternidad gratuita (edad, sexo, etc).
- Dar a conocer los parámetros, atenciones, medicamentos y/o tratamientos que incluye la ley. (acciones de prevención, inmunizaciones, control niño sano, control embarazo, planificación familiar, DOC, AIEPI)
- Socializar y aclarar dudas existentes en los presentes.
- Plantear compromisos para que como usuarios puedan acceder a los beneficios contemplados en esta ley.

5. Agenda de trabajo:

- a) Saludo de bienvenida a los participantes por el director del centro de salud.
- b) Presentación de la agenda y objetivos
- c) Presentación de los participantes a dictar la conferencia
- d) Introducción y datos informativos de la ley de maternidad gratuita
- e) Video ilustrativo acerca de la ley de maternidad gratuita
- f) Socializar y aclarar dudas acerca de la ley de maternidad gratuita

- g) Compromisos
- h) Clausura

8. Desarrollo de la Agenda:

Arribamos a cada Centro de Salud a las 8 a.m. del día 6 y 7 de Enero de 2011 como estaba previsto para dictar la charla acerca de ley de maternidad gratuita, fuimos cordialmente recibidas por el Director de cada centro de Salud. Quien a su vez dio la bienvenida a los participantes y procedió a la presentación de la agenda y objetivos, como a la presentación de quien iba a dar la charla. Al iniciar la misma, se dio a conocer los datos informativos acerca de la ley, posteriormente se proyectó un video acerca de la ley de maternidad gratuita, que tenía como objetivo hacerles conocer los parámetros que incluye, de una forma adecuada a los presentes y el beneficio que implica su aplicación, para ello les indico lo siguiente:

- **LEY DE MATERNIDAD GRATUITA**

Objetivo

Eliminar la barrera económica del acceso de las mujeres y los/as niños/as menores de cinco años enfocándose directamente en una atención de salud **favorable** mediante el “financiamiento de medicinas, insumos, micronutrientes, suministros, exámenes de laboratorio y exámenes complementarios” (Art.2 LMGAI)

Esta ley establece que toda mujer ecuatoriana tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y postparto. De igual manera se otorgará atención de salud a los recién nacidos – nacidas y niños – niñas menores de cinco años, como una acción de salud pública, responsabilidad del Estado.

“La aplicación de la Ley es fundamental, porque permitirá que las y los ecuatorianos accedan a salud de calidad, respetando sus características culturales”,

La presente Ley tiene como una de sus finalidades el financiamiento para cubrir los gastos por medicinas, insumos, micronutrientes, suministros, exámenes básicos de laboratorio y exámenes complementarios para la atención de las mujeres

embarazadas, recién nacidos o nacidas y niños o niñas menores de cinco años de edad en las siguientes prestaciones:

9. Maternidad: La asistencia será brindada en las etapas: prenatal, parto y post parto.

La asistencia prenatal incluirá: el diagnóstico del embarazo y los controles que sean necesarios, mediante los siguientes exámenes: biometría hemática, VDRL, grupo sanguíneo y factor Rh, TP, TTP, plaquetas, glicemia, úrea, creatinina, elemental y microscópico de orina, incluido proteinuria, prueba de VIH para los casos de riesgo según normas y la detección de anomalías congénitas en casos de riesgo; el tratamiento de las emergencias obstétricas más frecuentes como toxemia, hemorragias, sepsis; las producidas por violencia intrafamiliar, asistencia psicológica social; los esquemas básicos de tratamiento en infecciones de transmisión sexual (con excepción del SIDA); recibirán micronutrientes de acuerdo a sus necesidades, especialmente hierro, vitamina A, complejo B, y calcio.

La asistencia del parto implica: atención al parto normal, complicado, cesáreas, incluyendo la atención médica, y de enfermería, el uso de medicamentos y exámenes, establecidos por las normas de salud reproductiva del Ministerio de Salud Pública.

La asistencia en el post parto comprenderá: el control médico necesario para la atención en el post parto inmediato, mediano y tardío, capacitación para la lactancia materna y cuidado del recién nacido.

La asistencia de las emergencias obstétricas incluye: toxemia, hemorragias, sepsis del embarazo, parto y postparto, a nivel ambulatorio y hospitalario, incluyendo los exámenes de laboratorio y medicamentos sugeridos por las normas de salud reproductiva, y la dotación de sangre o hemoderivados, en todos los estados de los procesos reproductivos.

Programas de salud sexual y reproductiva: comprende la detección oportuna de cáncer cérvico-uterino, consejería y provisión de métodos de planificación familiar que serán ofrecidos a hombres y mujeres; anticonceptivos orales, métodos de barrera, métodos de esterilización definitiva, entre otros; conforme a la decisión

informada de las mujeres o de las parejas y de acuerdo a las normas nacionales de salud reproductiva; y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual (con excepción del SIDA).

b) Recién nacidos/as, y niños/as menores de cinco años de edad: Se asegura la oportuna asistencia en los diferentes niveles de atención a los niños/as nacidos vivos, sanos, prematuros, de bajo peso o con patologías, como: asfixia perinatal, ictericia, sufrimiento fetal, sepsis; los niños menores de cinco años en las enfermedades comprendidas en la estrategia de atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) y sus complicaciones, según las normas del Ministerio de Salud Pública.

Las prestaciones mínimas a que tienen derecho, son las siguientes:

La atención al recién nacido sano, incluye: la ligadura del cordón umbilical, aspirado de secreciones, prevención de la enfermedad hemorrágica, prevención del enfriamiento, hipoglicemia, asfixia postnatal y de la conjuntivitis; exámenes clínicos básicos, apego inmediato e inicio precoz de la lactancia materna, y vacunas de acuerdo a normas del Ministerio de Salud Pública.

Para el recién nacido con patología, incluirá además: la atención de la asfixia perinatal, ictericia, enfermedad hemolítica, sufrimiento fetal, prematuros, de bajo peso, sepsis y neumonía neonatal, tanto en cuidados intermedios como intensivos de las patologías más frecuentes.

La atención a los niños/as sanos menores de un año, que incluye los controles necesarios e integrales, priorizando el control de crecimiento y desarrollo, mediante la administración de micronutrientes y vacunas, de acuerdo a esquemas del Ministerio de Salud Pública.

La atención a los niños/as con patología que incluye la asistencia, protección y tratamiento ambulatorio específicos de las patologías enunciadas en la norma del Ministerio de Salud Pública.

Los niños/as menores de cinco años tienen derecho al control de salud preventiva y la resolución de las enfermedades frecuentes de la infancia de acuerdo a la

estrategia de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), además de las vacunas para completar los esquemas.

Las disposiciones de esta Ley se aplicarán con carácter obligatorio, en todos los establecimientos de salud dependientes del Ministerio de Salud Pública De los rendimientos del Fondo de Solidaridad para el Desarrollo Humano de la Población Ecuatoriana creado mediante ley, publicada en el Registro Oficial 661, de marzo de 1995, asignarse anualmente el valor correspondiente a 15.100.000 dólares estadounidenses.

Los recursos asignados al Ministerio de Salud Pública por la Ley de Creación del Fondo Nacional para la Nutrición y Protección a la población infantil ecuatoriana, publicada en el Registro Oficial No. 132 del 20 de febrero de 1989 y, los recursos que el INNFA destine a programas de reducción de mortalidad materna e infantil y/o salud reproductiva, se utilizarán preferentemente para el financiamiento de lo previsto en la presente Ley.

Los recursos financieros de la cooperación internacional y, los contratados a través de créditos externos para el sector salud, priorizarán la inversión en áreas relacionadas directa o indirectamente a la aplicación de esta Ley.

10. PREGUNTAS

Luego de toda la explicación de la ley de maternidad gratuita y cuáles son los beneficios y los derechos que tienen las mujeres embarazadas y niños menores de 5 años según esta ley, se procedió a abrir el foro de preguntas, en el cual las madres expusieron sus expectativas e indagaron acerca de los parámetros en los cuales no tenían un concepto claro, a lo cual logramos aclarar las dudas que nos manifestaron en su momento. Cumpliendo así la meta planteada.

11. Compromisos:

- Informarse acerca de las ley y de cuáles son los derechos que tienen como pacientes para así poder solicitar una calidad de las prestaciones y el funcionamiento de los programas nacionales de control de enfermedades optima

- Solicitar la aplicación de las disposiciones de la Ley con carácter obligatorio en **todos** los establecimientos del MSP.
- Exigir un adecuado servicio de acuerdo a las necesidades que se presentan en una mujer y su niño menor de 5 años.

12. Clausura

Al finalizar la charla y luego de no haber ninguna duda acerca de la ley de maternidad gratuita, se agradeció la presencia de todos los presentes y a su vez el Director de cada centro de salud agradeció nuestra presencia y a las asistentes les transmitió el valor de esta charla la cual les permite conocer mas a fondo cuáles son sus derechos para de esta manera no permitir ningún tipo de vulneración a sus derechos.



Luego de realizar esta charla, las madres quedaron satisfechas, teniendo una idea clara acerca de los derechos que tienen como usuarias de los servicios que el MSP brinda. Pese a que la invitación fue planteada días antes, la asistencia fue diversa, teniendo un total de 81 madres capacitadas acerca de la ley de maternidad gratuita que el Ministerio de Salud Publica brinda a las madres o mujeres en edad fértil para tener un control de la morbi-mortalidad de las mismas. Quedando aclarados varios puntos en los cuales existían dudas e ignorancia ya que no habían sido capacitadas en ocasiones anteriores.

3.2 Capacitación a las madres sobre detección temprana de signos de alarma.

El identificar los signos de alarma a tiempo es fundamental para una atención adecuada y principalmente oportuna para los niños/niñas menores de 5 años, la primera persona que puede darse cuenta de la presencia de estos signos son los padres o cuidadores, por tal razón se ha considerado realizar este taller dirigido a padres de familia y cuidadores con el fin de que tengan claro que deben tener en cuenta para traer inmediatamente a consulta médica a su niño/niña

MEMORIAS DEL TALLER

TEMA: DETECCIÓN TEMPRANA DE SIGNOS DE ALARMA

El taller se lo realizó con las madres y padres de familia, cuidadores y pacientes en general que asistieron por consulta externa a las unidades operativas pertenecientes al Área de Salud No3. Es decir las áreas urbanas, San Cayetano, Consacola, Belen y el Centro de Salud No. 3

1. Fecha de realización del taller: 10 y 11 de Enero de 2011

2. Participantes: un promedio de 26 personas en cada centro de salud

3. Horario de trabajo: 8H00 am a 10H00 am y 10H00 am a 12H00 pm

4. Objetivos:

- Impartir a todas las madres que acuden a los diferentes centros de salud conocimientos básicos sobre los signos de alarma que pueda presentar en niño/niña, con la finalidad de poderlos identificar a tiempo.
- Dar a conocer los parámetros que se toman en cuenta para reconocer un signo de alarma.
- Enseñar que se debe hacer y qué medidas pueden tomar en caso de detectar un signo de alarma en el niño/niña
- Socializar y aclarar dudas existentes en los presentes.
- Plantear compromisos para que como padres o cuidadores puedan mejorar el estado de vida del niño/niña.

13. Agenda de trabajo:

- Saludo de bienvenida a los participantes por el director del centro de salud.

- Presentación de la agenda y objetivos
- Presentación de los participantes a dictar la conferencia
- Introducción y charla sobre los signos de alarma en los parámetros: desnutrición y o anemia, desarrollo, maltrato y alimentación.
- Socializar y aclarar dudas acerca de los signos de alarma.
- Compromisos
- Clausura

14. Desarrollo de la Agenda:

Arribamos a cada Centro de Salud a las 8 a.m. del día previsto, como estaba previsto para dictar la charla acerca de los signos de alarma, fuimos cordialmente recibidos por el Director de cada centro de Salud. Quien a su vez dio la bienvenida a los participantes y procedió a la presentación de la agenda y objetivos, como a la presentación de quien iba a dar la charla. Al iniciar la misma, se proyectó un video acerca de los signos de alarma con el fin de despertar el interés de los asistentes, que tenía como objetivo hacerles conocer los parámetros que incluye, de una forma adecuada a los presentes y el beneficio que implica su identificación, para ello les indicé lo siguiente:

SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL:

•No puede beber o mamar

Lo presenta cuando no puede beber o tomar el pecho, si no consigue succionar o tragar cuando se le ofrece algo de beber o el pecho

Importante preguntar a los padres o cuidadores si el niño/niña puede beber, cerciorándonos de que entienda la pregunta, por ello se debe pedir que describa que ocurre cuando se le ofrece algo para beber, si es necesario se debe comprobar en ese momento.

El lactante puede tener dificultad para succionar si tiene la nariz congestionada. De ser así, límpiesela. Si esto ayuda a que el niño pueda tomar el pecho, no presenta este signo.

•Vomita todo

Si el niño no retiene nada de lo que ingiere, presenta el signo "vomita todo". El niño no podrá retener alimentos, líquidos o medicamentos de administración oral. Un niño que vomita varias veces pero que puede retener algunos líquidos no presenta este signo.

Es necesario indagar a los padres con un lenguaje que entiendan, para no tener respuestas alteradas.

•Ha tenido convulsiones

Durante una convulsión el niño presenta movimientos anormales e involuntarios del cuerpo y/o extremidades, tal vez pierda el conocimiento o no pueda

responder a las instrucciones que se pronuncien. Pregunte a los padres o cuidadores si el niño tuvo convulsiones en esta enfermedad.

•Esta letárgico o inconsciente

Un niño letárgico no está despierto y alerta, se encuentra adormecido y no muestra interés en lo que ocurre a su alrededor. A menudo el niño letárgico no mira a los padres o cuidadores ni lo mira a usted a la cara cuando le habla. Puede tener una mirada vacía sin expresión y aparentemente, no darse cuenta de lo que sucede a su alrededor. Es imposible despertar a un niño inconsciente. No responde si se le toca, mueve o habla.

Pregúnteles si el niño parece extraordinariamente somnoliento o si no pueden despertarlo. Fíjese si el niño se despierta cuando usted le habla, le toca para despertarlo o si usted aplaude. *En general necesitan ser referido urgentemente.*

SIGNOS DE PELIGRO EN INFECCIONES RESPIRATORIAS ALTAS

- 15.** Niño con tos o dificultad para respirar y con algún signo como: signo de peligro en general, tiraje subcostal o estridor en estado de reposo.

Niño con tiraje subcostal presenta un riesgo mayor de muerte por neumonía que el niño con respiración rápida sin tiraje subcostal, ya que el niño con tiraje subcostal tal vez no tenga respiración rápida y este puede ser el único signo de neumonía grave que presentara.

En este caso, el niño necesita referencia urgente para la administración de tratamientos como oxígeno, broncodilatadores o antibióticos inyectables.

- 16.** Niño con tos o dificultad para respirar que presente respiración rápida con o sin sibilancias y ningún signo de peligro en general.

Ante la presencia de sibilancias se debe tratar con un broncodilatador de acción rápida y en algunos casos se necesitara antibiótico.

EVALUAR LA TOS O LA DIFICULTAD PARA RESPIRAR

Es importante dejar en claro la necesidad de una observación directa al niño que presenta problemas respiratorios, ya que pueden ser signos de alarma para cada patología, en esta especialmente hay que tener cuidado con:

- ⊙ El tiempo que lleva con tos o dificultad para respirar
- ⊙ Si presenta Respiración rápida
- ⊙ Si presenta tiraje subcostal (movimientos debajo del toráx)
 - > Estridor en un niño/niña tranquilo
 - > Sibilancias en un niño/niña tranquilo.
- ⊙ Si el niño tiene dificultad para respirar
 - > Forma inusual de respirar: ya sea una respiración común, ruidosa o entrecortada
 - > Tiempo que presenta la tos o la dificultad para respirar: mayor de 30 días: tb, asma, tos ferina, etc.

SIGNOS DE PELIGRO EN ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

El concepto definitivo de EDA es tres o más deposiciones sueltas o líquidas en un período de 24 horas. Son las deposiciones sueltas o líquidas, que se presenta en los niños entre los 6 meses y dos años de edad, en los niños menores de 6 meses que están tomando leche de vaca o fórmulas es importante tener en cuenta que esto les produce deposiciones líquidas.

Si la diarrea dura menos de 14 días es denominada diarrea aguda, esta es muy líquida y es la causa principal de deshidratación que conlleva a la muerte. Si dura más de 14 días se denomina diarrea persistente y es el 20% de las causas de desnutrición.

La diarrea suelta o líquida se presenta principalmente en el cólera y causan la deshidratación y desnutrición. Si se presenta la diarrea con sangre en las heces, con moco o sin moco, estamos hablando de disentería, la misma que es causada por la bacteria Shigella.

SIGNOS DE PELIGRO EN FIEBRE

Un niño que presenta fiebre puede tener: Malaria, enfermedad eruptiva (sarampión), enfermedad grave o simplemente un resfriado, tos u otra infección viral.

La MALARIA es causada por parásitos en la sangre llamados "Plasmodium" que se transmiten a través de la picadura de mosquitos anopheles, a niños que viven en zonas maláricas o que las hayan visitado.

El SARAMPIÓN es una enfermedad común en los niños, sumamente contagioso, y en ella se encuentran signos como: fiebre, erupción cutánea máculo papular no vesicular generalizada y tos coriza o conjuntivitis.

Los niños hasta 6 meses son protegidos con los anticuerpos de la madre, el virus infecta la piel capas que revisten pulmones, intestinos, boca, garganta. Por ello se presentan complicaciones como neumonía, diarrea, estridor e incluso infección de oído. En uno de cada mil casos se produce encefalitis.

Un niño con fiebre mas de rigidez de la nuca presenta meningitis, por ello necesita un tratamiento urgente con antibióticos inyectables y ser referido a un hospital de urgencia.

Un niño con fiebre además de presentar la nariz congestionada, probablemente presenta un resfriado común .

Si tiene erupción cutánea presenta sarampión, el mismo que empieza detrás de las orejas, cuello y luego se extiende a la cara y extremidades, luego de 4 o 5 días la erupción comienza a desvanecerse y la piel se descama, adquiriendo un color marrón oscuro o negruzco. El niño/niña con sarampión presenta Tos, coriza u ojos enrojecidos.

SIGNOS DE PELIGRO EN PROBLEMAS DE OIDO

Si el niño tiene infección de oído, presenta pus detrás del tímpano, causando dolor y, a menudo fiebre. Si no se trata la infección, el tímpano puede reventar. Si hay supuración y el niño siente menos dolor.

La fiebre y otros síntomas probablemente cesen, pero el niño no oye bien debido a que el tímpano tiene un agujero que produce sordera.

A veces la infección se extiende del oído al hueso mastoideo (que se encuentra 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 es necesario referir al enfermo al hospital.

17. PREGUNTAS

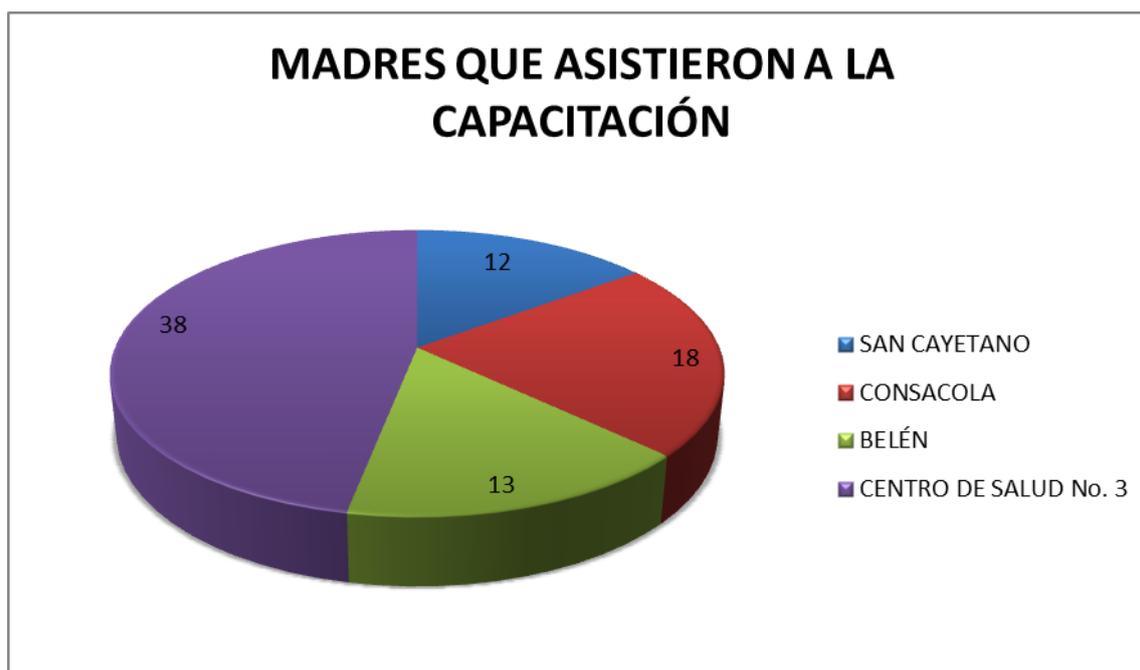
Al culminar la charlas, las madres presentes comprendieron sobre los signos de alarma, y no existieron muchas dudas, así tenemos la seguridad que la charla les servirá ya que las madres aprendieron a cuando llevar a su niño a una casa de salud.

18. Compromisos:

- Tomar en cuenta cualquier signo de alarma y traer lo más pronto posible al niño/niña a consulta médica.
- Seguir las recomendaciones del profesional de la salud después de la consulta.
- Cumplir con las indicaciones para mejorar la calidad de vida de los niños/niñas, su estado de salud y alimentación.

19. Clausura

Al finalizar la charla y luego de no haber ninguna duda acerca de los signos de alarma, se agradeció la presencia de todos los presentes y a su vez el Director de cada centro de salud agradeció nuestra presencia y a las asistentes les transmitió el valor de esta charla la cual les permite conocer a fondo cuáles son los signos a identificar que implica una atención médica urgente al niño/niña.



Considero que esta fue una de las conferencias mas importantes que pude brindar a las madres de los niños menores de 5 años, ya que los signos de alarma en los niños pueden hacer que disminuya notablemente la morbi-mortalidad en los mismos. La mayoría de madres de familia no estaban enteradas de la gravedad de un niño cuando presenta un signo de alarma, lo que conseguimos con esta charla, es ayudar a las madres y/o personas al cuidado de los niños menores de 5 años es dar a conocer cuando derivar a un niño a una casa de salud, ya sea al subcentro o incluso llevarlo de urgencia a una casa de salud donde puedan brindar el tratamiento oportuno. Habiendo sido capacitadas las madres de familia y/o personas al cuidado de los niños de los diferentes sectores del sector urbano de la Área de Salud No. 3, por ejemplo en el subcentro de salud de San Cayetano se capacitaron a 12 personas, en el subcentro Consacola a 18 personas, en el subcentro Belen a 13 personas y en el centro de Salud No. 3 se capacitaron a 38 personas.

ANEXO 7

ANALISIS DEL RESULTADO 3

Indicador Propuesto: 70% de las madres conocen sobre los beneficios de la ley de maternidad gratuita.

Indicador Alcanzado: Luego de brindar charlas y realizar las encuestas a las madres de familia el 80% tienen conocimientos acerca de signos de alerta y ley de maternidad gratuita. Después de realizar las charlas y realizar un foro informal para aclarar dudas, pude comprobar que las madres quedaron conformes ya que son temas que ellas desconocían y que son de vital importancia para el bienestar de sus hijos y de ellas

mismas, y siendo capacitadas es probable que la tasa de mortalidad disminuya ya que los niños van a ser tratados oportunamente.

RESULTADO 4.

“Conformación de un comité de vigilancia para la técnica AIEPI”

4.1 Designación de Miembros integrantes del Comité de Vigilancia

El 29 de Marzo del 2011 se elaboró un oficio dirigido a la Directora del Area de Salud No.3 Dra. Noemi Armijos, con la finalidad de que se de a conocer los integrantes del comité de vigilancia. En respuesta al mismo, se nos indico que el mismo esta conformada por los siguientes miembros:

- Dra. Patricia Quezada
- Dra. Maria del Carmen Piedra
- Lcda. Carmita Diaz
- Lcda. Carmita Orellana
- Augusta M. Chamba Palacio (tesista)

Este comité a realizado las siguientes actividades en forma conjunta con la autora de la tesis.

4.2 Elaboración de un sistema de evaluación

Una forma apropiada de evaluar la utilización de la técnica, es estando en contacto con cada casa de salud y sus pacientes, para ello se proponen dos pasos:

1. Miembros del comité de vigilancia antes formado, realizaran una evaluación cuatrimestral en todas las Unidades del Área de Salud No. 3
2. En la visita a cada unidad operativa, se analizaran en forma aleatoria 20 historias clínicas de niños menores a 5 años que hayan sido atendidos para verificar la aplicación de la técnica

Para poder evaluar de una manera correcta el trabajo en cada casa de salud, se elaboro un formato semejante al que utiliza el Ministerio de Salud Publica para realizar

las evaluaciones cuatrimestrales en cada casa de salud. El formato para la evaluación es el siguiente:

ATENCIÓN AL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS

Provincia _____ Area _____ de
 Salud _____ Unidad
 Operativa _____
 Fecha de la medición _____

1. Verificar en cada historia clínica si se registro de manera completa en el formulario de clínica infantil, preescolar y escolar los siguientes datos:
 - a. Datos generales: apellidos y nombres, numero de historia clínica, fecha de primera consulta, datos del padre y de la madre
 - b. Anamnesis: fecha de nacimiento, sexo, fuente de información, lugar de residencia y dirección, motivo de consulta y enfermedad actual
 - c. Interrogatorio por aparatos y sistemas: registrar cada uno aunque sea con una línea o algún signo que indique normalidad
 - d. Antecedentes personales: registrado cada uno o aunque sea con una línea o algún signo que indique normalidad
 - e. Antecedentes patológicos y antecedentes patológicos familiares: registrado cada uno, aunque sea con una línea o algún signo que indique normalidad
 - f. Examen físico general inicial: registrando cada uno de los ítems, aunque sea con una línea o algún signo que indique normalidad
 - g. Datos del primer control infantil: menor de un año o primer control de niños en edad preescolar o escolar, seun corresponda la edad, registrado cada uno de los ítems.
 - h. Tratamiento: adecuado para la patología que presenta
2. Lleno correctamente la guía del AIEPI

Procesamiento:

Marcar + si cumple y – si no cumple

Luego de tener los resultados sumar en sentido horizontal cuantas historias clínicas cumplen con el estándar y registre en el casillero que corresponda a TOTAL y en el mismo casillero registre el total de historias clínicas revisadas, estos valores divida y multiplique por cien, el resultado registre en el casillero del instrumento que corresponda a porcentaje.

formó el comité de vigilancia, logramos realizar la evaluación los últimos días del mes de abril, teniendo una colaboración importante de los directores de cada casa de salud, e incluso todo el personal de salud que labora en los mismos, quienes nos proporcionaron el material y las instalaciones necesarias para la realización de las evaluaciones, incluidas las carpetas de historias clínicas en las cuales encontramos el nuevo formato de historia clínica, y de la técnica AIEPI. Pudiendo así revisar detalladamente el llenado del nuevo formato de la historia clínica, y de la técnica AIEPI, especialmente en los parámetros de SIGNOS DE PELIGRO, IRA, EDA, PROBLEMAS DE OIDO Y FIEBRE.

EVALUACION

Se realizó la evaluación aleatoriamente en las casa de salud del Área de Salud No3, en cada uno de ellas se analizaron 20 historias clínicas, en las cuales se tomaba en cuenta el correcto llenado de los formularios de Historia Clínica y de la aplicación adecuada de la técnica AIEPI que el Ministerio de Salud Pública otorga a cada casa de salud.

Las evaluaciones se realizaron en 4 casas de salud, de 9 que conforman el Área de Salud No.3: SAN CAYETANO, Centro de salud No. 3, Belén, y Consacola. Con la finalidad de realizar las evaluaciones en 20 historias clínicas escogidas aleatoriamente para verificar si después del fortalecimiento recibido en el uso correcto de la Técnica AIEPI y de la Historia clínica aplican esta técnica de una forma correcta. La evaluación se realizó con el siguiente cronograma:

EVENTO	FECHA	HORARIO	LUGAR
<i>EVALUACION DEL FORTALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA AIEPI EN LOS PARAMETROS: IRA, EDA, FIEBRE Y PROBLEMAS DE OIDO + LLENADO CORRECTO DEL</i>	Jueves, 21 de Abril del 2011	08:00 am – 10:40 am	Estadística del centro de salud SAN CAYETANO
	Viernes, 22 de Abril del 2011	08:00 am – 11:00 am	Estadística del centro de salud No. 3
		08:00 am –	

<i>FORMATO DE LA HISTORIA CLINICA</i>	Lunes 25 de Abril del 2011	10:40 am	Estadística del centro de salud Belen.
	Martes 26 de Abril del 2011	08:00 am – 10:40 am	Estadística del centro de salud Consacola.

El 29 de Marzo del 2011 se elaboró un oficio dirigido a la Directora del Area de Salud No. 3 Dra. Noemi Armijos, solicitando se autorice el permiso correspondiente para realizar la evaluación y a vez se designe la fecha en la que se lo podía realizar, el cual tuvo la acogida favorable, motivo por el cual nos dirigimos a cada casa de Salud para realizar dicha evaluación.

En el centro de salud de San Cayetano se realizó la evaluación el día 22 de Abril del 2011, con una duración de 2 horas y 40 minutos. En el centro de salud No. 3 se realizó la evaluación el día 23 de Abril del 2011, con una duración de 3 horas. En el centro de salud de Belen se realizó la evaluación el día 25 de Abril del 2011, con una duración de 2 horas y 40 minutos. En el centro de salud Consacola se realizó la evaluación el día 26 de Abril del 2011, con una duración de 2 horas y 40 minutos.

DESARROLLO DE LA EVALUACION

- 20. Fecha de realización del taller:** 21, 22, 25 y 26 de Abril de 2011, respectivamente
- 21. Horario de trabajo:** 8H00 a 10H40
- 22. Participantes:**
- 22.1 EVALUADOR: Augusta M. Chamba Palacio
- 22.2 PERSONAL DE SALUD que labora en dicho centro de salud.
- 23. Objetivo General**
- 23.1 Evaluar el adecuado manejo de la estrategia AIEPI y el correcto llenado del formulario de Historia clínica en el personal que labora en las diferentes unidades del Área de Salud No. 3
- 24. Objetivos Específicos**
- 24.1 Evaluar el correcto llenado de los parámetros que incluye la estrategia y reconocer los signos y síntomas que se deben tomar en cuenta para

clasificar a un niño/niña en los diferentes niveles de salud que ofrece la estrategia.

- 24.2 Evaluar el reconocer los signos de alarma de forma oportuna y manejarlos de forma adecuada.
- 24.3 Socializar los medicamentos que incluye la técnica, esquemas de tratamiento y qué se debe tomar en cuenta para programar la consulta subsecuente.
- 24.4 Plantear acciones conjuntas (compromisos) para mejorar la calidad de vida de los Habitantes que conforman el Área de Salud No3.
- 24.5 Evaluar el correcto llenado del formulario de la Historia clínica.

25. Agenda de trabajo:

- 25.1 Saludo de presentación al director de cada casa de salud y a su personal.
- 25.2 Presentación de la agenda y objetivos
- 25.3 Presentación de los participantes y de la técnica a utilizarse para la evaluación
 - 25.3.1 Aleatoriamente se escoge 20 carpetas de historias clínicas
- 25.4 Identificación y análisis de factores que dificultan el manejo de la técnica
- 25.5 Compromisos

26. Desarrollo de la Agenda:

Arribamos a cada centro de Salud a las 8 a.m. del día antes acordado, como estaba previsto para realizar la evaluación del manejo de la estrategia AIEPI y el llenado del formato de Historia Clínica, fuimos cordialmente recibidas por el Director de cada centro de Salud, Dra. Maria del Carmen Piedra, Directora del centro de salud San Cayetano, Dra, Noemi Armijos, , Directora del centro de salud No. 3, Dr. Jaime Roman, , Directora del centro de salud Belen, Dra. Patricia Rodriguez, Directora del centro de salud Consacola y por el personal de salud que labora en cada casa de salud.

Luego del Saludo de bienvenida, de la presentación de la agenda y objetivos y de la presentación de los participantes, se procedió a revisar 20 historias clínicas escogidas aleatoriamente, para evaluar cada parámetro y el correcto llenado de la técnica AIEPI, y del formato de la Historia clínica.

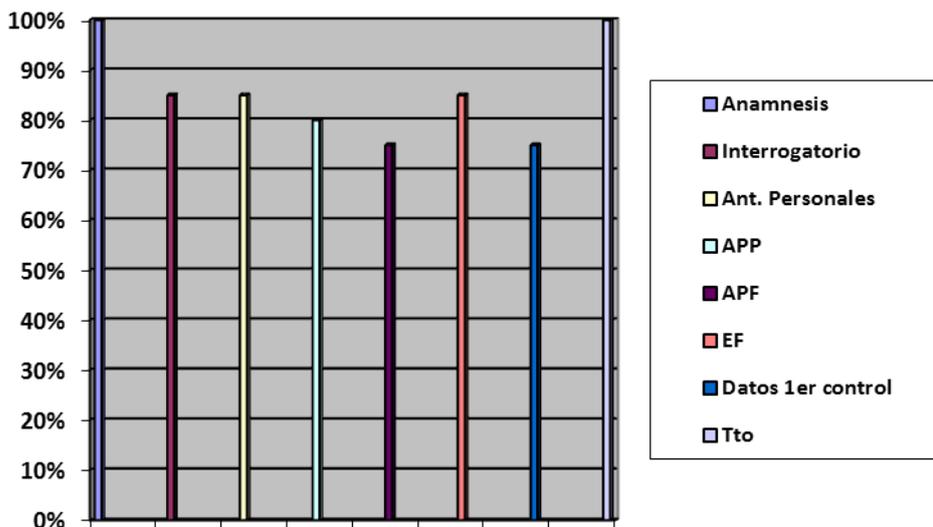
Después de realizar la evaluación se procedió a dialogar con la directora del centro para darle los resultado de los mismos.

ANEXO 8

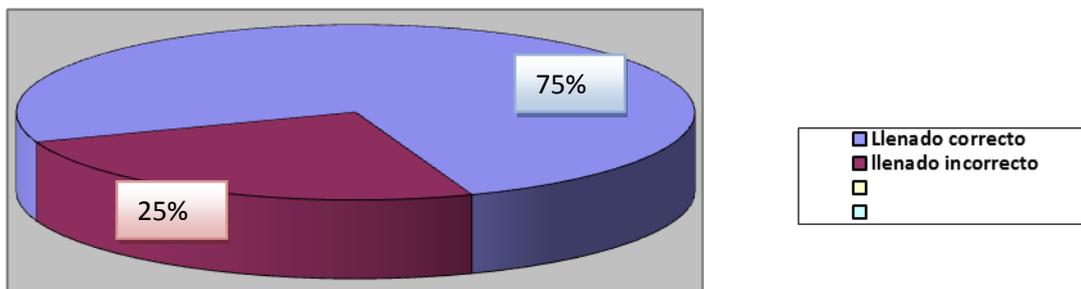
RESULTADOS DE LAS EVALUACIONES

Centro de Salud SAN CAYETANO

HISTORIA CLINICA

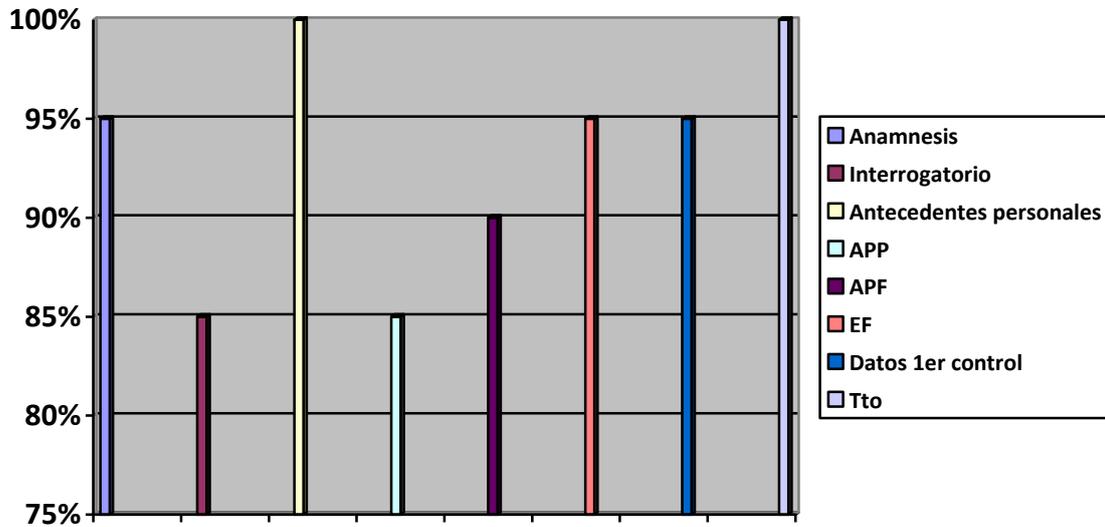


AIEPI

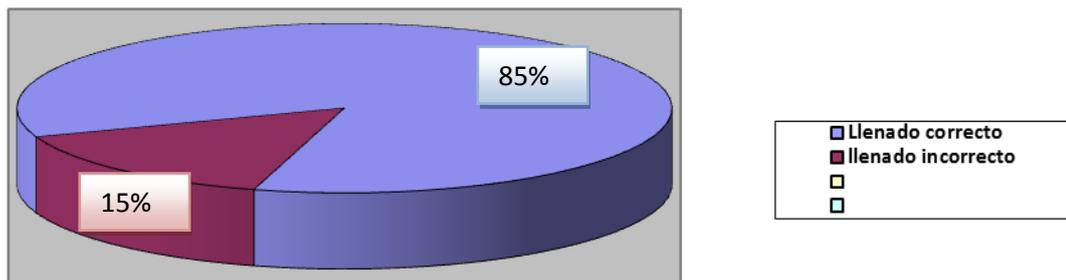


En el Centro de Salud San Cayetano encontramos un manejo general de historia clínica apropiado, claro que existen todavía falencias en el llenado de cada parámetro, por ejemplo en las 20 historias escogidas aleatoriamente en el llenado de los parámetros anamnesis y tratamiento encontramos un correcto llenado del formulario en todas las historias clínicas, sin embargo existen falencias en el llenado de los parámetros de interrogatorio, antecedentes personales, APP, APF, EF, y primer control, en los cuales no se llena correctamente o simplemente no se llenan los espacios designados en el formato de historia clínica. Al realizar la evaluación del llenado del formulario de la técnica AIEPI, encontramos que en un 75% son llenadas correctamente, sin embargo existe un 25% de las mismas en las cuales no se están llenando los formularios.

**Centro de Salud No. 3
HISTORIAS CLINICAS**

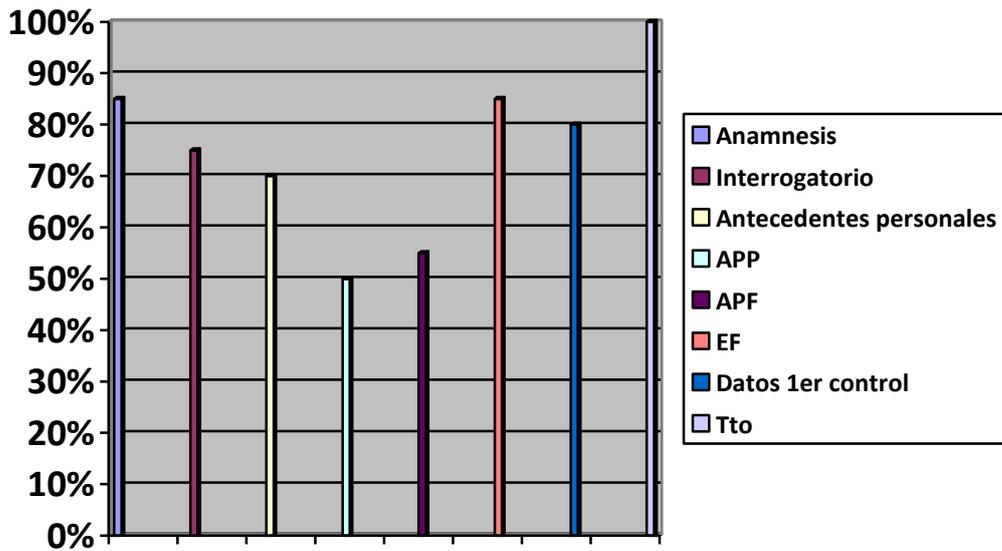


AIEPI

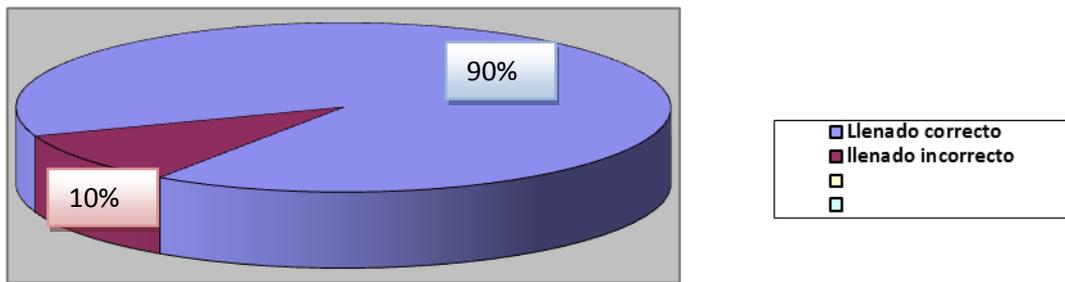


En el Centro de Salud No. 3 encontramos un manejo general de historia clínica muy apropiado, aunque en ciertos parámetros aun se observa ausentismo de llenado, por ejemplo en las 20 historias escogidas aleatoriamente en el llenado de los parámetros antecedentes personales y tratamiento encontramos un correcto llenado del formulario en todas las historias clínicas, existen pocas falencias en el llenado de los parámetros de anamnesis, interrogatorio, APP, APF, EF, y primer control, en los cuales no se llena correctamente o simplemente no se llenan los espacios designados en el formato de historia clínica. Al realizar la evaluación del llenado del formulario de la tecnica AIEPI, encontramos que en un 85% son llenadas correctamente, y un 15% de las mismas en las cuales no se están llenando los formularios.

**Centro de Salud BELEN
HISTORIAS CLINICAS**



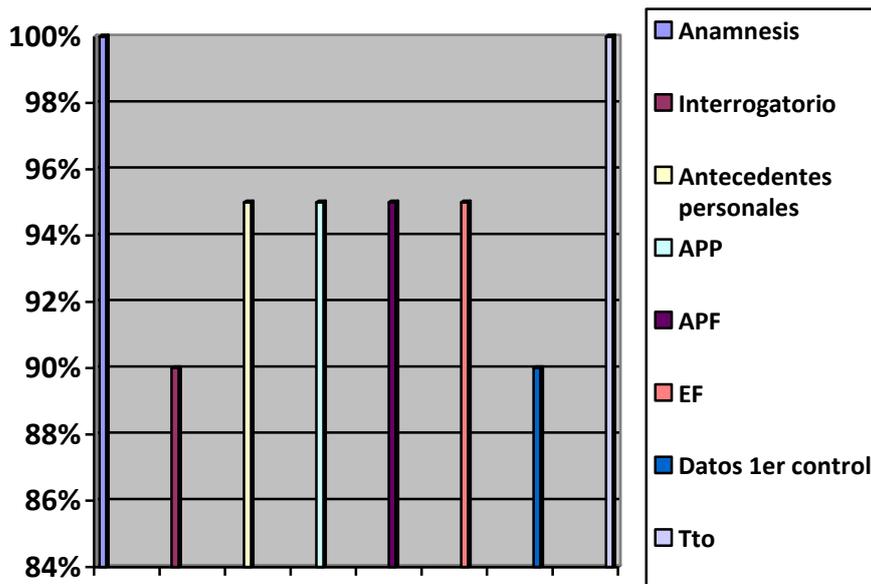
AIEPI



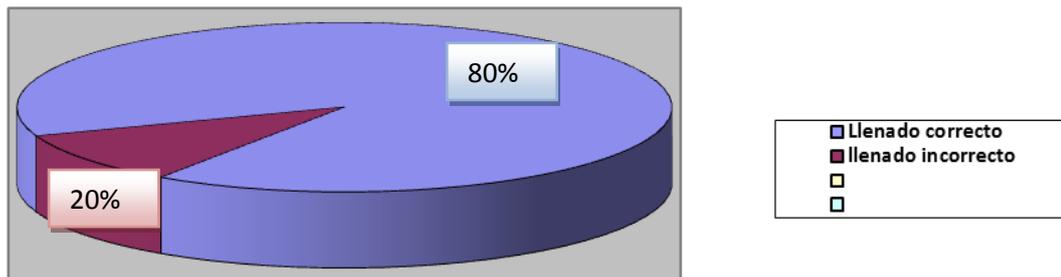
En el Centro de Salud Belén existen algunas falencias en el llenado de cada parámetro de las historias clínicas, por ejemplo en las 20 historias escogidas aleatoriamente en el llenado del parámetro tratamiento encontramos un correcto llenado del formulario en todas las historias clínicas, sin embargo existen falencias en el resto de parámetros, en los cuales no se llena correctamente o simplemente no se llenan los espacios designados en el formato de historia clínica, especialmente en el llenado del parámetro de APP y APF, donde encontramos solamente un 50% y un 55% respectivamente, y el resto no cumplieron nuestras expectativas. Al realizar la evaluación del llenado del formulario de la técnica AIEPI, es cuando tenemos un llenado apropiado de la técnica AIEPI con un 90% que son llenadas correctamente, y existe un 10% de las mismas en las cuales no se están llenando los formularios.

Centro de Salud CONSACOLA

HISTORIA CLINICA



AIEPI

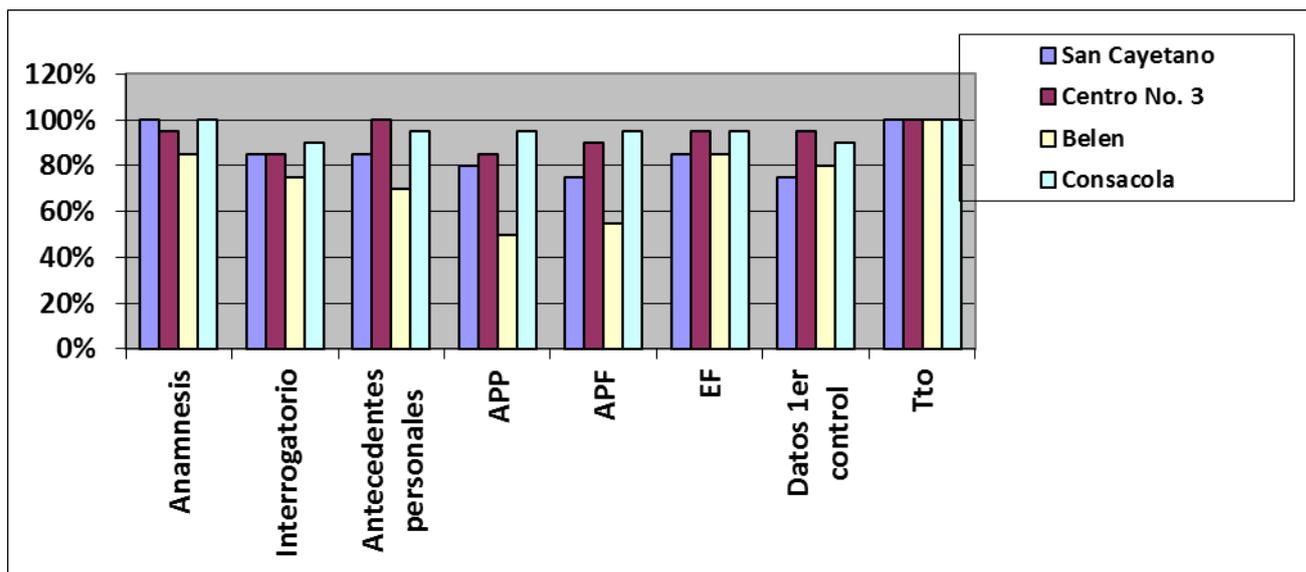


En el Centro de Salud Consacola encontramos un manejo general de historia clínica muy apropiado, aunque existen todavía pequeñas falencias en el llenado de cada parámetro, por ejemplo en las 20 historias escogidas aleatoriamente en el llenado de los parámetros anamnesis y tratamiento encontramos un porcentaje del 100% en lo que respecta al llenado del formulario en todas las historias clínicas, sin embargo existen pequeñas falencias en el llenado de los parámetros de interrogatorio, antecedentes personales, APP, APF, EF, y primer control, en los cuales en algunas historias no se llena correctamente o simplemente no se llenan los espacios designados en el formato de historia clínica. Al realizar la evaluación del llenado del formulario de la técnica AIEPI, encontramos que en un 80% son llenadas correctamente, sin embargo existe un 20% de las mismas en las cuales no se están llenando los formularios.

Anexo 2

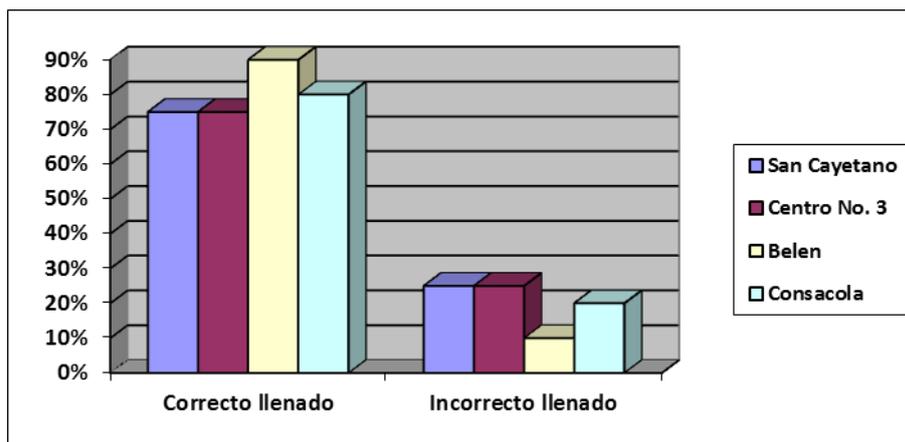
COMPARACION ENTRE CASAS DE SALUD

LLENADO DE HISTORIAS CLINICAS



En todas las casas de Salud encontramos que se están utilizando los formularios que el Ministerio de Salud Pública otorga para brindar una correcta atención especialmente a los niños menores de 5 años, especialmente del formato de historia clínica y técnica AIEPI. De los 4 centros escogidos aleatoriamente, se observó que en todas las carpetas de los pacientes que visitan las casa de salud tienen los formatos que se requieren para brindar una correcta atención a los niños menores de 5 años, sin embargo se observan desatinos en cuanto a su llenado. En un promedio aproximado, encontramos que el llenado del parámetro Anamnesis es de un 95%, el interrogatorio de Aparatos y sistemas: 83.75%, los antecedentes personales de 87.5%, antecedentes Patológicos personales de 77.5%, Antecedentes Patológicos Familiares de 78.75%, Examen Físico de 90%, Datos de primer control de 85% y finalmente con un llenado del parámetro tratamiento de 100%, que es el que es llenado de manera óptima en las diferentes casas de salud. Existiendo falencias en unos parámetros más que en otros y así como difieren de cada casa de salud, Por ejemplo, el centro de salud Consacola, es el que utiliza de mejor manera el llenado de cada parámetro de las historias clínicas teniendo un porcentaje de 90% o más en cada parámetro, mientras que el centro de salud Belén es el que tiene mayores falencias en el correcto llenado, ya que encontramos parámetros que llegan a solamente un 50 o 55% de historias clínicas llenadas correctamente. Los motivos de dichas falencias se pueden deber a que no existe una capacitación continua del llenado correcto del formato de la historia clínica, ya que como es nuevo, aún existen cuestionamientos acerca de los parámetros y de su llenado. Además en la mayoría de casas de Salud al momento de realizar las capacitaciones, todos coincidieron que la falta de material aumenta la inexactitud del llenado correcto de la Historia Clínica, y por último la falta de tiempo, y la demanda excesiva algunos días de pacientes en cada casa de salud, hace que el profesional médico omita el llenado, a pesar de que realiza el protocolo adecuado no lo hace constar en la historia clínica, por motivos de tiempo.

AIEPI



La utilización de la técnica AIEPI y su llenado es de gran aceptación en las casas de salud, en todas las carpetas escogidas al azar pudimos constatar que el formulario esta en las carpetas de cada paciente que asiste a la casa de salud, y en la mayoría de casos es llenado de una forma correcta en un promedio aproximado de 77.5%, siguiendo el esquema que el Ministerio de Salud Publica exige, y un mal llenado con aproximadamente un 22.5 % de las historias revisadas. El llenado correcto de la técnica, pudimos observarlo especialmente en el centro de salud de Belen, donde encontramos un llenado del formulario de la técnica AIEPI excelente teniendo solamente un 10% de llenado incorrecto, mientras que las demás casas de salud se manejan con un margen de 25%.

8. Compromisos:

- Aplicar de forma correcta la estrategia en cada consulta en la que asistan niños menores de 5 años, así como también dar información a sus padres durante la atención con la finalidad de disponer de los recursos que por su aplicación reconoce la ley de maternidad gratuita.
- Realizar el correcto llenado del formato de la Historia Clínica, llenando cada parámetro de la misma.
- Los miembros del comité de vigilancia se compromete a su vez a gestionar ante la jefatura del área el abastecimiento en forma continua y oportuna del material de historia clínica y formatos del AIEPI.

Una vez realizada la evaluación, se agradeció la colaboración para la realización de la misma y el personal de Salud nos agradecieron por haberles brindado este taller que les ha servido mucho.

ANALISIS DEL RESULTADO No. 4

Indicador Propuesto: COMITÉ DE EVALUACION CONFORMADO EN UN 100%

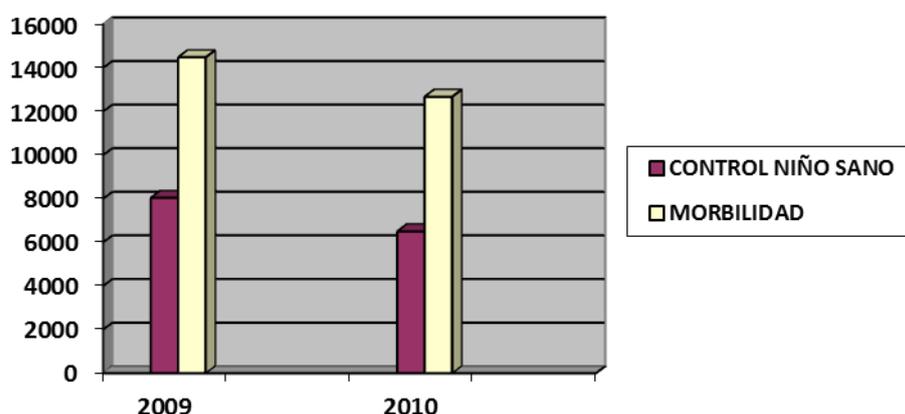
Indicador Alcanzado: El comité de evaluación que servirá para el seguimiento de la aplicación de la técnica de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia y del llenado del nuevo formato de las Historias Clínicas, fue conformado en un 100% alcanzando la meta propuesta, el comité esta conformado por profesionales de salud que están involucrados directamente con la técnica AIEPI, además de mi persona como tesista para apoyar la realización de la evaluación. Teniendo una acogida favorable para la misma ya que se necesita valorar cada cierto tiempo y aleatoriamente la atención que se esta brindando a los usuarios de los centros y subcentros del Area de Salud No. 3.

8. ANALISIS DEL FIN Y PROPOSITO

ANALISIS DEL PROPOSITO

1. Disminución de la morbilidad en niños/as menores de 5 años atendidos en el Área de Salud No. 3.

Indicador: disminución de las atenciones de morbilidad en un 5% en los niños menores de 5 años en relación a los atendidos en el 2009, hasta diciembre del 2010.



Según la información que obtuve del departamento de Estadística del Área de Salud No.3, del **consolidado mensual de atenciones y consultas del Área de salud No.3**, con respecto a las consultas externas que se realizaron durante los diferentes años, por ejemplo en el año 2009 nos encontramos con un total de pacientes de 22536, (100%), de los cuales 8043 el **35.69%**, quienes acudieron a cada casa de salud debido a control de niño sano. Y un 14493 el **64.31%** de pacientes que fueron atendidos por diversas morbilidades.

En el año 2010, encontramos con un total de pacientes menores de 5 años de 19192 en total (100%) de los cuales 6509 el **33.92%** fueron atendidos para realizarse un control de niño sano mientras que 12683, 66.08% fueron atendidos por diferentes Morbilidades.

Actualmente, existe una disminución de los pacientes menores de 5 años que asisten a cada casa de salud que corresponden al área de salud No. 3, indiferentemente de acudir por morbilidad o para realizar el control del niño sano. Tenemos aproximadamente un 2% de disminución de los usuarios que acuden a estas casas de salud, esto puede deberse a varios factores, uno de los principales es que por ejemplo en el centro de Salud San Cayetano los doctores encargados del mismo, estuvieron ocupando cargos administrativos durante varios meses, siendo un problema ya que en cierto momento no existió atención en dicho centro de salud.

ANALISIS DEL FIN

2. Mejoramiento de la calidad de atención de los niños/as menores de 5 años del Área de Salud No. 3.

Indicador: El 80% de los niños menores de 5 años que acuden al Área de Salud No. 3 reciben atención y tratamiento oportuno, hasta diciembre del 2010.

El porcentaje de niños menores de 5 años que acuden a cada casa de salud es elevado, de tal manera que el personal que se encuentra laborando en las mismas debe garantizar una atención de calidad y confianza. Esto no solo depende de la cordialidad que puede brindar el personal de salud, sino que es una situación simultánea, es decir debe existir calidad en la atención médica, incluido el socializar

con los pacientes para ganarse la confianza de los mismos, con la única intención de que la paciente sienta la confianza necesaria para que el médico pueda empatizar y así llegar al problema actual x el cual esta pasando el paciente no solo medicamente sino psicológicamente.

Por ello se realizó una encuesta en la sala de espera de cada unidad operativa del Área de Salud No. 3, durante los días 23 y 24 de Mayo de 2011, a las madres que acudieron a las casas de salud para ser atendidas por consulta externa. El objetivo principal de la misma fue realizar un análisis acerca de la atención que están recibiendo los niños menores de 5 años a la vez indagar si las madres poseen la información necesaria acerca de las técnicas usadas por el MSP para la atención de niños menores de 5 años y si no es así, colaborar aclarando dudas.

La primera pregunta se enfoca en si el médico tratante explico cuál es el estado de salud actual de su hijo(a), de una manera adecuada y comprensiva, teniendo un resultado favorable con un 90% de favoritismo, así como en la segunda pregunta que trata sobre si la atención que recibió fue con amabilidad por parte del profesional de salud teniendo un 80% de resultados positivos, además manifiestan que los profesionales de salud, son profesionales pacientes y amigables que colaboran con los usuarios para tener un cuidado apropiado del niño menor de 5 años.

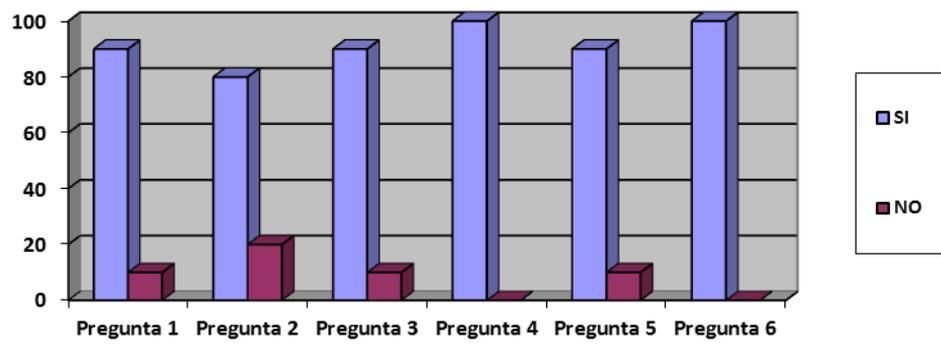
a pesar de que por situaciones como trabajo o falta de transporte no pueden acudir exactamente a las fechas que son programadas sus citas.

La tercera pregunta indaga acerca de si la madre debe realizar las mismas gestiones para tener una atención médica al acudir a cada centro de salud, teniendo un resultado de 90% de resultados favorables, mientras que en la pregunta cuatro la cual mencionaba si el médico tratante explica el tratamiento que necesita el niño(a) de una manera adecuada respondieron en un 100% de manera positiva.

La pregunta cinco se enfoca en si en cada casa de salud, brindan TODAS las medicinas que se necesitan para el tratamiento de manera gratuita, afirmándolo en un 90%, ya que, los tratamientos siempre son gratuitos colaborando con la economía de la familia, aunque en algunas ocasiones no se entregan, por la demandada o porque en ocasiones no llegan a tiempo los suministros necesarios, y en esos casos siempre son reprogramadas las atenciones para poder entregar todo el tratamiento necesario.

Respecto a la fecha en la cual debe regresar a realizar el control o seguimiento del estado de salud de su hijo (a), las madres afirmaron en un 100% que las citas son programadas con anticipación para un adecuado seguimiento de los niños, así mismo manifestaron, que existen visitas domiciliarias las cuales garantizan un control de salud en los pacientes de cada área.

Luego de realizar el análisis de la encuesta, pude comprobar que la atención en salud para el niño menor de 5 años, esta encaminada, aunque sufre aun pequeñas fallas en la aplicación, sin embargo los resultados son muy favorables ya que se puede brindar atenciones favorables y consideradas para cada paciente.



Anexo 9

9 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

9.1 CONCLUSIONES

- 9.1.1 Al finalizar el fortalecimiento de la técnica AIEPI, EN LOS PARAMETROS DE IRA, EDA, PROBLEMAS DE OIDO, Y FIEBRE se logro capacitar en estos parámetros, a un 96% de los equipos de salud y estudiantes de Salud Comunitaria del Area de Salud No. 3 en técnicas de atención primaria,
- 9.1.2 El 70% del equipo de salud del Area No. 3 atiende de forma protocolizada a los niños menores de 5 años, brindando un tratamiento adecuado y oportuno de las enfermedades prevalentes en niños menores de 5 años.
- 9.1.3 Los equipos de Salud disponen del 100% de los materiales e insumos necesarios para aplicar la técnica AIEPI.
- 9.1.4 Las madres que se encontraban en cada casa de salud, adquirieron conocimientos oportunos acerca del reconocimiento de los signos de alerta de los niños menores de 5 años.
- 9.1.5 Se logro la conformación en un 100% de un comité de seguimiento para la aplicación de la técnica AEIPI , asegurando asi, que existirá un adecuado manejo tanto del formato de Historia Clinica y de la técnica AIEPI

9.2 RECOMENDACIONES

- 9.2.1 Capacitar constantemente a los profesionales y a todo el personal de salud que labora en los centros, acerca de las técnicas que utiliza el MSP ya que es la única forma de mejorar la calidad de atención y esclarecer dudas para tener obtener un correcto llenado de los formularios necesarios para la consulta diaria.
- 9.2.2 La atención medica que se brinda en cada casa de salud debe tener mayor énfasis en ser protocolizada, enfocada a cada paciente menor de 5 años, dándole real importancia al seguimiento del estado de salud del mismo.
- 9.2.3 El ministerio de Salud Publica del país debe proveer a tiempo y de una manera constante el material necesario para la atención de los niños menores de 5 años, especialmente los formatos de Historia Clinica y de la Tecnica AIEPI.
- 9.2.4 El personal de salud se debe comprometer a realizar el llenado de los formularios en TODAS LAS CONSULTAS, especialmente en los pacientes que son niños menores de 5 años, ya que es la única forma de asegurar una atención de calidad, así como un seguimiento al paciente .

- 9.2.5 El tratamiento debe ser indicado de una manera clara y se debe proporcionar a tiempo y de manera segura, en cada casa de salud, según las necesidades de los pacientes y de demanda de pacientes menores de 5 años que estén acudiendo a la casa de salud.
- 9.2.6 Brindar charlas ilustrativas a las madres de familia en cada centro de salud, ya que todos los días acuden diferentes usuarios y es importante realizar capacitaciones oportunas para tratar de abarcar a todos los usuarios.
- 9.2.7 Realizar evaluaciones semestrales y constantes a cada casa de Salud, escogiendo aleatoriamente las carpetas de historias clínicas, ya que es la única forma de poder realizar un análisis equilibrado en cada casa de Salud, y canalizar las falencias que existen en las mismas.

10. BIBLIOGRAFIA

- (1) MSP, (Julio-2008), *Manual de Capacitación para la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI)*, Modulo I, Quito.
- (2) Organización mundial de la salud-Organización panamericana de la salud (Octubre-2007), *Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia, Programa de enfermedades transmisibles, Proyecto de apoyo básico*
- (3) Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas*. Edición de 2000. Volumen 1. Publicación Científica 549 Washington, D. C. USA
- (4) Naciones Unidas. 2006. *Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño y Plan de Acción para la Aplicación de la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño(a) en el Decenio de 2000. Cumbre Mundial en Favor de la Infancia*. Nueva York
- (5) OPS/OMS. *AIEPI en las facultades de medicina de América Latina: un trabajo conjunto entre ALAPE y OPS/OMS*. Noticias sobre AIEPI. OPS/OMS. Washington, D. C., U.S.A
- (6) Organización Panamericana de la Salud. [2000] *Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Conversando con las madres sobre AIEPI*. Washington, DC, OPS. Serie HCT/AIEPI (14)
- (7) Organización Panamericana de la Salud. *División de Prevención y Control de Enfermedades. Programa de Enfermedades Transmisibles. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Curso AIEPI para agentes comunitarios de salud: guía para la consejería en la atención del niño de 2 meses a 4 años (Rotafolio)* Washington, DC, OPS. Serie HCT/AIEPI
- (8) Ministerio de Salud Pública de Ecuador.OPS/OMS. USAID. (2008), *La atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) en países de América Latina*.
- (9) MSP, (Abril- 2008), *Manual de normas para la Atención Integradas a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI)* Modulo I, Quito.

(10) MSP, (Abril 2008), *Manual de normas para la Atención Integradas a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI)*, Evaluar y Clasificar al niño/niña enfermo de 2 meses a 4 años de edad; Modulo II, Quito.

11. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, (Julio-2008), *Dirección de normatización del sistema nacional de Salud de la niñez, MANUAL DE CAPACITACION AIEPI*.

12. MSP, (Julio-2008), *Manual de Capacitación para la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI)*, Como Clasificar la tos o dificultad para respirar del niño de 2 meses a 4 años de edad; Quito.

(13) MSP, (Julio-2008), *Manual de Capacitación para la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI)*, Como Clasificar la tos o dificultad para respirar del niño de 2 meses a 4 años de edad; Quito.

(14) MSP, (Julio-2008), *Manual de Capacitación para la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI)*, Como evaluar a un niño/niña con diarrea del niño de 2 meses a 4 años de edad; Quito.

(15) MSP, (Julio-2008), *Manual de Capacitación para la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI)*, Como Clasificar la Diarrea del niño de 2 meses a 4 años de edad; Quito.

(16) MSP, (Julio-2008), *Manual de Capacitación para la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI)*, Clasificar la deshidratación; Quito.

(17) MSP: (Julio-2008), *Manual de Capacitación para la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI)*, Clasificar la Diarrea Persistente; Quito.

(18) MSP, (Julio-2008), *Manual de Capacitación para la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI)*, Clasificar la Ddisenteria; Quito

19) MSP, (Julio-2008), *Manual de Capacitación para la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI)*, FIEBRE; Quito.

20) MSP, (Julio-2008), *Manual de Capacitación para la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI)*, Como evaluar a un niño con fiebre; Quito.

- 21) MSP, (Julio-2008), *Manual de Capacitación para la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI)*, Clasificación de la fiebre; Quito
- 22) MSP, (Julio-2008), *Manual de Capacitación para la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI)*, Clasificación del dengue; Quito
- 23) MSP, (Julio-2008), *Manual de Capacitación para la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI)*, Problemas de Oído; Quito
- 24) MSP, (Julio-2008), *Manual de Capacitación para la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI)*, tratar al niño enfermo de 2 meses a 4 años de edad; Quito.
- 25) MSP, (Julio-2008) *Manual de Capacitación para la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI)*, Dar Salbutamol; Dar acetaminofen para fiebre alta. Quito.
- (26) MSP, (Julio-2008), *Manual de normas para la Atención Integradas a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI)*, dar mas liquidos para la diarrea, continuar la alimentación; Quito
- (27) MSP, (Julio-2008), *Manual de normas para la Atención Integradas a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI)*, Tratar la diarrea en casa, continuar la alimentación; Quito.
- (28) MSP, (Julio-2008) *Manual de normas para la Atención Integradas a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI)*, Tratar la deshidratación con suero oral; Quito
- (29) MSP, (Julio-2008) *Manual de normas para la Atención Integradas a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI)*, Tratar rápidamente la deshidratación grave, continuar la alimentación. Quito.
- 30) MSP, (Julio-2008) *Manual de normas para la Atención Integradas a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI)*, si hay tratamiento IV disponible en un lugar cercano; Quito
- (31) MSP: (Julio-2008) *Manual de normas para la Atención Integradas a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI)*, si esta capacitado y entrenado para usar una sonda nasogástrica; Quito

(32) MSP, (Julio-2008): *Manual de normas para la Atención Integradas a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI)*, solo puede administrar el tratamiento del plan C por vía Oral, Quito

(33) MSP, (julio-2008): *Manual de normas para la Atención Integradas a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI)*, tratamiento intravenoso para la deshidratación grave, Quito

(34) MSP, (Julio-2008) *Manual de normas para la Atención Integradas a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, (AIEPI)*, Consultas de Reevaluación y Seguimiento, Quito

11. ANEXOS

ANEXO 1. Conferencia a médicos



ANEXO 2. Conferencia a estudiantes



ANEXO 3. Realización de ejercicios y evaluación a médicos y estudiantes





ANEXO 4. Visita domiciliaria



ANE
niño

nueva

la atención a



ANEXO 6 Entrega de materiales necesarios para la aplicación de la técnica





ANEXO 7 Difusión de la ley de maternidad gratuita



ANEXO 9 Formato de encuesta aplicada a madres de familia
ENCUESTA PARA MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

Señor (a) padre / madre de familia , la presente encuesta tiene por objetivo conocer la manera en que se están llevando las consultas medicas, por tal motivo pedimos contestar las preguntas de la manera más sincera posible, si existe alguna duda, o si las preguntas no son claras, se explicaran para que se pueda tener un llenado correcto de las mismas.

1. El médico tratante explico cuál es el estado de salud actual de su hijo (a), de una manera adecuada y comprensible
 - a. Si
 - b. No

2. La atención que recibió, fue con amabilidad por parte del profesional de salud
 - a. Si
 - b. No

3. Cuando acude a una casa de salud del MSP usted realiza las mismas gestiones para tener una atención médica. ?
 - a. Si
 - b. No

4. El médico tratante explico el tratamiento que necesita su hijo (a) de una manera adecuada?
 - a. Si
 - b. No

5. En la casa de salud donde recibió atención su hijo (a) le brindaron TODAS las medicinas que necesita para el tratamiento de manera gratuita?
 - a. Si
 - b. No

6. Indicaron la fecha en la cual usted debía regresar a realizar el control o seguimiento del estado de salud de su hijo (a)?
 - a. Si
 - b. No

ANEXO 8
 ATENCION AL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS

Provincia: LOJA Area de Salud: No. 3 Unidad Operativa SAN CAYETANO
 Fecha de la medición 14 de abril de 2011

3. Verificar en cada historia clinica si se registro de manera completa en el formulario de atencion infantil, preescolar y escolar los siguientes datos:
 - a. Datos generales: apellidos y nombres, numero de historia clínica, fecha de primera consulta, datos del padre y de la madre
 - b. Anamnesis: fecha de nacimiento, sexo, fuente de información, lugar de residencia y dirección, motivo de consulta y enfermedad actual
 - c. Interrogatorio por aparatos y sistemas: registrar cada uno aunque sea con una línea o algún signo que indique normalidad
 - d. Antecedentes personales: registrado cada uno o aunque sea con una línea o algún signo que indique normalidad
 - e. Antecedentes patológicos y antecedentes patológicos familiares: registrado cada uno, aunque sea con una línea o algún signo que indique normalidad
 - f. Examen físico general inicial: registrando cada uno de los ítems, aunque sea con una línea o algún signo que indique normalidad
 - g. Datos del primer control infantil: menor de un año o primer control de niños en edad preescolar o escolar, seun corresponda la edad, registrado cada uno de los ítems.
 - h. Tratamiento: adecuado para la patología que presenta
4. Lleno correctamente la guía del AIEPI

Procesamiento: Marcar + si cumple y – si no cumple

Luego de tener los resultados sumar en sentido horizontal cuantas historias clínicas cumplen con el estándar y registre en el casillero que corresponda a TOTAL y en el mismo casillero registre el total de historias clínicas revisadas, estos valores divida y multiplique por cien, el resultado registre en el casillero del instrumento que corresponda a porcentaje.

No. de historia clinica	03003	04032	04066	03027	02091	03002	05074	03099	04003	05022	01210	00902	01440	01210	01240
Datos generales															
Anamnesis	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Interrogatorio de aparatos y sistemas.	+	+	-	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+

Ant. personales	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+
No. de historia clínica	03003	04032	04066	03027	02091	03002	05074	03099	04003	05022	01210	00902	01440	01210	01240	01852
Lleno correctamente la guía del AIEPI	+	+	+	+	+	+	-	-	+	-	+	-	+	+	+	+
Ant. Patológicos Personales	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+
Ant. Patologicos familiares	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+
Examen Fisico	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Datos del 1er control	+	+	+	-	+	+	-	+	+	+	-	+	+	-	+	+
Tratamiento	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

ATENCION AL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS

Provincia: LOJA Area de Salud: No. 3 Unidad Operativa Centro de salud No. 3
 Fecha de la medición 15 de abril de 2011

1. Verificar en cada historia clínica si se registro de manera completa en el formulario de atención infantil, preescolar y escolar los siguientes datos:
 - a. Datos generales: apellidos y nombres, número de historia clínica, fecha de primera consulta, datos del padre y de la madre
 - b. Anamnesis: fecha de nacimiento, sexo, fuente de información, lugar de residencia y dirección, motivo de consulta y enfermedad actual

- c. Interrogatorio por aparatos y sistemas: registrar cada uno aunque sea con una línea o algún signo que indique normalidad
- d. Antecedentes personales: registrado cada uno o aunque sea con una línea o algún signo que indique normalidad
- e. Antecedentes patológicos y antecedentes patológicos familiares: registrado cada uno, aunque sea con una línea o algún signo que indique normalidad
- f. Examen físico general inicial: registrando cada uno de los ítems, aunque sea con una línea o algún signo que indique normalidad
- g. Datos del primer control infantil: menor de un año o primer control de niños en edad preescolar o escolar, seun corresponda la edad, registrado cada uno de los ítems.
- h. Tratamiento: adecuado para la patología que presenta

2. Lleno correctamente la guía del AIEPI

Procesamiento:

Marcar + si cumple y – si no cumple

Luego de tener los resultados sumar en sentido horizontal cuantas historias clínicas cumplen con el estándar y registre en el casillero que corresponda a TOTAL y en el mismo casillero registre el total de historias clínicas revisadas, estos valores divida y multiplique por cien, el resultado registre en el casillero del instrumento que corresponda a porcentaje.

No. de historia clínica	10188	07411	14386	4903	30806	12425	27420	15169	18250	18049	30675	08818	04241	18986	10922
Datos generales Anamnesis	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-
Interrogatorio de aparatos y sistemas.	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-
Ant. personales	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Ant. Patológicos personales	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Ant. Patologicos familiares	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Examen Fisico	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Datos del 1er control	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+

Tratamiento	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
No. de historia clínica	10188	07411	14386	4903	30806	12425	27420	15169	18250	18049	30675	08818	04241	18986	10922	14530
Lleno correctamente la guía del AIEPI	+	+	+	+	-	+	+	+	+	-	-	+	-	+	-	+

ATENCIÓN AL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS

Provincia: LOJA Area de Salud: No. 3 Unidad Operativa **BELEN**
 Fecha de la medición 18 de abril de 2011

1. Verificar en cada historia clínica si se registró de manera completa en el formulario de atención infantil, preescolar y escolar los siguientes datos:
 - a. Datos generales: apellidos y nombres, número de historia clínica, fecha de primera consulta, datos del padre y de la madre
 - b. Anamnesis: fecha de nacimiento, sexo, fuente de información, lugar de residencia y dirección, motivo de consulta y enfermedad actual
 - c. Interrogatorio por aparatos y sistemas: registrar cada uno aunque sea con una línea o algún signo que indique normalidad
 - d. Antecedentes personales: registrado cada uno o aunque sea con una línea o algún signo que indique normalidad
 - e. Antecedentes patológicos y antecedentes patológicos familiares: registrado cada uno, aunque sea con una línea o algún signo que indique normalidad
 - f. Examen físico general inicial: registrando cada uno de los ítems, aunque sea con una línea o algún signo que indique normalidad
 - g. Datos del primer control infantil: menor de un año o primer control de niños en edad preescolar o escolar, seun corresponda la edad, registrado cada uno de los ítems.
 - h. Tratamiento: adecuado para la patología que presenta

Lleno correctamente la guía del AIEPI	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+
---------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

ATENCIÓN AL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS

Provincia: LOJA Area de Salud: No. 3 Unidad Operativa CONSACOLA
 Fecha de la medición 19 de abril de 2011

1. Verificar en cada historia clínica si se registró de manera completa en el formulario de atención infantil, preescolar y escolar los siguientes datos:
 - a. Datos generales: apellidos y nombres, número de historia clínica, fecha de primera consulta, datos del padre y de la madre
 - b. Anamnesis: fecha de nacimiento, sexo, fuente de información, lugar de residencia y dirección, motivo de consulta y enfermedad actual
 - c. Interrogatorio por aparatos y sistemas: registrar cada uno aunque sea con una línea o algún signo que indique normalidad
 - d. Antecedentes personales: registrado cada uno o aunque sea con una línea o algún signo que indique normalidad
 - e. Antecedentes patológicos y antecedentes patológicos familiares: registrado cada uno, aunque sea con una línea o algún signo que indique normalidad
 - f. Examen físico general inicial: registrando cada uno de los ítems, aunque sea con una línea o algún signo que indique normalidad
 - g. Datos del primer control infantil: menor de un año o primer control de niños en edad preescolar o escolar, seun corresponda la edad, registrado cada uno de los ítems.
 - h. Tratamiento: adecuado para la patología que presenta
2. Lleno correctamente la guía del AIEPI

Procesamiento:

Marcar + si cumple y – si no cumple

Luego de tener los resultados sumar en sentido horizontal cuantas historias clínicas cumplen con el estándar y registre en el casillero que corresponda a TOTAL y en el mismo casillero registre el total de historias clínicas revisadas, estos valores divida y multiplique por cien, el resultado registre en el casillero del instrumento que corresponda a porcentaje.

Lleno correctamente la guía del AIEPI	+	+	+	-	+	-	+	-	+	+	+	-	+	+	+	+
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---