



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

TRABAJO ESTRUCTURADO DE MANERA INDEPENDIENTE

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“EVALUACION DE LA FORMACION DE COMPETENCIAS
PROFESIONALES DE LOS INTERNOS ROTATIVOS EGRESADOS DE
MEDICINA DE LA PROMOCION 2012 DE LA UTA EN LA ESTRATEGIA
AIEPI Y SU APLICACIÓN EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN
EL AREA DE SALUD N. 1 DE LA CIUDAD DE AMBATO EN EL PERIODO
ENERO – OCTUBRE 2012”**

Requisito previo para optar por el título de Medico

AUTOR: Guzmán Pesantez, Luis Antonio

TUTOR: Dr. Intriago Núñez, Cesar Augusto

Ambato – Ecuador

Abril, 2013

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

”EVALUACION DE LA FORMACION DE COMPETENCIAS PROFESIONALES DE LOS INTERNOS ROTATIVOS EGRESADOS DE MEDICINA DE LA PROMOCION 2012 DE LA UTA EN LA ESTRATEGIA AIEPI Y SU APLICACIÓN EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN EL AREA DE SALUD N. 1 DE LA CIUDAD DE AMBATO EN EL PERIODO ENERO – OCTUBRE 2012”de Luis Antonio Guzmán Pesantez estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometida a la evaluación del jurado examinador designado por H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Noviembre del 2012

TUTOR

.....

Dr. Cesar Intriago

AUTORIA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación **“EVALUACION DE LA FORMACION DE COMPETENCIAS PROFESIONALES DE LOS INTERNOS ROTATIVOS EGRESADOS DE MEDICINA DE LA PROMOCION 2012 DE LA UTA EN LA ESTRATEGIA AIEPI Y SU APLICACIÓN EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN EL AREA DE SALUD N. 1 DE LA CIUDAD DE AMBATO EN EL PERIODO ENERO – OCTUBRE 2012”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Noviembre del 2012

AUTOR

.....
Luis Antonio Guzmán Pesantez

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Noviembre del 2012

AUTOR

.....

Luis Antonio Guzmán Pesantez

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el informe de Investigación, sobre el tema **“EVALUACION DE LA FORMACION DE COMPETENCIAS PROFESIONALES DE LOS INTERNOS ROTATIVOS EGRESADOS DE MEDICINA DE LA PROMOCION 2012 DE LA UTA EN LA ESTRATEGIA AIEPI Y SU APLICACIÓN EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN EL AREA DE SALUD N. 1 DE LA CIUDAD DE AMBATO EN EL PERIODO ENERO – OCTUBRE 2012”** de Luis Antonio Guzmán Pesantez, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Abril del 2013

Para constancia firman

.....

Dra. Aida Aguilar

.....

Presidente

.....

Dr. Galo Vinueza

AGRADECIMIENTO

Esta tesis es un esfuerzo en el cual participaron varias personas con sus consejos, sugerencias y correcciones por lo que quiero agradecer por la paciencia y el ánimo durante el desarrollo de esta tesis.

Agradezco de manera general a la Universidad Técnica de Ambato por el apoyo durante el tiempo en mi preparación académica y en especial a mi tutor de grado Doctor Cesar Intriago quien con sus criterios y sugerencias oriento el desarrollo y terminación de esta tesis.

Luis Guzmán

DEDICATORIA

Dedico este estudio a mis padres por el apoyo incondicional que me han sabido proporcionar al igual que los valores y principios que me han ayudado para la culminación de esta investigación.

De manera especial a mi padre quien ha sido un ejemplo y me ha ayudado a comprender que la preparación constante es aquella que va abriendo nuestros senderos.

A mis amigos por el apoyo brindado en los buenos y malos momentos durante mi preparación académica.

Luis Guzmán

INDICE GENERAL

Titulo.....	i
Aprobación del Tutor.....	ii
Autoría del Trabajo de Grado	iii
Derechos de Autor.....	iv
Aprobación del Jurado Examinador.....	v
Dedicatoria.....	vi
Agradecimiento.....	vii
Índice General de contenidos.....	viii
Índice de Tablas.....	xiii
Índice de Cuadros y Gráficos.....	xviii

INDICE GENERAL

INTRODUCCION	xxii1
CAPITULO I	2
EL PROBLEMA	2
1.1 TEMA DE INVESTIGACION	2
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN	3
1.2.2 ANALISIS CRÍTICO	6
1.2.3 PROGNOSIS.....	7
1.2.4 FORMULACION DEL PROBLEMA.....	7

1.2.5 PREGUNTAS DIRECTRICES	7
1.2.6 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACION.....	7
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	8
1.4 OBJETIVO.....	9
1.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	9
1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	10
CAPITULO II	11
MARCO TEÓRICO	11
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	11
2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA	13
2.2.1 Axiológica.....	14
2.2.2 Epistemológico	14
2.2.3 Ontológica.....	14
2.2.4 Pedagógica	15
2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL	15
2.4 CATEGORIAS FUNDAMENTALES.....	19
2.4.1 VARIABLE INDEPENDIENTE.....	20
2.4.2 VARIABLE DEPENDIENTE.....	25
2.4.3 MARCO CONCEPTUAL.....	28
2.5 HIPOTESIS	80

2.6 SEÑALAMIENTO DE VARIABLES	80
2.6.1 VARIABLE INDEPENDIENTE.....	80
2.6.2 VARIABLE DEPENDIENTE:.....	80
CAPITULO III.....	81
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	81
3.1 Enfoque de la modalidad de la investigación	81
3.2 Modalidad basica de la investigación.....	81
3.3 Nivel o tipo de investigación.....	81
3.4 Población y muestra	82
3.5 Criterios de Inclusión	83
3.6 Criterios de Exclusión	83
3.7 Criterios Éticos	83
3.8 Variable independiente.....	84
3.9 Variable dependiente:.....	85
3.10 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	86
3.12 TECNICAS E INSTRUMENTOS	86
3.13 PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN	87
CAPITULO IV	88
ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	88
4.1 COMPETENCIAS PROFESIONALES ADQUIRIDAS POR LOS INTERNOS ROTATIVOS DE MEDICINA EN ESTRATEGIA AIEPI.....	88

4.1.1 COGNOSCITIVAS	88
4.1.2 PROCEDIMENTALES (Habilidades)	102
4.1.3 Competencias Actitudinales (Resolución de Problemas)	104
4.1.4 Evaluación Global de las competencias profesionales adquiridas por los Internos Rotativos de Medicina	107
4.2 FORMACIÓN DE LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES ADQUIRIDAS.	108
4.2.1 Auto percepción sobre Formación académica en estrategia AIEPI.....	108
4.2.2 Medios para la formación por competencias en estrategia AIEPI.....	109
4.3 APLICACIÓN DE LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES SOBRE ESTRATEGIA AIEPI.	110
4.3.1 Evaluación de Registro AIEPI.....	110
4.4 VERIFICACION DE LA HIPOTESIS	119
CAPITULO V	120
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	121
5.1 CONCLUSIONES.....	121
5.2 RECOMENDACIONES	122
CAPITULO VI	123
PROPUESTA	123
6.1 DATOS INFORMATIVOS	123
6.1.1 TITULO	123

6.1.2 INSTITUCION EJECUTORA	123
6.1.3 BENEFICIARIOS	123
6.1.4 Ubicación	123
6.1.5 Tiempo Estimado para la ejecución.....	124
6.1.6 Equipo Técnico Responsable.....	124
6.1.7 Costo	124
6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA	125
6.3 JUSTIFICACIÓN.....	128
6.4 OBJETIVOS.....	129
6.4.1 Generales	129
6.4.2 Específicos	129
6.5 ANALISIS DE LA FACTIBILIDAD	129
6.6 FUNDAMENTACION CIENTIFICA TEORICA.....	130
6.7 MODELO OPERATIVO	131
6.8 Administración de la Propuesta.....	133
6.9 Plan de Monitoreo y Evaluación de la Propuesta.....	133
BIBLIOGRAFIA.....	134
ANEXOS	138
ANEXO 1	138
ANEXO 2	147

ANEXO 3	152
ANEXO 4	154

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Registro de Signos de Peligro	35
Tabla 2 Observación y Palpación en Desnutrición	39
Tabla 3 Clasificación de Malnutrición y Anemia	40
Tabla 4 Tratamiento de Desnutrición.....	42
Tabla 5 Dosis Vitamina A.....	44
Tabla 6 Como Evaluar el Desarrollo.....	48
Tabla 7 Clasificación Problemas de Desarrollo	50
Tabla 8 Tratamiento de Retraso del Desarrollo	52
Tabla 9 Clasificación de Maltrato	63
Tabla 10 Tratamiento de Maltrato.....	66
Tabla 11 Recomendaciones para niños de 6 a 11 meses.....	71
Tabla 12 Recomendaciones para niños de 1 año y más	72
Tabla 13 Evaluación de Alimentación	73
Tabla 14 Recomendación de Cuando Volver.....	75
Tabla 15 Recomendaciones, reevaluación y seguimiento.....	76
Tabla 16 Guía para registro de Atención de niños menores de 5 años	78

Tabla 17 Población y Muestra	82
Tabla 18 Operacionalización de Variable V. Independiente	84
Tabla 19 Operacionalización de Variables V. Dependiente	85
Tabla 20 Comparación entre signos de alarma y transferencia.....	115
Tabla 21 Verificación de la Hipótesis entre Conocimientos – Nivel Actitudinal.....	119
Tabla 22 Verificación de Hipótesis entre Nivel Actitudinal - Procedimental	120
Tabla 23 Costo de propuesta.....	125
Tabla 24 Anexo 2	152
Tabla 25 Anexo 3	154

INDICE DE GRAFICOS

Grafico 1 Edad de Aplicación de estrategia AIEPI.....	88
Grafico 2 Parámetros generales de estrategia AIEPI	89
Grafico 3 Administración de Antibiótico por primera ocasión	90
Grafico 4 Parámetros evaluados en el Embarazo y Parto según estrategia AIEPI	90
Grafico 5 Definición de Diarrea según estrategia AIEPI.....	91
Grafico 6 Definición de Disentería según estrategia AIEPI	92
Grafico 7 Dosis de Albendazol para tratar EDA según estrategia AIEPI.....	92
Grafico 8 Hidratación según estrategia AIEPI.....	93
Grafico 9 Clasificación para hidratación según estrategia AIEPI.....	94
Grafico 10 Medidas de apoyo para EDA según estrategia AIEPI	94
Grafico 11 Parámetros diagnósticos de IRA según estrategia AIEPI.....	95
Grafico 12 Medida específica para manejo de IRA según estrategia AIEPI	96

Grafico 13 Administración de Acetaminofén según estrategia AIEPI	96
Grafico 14 Evaluación de Maltrato según estrategia AIEPI	97
Grafico 15 Identificación del esquema de vacunacion	98
Grafico 16 Parámetros generales de vacunación según estrategia AIEPI.....	99
Grafico 17 Parámetros de RCP neonatal según estrategia AIEPI	99
Grafico 18 Parámetros específicos para RCP neonatal según estrategia AIEPI.....	100
Grafico 19 Valoración Global de los conocimientos de los Internos Rotativos	101
Grafico 20 Valoración específica de los conocimientos según estrategia AIEPI	102
Grafico 21 Habilidades adquiridas por los Internos Rotativos	103
Grafico 22 Evaluación Global de Habilidades adquiridas por los internos	104
Grafico 23 Caso 1.....	105
Grafico 24 Caso 2.....	105
Grafico 25 Caso 3.....	106
Grafico 26 Valoración Global de competencias Actitudinales.....	106
Grafico 27 Evaluación Global de competencias profesionales.....	107
Grafico 28 Auto percepción de Formación académica en la UTA. 2012	108
Grafico 29 Medios para formación de competencias en la UTA. 2012.....	109
Grafico 30 Edad de los niños según registro AIEPI	110
Grafico 31 Sexo de los niños según registro AIEPI	111
Grafico 32 Peso en registro AIEPI	111
Grafico 33 Signos de Alarma en registro AIEPI	112
Grafico 34 Sintomatología según Registro AIEPI	112
Grafico 35 Aplicación de la Clasificación según el AIEPI	113
Grafico 36 Tratamiento Específico aplicado en Registro AIEPI.....	114

Grafico 37 Tratamiento aplicado en el Registro AIEPI	114
Grafico 38 Transferencia realizada en el Área de Salud N.1	115
Grafico 39 Aplicación adecuada del Registro AIEPI	116
Grafico 40 Elaboración adecuada del Registro AIEPI	116
Grafico 41 Evaluación Global de estrategia AIEPI	117
Grafico 42 Número de registros AIEPI por niño en el año	117
Grafico 43 Número de consultas médicas por niño en el año	118

**UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

CARRERA DE MEDICINA

**“EVALUACION DE LA FORMACION DE COMPETENCIAS
PROFESIONALES DE LOS INTERNOS ROTATIVOS EGRESADOS DE
MEDICINA DE LA PROMOCION 2012 DE LA UTA EN LA ESTRATEGIA
AIEPI Y SU APLICACIÓN EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN
EL AREA DE SALUD N. 1 DE LA CIUDAD DE AMBATO EN EL PERIODO
ENERO – OCTUBRE 2012”**

Autor: Guzmán Pesantez, Luis Antonio

Tutor: Dr. Intriago Núñez, Cesar Augusto

Fecha: Noviembre del 2012

RESUMEN

El presente proyecto de aplicación tiene como fin contribuir a la disminución de los niveles de morbilidad y mortalidad de los niños menores de cinco años del Área de Salud No 1, a través de la implementación de las competencias profesionales adquiridas por el médico, para de esta manera mejorar la prevención en los niños menores de 5 años. Para alcanzar este objetivo se realizaron 46 encuestas a los internos rotativos egresados de la Universidad Técnica de Ambato, además se obtuvo 99 datos de observación para analizar las habilidades adquiridas por los internos para atender a un niño que acudió con una enfermedad prevalente de la infancia, se valoraron 230 registros AIEPI para identificar si estos fueron llenados adecuadamente, con el propósito de identificar si los profesionales de salud de la Universidad Técnica de Ambato tienen las competencias profesionales adecuadas para garantizar una atención primaria de calidad. Dentro de los conocimientos actitudes y procedimientos se obtuvo como resultados de la evaluación cognoscitiva

que el 50% de los internos, tienen conocimientos considerados regular mientras que el 39% son Deficientes, en cuanto a las competencias profesionales encontramos que el 50% de los internos han formado competencias profesionales deficientes. El trabajo se desarrolló en el Área de Salud N. 1 de la ciudad de Ambato, Provincia de Tungurahua, la misma que se encarga de la atención Primaria de Salud, se evaluaron los pacientes que acudieron a esta casa de salud entre el periodo del 1 Enero al 31 Diciembre del 2012.

PALABRAS CLAVES: AIEPI, COMPETENCIAS_PROFESIONALES, INTERNOS_ROTATIVOS, ATENCIÓN_PRIMARIA, EVALUACIÓN

**TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
MEDICAL CAREER**

**“EVALUATION OF PROFESSIONAL
SKILL TRAINING OF ROTARY INTERNAL MEDICINE GRADUATES OF THE
PROMOTION 2012 UTA, IN AIEPI STRATEGY AND ITS APPLICATION
IN PRIMARY HEALTH CARE IN
THE AREA OF HEALTH N.1 AMBATO CITY IN THE PERIOD JANUARY -
OCTOBER 2012”**

Author: Guzmán Pesantez, Luis Antonio

Tutor: Dr. Intriago Núñez, Cesar Augusto

Date: November, 2012

SUMMARY

This implementation project is to contribute to the decreased level of morbidity and mortality of children under five years Health Area No. 1, through the implementation of the skills acquired by the physician, and in this way to improve prevention in children under 5 years. To achieve this objectives surveys conducted 46 internal rotary graduates of the Technical University of Ambato, and 99 was obtained observational data to analyze the skills acquired by the inpatient care for a child who presented with a prevalent disease of childhood, AIEPI 230 records were evaluated to identify whether they were properly filled, in order to identify whether health professionals from the Technical University of Ambato have the appropriate skills to ensure quality primary care. Within the knowledge, attitudes and procedures was obtained as results of cognitive assessment that 50% of inmates have regularly considered knowledge while 39% are impaired in terms of professional skills found that 50% of inmates have formed skills deficient. The work was developed in the Health Area N.1 in

the city of Ambato, the same that is responsible for primary healthcare, we evaluated patients who came to this medical department and who were provided with medical

care between the period of January 1 to December 31, 2012.

KEY WORDS: AIEPI, PROFESSIONAL_SKILLS, ROTARY_INTERNAL, PRIMARY_CARE, EVALUATION

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.

El presente proyecto de aplicación tiene como fin contribuir a la disminución la morbilidad y mortalidad de los niños menores de 5 años causadas por problemas fácilmente prevenibles. La estrategia de 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/as menores de cinco años en nuestro país.

La aplicación de esta estrategia está destinada a prevenir la ocurrencia de muchas enfermedades infecciosas, y a disminuir la gravedad de otras, contribuyendo de este modo a evitar un gran número de muertes en la infancia. Además, la aplicación de la estrategia AIEPI también contribuye a mejorar la condición de salud del niño y la familia, a través de componentes educativos y de promoción de la salud, es por ellos que la importancia de que el médico encargado de dicho análisis tenga las competencias académicas adecuadas para así poder garantizar una atención medica comunitaria de calidad.

En la formación profesional de Salud es importante adquirir varios componentes que permitan al profesional ser competente, para que este pueda brindar una atención de calidad y dar la capacitación adecuada en la comunidad para de esta manera prevenir las patologías prevalentes de la infancia, es por ello importante que el médico a cargo del área rural forme competencias cognitivas, actitudinales y procedimentales, para poder denominar que el mismo se encuentra lo capacitado para brindar atención pública.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 TEMA DE INVESTIGACION

EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES DE LOS INTERNOS ROTATIVOS EGRESADOS DE MEDICINA DE LA PROMOCIÓN 2012 DE LA UTA, EN LA ESTRATEGIA AIEPI Y SU APLICACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN EL AREA DE SALUD N. 1 DE LA CIUDAD DE AMBATO EN EL PERIODO ENERO – OCTUBRE 2012

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Ante la importancia de la calidad de la educación superior en el área de medicina, el tema de las competencias toma una relevancia particular. Naturalmente se podría pensar que una evaluación por competencias necesariamente se deriva de un modelo de formación, lo que ha obligado a académicos a buscar alternativas de educación para los estudiantes bajo un modelo de formación por competencias. En esa reflexión alrededor de las competencias surgen interrogantes sobre el tipo de profesionales que se están formando, la capacidad de los mismos dentro del ámbito de salud, cual es el aporte que se está dando a los profesionales con este tipo de formación académica, entre otras, pero de hecho la principal es si estarán preparados adecuadamente para ser profesionales competentes. (MSP, 2008)

La atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) es considerada actualmente a estrategia más efectiva para mejorar las condiciones de salud infantil. Además de ser la estrategia de mayor impacto en la prevención de las muertes evitables de menores de 5 años, debida principalmente a enfermedades

Infecciosas y trastornos nutricionales, AIEPI es considerada como la mejor puerta de entrada para mejorar la cobertura de aplicación de las medidas básicas de prevención de Enfermedades y problemas de salud, y para promover hábitos más saludables de vida que contribuirán a un mayor bienestar de la población. (ARIAS F, 2010)

Es por ello importante poder determinar si los futuros profesionales de salud están capacitados adecuadamente para la atención médica en el área rural ya que las competencias sobre la estrategia AIEPI requieren los conocimientos adecuados sobre las enfermedades prevalentes de la infancia para su correcto diagnóstico y tratamiento, para lo que se requiere identificar si en el proceso de aprendizaje los tutores solo realizan clase magistrales y el interés que se da a la práctica, ya que muchas veces se ha observado que no se llega al nivel en el que se pueda discutir el problema por lo cual el estudiante tiene que recurrir a su autoeducación que no es suficiente para adquirir los conocimientos adecuados.

1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN

MACRO

Con respecto a las investigaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) por los Enrique W. y Cerlant G. quienes refieren que: cada día, millones de padres acuden a hospitales, centros de salud, farmacéuticos, médicos y sanadores (que aplican prácticas tradicionales) en busca de atención sanitaria para sus hijos enfermos, pero en muchos casos estos dispensadores de salud no evalúan ni tratan adecuadamente a los niños, y que padres tampoco reciben asesoramiento adecuado. En los servicios sanitarios de primer nivel de países de bajos ingresos, el apoyo diagnóstico de servicios como los de radiología y laboratorio es mínimo o inexistente y a menudo escasean los medicamentos y el equipo. La limitación de suministros y de equipo, junto con el ritmo irregular del flujo de pacientes, reducen las posibilidades de que los médicos de este nivel de atención puedan aplicar

procedimientos clínicos complejos. Por el contrario, para determinar un tratamiento aprovechando al máximo los recursos disponibles suelen basarse en la historia médica y en un examen semiológico adecuado. Debido a estos factores, la prestación de atención de calidad a los niños enfermos supone un importante desafío. La OMS y el UNICEF han elaborado la estrategia denominada Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). La AIEPI ya se ha introducido en más de 75 países de todo el mundo. (MSP, 2008)

Por otra parte Según la Organización Panamericana de Salud determino que: cada año mueren en el mundo alrededor de 11 millones de niños antes de alcanzar los 5 años de edad, un gran porcentaje de estas muertes ocurren durante el primer año de vida y la mayor parte se produce en países en vías de desarrollo, llegando a obtener el 98% de estas muertes en el 2002. (OPS, 2010)

Muchos de estos decesos se deben a enfermedades fácilmente prevenibles y manejables como infecciones respiratorias, diarreas o desnutrición las mismas que pueden ser controladas en el hogar con medidas sencillas, a bajo costo y efectivas.

Durante la asamblea de milenio realizada en el año 2000, los Estados Miembros de las Naciones Unidas aprobaron la Declaración del Milenio, comprometiéndose a tratar de reducir la tasa de mortalidad infantil, de los niños menores de 5 años en dos terceras partes hacia el 2015.

MESO

En el año 2008 Leal M. presenta su trabajo de tesis con el tema “CONOCIMIENTOS SOBRE SIGNOS DE ALARMA DE INFECCION RESPIRATORIAS AGUDA DEL EQUIPO DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA” realizado en el Hospital ANTONIO MARIA PINEDA en la ciudad de Barquisimeto- Venezuela en el que se llegó a la siguiente conclusión: “En el presente estudio se encontró que los médicos residentes no poseen conocimientos

sobre los signos clínicos a investigar en un niño con tos y disnea, al igual que desconocen los signos de peligro en un niño con neumonía grave”

En el año 2007 Aguilar A., Mazzi E. y Pantoja M., publican un artículo de investigación con el tema: Conocimientos sobre nutrición en estudiantes de medicina publicada en la Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría. Estudio realizado en Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría” y Hospital Materno Infantil dependiente de la Caja Nacional de Salud de la ciudad de La Paz-Bolivia, en el cual concluyo que un 40% de los estudiantes de Pre-grado no contestaron en forma correcta el cuestionario, aun cuando las preguntas formuladas fueron de conocimientos corrientes para un profesional de salud. La mayoría de las notas se agruparon alrededor de la nota aprobatoria mínima, lo que nos incita a reforzar los conceptos de nutrición en la Facultad de Medicina. No existen grandes diferencias de conocimiento por área y tampoco existen preguntas que hayan sido respondidas por el 100% de alumnos, existe variabilidad y dispersión de conocimientos; sin embargo se esperaría un mayor dominio sobre epidemiología nutricional de país.

Según el Dr. Gusmao R., Coordinador del Programa de enfermedades Transmisibles y controlador de Enfermedades de la infancia de la OPS (2010), refiere que en Latinoamérica las cinco principales causas de muerte en la niñez, que contribuyen al 70% de la morbilidad y mortalidad son la neumonía, diarrea, malaria, sarampión (o una combinación de ellas), siendo la desnutrición un problema que agrava el curso de éstas enfermedades.

La magnitud de la mortalidad y morbilidad debido a estas cinco enfermedades, no justifican plenamente el enfoque integrado de AIEPI, ya que en el pasado estas enfermedades eran enfrentadas mediante programas. La racionalidad de AIEPI se basa en el hecho de que muchos niños y niñas presentan signos y síntomas relacionados a más de una de las enfermedades mencionadas; esta “sobre posición” de signos, síntomas y, por lo tanto, enfermedades, hacen que un sólo diagnóstico no sea lo más apropiado. De manera que el enfoque integrado de AIEPI responde a la

necesidad de ir más allá de los programas que respondan a una sola enfermedad y considerar la salud del niño de manera integral. (MSP, 2008)

Según datos publicados en la página de la Organización Mundial de la salud, en el año 2011, se explica que aproximadamente 12 millones de niños nacen en Latinoamérica y el Caribe. De acuerdo con la estimación alrededor de 400.000 mueren antes de cumplir los 5 años; 270.000 antes del primer año, y 180.000 durante el primer mes de vida. Sobre esta base AIEPI se considera en la actualidad como la estrategia más eficiente para reducir la carga de enfermedad y discapacidad en la población y contribuir un crecimiento y desarrollo saludable durante los primeros 5 años de vida. (ARIAS F, 2010)

MICRO

Según datos del Ministerio de Salud Pública, determinan que en los centros y subcentros de salud del Ecuador, se tiene como objetivo la calidad de la atención a los niños/niñas menores de cinco años, estableciendo 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.

En el Ecuador las Enfermedades Respiratorias Agudas (IRA) representan la principal causa de demanda de atención de salud, y son responsables del 20 al 40 % de las consultas externas para niños y del 12-35 % de los ingresos hospitalarios, con la presencia de brotes en población abierta e instituciones cerradas y la cuarta causa de muerte para todas las edades.

Aprender de estas enfermedades cuando trabajamos en un primer nivel es fundamental ya que como profesionales de salud del área rural es indispensable brindar la atención e información adecuada para mejorar el estilo de vida de los

pacientes y de la misma manera brindar la información adecuada para prevenir futuras alteraciones. (MSP, 2011)

De acuerdo a la información disponible de 2003 a 2007 en donde se encontraron incidencias de IRA del 53% y de EDA de 37%, se dio un incremento del 84% en los casos notificados como Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), convirtiéndose junto con la enfermedad diarreica aguda uno de los más frecuentes e importantes.

En el año 2010 en Ecuador la primera causa de morbilidad en niños son las Enfermedades Respiratorias Agudas ocupando una tasa de 14% (1'703.803 Habitantes).

1.2.2 ANALISIS CRÍTICO

El proceso de AIEPI describe cómo atender a un niño que asiste a un consultorio por una enfermedad, o para una visita de seguimiento programada para verificar el progreso o su estado de inmunización. Las pautas ofrecen instrucciones sobre la manera de evaluar sistemáticamente a un niño por signos generales de enfermedades comunes, desnutrición y anemia e identificar otros problemas. Además del tratamiento, el proceso incorpora actividades básicas para la prevención de enfermedades, ya que la morbi-mortalidad infantil es prevenible la mayoría de las ocasiones.

Por lo que es adecuado que la persona encargada de su seguimiento tanto en el tratamiento como la evolución de la patología presente, tenga los conocimientos adecuados sobre dicha estrategia, y para ello los conocimientos adquiridos en su formación académica superior deben ser óptimos para que de esta manera puedan llevar adecuadamente la evolución del paciente, primordialmente en el área rural ya que en muchas veces por falta de tiempo, o dinero, los padres no disponen de recursos para acudir a médicos especialistas o buscar medios diagnósticos por lo que los conocimientos de los

médicos del área rural, son los únicos que le permitirán al profesional dar un diagnóstico adecuado y eficaz tratamiento. (OSP, 2010)

1.2.3 PROGNOSIS.

Debido a la importancia que supone la formación de los profesionales de salud, surge la interrogante de evaluar la metodología de formación por competencias, para así determinar el adecuado desarrollo profesional de los médicos preparados en la UTA, para así ofrecer la atención integral que los pacientes del área rural merecen.

1.2.4 FORMULACION DEL PROBLEMA

Tienen los internos rotativos Egresados de Medicina de la promoción 2012 competencias en la estrategia AIEPI y estos las aplican de forma adecuada en la atención de pacientes menores de 5 años.

1.2.5 PREGUNTAS DIRECTRICES

- ¿Qué competencias sobre la estrategia AIEPI tienen los Internos Rotativos de Medicina?
- ¿Cómo se formaron las competencias adquiridas por los Internos Rotativos de Medicina?
- ¿La aplicación de las competencias adquiridas sobre la estrategia AIEPI es adecuada?

1.2.6 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACION

De contenido.

Campo: Pediatría

Área: Medicina Comunitaria

Aspecto: - Estrategia AIEPI

- Atención primaria de salud

Espacial

Esta investigación se realizó en el Área de salud N.1 en 3 subcentros escogidos al azar en la ciudad de Ambato – Ecuador

Temporal.

Se realizó en el periodo Enero – Octubre 2012

Unidad de observación

- Internos Rotativos de Medicina egresados promoción 2012
- Pacientes que acuden con patologías prevalentes de la infancia menores de 5 años.
- Médicos Rurales pertenecientes al Área de Salud N.1

1.3 JUSTIFICACIÓN

El interés por la presente investigación surge a partir de las prácticas profesionales realizadas en diferentes sectores del área rural, al poder observar la alta demanda de pacientes menores de 5 años, que cursan con patologías fácilmente manejables cuando se tiene la adecuada información sobre su prevención. Sin embargo, al poder constatar que la falta de recursos físicos y económicos que la mayoría de estas personas presentan, no tienen relación con su déficit de información acerca de la prevención de las enfermedades prevalentes de la infancia, para lo que es mandatorio que el profesional de salud responsable del área rural conozca sobre las estrategias de salud y sepa como capacitar a su población, para así disminuir la morbi-mortalidad causada por patologías fácilmente evitables. (OPS, 2011)

Es por ello que los conocimientos adquiridos como estudiante de medicina, deben ser aplicados como profesionales de salud. La educación basada en competencias se forma en varias unidades y determinadas en diversas etapas y estas son obtenidas por el estudiante con ayuda de las prácticas, simulaciones y clases magistrales.

De la misma forma este trabajo abarca la necesidad de proteger y servir dignamente a los niños menores de 5 años, ya que la estrategia AIEPI brinda una gran contribución para mejorar la atención y cuidado de la salud infantil, tanto a través de los servicios de salud como de la familia y la comunidad, reduciendo el riesgo de enfermar, fortaleciendo el crecimiento y desarrollo saludables, y reduciendo costos de atención.

Esta investigación buscó priorizar en el ámbito de AIEPI ya que esta se presenta como una herramienta para fortalecer el proceso continuo de identificación de problemas, implementación de acciones para su solución y evaluación de los efectos que estas producen, por lo que se espera que estos resultados contribuyan no sólo a poner de manifiesto el impacto de la estrategia AIEPI sobre la salud infantil, sino a profundizar el conocimiento sobre la situación de salud de la infancia, a fortalecer también los conocimientos del personal que se encargara del bienestar infantil en la población rural. (MSP, 2011)

1.4 OBJETIVO

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluación de la formación de competencias profesionales de los internos rotativos egresados de medicina de la promoción 2012 de la UTA, en la estrategia AIEPI y su aplicación en la atención primaria de salud en el área de salud N. 1 de la ciudad de Ambato en el periodo enero – octubre 2012

1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar que competencias sobre la estrategia AIEPI tienen los Internos Rotativos de Medicina.
2. Identificar cómo lograron la formación de las competencias adquiridas por los Internos Rotativos de Medicina sobre la estrategia AIEPI.
3. Valorar si la aplicación de las competencias adquiridas por los Internos Rotativos de Medicina sobre la estrategia AIEPI es adecuada.
4. Diseñar una propuesta para mejorar las Competencias Profesionales en AIEPI.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Según la publicación expuesta en la revista Sistema Clínico en el 2009, Garrido T., quien realizó un estudio sobre la evidencia científica del control del niño sano, sacó como conclusión que:

“Debemos incluir en los programas de salud aquellas actividades que estén avaladas por la evidencia científica, siguiendo las recomendaciones de los principales grupos de expertos. En ocasiones también se incluirán actividades que, sin tener una evidencia científica clara, también puedan contribuir a la promoción y prevención de la salud.”

En la séptima reunión del Grupo Asesor Técnico AIEPI a cargo del Bissot A., donde se trató sobre El Bienestar del niño, Atención Integral de Salud, Servicios de Salud del Niño, Cuidado del niño, Mortalidad Infantil-Tendencias realizada en Texas Childrens Hospital, en Washington D.C. , Estados Unidos, se analizó:

“Los diversos escenarios que favorecen o impiden el uso de medicina basada en evidencia en el contexto de AIEPI, en los programas locales de los países de la Región; Situación económica mundial y su repercusión en los programas de salud de la Región de las Américas y el papel de la estrategia

AIEPI en el marco del continuo de la atención, en este proceso. Llegando a las siguientes conclusiones: “Considera el Grupo Asesor Técnico de AIPI, que AIEPI a través de la capacitación en todos los niveles de atención, sigue teniendo gran potencial para identificar el uso de nuevas herramientas y tecnologías para mejorar la información y capacitación en AIEPI y el fortalecimiento de información epidemiológica en los países, como un programa nacional en apoyo a todos los demás programas en ejecución. La atención primaria forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el principal elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. Por lo cual, el grupo técnico considera primordial que todas las acciones propuestas estén enmarcadas dentro de un enfoque de género, etnicidad, promoción de la salud y empoderamiento de las madres y las familias.”

Falleiros D. en el año 2011 en su artículo de revisión con el tema “La atención integrada de las enfermedades prevalentes en la infancia y el enfoque en los cuidadores”. En la Universidad São Paulo, en la ciudad de Sao Paulo, Brasil; refiere que:

La actitud empática y comunicativa de los profesionales, asociada a la estrategia AIEPI, contribuyen significativamente para una efectiva integración entre los conocimientos prácticos y la técnico científica. Esa integración fue poco explorada en los artículos analizados, ya que, en su mayoría, son destacados el desempeño del profesional en orientar y en la capacidad del cuidador en recordar y seguir las orientaciones, sin abordar los factores participantes en la calidad de la relación establecida y la influencia de ella en el cuidado del niño. Esos aspectos merecen ser

explorados en investigaciones futuras sobre la prevención, promoción y tratamiento de las enfermedades prevalentes en la infancia”

BenguiguiY., en el 2005 en su artículo de revisión con el tema: “La estrategia AIEPI y su contribución a la salud infantil. Nuevos Paradigmas en la Enseñanza de la Pediatría”. En la Escuela de Salud Pública De CEARÁ, Brasil; refiere que:

En numerosos países, las Facultades de Medicina han incorporado servicios de atención por parte de sus estudiantes antes de su graduación. Se estima que aproximadamente 40.000 estudiantes del último año de la carrera de medicina están ejercitando su profesión antes de graduarse, atendiendo la salud de poblaciones postergadas en comunidades rurales o en servicios de salud de la periferia de las ciudades. Estos estudiantes que adquieren una valiosa experiencia de campo a través de este año social o rural obligatorio, brindan también un servicio clave a sus comunidades permitiéndoles contar con una atención calificada a través de los servicios de salud más cercanos a su domicilio”

2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

El paradigma de la investigación es crítico, este busca lograr cumplir las metas de la cumbre mundial a favor a la infancia que aprovechando las estrategias disponibles y la experiencia acumulada en su utilización avanza una visión reparadora de la salud, también preventiva y de promoción para lograr una mejor condición general del niño.

También se considera propositiva a una investigación cuando esta no se detiene en la simple observación de los fenómenos sino plantea alternativas de solución, como es mejorar la capacitación de los futuros médicos, para que estos puedan capacitar a la

población del área rural de la mejor manera y así evitar las enfermedades prevalentes de la infancia.

Uno de los compromisos es buscar la esencia de los sujetos de estudio, la interrelación e interacción de la dinámica de las contradicciones que generan cambios profundos. La investigación está comprometida con poder ofrecer atención de calidad para así mejorar el estilo de vida de nuestros pacientes.

2.2.1 Axiológica

Partiendo desde el punto de vista filosófico, el basamento de la actitud y comportamiento humano en valores, es menester rescatar los éticos y morales en la sociedad que se definen desde el punto de vista subjetivo consensuado como actitudes que rigen el desarrollo de la sociedad, particularmente referidos al conglomerado social más cercano al de la infancia y sin descartar las políticas generales dictaminadas por el Estado.

2.2.2 Epistemológico

Esta investigación se fundamenta en los principios que rigen el conocimiento humano desde el punto de vista científico, utilizando herramientas validas generadas en el desarrollo del mismo. El estudio e indagación para establecer el diagnóstico situacional motivo de esta investigación, conlleva a la realización de trabajo de campo, encuestas, revisión de historias clínicas, observación.

2.2.3 Ontológica

Este Trabajo se fundamenta en que la realidad está en continuo cambio por lo que la ciencia en sus verdades científicas tiene un carácter perfectible.

El tipo de persona que se pretende formar debe ser autónoma y capaz de encontrar resolución a los problemas médicos que acudan a su llamado. Tener una actitud de afirmación ante la existencia y el sentido de la vida; esta base tanto humana, psicológica, espiritual asegura la consistencia moral de la persona.

2.2.4 Pedagógica

Se pretende que el aprendizaje sea una reconstrucción viva del saber, para lo cual la educación debe ser sistemática, intensa y sostenida donde el docente promueve el desarrollo y la aplicación de las competencias profesionales a nivel médico, que le permita ejecutar adecuadamente las habilidades adquiridas dando así una resolución a los problemas médicos.

2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL

El Ministerio de Salud Pública en su calidad de Autoridad Sanitaria Nacional está implementando cambios estructurales en el sector salud, que se enmarcan en el proceso de la Revolución Ciudadana que el Gobierno Nacional viene impulsando desde el año 2007.

La Constitución Ecuatoriana aprobada en el 2008, recogió las aspiraciones y propuestas de los sectores democráticos del país, que se plasmaron en un conjunto de principios y mandatos que reconocen los derechos fundamentales de la población, una nueva institucionalidad que garantice esos derechos, un ordenamiento social que fortalezca el convivir democrático y la plena participación de la ciudadanía.

Según la Constitución de la República de Ecuador

Art 32: La salud es un derecho que garantiza el estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, el seguro social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

En la Ley Orgánica de Salud Ordena:

Art 6: Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública, regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la prevención, detección, atención integral y

rehabilitación, de enfermedades transmisibles y no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades, y problemas de salud pública declarados prioritarios.

Área Legal Comité Ecuatoriano de Cooperación con la Comisión Interamericana de Mujeres

En el art. 45 del mismo cuerpo legal, se manifiesta que los niños, niñas y adolescentes gozan de los derechos comunes al ser humano, como son el respeto a la vida, libertad, a la no discriminación, libertad de asociación, etc.; así como también a los que son específicos para su edad. En el segundo inciso se establece que “Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social;

El Estado Ecuatoriano deberá adoptar las medidas que sean necesarias para:

- La atención prioritaria a las niñas/os menores de seis años, garantizando su nutrición, salud educación y cuidado. (11)

LEY DE DERECHOS Y AMPARO DEL PACIENTE

Art. 1.- Definición de centro de salud.- Centro de Salud es una entidad del sistema de servicios de salud pública o privada, establecida conforme a la Ley para prestar a las personas atención de salud integral de tipo ambulatorio y de internamiento. Es, además, un centro de formación de personal de salud y de investigación científica.

Se consideran centros de salud a:

- a) Hospitales;
- b) Clínicas;
- c) Institutos Médicos;
- d) Centros Médicos;

- e) Policlínicos; y,
- f) Dispensarios Médicos.

Art. 2.- Derecho a una atención digna.- Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía.

Art. 3.- Derecho a no ser discriminado.- Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica.

Art. 6.- Derecho a decidir.- Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión.

REGLAMENTO DE FORMACIÓN POR COMPETENCIAS DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO PARA PREGRADO

CAPITULO II VISIÓN

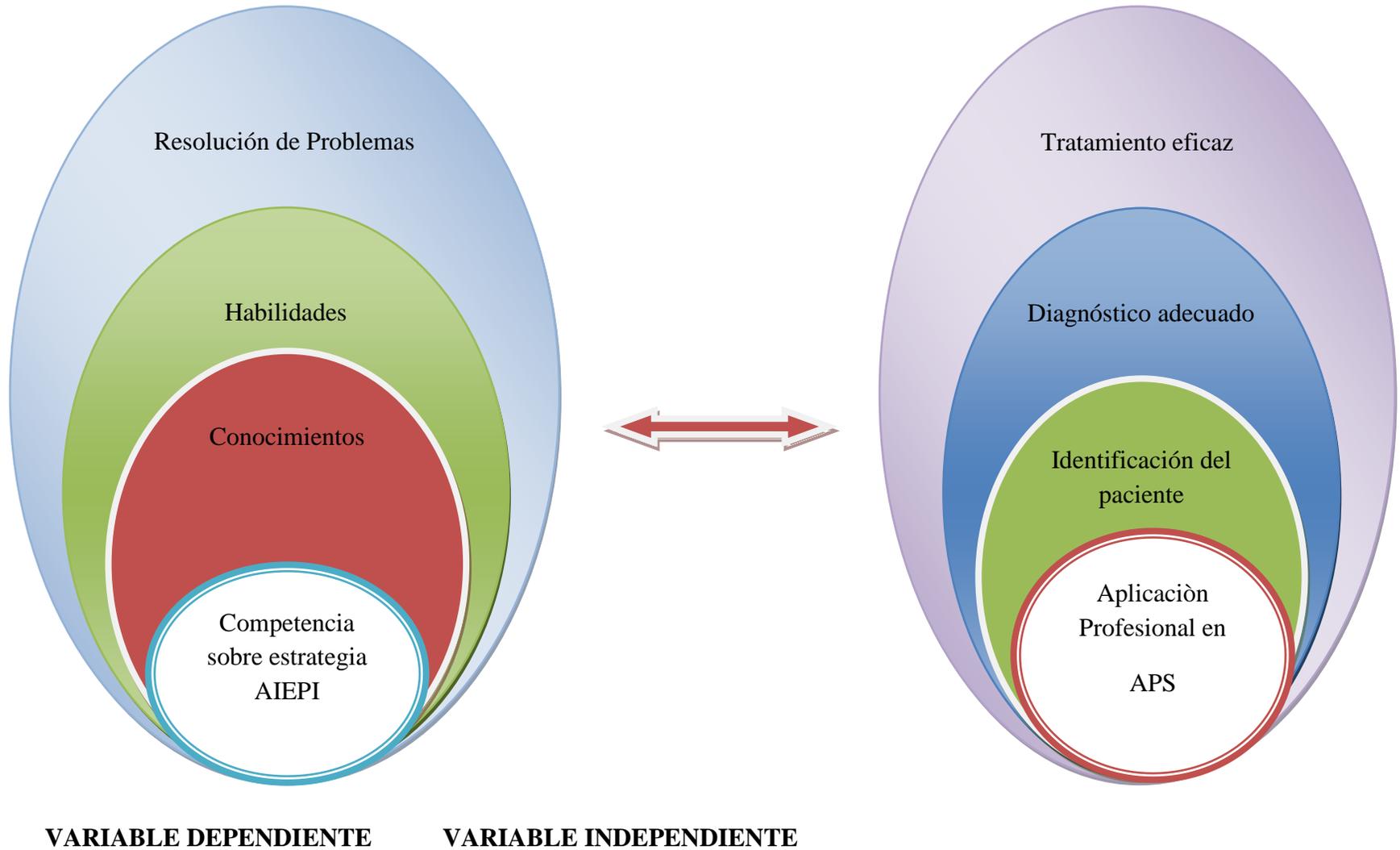
Art 2: La Universidad Técnica de Ambato, por sus niveles de excelencia, se constituirá en un centro de referencia académico, científico y humanístico del país. Sera la institución que promueva la generación de proyectos y propuestas como soporte `para el desarrollo provincial, regional y nacional. En su entorno y tomando en cuenta las manifestaciones del pensamiento del mismo, creara conocimientos, formara profesionales competentes, realiza investigación científica y tecnológica, difundirá el arte y la cultura, promoverá el deporte y prestara servicios, proponiendo alternativas de soluciones a los problemas de los diversos sectores productivos y sociales. Estas acciones se realizaran en un ámbito de libertad, respeto a los derechos humanos e intelectuales, participación integrativa, equidad de género y defensa del medio ambiente de criterios de sustentabilidad y sostenibilidad.

CAPITULO V OBJETIVOS

Art 7: La universidad Técnica de Ambato tiene los siguientes objetivos y estrategias fundamentales:

- a. Formar, capacitar, especializar y actualizar a estudiantes, profesionales en los niveles de pregrado y posgrado, en las diversas especialidades y modalidades.
- b. Preparar a profesionales y líderes con pensamiento crítico y conciencia social de manera que contribuyan eficazmente al mejoramiento de la producción intelectual y de bienes y servicios, de acuerdo con las necesidades presentes y futuras y la sociedad y la planificación del estado.

2.4 CATEGORIAS FUNDAMENTALES



2.4.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

COMPETENCIAS SOBRE ESTRATEGIA AIEPI

Se podría pensar que una evaluación por competencias necesariamente se deriva de un modelo de formación por competencias, lo que ha obligado a académicos y docentes buscar estrategias de educación, uno de ellos es el modelo de formación por competencias. En esa reflexión, alrededor de las competencias surgen preguntas como si el tipo de sujeto que se está formando es adecuadamente preparado, el fin es lograr la formación de un mejor sujeto para la sociedad, capaz de diagnosticar y tratar adecuadamente a los pacientes.

La competencia puede definirse de manera sencilla como “el resultado de un proceso de integración de habilidades y de conocimientos; saber, saber-hacer, saber-ser, saber-emprende, no obstante esta definición no deja entrever el papel fundamental que cumple el contexto cultural en el desarrollo de las competencias.

Métodos de Aprendizaje

El aprendizaje se concibe como la reconstrucción de los esquemas de conocimiento del sujeto a partir de las experiencias que éste tiene con los objetos -interactividad- y con las personas –intersubjetividad - en situaciones de interacción que sean significativas de acuerdo con su nivel de desarrollo y los contextos sociales que le dan sentido.

Es el proceso por el cual el sujeto del aprendizaje procesa la información de manera sistemática y organizada y no solo de manera memorística sino que construye conocimiento. En este proceso se pueden identificar claramente tres factores que son determinantes en el aprendizaje, como son las actitudes, las aptitudes y los contenidos. No obstante, a partir las aptitudes toman desorientaciones diferentes, las aptitudes intelectivas y las aptitudes procedimentales.

El desarrollo de cada una de las actitudes, aptitudes intelectivas, aptitudes procedimentales y los contenidos tiene correspondencia con la formación en el ser, en el pensar, el hacer y el saber, respectivamente, y el aprendizaje logrado por medio de la convergencia de estas cuatro inmersiones da lugar a los llamados aprendizajes significativos, que son los aprendizajes en los cuales el sujeto del proceso de formación reconfigura la información nueva con la experiencia, permitiéndole así integrar grandes cuerpos de conocimiento con sentido. De esa integración entre conocimiento con sentido y experiencia resulta el desarrollo de la competencia profesional.

Prácticas y Tutorías

Tres metodologías para realizar trabajo por competencias. Ellas son:

- Trabajo por proyectos: En el que a partir de una situación problema se desarrollan procesos de aprendizaje y de construcción de conocimiento, vinculados al mundo exterior, a la cotidianidad al contexto.
- Resolución de problemas: Esta metodología permite hacer una activación, promoción y valoración de los procesos cognitivos cuando los problemas y tareas se diseñan creativamente.
- Enseñanza para la comprensión: enfocar el proceso de aprendizaje hacia la comprensión implica organizar las imágenes y las representaciones en diferentes niveles para lograr la comprensión por parte de los estudiantes, consecuentemente ellos aprenden a comprender y por consiguiente logran conciencia sobre cómo ellos comprenden.

Comprender es el proceso por el cual se asimilan las representaciones y se les otorga un significado. Existen diversas metodologías que propician los cuatro niveles de comprensión:

1. Narrativo: Cuando el estudiante presenta un relato o narración acerca del concepto. Ej.: Un relato sobre el origen de la constitución.
2. Lógico – cuantitativo: Cuando el estudiante aborda el concepto mediante procesos deductivos numéricos. Ej.: Los análisis numéricos de contraste o comparar modelos económicos.
3. Fundacional: Se aborda el concepto epistemológicamente desde sus diferentes connotaciones. Ej.: El concepto de independencia, clima, socialización.
4. Estético: Se da un abordaje del concepto desde la vivencia. Ej.: El estudio del estado a partir del folklore y la cultura.

Capacitación Complementaria

Es necesario dar una mirada inicial a los factores que intervienen en el proceso de aprendizaje para luego discernir acerca de cómo ellos contribuyen al desarrollo de las competencias. Se definen estos cuatro factores:

La actitud

Es una predisposición afectiva y motivacional requerida para el desarrollo de una determinada acción, posee también un componente cognitivo y un componente comportamental.

En la actitud lo fundamental es generar expectativa, porque así el estudiante se interesa y se motiva en su proceso de aprendizaje. No obstante la actitud puede ser inversamente proporcional a la aptitud por un mecanismo de compensación de debilidades, como en el caso de quienes al reconocer sus debilidades en el área de matemáticas, en medio de la necesidad de aprender, se interesan más por aprender que aquellos que tienen más habilidades para dicha área.

Aptitudes intelectivas

Son habilidades mentales que determinan el potencial de aprendizaje, también definidas como las capacidades para pensar y saber. Dependen de la estructura mental, las funciones cognitivas, los procesos de pensamiento y las inteligencias múltiples.

Aptitudes procedimentales

Se definen como las capacidades para actuar y hacer. Están relacionados con los métodos, Técnicas, procesos y estrategias empleadas en el desempeño.

Contenidos

Es toda la estructura conceptual susceptible de ser aprendida. Su organización es vital para el proceso de aprendizaje. En la medida en que exista más coherencia entre ellos, los estudiantes encontrarán las relaciones entre los mismos lo que a su vez aumentará su nivel de comprensión. La comprensión de los conceptos determina el aprendizaje, más no el aprendizaje significativo.

COMPETENCIAS NECESARIA PARA LA APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA AIEPI

Las competencias requeridas para poder aplicar adecuadamente la estrategia AIEPI son las cognoscitivas, actitudinales y procedimentales, las cuales se deben formar durante el periodo académico del estudiante mediante clases magistrales, prácticas, simulaciones y las más importante la autoformación del mismo.

La estrategia AIEPI incluye intervenciones tanto preventivas como curativas y de promoción de salud, que llevan a mejorar las prácticas en las unidades operativas, en el sistema de salud y en los hogares. El eje de la estrategia es la atención integrada de los problemas más frecuentes en la infancia focalizando en las causas más comunes de mortalidad y de consulta en las unidades de salud.

La estrategia incluye tres componentes principales que desde el punto de vista académico por competencias son:

- Procedimentales: Mejoramiento de las habilidades del personal de salud para manejo de casos, mediante la provisión de guías para la atención integrada de las enfermedades infantiles adaptadas localmente y las actividades para promover su aplicación.
- Actitudinales: Mejoramiento en la totalidad del sistema de salud necesario para un efectivo manejo de las patologías y salud de la niñez.
- Preventiva: Mejoramiento en las prácticas de cuidado de la salud entre las familias y comunidades.

REGLAMENTO DEL SISTEMA DE EVALUACION POR COMPETENCIAS

SISTEMA DE EVALUACION, ACREDITACION Y CALIFICACION

En la Universidad Técnica de Ambato se procesaran módulos formativos, que integren investigación, docencia y servicio a la comunidad.

Con el propósito de evidenciar las competencias que va adquiriendo el estudiante se consignara dos calificaciones de los aprendizajes de los alumnos: uno a mitad del ciclo semestral y otra al final del mismo. Cada una de las calificaciones será el resultado de la suma de las siguientes componentes:

- a. Un 60% derivado del promedio de las diversas formas de acreditación de las actividades de estudio independiente, el trabajo en equipo y de la investigación realizada a lo largo del periodo correspondiente
- b. Un 40% del promedio de las pruebas receptadas en forma sistemática por los docentes en el periodo correspondiente, de conformidad con el modulo formativo.

Dentro de las actividades de aula y de estudio independiente, expresamente determinados en el módulo formativo, se consideran los siguientes informes sobre:

- a. Consultas bibliográficas y documentales
- b. Trabajos de campo
- c. Trabajos prácticos
- d. Prácticas de laboratorio
- e. Seminarios
- f. Visitas a empresas
- g. Exposiciones
- h. Ejecución de proyectos de investigación
- i. Proyectos comunitarios

2.4.2 VARIABLE DEPENDIENTE

APLICACIÓN PROFESIONAL DE LA ESTRATEGIA AIEPI

La atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) es considerada actualmente la estrategia más efectiva para mejorar las condiciones de salud infantil, promueve hábitos más saludables de vida que contribuirán a un mayor bienestar de los niños menores de 5 años, también proporciona instrucciones prácticas para el tratamiento, tales como enseñar a los padres o cuidadores a cargo del niño como administrar medicamentos orales, alimentar y administrar líquidos durante la enfermedad y tratar infecciones locales en la casa. Cuando se lleva nuevamente al niño a la unidad de salud según se solicitó, se proporciona atención de seguimiento y si fuera necesario para determinar si existen problemas nuevos.

Este volumen de investigaciones operativas prioritarias sobre la estrategia AIEPI incluye un conjunto de protocolos diseñados para su aplicación en los niveles locales que permiten, a la vez que evaluar resultados de la aplicación de la estrategia AIEPI, estudiar otros aspectos de la salud infantil que pueden merecer consideración adicional y que deben por lo tanto hacer parte de dicha estrategia.

En este marco, se espera que estos protocolos contribuyan no sólo a poner de manifiesto el impacto de la estrategia AIEPI sobre la salud infantil, sino a profundizar el conocimiento sobre la situación de salud de la infancia, y a fortalecer también la capacidad de los niveles locales para la identificación y resolución de problemas. Sobre esta base, se espera que así como los beneficios de la estrategia AIEPI se extienden más allá de la salud infantil, fortaleciendo la capacidad de la familia para la prevención de enfermedades la promoción de la salud, la aplicación de estos protocolos se extienda también más allá de las acciones de salud infantil, contribuyendo a mejorar la capacidad de gestión de todas las personas que, en el nivel local, trabajan por el mejoramiento de las condiciones de salud de la población.

Diagnóstico tratamiento Adecuado

En consecuencia el AIEPI comunitario pretende promover comportamientos esenciales para el desarrollo físico y mental de los niños y niñas, la prevención de enfermedades, la atención adecuada en el hogar (**TRATAMIENTO EN EL HOGAR**) y la búsqueda de ayuda fuera del hogar en el momento adecuado.

AIEPI promueve el diagnóstico de las enfermedades más frecuentes de la infancia que son vistas en consultorios para pacientes ambulatorios, garantiza el tratamiento apropiado de todas las enfermedades principales, fortalecer los consejos a las personas que se encargan de atender a las niñas y niños, y acelera la referencia a los servicios de salud, de niños gravemente enfermos. Está basada en un enfoque que considera que el acceso a una buena atención para el niño es un derecho.

La estrategia asegura la capacitación de los recursos humanos, la organización de los servicios y los suministros necesarios para cumplir adecuadamente con los siguientes componentes:

- Evaluación del niño e identificación de signos de peligro

- Evaluación del niño con dificultad para respirar e identificación de signos de alarma
- Evaluación del niño con diarrea e identificación de signos de deshidratación
- Evaluación de la fiebre e identificación de signos de meningitis, neumonía, malaria o sarampión
- Evaluación de problemas de oído
- Búsqueda de signos de maltrato
- Identificación de signos de desnutrición y anemia
- Evaluación y consejos sobre lactancia materna y alimentación
- Evaluación del estado de inmunización del niño
- Tratamiento de enfermedades y problemas detectados
- Estimula prácticas saludables para el crecimiento y desarrollo del niño
- Educación al responsable de la atención del niño en el hogar sobre cuidados relativos a la enfermedad y vigilancia de los signos de gravedad para volver a consulta
- Orientar sobre pautas generales para asegurar crecimiento y desarrollo saludable

La estrategia AIEPI contempla una secuencia ordenada de pasos que permiten al personal de salud Evaluar, clasificar y tratar diferentes problemas de salud que el niño puede presentar y que habitualmente no son detectados, al focalizar la atención solo en el motivo de consulta expresado por los padres. Las intervenciones de la Estrategia AIEPI en el hogar son:

- Educar a la madre y otro responsable del cuidado, del niño.

- Enseñar los signos generales de peligro para la búsqueda oportuna de atención.

Medidas Preventivas

- Reducir la mortalidad en los niños menores de 5 años, especialmente la ocasionada por neumonía, diarrea, malaria, tuberculosis, dengue, meningitis, trastornos nutricionales y enfermedades prevenibles por vacunas, así como sus complicaciones.
- Reducir la incidencia y/o gravedad de los episodios de enfermedades infecciosas que afectan a los niños, especialmente neumonía, diarrea, parasitosis intestinales, meningitis, tuberculosis, malaria, además de los trastornos nutricionales.
- Garantizar una adecuada calidad en la atención de los niños menores de 5 años, tanto en los servicios así como también en el hogar o de una transferencia a un hospital según el estado general del paciente.
- Fortalece aspectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de la niñez en la atención de los servicios de salud y en la dinámica familiar, comunitaria y local.
- Apoya los esfuerzos dirigidos a fortalecer el desarrollo local para la atención de la salud mejorando las actitudes, habilidades y destrezas en la familia, la comunidad y los sectores para el cuidado de los niños menores de 5 años y la protección del ambiente.

2.5 MARCO CONCEPTUAL

ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA

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, ha 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 conjuga 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 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.

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

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

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 etarios:

- 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.(2)

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.

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 No1 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.

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.(4)

A) PROPÓSITO DE LA ATENCIÓN

- 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**

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

B) CLASIFICACIÓN DE LOS MÓDULOS SEGÚN EDADES:

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

C) OBJETIVOS DEL MODULO:

- 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 (5)

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

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:

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

3. REGISTRO DE LOS SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL:

Tabla 1 Registro de Signos de Peligro

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

EVALUAR Y CLASIFICAR LA DESNUTRICIÓN Y/O LA ANEMIA.

La desnutrición se debe a la carencia de energía, proteínas, vitaminas y minerales en la alimentación.

Los padres o cuidadores pueden consultar porque su hijo/hija tiene una enfermedad aguda. Quizás el niño/niña no tenga trastornos que indiquen desnutrición. Un niño/niña enfermo puede estar desnutrido y tal vez su familia no lo haya notado. Un niño/niña con desnutrición es más susceptible a numerosos tipos de enfermedades y estas cursan con mayor gravedad. También los niños/niñas con peso muy bajo para la edad tienen mayor riesgo de morir que el resto de los niños/niñas no desnutridos.

El reconocimiento y tratamiento de niños/niñas con desnutrición puede ayudar a prevenir numerosas enfermedades graves y la muerte. Algunos casos de desnutrición

pueden tratarse en la casa, mientras que los casos graves deben referirse a un hospital para recibir alimentación especial, transfusiones de sangre o un tratamiento específico para la enfermedad que contribuye a la desnutrición. (4)

CAUSAS DE DESNUTRICIÓN

La desnutrición se debe a diversas causas que varían según el país y aun al interior de las comunidades. Un tipo de desnutrición es la calórica-proteica, que se desarrolla cuando el niño/niña no obtiene de sus alimentos suficiente energía o proteínas para satisfacer sus necesidades nutricionales.

Un niño/niña que padece enfermedades frecuentemente también puede contraer desnutrición calórica proteica. El apetito del niño/niña disminuye y los alimentos consumidos no se utilizan eficientemente. En la desnutrición calórico-proteica, el niño/niña:

- Puede sufrir emaciación grave visible, un signo de marasmo.
- Puede desarrollar edema, un signo de Kwashiorkor.
- Tal vez no se desarrolle bien y se retrase su crecimiento (talla demasiado baja).

Un niño/niña desnutrido tiene carencias vitamínicas y de minerales esenciales, debido a que no ingiere con los alimentos que recibe, cantidades suficientes y necesarias de vitaminas o minerales (como el hierro, vitamina A y Zinc).

Una dieta sin alimentos ricos en hierro puede llevar a la carencia de este mineral y a la anemia. **ANEMIA** significa que el paciente tiene un número reducido de glóbulos rojos o una disminución de hemoglobina en cada glóbulo rojo. Un niño/niña también puede contraer anemia como resultado de:

- Infecciones.

- Parásitos como anquilostomas o tricocéfalos, los cuales pueden causar pérdida de sangre por el aparato digestivo y anemia.
- La malaria, que puede destruir rápidamente los glóbulos rojos. Los niños pueden contraer anemia ante episodios reiterados de malaria o tratamiento inadecuado de esta infección. La anemia puede aparecer lentamente y generalmente se debe tanto a desnutrición como a malaria.

1. EVALUAR A UN NIÑO/NIÑA CON DESNUTRICIÓN Y ANEMIA. (3)

Se evalúa a todos los niños/niñas enfermos para determinar si padecen desnutrición y anemia, primero observe:

- **Si hay emaciación grave visible:** Un niño/niña con emaciación grave visible tiene marasmo, una forma de desnutrición grave. El niño/niña presenta este signo si está muy delgado, no tiene grasa y parece como si solo tuviera piel y huesos. Algunos niños/niñas son delgados pero no tienen emaciación grave visible que necesiten tratamiento y referencia urgente a un hospital.

Para poder observar si existe emaciación grave visible, desvista al niño/niña. Observe si hay atrofia muscular en hombros, brazos, nalgas y piernas. Observe si se ve fácilmente el contorno de las cotillas.

Observe las caderas, tal vez se vean pequeñas si se las compara con el tórax y el abdomen. Obsérvelo de perfil a fin de determinar si no tiene grasa en las nalgas. Cuando la atrofia es extrema, la piel presenta numerosos pliegues en las nalgas y los muslos de modo que el niño/niña da la impresión de estar usando pantalones demasiado anchos.

El rostro de un niño/niña con emaciación grave visible puede aún parecer normal y el abdomen quizá este grande o distendido.

- **Si hay palidez palmar:** La palidez extrema de la piel constituye un signo de anemia. Para verificar si el niño/niña padece palidez palmar, mire la piel de la palma de su mano. Mantenga abierta tomándola suavemente desde el costado. No extienda los dedos hacia atrás dado que esto podría ocasionar palidez al bloquear el suministro de sangre.

Compare el color de la palma del niño/niña con su propia palma y las palmas de otros niños. Si la piel de la palma es muy pálida o tan pálida que parece blanca, padece palidez palmar intensa.

- **Palpe para determinar si hay edema en ambos pies:** Un niño/niña con edema en ambos pies puede padecer Kwashiorkor (otra forma de desnutrición grave). Otros signos comunes de kwashiorkor incluyen cabello fino, ralo y descolorido que cae fácilmente; piel seca, escamosa especialmente en brazos y piernas, y rostro hinchado o en forma de “luna”. El edema se produce cuando se acumula una cantidad extraordinariamente grande de líquido en los tejidos. Los tejidos se llenan de líquido y parecen hinchados o tumefactos. Observe y palpe para determinar si el niño/niña tiene edema. Utilice su dedo pulgar para presionar suavemente por unos pocos segundos en el lado superior de cada pie. El niño/niña tiene edema si le queda una marca en el pie cuando usted levanta su pulgar.

Luego:

- **Determine el peso para la edad:** En el peso para la edad se compara el peso del niño/niña con el peso de otros niños de la misma edad. Identificará a los niños cuyo peso para la edad están por debajo de la curva de crecimiento del gráfico de referencia de menores de cinco años del MSP (carnet de salud del niño y de la niña). Los niños/niñas que se encuentran por encima de la curva inferior del gráfico también pueden estar desnutridos. Pero los niños

niños/niñas que están por debajo de la curva inferior tienen peso muy bajo y necesitan que se preste especial atención a su alimentación

Para determinar el peso para la edad:

Utilice el carnet de salud y explique la tendencia del crecimiento a los padres o cuidadores empleando los cuadros de la esquina inferior derecha, en los que si la curva esta en ascenso y paralela a las de referencia, el niño o la niña crecen bien. Cuando la curva empieza a horizontalizarse o es francamente horizontal, significa que el niño o niña no crece bien, por un problema reciente como una enfermedad, maltrato o falta de estimulación o afecto que provocan cambio negativo en la tendencia. Cuando la curva se dirige hacia abajo, significa que el niño o niña no crece bien debido a un problema de mayor gravedad o de mayor tiempo de duración.

Tabla 2 Observación y Palpación en Desnutrición

<p>OBSERVAR Y PALPAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar si hay emaciación visible. • Determinar si hay palidez palmar. <p>Es palidez palmar intensa?</p> <p>Es palidez palmar leve?</p> <ul style="list-style-type: none"> • verificar si hay edema en ambos pies. • Determinar el peso para la edad. 	<p>Clasificar la SITUACIÓN NUTRICIONAL</p>
--	---

Fuente: Manual de capacitación de AIEPI, Julio 2008

2. CLASIFICAR LA SITUACIÓN NUTRICIONAL:

Hay tres clasificaciones para la situación nutricional del niño:

- **Desnutrición grave y/o anemia grave.**
- **Peso muy bajo y/o anemia.**
- **No tiene peso muy bajo ni anemia.**

Es necesario evaluar la alimentación de todos los niños/niñas, en especial aquellos:

- Cuyo estado se clasifica como ANEMIA Y/O PESO MUY BAJO, o
- Que son menores de 2 años de edad.

Tabla 3 Clasificación de Malnutrición y Anemia

SIGNOS	CLASIFICAR COMO
Emaciación Grave visible o Edema en ambos pies o Palidez palmar intensa	DESNUTRICION GRAVE Y/O ANEMIA GRAVE
Palidez palmar leve o Peso muy bajo para la edad	PESO MUY BAJO Y/O ANEMIA
El peso para la edad no es muy bajo y no	NO TIENE PESO MUY BAJO NI

hay ningún otro signo de desnutrición.	ANEMIA
--	---------------

FUENTE: Datos tomados del Manual AIEPI

DESNUTRICIÓN GRAVE Y/O ANEMIA GRAVE (COLOR ROSADO)

Si el niño/niña tiene emaciación grave visible, palidez palmar intensa o edema en ambos pies, se clasifica el estado del niño como DESNUTRICIÓN GRAVE Y/O ANEMIA GRAVE. Los niños /niñas con edema en ambos pies pueden padecer otras enfermedades como síndrome nefrítico. No es necesario distinguir estas otras condiciones del kwashiorkor ya que también requieren referencia.

Los niños/niñas cuyo estado se clasifica como DESNUTRICIÓN GRAVE Y/O ANEMIA GRAVE están expuestos al riesgo de muerte por neumonía, diarrea y otras enfermedades graves. Esos niños/niñas necesitan la referencia urgente a un hospital donde pueda vigilarse atentamente el tratamiento.

Probablemente necesiten alimentación especial, antibióticos o transfusiones de sangre. Antes de que el niño/niña vaya al hospital, se debe administrar una dosis de vitamina A.

ANEMIA Y/O PESO MUY BAJO (COLOR AMARILLO)

Si el niño/niña tiene peso muy bajo para su edad o palidez palmar leve, clasifíquelo como ANEMIA Y/O PESO MUY BAJO porque presenta un riesgo mayor de padecer enfermedades graves. Cuando registre esta clasificación, se puede escribir solamente ANEMIA si el niño/niña solo padece palidez palmar o PESO MUY BAJO PARA LA EDAD si tiene peso muy bajo para la edad.

Un niño/niña con palidez palmar leve puede padecer anemia. Administre un tratamiento con hierro. La anemia puede ser ocasiona por malaria, uncinaria o tricocéfalo. Si hay alto riesgo de malaria, administre un antimalarico al niño/niña con signos de anemia. Las infecciones por uncinarias y tricocéfalos contribuyen a la anemia porque la pérdida de la sangre por medio de los intestinos resulta en deficiencia de hierro. Se debe administrar albendazol solo si hay uncinaria o tricocéfalo en la zona.

NO TIENE ANEMIA NI PESO MUY BAJO (COLOR VERDE)

Si el niño/niña no tiene peso muy bajo para su edad y no hay ningún otro signo de desnutrición, clasifique el estado del niño/niña como NO TIENE ANEMIA NI PESO MUY BAJO.

Si tiene menos de dos años de edad, evalúe la alimentación del niño/niña. Aconseje a los padres o cuidadores sobre cómo alimentar a su hijo/hija.

3. TRATAMIENTO DE DESNUTRICIÓN:

Tabla 4 Tratamiento de Desnutrición

CLASIFICACION	TRATAMIENTO
DESNUTRICION GRAVE Y/O ANEMIA GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> • Dar Vitamina A • Referir URGENTEMENTE al hospital
	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la alimentación del niño/a y recomendar a la madre sobre la

<p>PESO MUY BAJO Y/O ANEMIA</p>	<p>alimentación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si la alimentación es un problema, hacer una consulta de seguimiento 5 días después. <p>Si hay palidez</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dar Hierro • Dar Antimalarico oral si el riesgo es alto • Dar albendazol si el niño/a es mayor de 2 años y no ha tomado ninguna dosis en los últimos 6 meses. • Indicarles cuando deben volver Urgentemente. • Si hay palidez, hacer una consulta de seguimiento 14 días después. • Si el peso es muy bajo para la edad, hacer una consulta de seguimiento 30 días después.
<p>NO TIENE PESO MUY BAJO NI ANEMIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si el niño/a es menor de 2 años, evaluar la alimentación del niño/a y recomendarles sobre la alimentación. • Si la alimentación es un problema, hacer una consulta de seguimiento 5 días después. • Indicarles cuando deben volver Urgentemente.

FUENTE: Datos de Manual AIEPI

MEDICAMENTOS DE ADMINISTRACION ORAL RECOMENDADO POR LA TECNICA AIEPI EN DESNUTRICION Y/O ANEMIA

- a) **DAR VITAMINA A:** La vitamina A se administra a los niños/niñas con **DESNUTRICIÓN GRAVE**. La vitamina A ayuda al sistema inmunitario y a prevenir otras infecciones.

La vitamina A esta disponible en capsulas de 100.000 UI y 200.000 UI. Se usa la edad del niño/niña para determinar la dosis. Administre cada seis meses 100.000 UI, entre los seis y doce meses de edad y 200.000 UI a mayores de un año.

Tabla 5 Dosis Vitamina A

EDAD O PESO	CAPSULAS DE VITAMINA A (200.000 UI= 8 GOTAS)
6 meses a 11 meses	½ capsula = 4 gotas
1 año a 4 años	1 capsula = 8 gotas

FUENTE: Datos de Manual AIEPI

- b) **DAR HIERRO:** Un niño/niña con cierto grado de palidez palmar puede tener anemia. Un niño/niña anémico necesita hierro como tratamiento. La dosis de hierro elemental recomendada es de 4-6 mg/Kg/día.

Se debe dar gotas a un niño/niña menor de 12 meses de edad. Si el niño/niña tiene 12 meses de edad o más, suministrar el hierro en jarabe. Se entrega a los padres o

cuidadores hierro suficiente para 14 días. Dígales que le administren una dosis diaria durante los próximos 14 días. Se pide que regresen por más hierro en 14 días. Explíquese que el hierro puede poner negras las heces del niño/niña o manchar los dientes transitoriamente.

Decir a la madre que guarde el hierro fuera del alcance del niño/niña. Una sobredosis de hierro puede ser mortal o enfermar gravemente al niño/niña.

c. DAR ALBENDAZOL: Administrar 400 mg de albendazol en el servicio de salud como dosis única si:

- Las uncinarias o los tricocéfalos constituyen un problema entre los niños/niñas de la zona
- Si el niño/niña es mayores de 2 años
- El niño/niña no recibió ninguna dosis en los últimos 6 meses.

4. CONSULTA DE SEGUIMIENTO POR PALIDEZ:

- Después de 14 días:

Dar instrucciones para que la madre vuelva al control en 14 días.

- Continuar administrando hierro 2 veces a la semana hasta completar 3 meses de tratamiento.
- Si el niño/a presenta palidez palmar después de 2 meses, referirlo al hospital para una evaluación.

5. CONSULTA DE SEGUIMIENTO POR PESO MUY BAJO:

- Después de 30 días:
- Pesar al niño/a y determinar si su peso sigue siendo muy bajo para la edad.
- Reevaluar la alimentación.
- Consultar las preguntas en la parte superior del cuadro RECOMENDAR A LA MADRE O AL ACOMPAÑANTE.

Tratamiento:

- Si el peso del niño/a ya no es muy bajo para la edad, elogiar a la madre e incentivar para que continúe.
- Si el peso del niño/a todavía es muy bajo para la edad, recomendar a la madre con respecto a los problemas de alimentación encontrados. Decirle que regrese dentro de un mes. Continuar examinando al niño/a una vez por mes hasta que esté alimentándose bien y aumentando de peso regularmente o hasta que su peso ya no sea muy bajo para la edad.

Excepción:

- Si se cree que la alimentación no va a mejorar o si el niño/a no ha ganado o ha bajado de peso, referirlo. (7)

EVALUAR EL DESARROLLO

El desarrollo es un proceso continuo de adquisición de habilidades cognitivas y psicoafectivas, influenciadas principalmente por las condiciones biológicas y ambientales, así como por los antecedentes del embarazo, enfermedades congénitas o errores innatos del metabolismo. Para fines didácticos se ha sistematizado las etapas del desarrollo de un niño o niña menor de 4 años en nueve grupos de edad. En esto

grupos de edad, se escogieron las habilidades y comportamientos más fáciles de examinar en un primer nivel de atención.

Los parámetros corresponden a habilidades que deben realizar la mayoría de los niños y niñas a la edad en que son evaluados.

1. COMO EVALUAR EL DESARROLLO

La evaluación de la condición de desarrollo de un niño/niña de dos meses a cuatro años incluye hacer preguntas a los padres o cuidadores que concurren con el niño/niña, y observar si el niño/niña cumple o no con un conjunto seleccionado de condiciones que están asociadas a su desarrollo.

En todas las consultas de un niño/niña, es importante evaluar la condición de desarrollo:

- Haciendo preguntas a los padres o cuidadores
- Observando su comportamiento y si este cumple o no con ciertas condiciones
- Observando el comportamiento de los padres o cuidadores y la interacción entre ellos y el niño/niña

En todos los casos, pregunte:

¿Cómo ve el desarrollo de su hijo/hija?: Se realiza la pregunta de manera que la madre entienda lo que se necesita saber y se debe emplear términos que ella comprenda. La madre es la persona que más convive con el niño/niña, por lo tanto la que más le observa. La mayoría de las veces, comparándole con otros niños/niñas, la madre es la primera persona que percibe que su hijo/hija no se desarrolla bien. Valore

la opinión de la madre, y si ella dice que su niño/niña no se está desarrollando bien, observe con mayor atención para detectar algún problema de desarrollo.

Luego, **observe:**

- Como el niño/niña cumple con el conjunto de condiciones que servirán para clasificar su desarrollo.
- Primero, se observa si el niño/niña cumple con las condiciones del grupo de edad anterior y si las cumple se observa las condiciones del grupo que le corresponde.
- Si el niño/niña no cumple ninguna de la condiciones del grupo de edad anterior, entonces siga hacia atrás avanzando según las condiciones de los grupos de menor edad, hasta que se encuentre uno de estos grupos para el cual el niño/niña cumpla por lo menos una de las condiciones. De este modo se podrá determinar aproximadamente cual es la edad de desarrollo actual del niño/niña y el retraso que tiene.

Tabla 6 Como Evaluar el Desarrollo

PREGUNTAR	OBSERVAR Y EXPLORAR
	<p>A partir de los 2 meses:</p> <p>Eleva la cabeza</p> <p>Reacciona al sonido</p> <p>4 meses</p> <p>Agarra objetos</p>

<p>¿Cómo ve usted el desarrollo de su hijo(a)?</p> <p>¿Existe en la familia del niño/niña alguna persona con problemas del desarrollo?</p> <p>RECUERDE:</p> <p>Si la madre dice que su hijo/hija tiene algún retraso en el desarrollo, preste mucha atención en la observación y exploración.</p>	<p>Sonríe emitiendo sonidos</p> <p>6 meses</p> <p>Gira solo</p> <p>Se vuelve al lugar del sonido</p> <p>9 meses</p> <p>Juega a taparse y descubrirse</p> <p>Se sienta si apoyo</p> <p>12 meses</p> <p>Camina con apoyo</p> <p>Agarra objeto con la punta de los dedos índice y pulgar</p> <p>18 meses</p> <p>Camina para atrás</p> <p>Garabatea espontáneamente y dice por lo menos tres palabras</p> <p>24 meses</p> <p>Se quita por lo menos una prenda de vestir</p> <p>Señala por lo menos dos figuras o dos partes del cuerpo</p> <p>3 años</p>
--	--

	<p>Controla esfínteres</p> <p>Sube la escalera solo (a) y sin apoyo</p> <p>4 años</p> <p>Se viste y calza solo(a)</p> <p>Relata acontecimientos simples y da nombre completo</p> <p>Nota: En cada visita se verifica si el niño/niña ve y oye.</p>
--	--

Cuadro. Fuente: Manual de Capacitación del AIEPI

2. COMO CLASIFICAR EL DESARROLLO

Dependiendo de las condiciones de desarrollo observadas para cada grupo de edad que se está evaluando, un niño/niña de dos meses a cuatro años de edad puede ser clasificado de tres maneras:

- RETRASO DEL DESARROLLO
- POSIBLE RETRASO DEL DESARROLLO
- DESARROLLO NORMAL

CUADRO DE CLASIFICACION PARA PROBLEMAS DE DESARROLLO

Tabla 7 Clasificación Problemas de Desarrollo

SIGNOS	CLASIFICAR COMO
Ausencia de una o más de las	

condiciones para el grupo de edad anterior a la edad del niño/niña	RETRASO DEL DESARROLLO
Ausencia de una o más de las condiciones para el grupo de edad al que pertenece el niño/niña	POSIBLE RETRASO DEL DESARROLLO
Cumple con todas las condiciones para el grupo de edad al que pertenece el niño/niña y no hay factor de riesgo	DESARROLLO NORMAL

FUENTE: Datos Manual AIEPI

RETRASO DEL DESARROLLO (COLOR ROSADO)

Si el niño/niña no cumple con una de las condiciones para el grupo de edad anterior a la edad cumplida, entonces se clasificará como RETRASO DEL DESARROLLO.

Los niños/niñas con retraso deben ser evaluados por un médico, preferentemente un pediatra, por lo que deben ser referidos a un hospital o centro de salud de mayor complejidad para una evaluación completa, incluyendo aspectos neuropsicomotores y para que los padres o cuidadores sean aconsejados por un profesional con mayor experiencia en desarrollo infantil.

POSIBLE RETRASO DEL DESARROLLO (COLOR AMARILLO)

Si el niño/niña cumple con todas las condiciones para el grupo de edad anterior a su edad, pero no cumple con por lo menos una de las condiciones para el grupo de edad

al que pertenece, entonces se clasificará como POSIBLE RETRASO DEL DESARROLLO. Es importante considerar factores de riesgo en la familia, infecciones virales durante el embarazo, problemas en el parto o indicar a los padres o cuidadores que si el niño/niña no progresa en el desarrollo, volver lo antes posible.

DESARROLLO NORMAL (COLOR VERDE)

Si el niño/niña cumple con todas las condiciones para el grupo de edad a la que pertenece y además no está presente ningún factor de riesgo familiar, se clasifica como DESARROLLO NORMAL. Se felicita a los padres o cuidadores, se aconseja para que continúen estimulando a su hijo/hija de acuerdo a la edad y se les indica cuando volver a consulta por desarrollo.

3. TRATAMIENTO DEL RETRASO DEL DESARROLLO

Tabla 8 Tratamiento de Retraso del Desarrollo

CLASIFICAR COMO	TRATAMIENTO
RETRASO DEL DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> • Referir para una evaluación por un especialista
POSIBLE RETRASO DEL DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> • Aconsejar a los padres o cuidadores sobre la estimulación de su hijo/a de acuerdo a su edad • Hacer una consulta de seguimiento y control en 30 días • Indicar a los padres o cuidadores que si el niño/a no progresa en el

	desarrollo, volver lo antes posible
DESARROLLO NORMAL	<ul style="list-style-type: none"> • Felicite a la madre • Aconseje a la madre para que continúe estimulando a su hijo/a de acuerdo a la edad • Hacer seguimiento cada 3 meses si tiene menos de un año y cada 6 meses a partir del año de edad hasta los 4 años • Indique a la madre los síntomas de alarma para volver lo más pronto posible.

FUENTE: Datos de Manual AIEPI

4. CONSULTA DE SEGUIMIENTO PARA PROBLEMAS DE DESARROLLO

Cuando un niño/niña de dos meses a cuatro años de edad que tiene una clasificación de POSIBLES RETRASO DEL DESARROLLO regresa para la atención de seguimiento después de 30 días, se le debe realizar una nueva evaluación del desarrollo utilizando el cuadro de EVALUAR Y CLASIFICAR el desarrollo.

- Si se ha clasificado como TIENE PROBLEMAS DE DESARROLLO, referirle a una unidad donde reciba atención por un especialista (médico pediatra, neurólogo, psicólogo infantil o un fisioterapeuta según el caso). El niño/niña puede necesitar rehabilitación.
- Si el niño/niña no progresa y continúa con riesgo, requiere vigilancia de la estimulación, por lo que deberá ir a la unidad semanalmente hasta que supere los hitos del desarrollo, es importante evaluar factores de riesgo familiar y la calidad del efecto (6)

Si se ha clasificado como DESARROLLO NORMAL, felicitar a los padres o cuidadores, recomendar sobre la importancia del control periódico en la unidad de salud.

EVALUAR MALTRATO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que aproximadamente 40 millones de niños/niñas sufren violencia en el mundo. En América Latina y el Caribe se dan todas las formas de violencia contra los niños/niñas, en los diversos escenarios en que se presenta. La mayoría de los menores sometidos a castigos corporales se encuentran entre los dos y los siete años de edad. Las edades más afectadas por el castigo corporal son entre los tres y los cinco años. Un 85% de las muertes por maltrato son clasificadas como accidentales o indeterminadas. Por cada muerte se estiman nueve incapacitados, 71 niños con lesiones graves, e innumerables víctimas con secuelas psicológicas. En el Ecuador, el maltrato especialmente físico, es reconocido como castigo o forma de educación o como práctica aceptable en el 60% de las familias con niños menores de cinco años.

La OMS define como maltrato: “El abuso o maltrato de menores abarca toda forma de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño/niña en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”.

De acuerdo al código de la Niñez y Adolescencia, “Se entiende por maltrato toda conducta, de acción u omisión, que provoque o pueda provocar daño a la integridad o salud física, psicológica o sexual de un niño, niña o adolescente, por parte de cualquier persona, incluidos sus progenitores, otros parientes, educadores y personas a cargo de su cuidado; cualesquiera sean el medio utilizado para el efecto, sus consecuencias y el tiempo necesario para la recuperación de la víctima. Se incluyen en esta calificación, el trato negligente o descuido grave o reiterado en el

cumplimiento de las obligaciones para con los niños, niñas y adolescentes, relativa a la prestación de asistencia económica, alimentación, atención médica, educación o cuidados diarios; y su utilización en la mendicidad. (2)

1. TIPOS DE MALTRATO

El maltrato puede ser clasificado como:

- Físico
- Sexual o psicológico
- Explotación
- Negligencia-abandono

MALTRATO FISICO

Es toda forma de agresión no accidental infligida al niño/niña producida por el uso de la fuerza física, incluyendo dos categorías:

a) Traumas físicos que producen lesiones severas entre las que se incluyen quemaduras, hematomas, fracturas, envenenamientos y otros daños que pueden llegar a causar la muerte.

b) Traumas físicos provocados por palmadas, sacudidas, pellizcos o prácticas similares que a pesar del daño psicológico, no constituyen un riesgo substancial para la vida del niño/niña.

El niño/niña zarandeado es un tipo de maltrato infantil. Cuando se sacude fuertemente a los bebés, pueden presentarse secuelas severas como daño cerebral y aun la muerte.

El castigo físico es un tipo de maltrato usado por muchos padres como método de disciplina. La mayoría de personas que golpean a sus hijos/hijas con la intención de

corregirlos no son conscientes de que los golpes son poco eficaces para educar, que producen daño real o potencial sobre la salud, desarrollo. La dignidad y la autoestima del niño/niña; y la mayoría de los padres ni siquiera se dan cuenta que por culpa de los golpes que recibieron de sus progenitores, tienen conductas agresivas o dañinas para la sociedad. El uso regular del castigo físico como forma de disciplina es maltrato. (5)

MALTRATO PSICOLOGICO O EMOCIONAL

Es el daño que de manera intencional se hace contra las actitudes y habilidades de un niño/niña; afecta su autoestima, su capacidad de relacionarse, la habilidad para expresarse y sentir, deteriora su personalidad, su socialización y, en general afecta al desarrollo armónico de sus emociones y habilidades. Existen varias categorías de Maltrato Psicológico y Emocional

- a) Ignorar al niño/niña, lo que hace referencia al niño fantasma donde sus emociones, ansiedades, miedos y necesidades afectivas son totalmente imperceptibles para sus padres o cuidadores.
- b) El rechazo, por los adultos(as), de las necesidades, valores y solicitudes del niño/niña.
- c) El aislamiento, cuando el niño/niña es privado de su familia y/o comunidad, negándole la necesidad de contacto humano.
- d) El terrorismo, por el que el niño/niña está expuesto a ataques verbales y amenazas con objetos, creando un clima de miedo, hostilidad y ansiedad.
- e) La corrupción, cuando el niño/niña está expuesto a situaciones que transmiten y refuerzan conductas destructivas y antisociales, alterando de esta manera el desarrollo adecuado de conductas sociales.

f) La agresión verbal, que es el uso continuo de una forma de llamar al niño/niña de manera áspera y sarcástica, que día a día va disminuyendo su autoestima.

g) La presión, que es la constante exigencia para lograr un desarrollo rápido esperando logros y aprendizajes a un nivel que no corresponde con su desarrollo neurológico ni mental, de tal forma que este niño/niña sentirá que nunca será lo suficientemente bueno.

ABUSO SEXUAL

El abuso sexual de menores consiste en la participación de un niño/niña en una actividad sexual que no comprende plenamente, a la que no es capaz de dar un consentimiento, o para la que por su desarrollo no está preparado y no puede expresar su consentimiento, o bien que infringe las leyes o los tabúes sociales. El abuso sexual de menores se produce cuando esta actividad tiene lugar entre un niño/niña y un adulto/adulta, o bien entre niños/niñas o adolescente que por su edad o desarrollo tienen con él una relación de responsabilidad, confianza o poder. La actividad tiene como finalidad la satisfacción de las necesidades de otra persona.

Puede incluir diversas prácticas sexuales con o sin contacto físico tales como exhibicionismo, tocamientos, manipulación, corrupción, sexo anal, vaginal u oral, prostitución y pornografía.

EXPLOTACIÓN

La explotación comercial o de otro tipo se refiere a la utilización de menores en el trabajo o en otras actividades en beneficio de otras personas. Esto incluye, aunque no se limite a ello, el trabajo infantil y la prostitución infantil.

Estas actividades van en detrimento de la salud física y mental del niño/niña, de su educación o de su desarrollo espiritual, moral o socio-emocional.

ABANDONO Y TRATO NEGLIGENTE

Se produce abandono cuando en el contexto de los recursos razonablemente disponibles de los padres o cuidadores no se proporciona al niño/niña todo lo necesario para su desarrollo en todas sus esferas: salud, educación, desarrollo emocional, nutrición, protección y condiciones de vida seguras, y como consecuencia de ello se perjudica o se corre un alto riesgo de perjudicar la salud del niño/niña o su desarrollo físico, mental, espiritual moral o social. Cabe incluir aquí el hecho de no vigilar a los niños/niñas y no protegerles de daños en la medida de lo posible.

2. FACTORES DE RIESGO DE MALTRATO

Algunos de los principales son:

a) **Factores inherentes al niño/niña:** no deseados, discapacitados, prematuros, bajo peso, con enfermedades crónicas, hiperactivos, de aspecto físico “diferente”, etc.

b) **Factores inherentes a la familia:** ausencia o debilidad del vínculo familiar, padres jóvenes, familia monoparental, embarazo no deseado, exposición precoz a la violencia, abuso de sustancias, atención prenatal inapropiada, enfermedad física o mental, problemas relacionales, familia numerosa conviviendo en un espacio reducido, aislamiento social, situación de estrés, etc.

c) **Factores inherentes a la comunidad y a la sociedad:** Leyes de protección al niño/niña incumplidas, disminución del valor de los hijos/hijas (discapacidad, sexo o desigualdad por genero), desigualdades sociales, violencia organizada, alta aceptabilidad social de la violencia, normas culturales, etc.

Son pocos los casos de maltrato detectado por el personal de salud.

3. COMO EVALUAR EL MALTRATO

En todos los niños/niñas que se evalúen por cualquier causa, se debe investigar si existe maltrato. Para verificar si hay maltrato evalúe:

- Existe denuncia o el niño/niña expresa espontáneamente ser víctima de maltrato físico, emocional o abuso sexual o negligencia.
- Evidencia de condición/lesión física sospechosa del maltrato al niño/niña
- Secreción, sangrado, lesiones o cicatrices en genitales o ano.
- Falta de concordancia en la historia relacionada con alguna lesión o secreción genital.
- Inadecuado cuidado físico del niño/niña, desnutrición.
- Comportamiento anormal de los niños/niñas.
- Comportamiento anormal de padres o cuidadores.
- Padres o cuidadores tardan en buscar ayuda en caso de cualquier lesión o enfermedad, sin una razón válida
- Circunstancias familiares religiosas.
- Preguntar como corrigen al niño/niña y como solucionan los conflictos familiares.

Observar, determinar y preguntar:

- **Determinar:** si existe denuncia o el niño/niña expresa espontáneamente ser víctima de maltrato físico, emocional o abuso sexual o negligencia.

Un aspecto importante que orienta al diagnóstico de maltrato, es cuando el mismo niño/niña dependiendo de su desarrollo y lenguaje expresa espontáneamente la agresión. A los niños/niñas hay que creerles.

- **Observar y preguntar:** Por la evidencia de condición o lesión física, sospechosa de maltrato: ¿Son sugestivas de maltrato? ¿Son inespecíficas?

Se debe observar todo el cuerpo en busca de lesiones como equimosis, hematomas, quemaduras, laceraciones, marcas de flagelación, cicatrices en diferente grado de evolución o fracturas. Las lesiones físicas sugestivas de maltrato pueden evidenciar la forma o la huella de un objeto (generalmente un objeto de uso cotidiano) con el cual el niño fue agredido. Además es muy frecuente que la localización de las lesiones se diferencie de las lesiones accidentales porque se encuentran principalmente en zonas posteriores, dorso de las manos, espalda y glúteos.

Las fracturas en niños/niñas menores de tres años están frecuentemente asociadas a maltrato. En todos los niños/niñas evaluados con la AIEPI se considera que en cualquier fractura debe descartarse la presencia de maltrato; y cuando la anamnesis no concuerda, es sugestiva de maltrato.

- **Observar y determinar:** si presenta secreción, sangrado, lesiones o cicatrices en genitales o ano.

Buscar en área genital y anal, la presencia de flujo, secreción, sangrado, lesiones o cicatrices, que en este grupo de edad son sugestivos de abuso sexual. Por otro lado el enrojecimiento debido a lesiones por uso del pañal, irritación por uso de jabón de baño, irritación y molestia debido a constipación o infestación por anaerobios, pueden ser considerados lesiones inespecíficas

- **Preguntar:** Cuando se produjeron las lesiones y **determinar** si existe falta de concordancia entre la historia, el desarrollo del niño/niña y las lesiones:

Esclarecer si las lesiones son accidentales o causadas por maltrato. Es importante preguntar cómo y cuándo se produjeron las lesiones. De la correlación entre el relato de los padres o cuidadores, el grado de desarrollo psicomotor del niño y las lesiones encontradas, el personal de salud deberá decidir si existe discrepancia entre la historia y las lesiones.

Cuando lesiones inespecíficas que no son típicas de maltrato están asociadas a un relato que no es compatible con las lesiones encontradas o con el desarrollo del niño debe pensarse en maltrato.

- **Observar y determinar:** si el niño/niña presenta inadecuado cuidado físico, desnutrición.

La observación del cuidado del niño/niña marca una pauta importante para determinar el grado de interés de sus padres o cuidadores, por lo que es importante durante la evaluación del niño/niña observar su aseo, aspecto cabello, uñas, genitales y en caso de tener dientes, examinar el buen o mal estado de los mismos. Otros indicadores de descuido en la salud del niño/niña son el esquema de acuñación incompleto y la desnutrición.

- **Determinar:** si hay evidencia de comportamiento anormal del niño/niña.

Se observa cuidadosamente el comportamiento del niño/niña durante toda la consulta, ya que puede dar elementos claves para sospechar o detectar que este niño/niña esa siendo maltratado de alguna manera, aun sin tener una lesión evidente. Niños/niñas muy agresivos o por el contrario demasiado temerosos, retraídos, o que evitan el contacto visual y/o físico, así como aquellos que presentan conductas autodestructivas, alteraciones del sueño, regresión en el desarrollo o juegos sexuales inapropiados para la edad, pueden estar siendo maltratados.

- **Determinar:** si hay comportamiento anormal de los padres o cuidadores:

El comportamiento de los padres o cuidadores debe ser cuidadosamente observado durante toda la consulta, ya que puede dar elementos claves para sospechar o detectar que de alguna manera maltratan a los niños. Padres o cuidadores descuidados, castigadores, humilladores, enojados, insensibles, muy ansiosos o que tienen comportamiento agresivo, deprimido, con baja autoestima o a la defensiva, deben ser considerados como alteración en el comportamiento.

Es muy difícil decir que exista un tipo particular de persona abusadora o que esta se reconozca por algún rasgo específico. Una persona que abusa de un niño/niña puede ser de muy bajo o muy alto nivel educativo y por supuesto el estatus económico o social no se relaciona con su capacidad para proteger adecuadamente a sus hijos/hijas.

- **Determinar:** si los adreos o cuidadores tardan en buscar ayuda en caso de cualquier lesión o enfermedad, sin una razón válida.

Una consulta tardía al servicio de salud puede representar una actitud de poco interés ante las necesidades o afecciones del niño/niña, subvalorando o minimizando dichas necesidades. Puede también deberse a la necesidad de los padres o cuidadores de ocultar una lesión que han producido. Para definir demora en la consulta, considera que no existe una regla para determinar cuándo es tardía una consulta dada las condiciones geográficas, económicas y culturales de la familia.

- **Determinar** si existen circunstancias familiares riesgosas:

Familias con historias de niños/niñas fallecidos, violencia familiar, delincuencia, adicción al alcohol o drogas, enfermedad mental, aislamiento social o niños/niñas con discapacidad, descuidadas o no supervisadas indican o pueden tener mayor riesgo de maltrato.

- **Preguntar** a los padres o cuidadores ¿Cómo corrigen a su hijo/hija? Y ¿Cómo solucionan los conflictos familiares?

Estas dos preguntas sirven para conocer algunas prácticas educativas y la manera en que son solucionados los conflictos familiares. Muchos padres que usan con frecuencia el castigo físico para corregir a sus hijos/hijas tiene la creencia de que es efectivo para ejercer disciplina o es un derecho de los padres o cuidadores, sin reconocer que lo niños/niñas tiene derecho a que se les respete su cuerpo y no se les golpee. Algunos padres o cuidadores recurren a la tradición como argumento y dicen que a ellos así les “educaron” repitiendo el error del castigo físico. El castigo evidencia una relación inequitativa de poder y que provoca deterioro de la autoestima de algunos niños/niñas. (1)

4. COMO CLASIFICAR EL MALTRATO

Existen tres clasificaciones para maltrato:

- MALTRATO
- SOSPECHA DE MALTRATO O FALLA EN LA CRIANZA
- NO HAY SOSPECHA DE MALTRATO

Tabla 9 Clasificación de Maltrato

SIGNOS	CLASIFICACION
<ul style="list-style-type: none"> • Uno o más signos de los siguientes: • El niño/a expresa espontáneamente ser víctima de maltrato físico, emocional o abuso sexual; o • Lesión física sugestiva de maltrato; o 	<p>MALTRATO</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Lesión en genitales o ano; o • Falta de concordancia entre la historia y la lesión 	
<ul style="list-style-type: none"> • Uno o más signos de los siguientes: • Inadecuado cuidado físico del niño/a desnutrición, o • Comportamiento anormal del niño/a, o • Comportamiento anormal del padre o cuidadores, o • El niño/a expresa espontáneamente que es víctima de negligencia, o • Tardanza en buscar ayuda de salud, sin razón válida, o • Circunstancias familiares riesgosas. 	<p>SOSPECHA DE MALTRATO O FALLA EN LA CRIANZA</p>
<ul style="list-style-type: none"> • No hay signos compatibles con la posibilidad de maltrato y descuido. • Buena higiene, cumplimiento de normas de salud, vitalidad y/o alegría presentes en el niño/a 	<p>NO HAY SOSPECHA DE MALTRATO</p>

MALTRATO (ROSADO)

Ante la denuncia o cuando los niños/niñas expresan ser víctimas de maltrato o presentan lesión física sugestiva de maltrato, o lesiones en genitales o ano, o falta de concordancia entre la historia y la lesión, deben clasificarse como MALTRATO.

Se debe recordar que se está clasificando y no haciendo un diagnóstico. No todos los niños/niñas que clasifique como Maltrato serán realmente niños/niñas maltratados o con abuso sexual. Sin embargo, cuando se detecte estos casos, es conveniente que los refiera para que se haga una evaluación adicional y se trate el problema. Al niño/niña que presenta lesiones o dolor debe garantizársele tratamiento de las mismas y, si corresponde, su referencia y la notificación a la autoridad competente de acuerdo con la legislación local. En los servicios hospitalarios, la autoridad competente es el o la director/a del servicio de salud, quien en forma impersonal notificará el caso las autoridades competentes (Art. 72 del Código de la Niñez y Adolescencia). Este niño/niña debe ser incluido en la red de protección íntegra a la infancia.

Los niños clasificados con Maltrato deben ser referidos con urgencia al hospital, porque los niños/niñas maltratados que no son atendidos oportunamente y son devueltos a sus hogares sin las mínimas garantías, en un 50% son vueltos a maltratar y de un 5% a 7% tienen riesgo de morir a manos de sus agresores. Además es una forma de proteger al menor, ya que mientras se analiza el caso y al agresor, el niño/niña se aísla temporalmente del escenario donde es violentado.

SOSPECHA DE MALTRATO O FALLA EN LA CRIANZA (COLOR AMARILLO)

Todos los niños/niñas que presentan uno o más de los siguientes signos: Inadecuado cuidado físico del niño/niña, desnutrición, o comportamiento anormal del niño/niña, o comportamiento anormal de padres o cuidadores, o existe denuncia o el niño/niña expresa espontáneamente que es víctima de negligencia, o tardanza en buscar la ayuda de salud, sin razón válida, o circunstancias familiares riesgosas es víctima de maltrato emocional o negligencia, deben ser clasificados como SOPECHA DE MALTRATO O FALLA EN LA CRIANZA.

Esta clasificación requiere, el abordaje empático de la familia y la identificación del mal tratante. Si es posible, que el personal de salud que está haciendo la evaluación y

clasificación al niño/niña refieran a un profesional de trabajo social y/o psicología para que realicen una evaluación más completa y decidan sobre la necesidad de referir al niño/niña a la red de protección del niño/niña maltratado.

Independientemente de que se confirme posteriormente el maltrato en este niño/niña, lo signos encontrados durante la consulta hacen necesario que el personal de salud refuerce comportamientos positivos de buen trato; promueva medidas preventivas ya que ciertos comportamientos pueden representar practicas culturalmente aceptadas para disciplinar pero no deseables y pueden convertirse en maltrato, además fortalezca el respeto y garantía de los derechos de la niñez. Debe controlarse en 14 días con el fin de confirmar si fue posible y asistió a la valoración de trabajo social o de una psicóloga y en el caso de haber asistido a una o a ambas profesionales se deberá reforzar lo recomendado durante esas visitas y asegurar que los padres están llevando al niño a la consulta de crecimiento y desarrollo.

NO HAY SOSPECHA DE MALTRATO (COLOR VERDE)

Cuando durante la evaluación no hay signos compatibles con la posibilidad de maltrato y/o descuido, además se evidencia buena higiene, cumplimiento de normas de salud, vitalidad y/o alegría presentes en el niño/niña, se clasifica como NO HAY SOSPECHA DE MALTRATO. En estos casos se debe felicitar a los padres o cuidadores que llevaron al niño/niña a la consulta y reforzar comportamientos positivos de buen trato, promover medidas preventivas y recordar la próxima visita para el control de crecimiento y desarrollo. (10)

Tabla 10 Tratamiento de Maltrato

CLASIFICACION	TRATAMIENTO
	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar las lesiones y el dolor • Referir URGENTEMENTE al hospital con especialistas

<p style="text-align: center;">MALTRATO</p>	<p>específicos y/o</p> <ul style="list-style-type: none"> • NOTIFICAR a autoridades competentes y coordinar con equipos de protección de menores y/o servicio social • Identificar al mal tratante
<p style="text-align: center;">SOSPECHA DE MALTRATO O FALLA EN LA CRIANZA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Abordaje empático con la familia • Referir a servicios sociales • Reforzar la habilidad parental de buen trato • Buscar soluciones para circunstancias familiares riesgosas • Captación de mal tratante • Programar seguimiento clínico o visita domiciliaria dentro de 14 días.
<p style="text-align: center;">NO HAY SOSPECHA DE MALTRATO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Felicitar a los padres o cuidadores y reforzar las habilidades parentales de buen trato • Promover medidas preventivas • Recordar la próxima visita

6. CONSULTA DE SEGUIMIENTO POR SOSPECHA DE MALTRATO O FALLA EN LA CRIANZA

Cuando un niño/niña tiene la clasificación de SOSPECHA DE MALTRATO O FALLA EN LA CRIANZA, regresa a la unidad de salud después de 14 días. Se debe seguir las recomendaciones siguientes:

- Realizar la evaluación completa del niño/niña usando el cuadro de EVAUA Y CLASIFICAR nuevamente y si existe alguno de los criterios para clasificar como MALTRATO, refiera al niño/niña al hospital más cercano.
- Si se detecta SOSPECHA DE MALTRATO O FALLA EN LA CRIANZA y no asistió a consulta con un profesional de trabajo social y psicología, contacte con la red de protección del niño maltratado.

Si asistió a consulta con el profesional de trabajo social y psicología, estimule que siga las recomendaciones dadas y refuerce comportamientos positivos.

- Si en el niño/niña no se detecta MALTRATO o SOSPECHA DE MALTRATO Y/O FALLA EN EL CRECIMIENTO, puede ser nuevamente evaluado en la consulta de control del crecimiento y desarrollo y, en esa ocasión, el personal podrá evaluar si los padres o cuidadores están siguiendo las recomendaciones dadas sobre la crianza y educación de sus hijos.

ALIMENTACIÓN

Durante una enfermedad, es posible que los niños no quieran comer mucho. No obstante, deben recibir las clases de alimentos recomendados para su edad, con la frecuencia recomendada, aunque no puedan comer mucho en cada comida. Después de la enfermedad, la buena alimentación les ayuda a recuperar el peso perdido y a prevenir la desnutrición.

En un niño/niña sano, una buena alimentación ayuda a prevenir futuras enfermedades.

1. RECOMENDACIONES PARA LOS NIÑOS/NIÑAS DESDE EL NACIMIENTO HATA SEIS MESES DE EDAD.

La mejor forma de alimentar a un niño/niña desde el nacimiento hasta por los menos los 6 meses de edad es el amamantamiento exclusivo. Esto significa que el niño toma

solo leche materna, sin otros alimentos, agua ni líquidos (con excepción de medicamentos y vitaminas, si se necesitan). Debe amamantarse a los niños/niñas de esta edad cada vez que lo deseen, de día y de noche, por lo menos 8 veces en 24 horas.

Las ventajas del amamantamiento son las siguientes:

- **La leche materna contiene exactamente los nutrientes que necesita el lactante**, como: proteínas, grasas, lactosa, vitaminas y hierro.
- Estos nutrientes se absorben más fácilmente de la leche materna que de cualquier otra leche. La leche materna también contiene ácidos grasos esenciales necesarios para el crecimiento del cerebro, de los ojos y de los vasos sanguíneos del lactante. Estos ácidos grasos no se encuentran en otras clases de leche.
- La leche materna proporciona toda el agua que necesita el lactante, aun en un clima cálido y seco.
- La leche materna protege al lactante contra las infecciones. Debido a su efecto inmunológico protector, los lactantes alimentados exclusivamente con leche materna suelen tener menos diarrea y menos probabilidades de morir de diarrea u otras infecciones. Entre ellos suelen haber menos casos de neumonía, meningitis e infecciones de oído que entre los que no han sido amamantados.
- El amamantamiento ayuda a los padres o cuidadores y al hijo/hija a establecer una relación estrecha y cariñosa.
- El amamantamiento protege la salud de las madres. Después del nacimiento el amamantamiento ayuda a la involución uterina, lo cual, a su vez, ayuda a

reducir la hemorragia y a prevenir la anemia. El amamantamiento también disminuye el riesgo de cáncer ovárico y mamario de las madres.

Es mejor no dar al lactante ninguna leche ni ningún alimento que no sea leche materna. Las razones son las siguientes:

1. Al dar otro alimento o líquido se reduce la cantidad de leche materna que toma el lactante.
2. Otros alimentos o líquidos pueden contener gérmenes que pueden causar infección.
3. Otros alimentos o líquidos pueden estar demasiado diluidos y causar desnutrición del lactante.
4. Es posible que otros alimentos o líquidos no contengan suficiente vitamina A.
5. El hierro de la leche de vaca no se absorbe bien.
6. El lactante tal vez tenga dificultad para digerir la leche de origen animal y esta le cause diarrea, erupciones de la piel u otros síntomas. La diarrea puede llegar a ser persistente.

2. RECOMENDACIONES PARA LOS NIÑOS/NIÑAS DE SEIS A OCHO MESES Y DE NUEVE A DOCE MESES DE EDAD.

La madre debe seguir amamantando al bebé cada vez que este lo desee. Sin embargo, después de los 6 meses de edad, la leche materna no permite atender todas las necesidades de energía del niño/niña. De los 6 a los 8 y de los 9 a los 12 meses de edad, aumente poco a poco la cantidad de alimentos complementarios al niño/niña.

A los 12 meses de edad los alimentos complementarios son la principal fuente de energía.

Si el niño/niña de 6 a 8 meses es amamantado, se le debe dar alimentos complementarios **3 veces al día**. En caso contrario, déselos 5 veces al día como al niño/niña de 9 a 11 meses. (11)

Tabla 11 Recomendaciones para niños de 6 a 11 meses

6 a 8 MESES	9 a 11 MESES
Continuar con leche materna todas las veces que el niño/niña quiera.	<input type="checkbox"/> Continuar con leche materna todas las veces que la niño/niña lo quiera
Darle de comer en su propio plato alimentos cocinados y aplastados como: arroz, avena, plátano, espinaca, zanahoria, papa, zapallo, frejol, lenteja, yema de huevo duro.	<input type="checkbox"/> Darle de comer en su propio plato alimentos cocinados y aplastados como: arroz, avena, plátano, espinaca, zanahoria, papa, zapallo, frejol, lenteja, yema de huevo duro, quinua.
Darle frutas aplastadas como: guineo, papaya, manzana.	<input type="checkbox"/> Agregar carnes de pollo. Pescados y res, queso y nata.
Tres comidas al día si se alimenta con leche materna.	<input type="checkbox"/> Darle frutas aplastadas como: guineo, papaya, manzana
Cinco comidas al día cuando no se alimenta con leche materna.	<input type="checkbox"/> Cinco comidas al día.

Fuente: Datos tomados del Manual del AIEPI.

3. RECOMENDACIONES PARA LOS NIÑOS/NIÑAS DE UN AÑO Y MÁS DE EDAD.

Durante este periodo, la madre debe seguir amamantando al bebe cada vez que este lo desee y darle alimentos complementarios y nutritivos. La variedad y cantidad de alimentos debe aumentar. Los alimentos de la familia deben convertirse en parte importante de la alimentación del niño/niña. Esos alimentos deben cortarse en pedazos pequeños para que el niño pueda comerlos con facilidad.

Los niños de dos y más años de edad (que ya no lacten) deben consumir varios alimentos de la familia en tres comidas diarias. Además deben consumir otras dos entre comidas diarias. Pueden ser alimentos de la familia u otros que sean nutritivos y convenientes para dar entre las comidas.

Tabla 12 Recomendaciones para niños de 1 año y más

1 AÑO Y MAS
Continuar con leche materna todas las veces que el niño/niña quiera, hasta los dos años o más.
En su propio plato, darle las tres comidas principales: Desayuno, almuerzo y merienda de lo mismo que se sirve la familia (sólida y espesa)
Además dos entre comidas como frutas, pan, maíz, plátano, leche, queso, sandwiches, yogurt.

Fuente: Manual AIEPI

4. EVALUAR LA ALIMENTACION DEL NIÑO/NIÑA

Se deberá evaluar la alimentación en todos los niños/niñas y mandatoriamente en aquellos:

- Clasificados como ANEMIA O PESO MUY BAJO PARA LA EDAD o NO CRECE BIEN.
- Menores de 2 años de edad.

Se debe formular preguntas a los padres o cuidadores para determinar la manera en que alimenta al niño/niña. Se escuchará atentamente para determinar la manera en que alimenta al niño/niña. Se escuchará atentamente las respuestas de los padres o cuidadores para que pueda ofrecerle su asesoramiento pertinente. Se elogiará a los padres o cuidadores con respecto a prácticas apropiadas y le informará sobre las prácticas que deben modificarse

Para evaluar la alimentación, se realiza las siguientes preguntas a los padres o cuidadores:

<p>Tabla 13 Evaluación de Alimentación</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... si la respuesta es afirmativa. ¿Qué alimentos o líquidos?.....</p>

¿Cuántas veces al día?.....veces. ¿Qué usa para dar de comer al niño/a?.....
El niño/a recibe su propia porción? ¿Quién le da de comer al niño/a y cómo?.....
<p>•Durante ésta enfermedad, ¿Hubo algún cambio en la alimentación del niño/a?</p> <p>SI..... NO.....</p> <p>Si lo hubo. ¿Cuál fue?</p>

5. CONSULTA DE SEGUIMIENTO POR PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN:

Después de 5 días:

- Reevaluar la alimentación.
- Consultar las preguntas en la parte superior del cuadro RECOMENDAR A LA MADRE O AL ACOMPAÑANTE.
- Preguntar sobre cualquier problema de alimentación que se haya constatado en la primera consulta.
- Recomendar a la madre con respecto a cualquier problema de alimentación nuevo o persistente. Si se recomienda a la madre que haga cambios importantes en la alimentación, decirle que vuelva a traer al niño/a.
- Si el peso del niño/a es muy bajo para la edad, decir a la madre que vuelva 30 días después de la primera consulta para determinar si el niño/a ha aumentado de peso.
- Recomendar a la madre lactante que tome más líquidos y como un poco más.
- Averiguar y evaluar cualquier otro problema de salud que el niño/niña pueda tener. Ejemplo infección de la piel, picazón, ganglios del cuello inflamados.

TRATAR AL NIÑO/NIÑA DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD.

Verificar los signos de peligro en general, **EVALUAR Y CLASIFICAR**. En la lista de clasificaciones, rosadas indican que los niños/niñas deben ser administrados algún tratamiento rápido y “referir **URGENTEMENTE** al hospital”.

Y otras que deben ser tratados en su puesto de salud, con la selección y aplicación de su medicamento apropiado, dosis para cada tipo de enfermedad.

CUANDO DEBE VOLVER DE INMEDIATO:

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

Tabla 14 Recomendación de Cuando Volver

<p>CUALQUIER NIÑO/A ENFERMO QUE:</p> <ul style="list-style-type: none">• NO PUEDE BEBER NI TOMAR EL PECHO• 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.

RECOMENDACIONES, REEVALUACION Y SEGUIMIENTO DEL NIÑO/NIÑA DE 2 A 4 AÑOS

Tabla 15 Recomendaciones, reevaluación y seguimiento

PROBLEMAS DE ALIMENTACION O CUALQUIER ENFERMEDAD si no mejora	5 días
PALIDEZ	14 días
PESO MUY BAJO PARA LA EDAD	30 días

Fuente: Manual AIEPI

EDUCACION SUPERIOR POR COMPETENCIAS

El enfoque de competencias se ha convertido en pocos años en la orientación central alrededor de la cual gira la gestión de la calidad en la educación superior, estando en la base de los procesos de formación, investigación y extensión.

El concepto de competencia es el pilar del desarrollo curricular y el incentivo tras el proceso de cambio. Se define como “el desarrollo de las capacidades complejas que permiten a los estudiantes pensar y actuar en diversos ámbitos. Consiste en la adquisición de conocimiento a través de la acción, resultado de una cultura de base sólida que puede ponerse en práctica y utilizarse para explicar qué es lo que está sucediendo. (8)

La Educación por Competencias en el marco de la formación pretende ser un enfoque integral que busca vincular el sector educativo con el productivo y elevar el potencial de los individuos, de cara a las transformaciones que sufre el mundo actual y la sociedad contemporánea (7)

El tema respecto a la educación por competencias y formación a menudo se centra fundamentalmente en la construcción de discursos que se orientan a impulsar el saber, no obstante las nuevas modalidades educativas reúnen objetivos claros y definidos del proceso, que implican la demostración del Saber (conocimientos), en el Saber Hacer (de las competencias) y en las Actitudes (compromiso personal-en el Ser) lo que determina en la formación como un proceso que va más allá de transmitir saberes y destrezas.

La combinación de la aplicación de conocimientos, habilidades o destrezas son los Objetivos y contenido del trabajo a realizar y se expresa en el Saber, el Saber Hacer y el Saber Ser. (6)

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)

Tabla 16 Guía para registro de Atención de niños menores de 5 años

<p>VERIFICAR SI HAY SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL ¿Puede el niño/a beber o tomar el seno? ¿Vomita el niño/a todo lo que ingiere? ¿Tiene el niño/a convulsiones? Letárgico o inconsciente</p>	<p>CLASIFICAR ¿Hay algún signo de peligro en general? Si----- No----- Recuerde utilizar los signos de peligro al efectuar la clasificación</p>
<p>¿TIENE EL NIÑO/A TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR? Sí-----No---- • ¿Cuánto tiempo hace?-----días Contar las respiraciones por minuto (---) respiraciones por minuto. ¿Respiración rápida? • Verificar si hay tiraje subcostal • Verificar si hay estridor • Verificar si hay sibilancia</p>	
<p>¿TIENE EL NIÑO/A DIARREA Si-----No---- ¿Cuánto tiempo hace?-----días ¿Hay sangre en las heces? Determinar el estado general del niño/niña ¿el niño niña está? Letárgico o inconsciente? Inquieto o irritable? Determinar si tiene los ojos hundidos. 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? 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. Determinar si hay supuración de oído Palpar para determinar su hay. tumefacción dolorosa al tacto detrás de la Oreja.</p>	
<p>EN SEGUIDA, VERIFICAR SI PRESENTA DESNUTRICIÓN Y /O ANEMIA</p> <p><input type="checkbox"/> Determinar si hay signos de emaciación visibles</p> <p><input type="checkbox"/> Determinar si tiene palidez palma, Es palidez palmar intensa? ¿palidez palmar leve?</p> <p><input type="checkbox"/> Verificar si hay edema en ambos pies.</p> <p>Determinar el peso para la edad. MUY BAJO.....NO MUY BAJO.....</p>	
<p>EVALUAR EL DESARROLLO</p>	

<p>PSICOMOTOR EVALUAR: <input type="checkbox"/> Ausencia de 1 o más e las condiciones del grupo de edad anterior</p> <p>CLASIFICAR (RETRASO DEL DESARROLLO) <input type="checkbox"/> Ausencia de 1 o más de las condiciones del grupo de edad actual</p> <p>CLASIFICAR (POSIBLE RETRASO DEL DESARROLLO) <input type="checkbox"/> Cumple las condiciones del grupo de edad actual y no hay factores de riesgo</p> <p>CLASIFICAR (DESARROLLO NORMAL)</p>	
---	--

2.5 HIPOTESIS

A mejores competencias cognitivas y procedimentales existen mejores competencias actitudinales de los Internos Rotativos de Medicina egresados en el 2012 de la UTA.

2.6 SEÑALAMIENTO DE VARIABLES

2.6.1 VARIABLE INDEPENDIENTE: Competencias sobre estrategia AIEPI

2.6.2 VARIABLE DEPENDIENTE: Aplicación Profesional en Atención Primaria de Salud

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 ENFOQUE DE LA MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Por la naturaleza de las variables del problema formulado, la presente investigación es predominantemente cualitativa, por que busca la comprensión del proceso de formación de competencias profesionales en AIEPI, los mismos que nos permitirán entregar una atención integral a los niños menores de 5 años.

3.2 MODALIDAD BASICA DE LA INVESTIGACIÓN

De Campo

Debido a que se acudirá a recabar información en subcentros de Salud del Área N.1 dela ciudad de Ambato donde el Interno Rotativo de Medicina de la UTA atenderá a los pacientes menores de 5 años.

3.3 NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación llegó al nivel descriptivo transversal, porque por medio del análisis de las historias clínicas, los cuestionarios y la observación se pudieron describir cada una de las alteraciones y los diferentes factores asociados a la estrategia AIEPI.

Además a partir de este análisis se pudo determinar tendencias o modelos de comportamiento mayoritario.

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población o muestra que fue incluida para esta investigación fueron los internos Rotativos de Medicina egresados de la Universidad Técnica de Ambato del año 2012.

Además se aplicó entrevistas y observación en subcentros de salud del Área de Salud N.1 de la ciudad de Ambato las mismas que fueron escogidos al azar.

Se realizó una revisión de 230 Historias clínicas de niños menores de 5 años que presentaron enfermedades prevalentes de la infancia que fueron llenadas por los Internos Rotativos de Medicina de la UTA.

Tabla 17 Población y Muestra

POBLACION UNIVERSO	
Internos Rotativos	46
Sub Centro de Salud Área N.1	2

En la investigación existió una población universo de 46 Internos Rotativos de Medicina egresados. Y 2 subcentros de Salud del Área N.1 que fueron escogidos al azar siendo estos el subcentros de Tangaiche y el de Picaihua.

3.5 Criterios de Inclusión

- Interno Rotativo de Medicina de la Universidad Técnica de Ambato de la promoción 2012.
- Todo niño hombre o mujer que tenga menos de 5 años.
- Pacientes que acudan al subcentro de salud del Área N.1 con signos o síntomas de una patología prevalente de la infancia.

3.6 Criterios de Exclusión

- Las personas que a pesar de cumplir con todos los criterios de inclusión presentan patologías sobreañadidas que incrementen el riesgo.

3.7 Criterios Éticos

- Los pacientes que ingresaron a esta investigación, no se reveló sus datos personales, se asignó el código de la historia clínica para su estudio.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

3.8 Variable independiente: COMPETENCIAS SOBRE AIEPI

Tabla 18 Operacionalización de Variable V. Independiente

CONCEPTUALIZACION	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BASICOS	TECNICAS INSTRUMENTOS	E
Es el grado de logro del conocimiento y habilidades sobre la estrategia AIEPI, los mismos que ayudaran a la resolución de problemas.	<ul style="list-style-type: none"> - Cognoscitivas Teoría sobre AIEPI - Procedimentales Diagnostico Tratamiento - Actitudinales Tratamiento adecuado Medidas Generales Prevención 	<ul style="list-style-type: none"> - Excelente - Muy bueno - Bueno - Regular - Deficiente 	-Que competencias tienen los IRM de la UTA?	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollo de Cuestionario Entrevista 	

Elaborado por: Investigador

3.9 Variable dependiente: APLICACIÓN PROFESIONAL DE LA ESTRATEGIA AIEPI

Tabla 19 Operacionalización de Variables V. Dependiente

CONCEPTUALIZACION	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BASICOS	TECNICAS E INSTRUMENTOS
Es la aplicación de las competencias adquiridas sobre la estrategia AIEPI las mismas que darán a los profesionales de salud las aptitudes necesarias para tratar adecuadamente a un paciente menor de 5 años.	Determinar si se aplica adecuadamente la estrategia AIEPI. -Diagnóstico y Tratamiento adecuado -Signos de Alarma	-Protocolos de aplicación del AIEPI - Signos de importancia en las patologías prevalentes -Dosificación de medicación	-¿Cuál son los protocolos patologías que forman parte en el AIEPI? - ¿Cuáles son los signos de alarma que se debe dar a conocer a los pacientes? -¿Cuál es la dosis por kilo de la medicación más frecuente que usa?	-Revisión de Historias Clínicas con formulario de recolección de datos. -Desarrollo de cuestionario. -Observación

Realizado por: Investigador

3.10 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

- Se realizó la aplicación del cuestionario de preguntas a los Internos Rotativos de Medicina egresados de la UTA en la promoción 2012.
- Se realizó una recolección de las historias clínicas de los niños menores de 5 años de los subcentros de salud de Tangaiche y Picaihua (230 historias clínicas realizadas por IRM de la UTA) en la que se encontraron pacientes con patologías prevalentes de la infancia.
- Se Observócuáles son las enfermedades prevalentes de la Infancia determinando la edad del paciente y se incluye dentro de la investigación.
- Se observó el desarrollo de la cita médica realizada por los Internos Rotativos de Medicina en los subcentros de Salud.

3.12 TECNICAS E INSTRUMENTOS

- **Historias Clínicas:** Se obtuvo la información sobre anamnesis, Examen Físico, Diagnóstico y Tratamiento del paciente atendido, además de la adecuada aplicación del Registro AIEPI según como indica el protocolo de atención de las enfermedades prevalentes de la infancia.
- **Observación:** Pudimos corroborar la información obtenida a través de las historias clínicas.

- **Encuesta:** Obtuvimos la información acerca de los conocimientos de los internos rotativos de Medicina sobre el AIEPI al igual se recolectó la información sobre las competencias adquiridas durante el proceso educativo.

INSTRUMENTO

- Cuestionario
- Formulario de recolección de datos

3.13 PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

- **Revisión crítica de la información recogida:** Una vez obtenida la información se revisó detenidamente el formulario de recolección de datos, con el fin de evaluar los criterios emitidos.
- **Tabulación o cuadros según las variables de cada hipótesis:** Se manejó la información, estudios estadísticos de datos para la presentación de resultados por lo que se realizó cuadros estadísticos elaborados por el investigador.

Se realizó el procesamiento de datos tomando en cuenta cada uno de los componentes de las variables se introducen los datos utilizando el software Excel con los formatos Anexo.1, 2,3 y Analizado con el software EPI Info 7.

Los datos están representados en gráficos utilizando el software Microsoft Excel con el siguiente formato

CAPITULO IV

ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 COMPETENCIAS PROFESIONALES ADQUIRIDAS POR LOS INTERNOS ROTATIVOS DE MEDICINA EN ESTRATEGIA AIEPI.

La exposición de los resultados aborda las diferentes competencias desde los conocimientos, procedimientos y actitudes, en cada uno de los aspectos se consideran los componentes de la estrategia AIEPI.

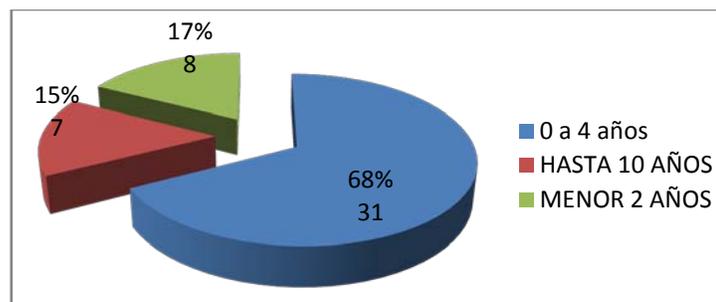
4.1.1 COGNOSCITIVAS (Conocimientos)

En conocimientos se indago varios aspectos, siendo los más importantes aquellos relacionados a los conocimientos básicos del AIEPI, EDA, IRA, Maltrato, Vacunación y RCP neonatal.

4.1.1.1 Evaluación General

Edad de Aplicación de la estrategia AIEPI

Grafico 1 Edad de Aplicación de estrategia AIEPI



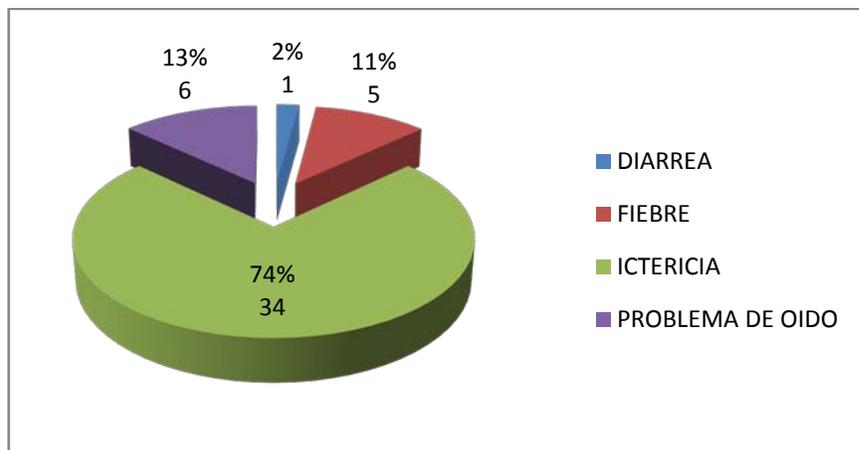
Elaborado por: Investigador

El grafico 1 indica que el 32% de los internos no conocían los rangos de edad en la que se aplica la estrategia AIEPI.

Según el Manual de la estrategia AIEPI propuesto por el MSP, esta estrategia ayuda a mejorar las condiciones de salud de los niños/as menores de 5 años, sin importar raza, sexo, ni cultura.

Signos de peligro Evaluados por estrategia AIEPI.

Grafico 2 Parámetros generales de estrategia AIEPI



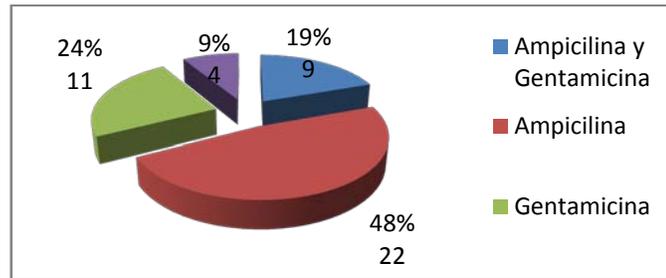
Elaborado por: Investigador

Se identificó que el 74% (34) conocían la respuesta correcta sobre los signos de peligro según el AIEPI considerando que la ictericia no forma parte de este grupo. Grafico 2.

Según el Manual de la estrategia AIEPI, se debe detectar en primer lugar signos de peligro general o posible enfermedad grave, mediante la formulación simple de preguntas sobre los síntomas principales y el examen físico se establece su gravedad. Se considera que los cuadro signos principales son: tos, dificultad respiratoria, diarrea, fiebre y problemas del oído.

Antibioticoterapia administrada por primera ocasión según estrategia AIEPI

Grafico 3 Administración de Antibiótico por primera ocasiónsegún estrategia AIEPI



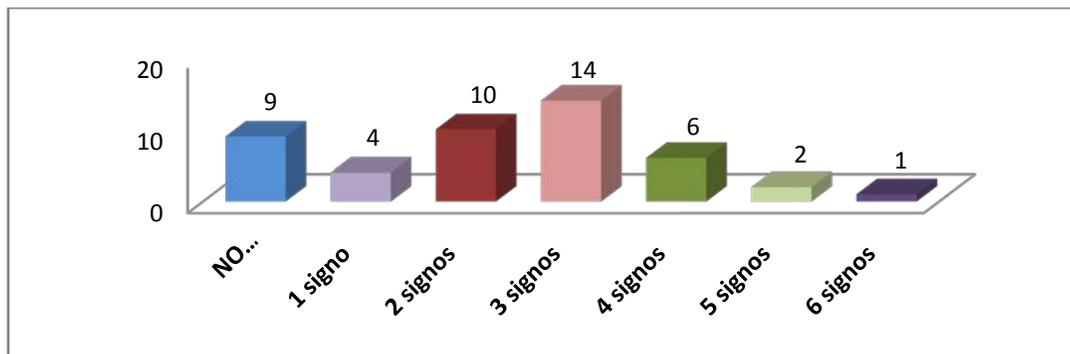
Elaborado por: Investigador

Según los resultados se identifica que 38 internos (76%), no conocían la terapéutica a seguir en un lactante menor que acude por primera vez, con una infección bacteriana aguda. Grafico 3.

Según el Manual de la estrategia AIEPI propuesto por la OPS, se debe tratar a un neonato y niño/a menor de 2 meses, se debe dar la primera dosis de antibiótico como Gentamicina a dosis de 2,5 mg/kg/dosis o Penicilina sódica cristalina a dosis de 50.000 UI/kg/dosis, administrado por vía intramuscular o intravenosa lento.

Parámetros generales evaluados durante el embarazo y parto por la estrategia AIEPI

Grafico 4 Parámetros evaluados en el Embarazo y Parto según estrategia AIEPI



Según el Grafico 4. Se identifica que 30% de los internos rotativos (14) acertaron en 3 signos/síntomas de los 8 claves para la evaluación en el embarazo y parto los cuales son: Ruptura prematura de membranas mayor a 24 horas, fiebre, sangrado vaginal, presentación anormal con trabajo de parto, disminución o ausencia de movimientos fetales, FCF menos a 120 o mayor a 160 lpm, madre RH (-), presión alta.

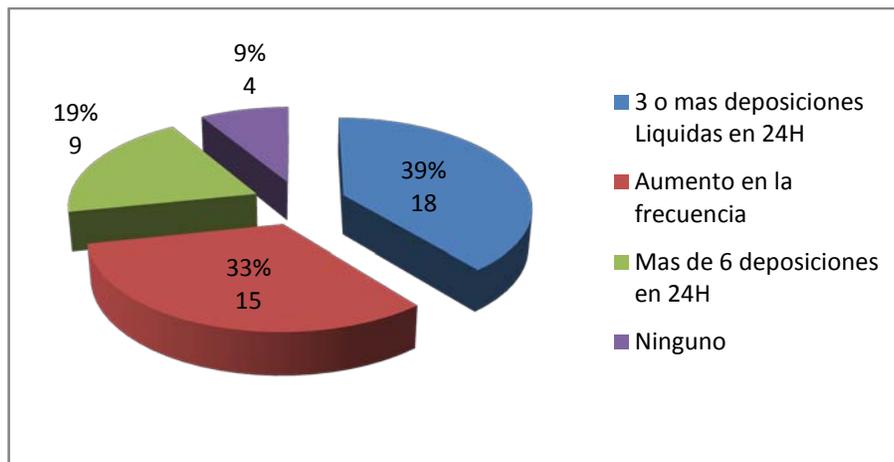
Mientras que solo el 6% de ellos (3), respondieron más de la mitad, sin embargo ninguno pudo responder completamente la pregunta.

Existen 8 signos y síntomas clave para la evaluación en el embarazo y parto que son:

4.1.1.2 Evaluación en EDA

Definiciones consideradas por la estrategia AIEPI sobre Diarrea

Grafico 5 Definición de Diarrea según estrategia AIEPI



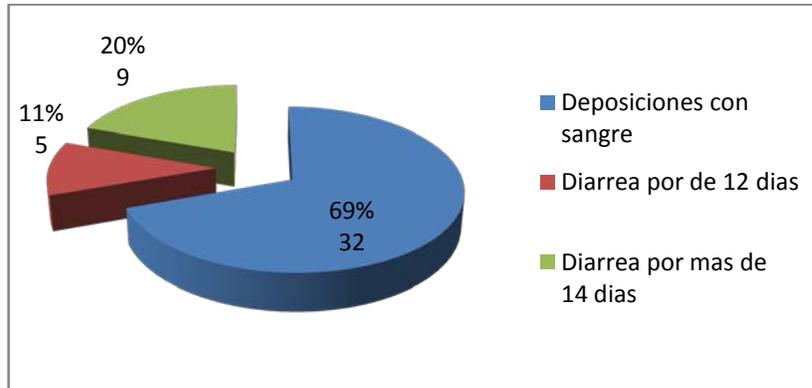
Elaborado por: Investigador

Respondieron adecuadamente a la pregunta el 39% de los internos (20). Grafico 5.

Según el Manual se considera que la definición de diarrea incluye 3 o más deposiciones sueltas o líquidas en un periodo de 24H. Por lo se puede evidenciar en la investigación que el 39% de los internos puede identificar correctamente una diarrea.

Definiciones consideradas por la estrategia AIEPI sobre Disentería

Grafico 6 Definición de Disentería según estrategia AIEPI



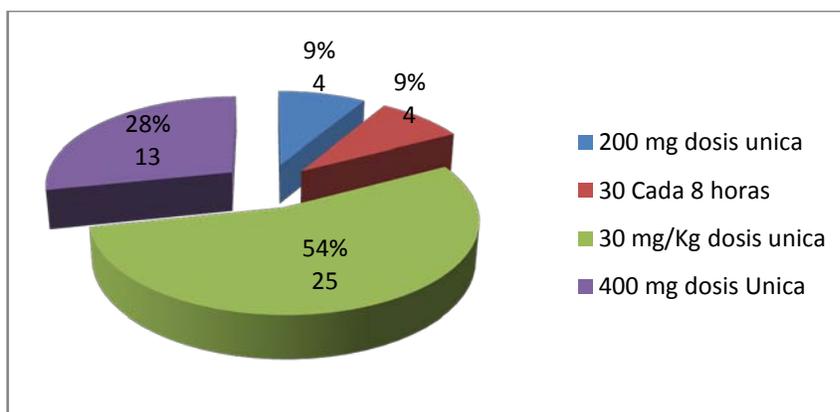
Elaborado por: Investigador

El 69% sabían el significado de disentería. Grafico 6.

Acorde al Manual de la estrategia AIEPI, la definición de disentería es sangre en las heces.

Medida especifica en EDA propuesto por la estrategia AIEPI

Grafico 7 Dosis de Albendazol para tratar EDA según estrategia AIEPI



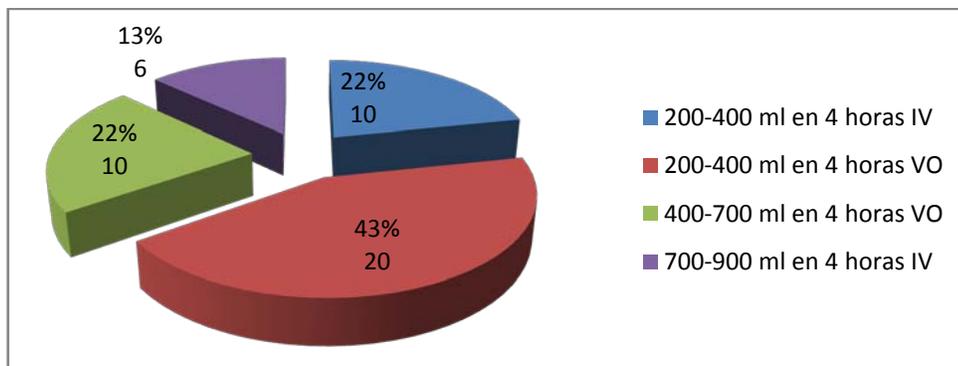
Elaborado por: Investigador

El 72% de los internos rotativos no conocían la dosis pediátrica correcta del albendazol. Grafico 7.

Según el Manual de la estrategia AIEPI, se debe administrar 400mg de albendazol en una dosis única en el servicio de salud. Cada 6 meses si es necesario.

Medida Especifica de Hidratación para un infante menor propuesto por el Ministerio de Salud Publica

Grafico 8 Hidratación según estrategia AIEPI



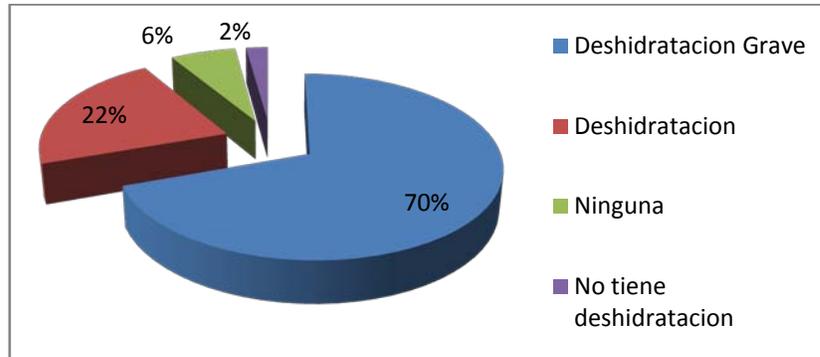
Elaborado por: Investigador

El 22% de los internos rotativos, conocen la cantidad de líquidos que se administra en relación al plan de hidratación B según la edad del paciente, la cual debe ser de 400=700ml en 4 horas por vía oral. Grafico 8. Esto significa que 3 de cada 4 internos no podrán tratar correctamente los niños con deshidratación

Acorde a las normas el plan de hidratación debe administrarse según la sintomatología que el niño presenta y se lo clasifica en tres: plan A, plan B y plan C, el plan B se debe administrar durante 4 horas, en el servicio de salud, la cantidad de SRO que debe administrarse se calcula según el peso del niño o su edad y conforme a estos parámetros se indica el volumen de líquido a administrar según la norma específica.

Clasificación para la hidratación según la estrategia AIEPI

Grafico 9 Clasificación para hidratación según estrategia AIEPI

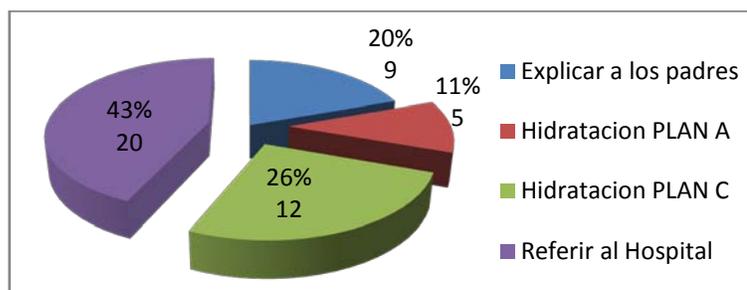


El 78% de los internos no conocían la respuesta correcta considerando que el paciente tenía signos de deshidratación Grave. Grafico 9.

Según el Manual de la estrategia AIEPI propuesto por la OPS, la deshidratación se clasifica en tres grupos que son deshidratación grave con/sin shock en donde sus signos son letargo, ojos hundidos, signo de pliegue cutáneo. Deshidratación sus signos son niño irritable, ojos hundidos, signo de pliegue. No tiene deshidratación no tiene suficientes signos para clasificarlo. Podemos identificar en la investigación que según esta clasificación en donde no se acertó correctamente la respuesta, pero el interno si identifico que existe deshidratación.

Medidas de apoyo para EDA según la estrategia AIEPI

Grafico 10 Medidas de apoyo para EDAsegún estrategia AIEPI



Elaborado por: Investigador

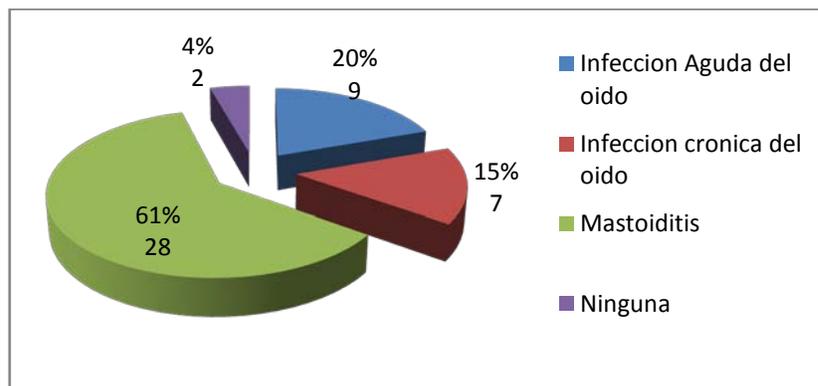
Según el Grafico 10. Al preguntar sobre medidas de apoyo en caso de EDA, 39 de los internos evaluados (80%) no sabían qué actitud tomar ante este caso.

Según lo propuesto por el MSP, se indica que cuando existe diarrea persistente se debe explicar a los padres o cuidadores como deben alimentar al niño/a, y hacer un seguimiento en 5 días después y esto solo lo indico 1 de cada 4 Internos.

4.1.1.3 Evaluación en IRA

Parámetros Diagnósticos de IRA evaluados por estrategia AIEPI.

Grafico 11 Parámetros diagnósticos de IRA según estrategia AIEPI



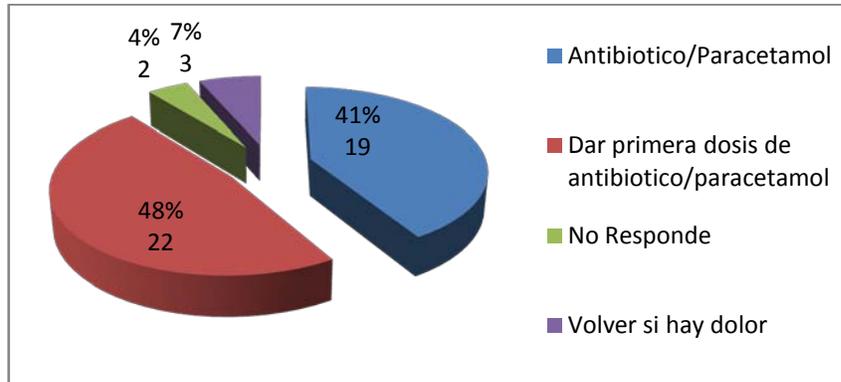
Elaborado por: Investigador

Según el gráfico 11, se identifica que 57% de los internos (26), conocían los parámetros a seguir para poder identificar una Infección Respiratoria Aguda.

Según el Manual de la estrategia AIEPI propuesto por la OPS, se considera signos de mastoiditis cuando existe al examen físico tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja.

Medida específica para el manejo de IRA propuesto por el MSP.

Grafico 12 Medida específica para manejo de IRA según estrategia AIEPI



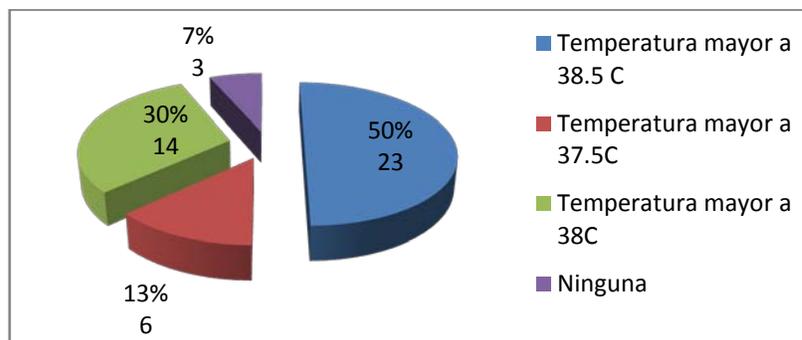
Elaborado por: Investigador

El 48% de los internos sabían el manejo específico para tratar un tipo de IRA. Grafico12.

Según el Manual de la estrategia AIEPI, cuando a un niño se le diagnostica mastoiditis se le debe dar la primera dosis de antibiótico apropiado, la primera dosis de paracetamol para el dolor y se debe referir urgentemente al hospital.

Administración de Antipirético (Acetaminofén)

Grafico 13 Administración de Acetaminofén según estrategia AIEPI



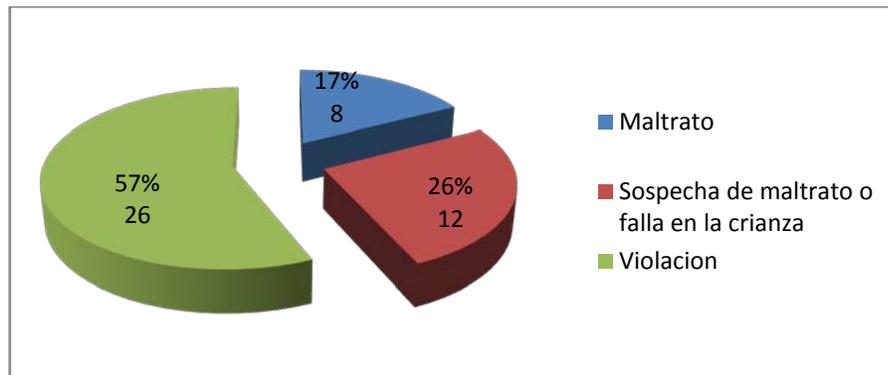
Elaborado por: Investigador

Una medida importante es la administración de antipiréticos; al respecto 36 de los internos rotativos (50%), no conocían cuando es adecuado administrar acetaminofén. (Grafico 13)

De acuerdo al protocolo de la estrategia AIEPI se considera que el acetaminofén baja la fiebre y alivia el dolor, se debe dar cuando un niño presenta Temperatura de 38.5C o más a dosis de 15mg/kg/dosis cada 6-8 horas hasta que haya desaparecido el síntoma.

4.1.1.4 Evaluación en MALTRATO

Grafico 14 Evaluación de Maltrato según estrategia AIEPI



Elaborado por: Investigador

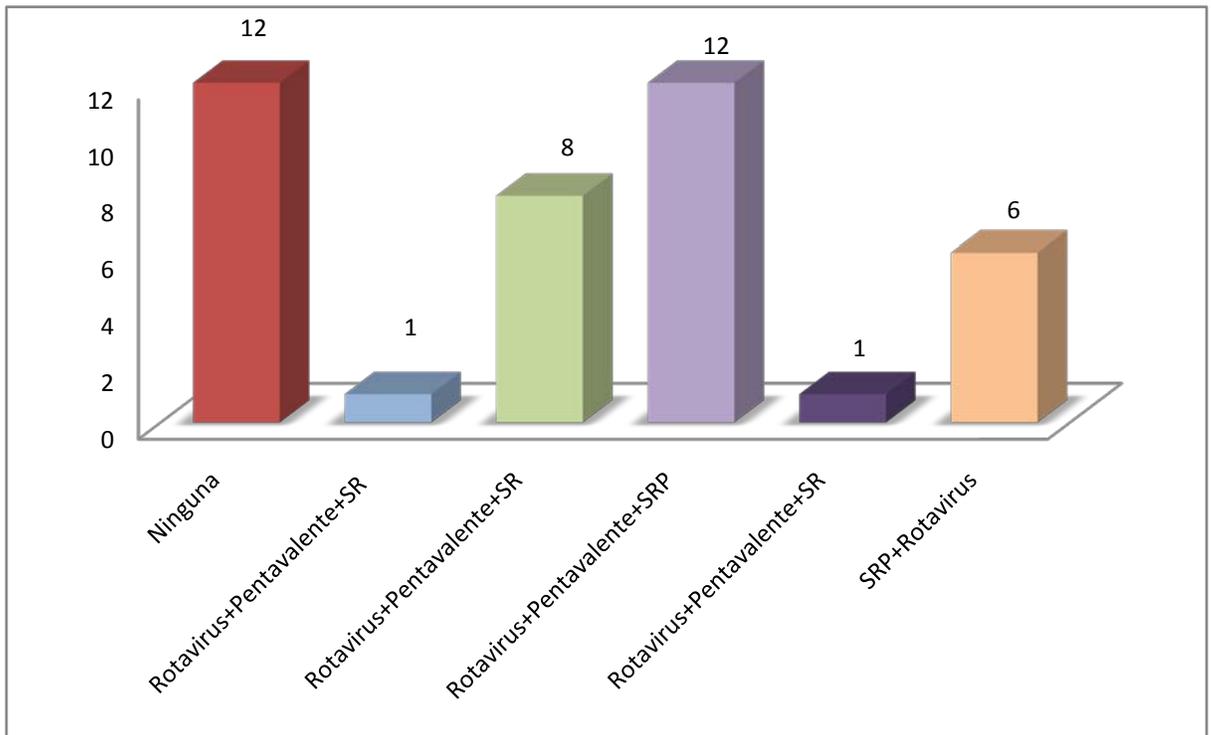
Se pidió a los Internos Rotativos de Medicina analizar la situación de un caso hipotético que presenta signos de maltrato (Lesiones físicas sin explicación, lesiones genitales), encontrando que solo el 17% definieron en forma correcta la situación. Esto indica que cerca de 9 de cada 10 internos desconocen los parámetros de sospecha e identificación del maltrato. (Grafico 14).

De acuerdo al manual AIEPI se debe identificar el maltrato al cual se le clasifica como maltrato, sospecha de maltrato o falla en la crianza y no hay sospecha de maltrato según la expresión del niño, el examen físico sugestivo, concordancia con las historias que el niño presenta.

4.1.1.5 Evaluación en VACUNACIÓN

Identificación del esquema de vacunación propuesto por el MSP

Grafico 15 Identificación del esquema de vacunación según estrategia AIEPI



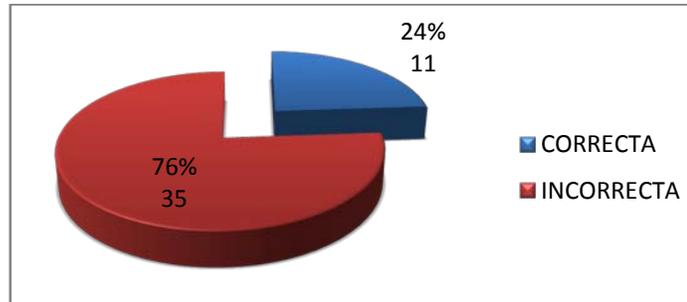
Elaborado por: Investigador

Una medida preventiva importante es la administración de Vacunas y evaluar el esquema aplicable a un niño de 6m. Se encuentra que el 76% de los internos no sabían que esquema de vacunación le corresponde pues seleccionaron un esquema incorrecto. (Grafico 15).

Según el esquema de inmunizaciones del MSP las vacunas que corresponden a un niño de 6 meses Pentavalente, poliomielitis, Sarampión, Rubeola y neumococo si lo requiere.

Parámetros Generales de vacunación evaluados por la estrategia AIEPI.

Grafico 16 Parámetros generales de vacunación según estrategia AIEPI



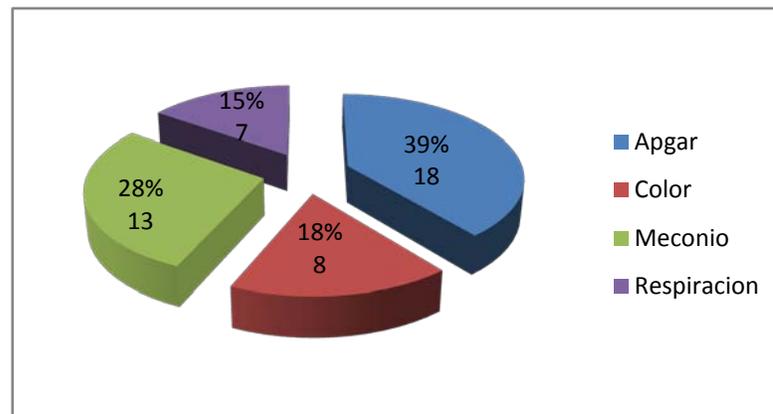
Elaborado por: Investigador

Únicamente en 24% de los internos identificaron cuando y en qué circunstancias no se debe administrar la vacuna. Lo cual nos indica que únicamente 1 de cada 4 internos puede evaluar correctamente cuando el niño debe recibir el esquema de vacunación. Grafico 16.

4.1.1.6 Evaluación en RCP Neonatal

Parámetros para identificar una Reanimación Neonatal evaluado por la estrategia AIEPI

Grafico 17 Parámetros de RCP neonatal según estrategia AIEPI



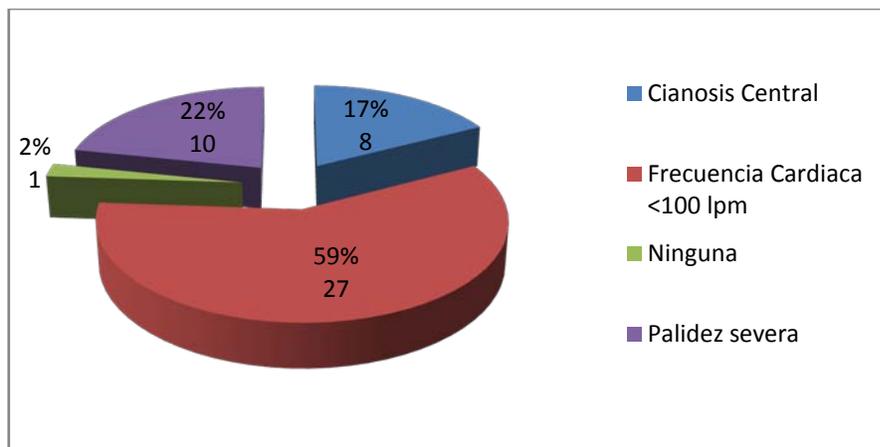
Elaborado por: Investigador

Se identificó que el 39% de los internos pudieron identificar los parámetros para una reanimación neonatal. Grafico 17.

Según el Manual de RCP neonatal de la NHA, se determinó que los parámetros que se deben tomar en cuenta para iniciar una reanimación cardiopulmonar en un recién nacido son la presencia de meconio pesado, si respira o no (llanto), Color, Tono muscular.

Parámetros específicos para la Reanimación neonatal valorada por el AIEPI.

Grafico 18 Parámetros específicos para RCP neonatal según estrategia AIEPI



Elaborado por: Investigador

Según el Grafico 18, Se identificó que el 59% de los internos (25), pueden identificar cuando realizar una reanimación neonatal urgente.

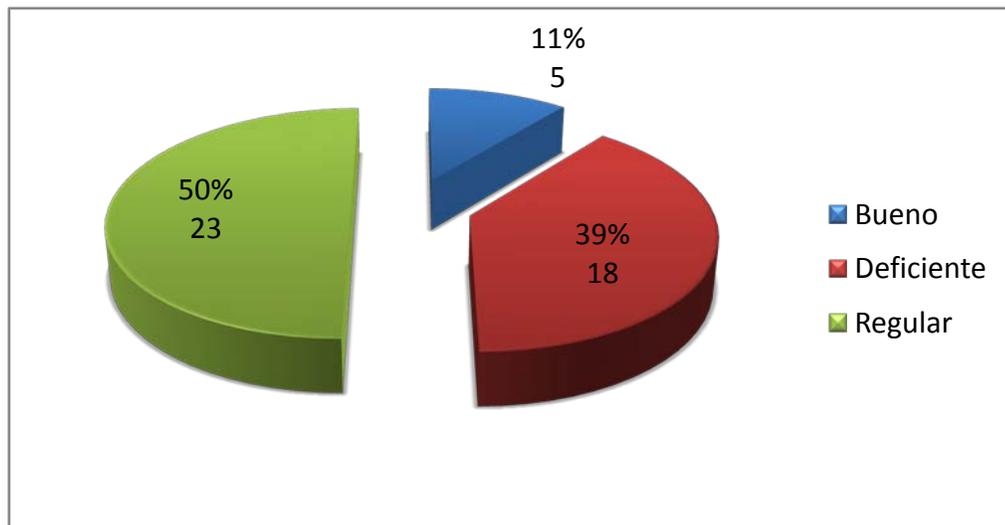
Según el Manual de la estrategia AIEPI elaborado por el MSP, se define que reanimación Urgente es cuando el recién nacido presenta Frecuencia cardíaca menor de 100lpm, No respira espontáneamente, cianosis generalizada.

4.1.1.7 Valoración Global de los conocimientos

En conjunto los principales problemas de Salud que valora la estrategia AIEPI son 5 y se lo valoro a través de un cuestionario de 18 preguntas del cual se identificó que:

El número de preguntas resueltas correctamente por los internos vario entre 3 a 12 preguntas, con una media de 6 y una moda de 9, al considerar los grupos según la escala del 10 por ciento tenemos: que de 16 a 18 preguntas correctas se considera Excelente, de 13 a 15 preguntas correctas es Muy Bueno, de 10 a 12 aciertos es Bueno, de 7 a 9 aciertos es Regular y menos de 7 es Deficiente, por lo que se estableció:

Grafico 19 Valoración Global de los conocimientos de los Internos Rotativos de Medicina según estrategia AIEPI

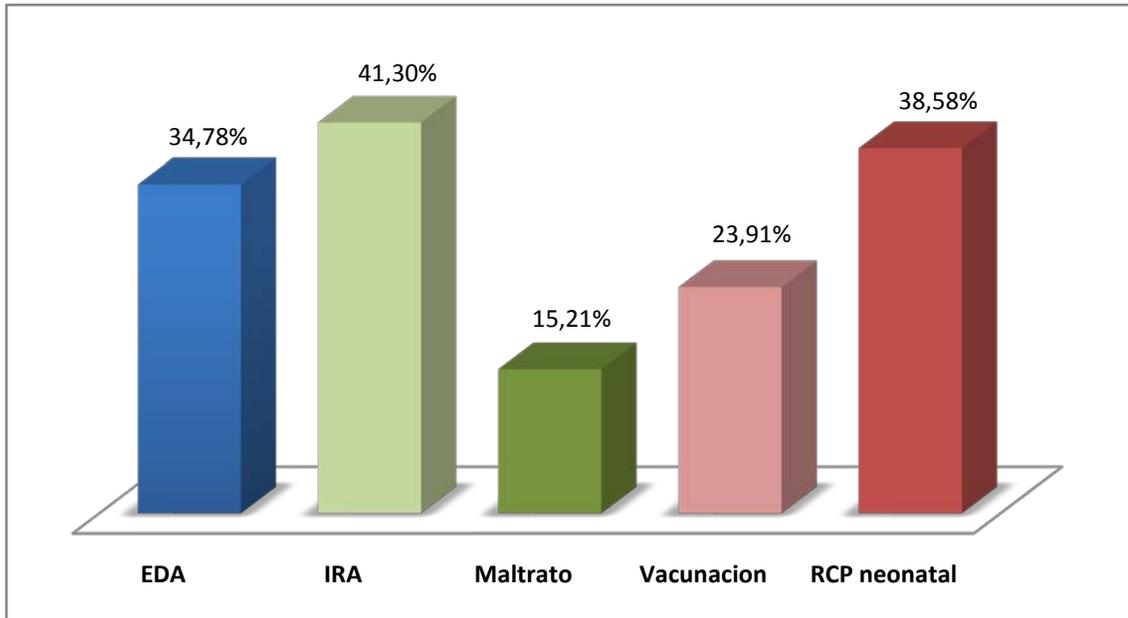


Elaborado por: Investigador

Se puede identificar según el Grafico 19, que de las 18 preguntas relacionadas a los conocimientos de los internos rotativos acerca de la estrategia AIEPI, el 50% de los internos (23), tienen conocimientos considerados regular mientras que el 39% son Deficientes.

Valoración específica de los conocimientos

Grafico 20 Valoración específica de los conocimientos según estrategia AIEPI



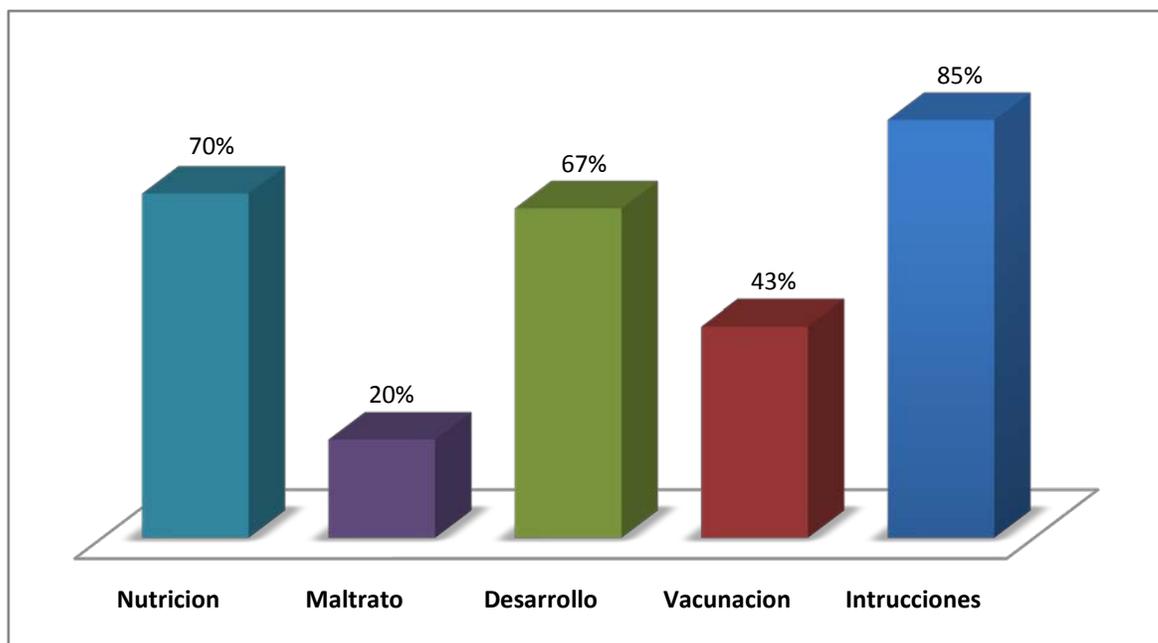
Elaborado por: Investigador

Según el Grafico 20, los conocimientos más amplios que presentan los internos es acerca de las infecciones respiratorias agudas con un 41.30%, sin embargo este porcentaje de acuerdo a una escala sobre 10 es considerado Regular. Mientras que los conocimientos sobre maltrato y vacunación son considerados Deficientes.

4.1.2 PROCEDIMENTALES (Habilidades)

En cuanto a lo procedimental se consideró las habilidades adquiridas del interno rotativo de medicina para la valorar el estado nutricional, sospecha maltrato, desarrollo, vacunación e instrucciones impartidas a los cuidadores del niño/a.

Grafico 21 Habilidades adquiridas por los Internos Rotativos en el Área de Salud N°1. 2012



Elaborado por: Investigador

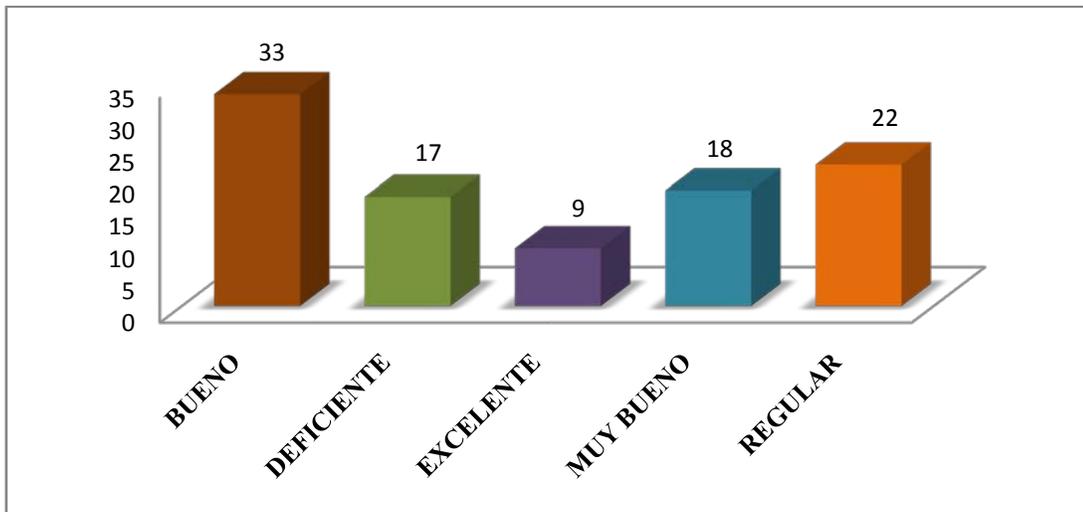
Según el Grafico 21, se observa que los componentes que con mayor frecuencia son valorados por los internos son los componentes nutricional y de desarrollo pero llama la atención que 1 de cada 5 internos el que menor valoración presento en las historias clínicas fue el maltrato lo cual se puede estar relacionado a una deficiente capacitación, ya que el maltrato es multidimensional el cual requiere la observación, adecuado interrogatorio y examen físico específico y que el IRM probablemente no está capacitado para realizarlo o se puede considerar que el interno no conoce las normas adecuadas.

El proceso de AIEPI describe como atender a un niño/a que asiste a un consultorio por una enfermedad, para una visita por primera ocasión o por consulta de seguimiento programada con el fin de verificar el progreso de un tratamiento prescrito, se debe a todo niño/a realizar evaluación del desarrollo, prevención del maltrato, cumplir el esquema de vacunación, valorar su estado nutricional. A demás

el proceso incorpora actividades básicas para la prevención de enfermedades y promoción de salud.

4.2.1.1 Evaluación Global de las Habilidades adquiridas por los Internos

Grafico 22 Evaluación Global de Habilidades adquiridas por los internos en el Área de Salud N°1. 2012



Elaborado por: Investigador

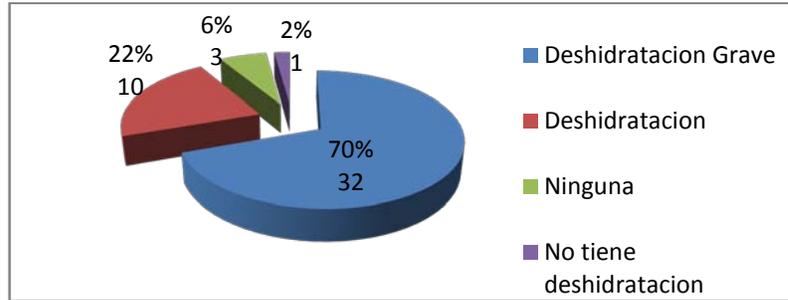
Según el Grafico 22, encontramos que un 27% de los internos tienen habilidades en estrategia AIEPI excelentes y muy buenas, mientras que el 17% de ellos tienen habilidades deficientes.

4.1.3 Competencias Actitudinales (Resolución de Problemas)

Para valorar esta competencia se planearon situaciones hipotéticas como las siguientes:

Si un paciente de 3 años de edad presenta irritabilidad, bebe ávidamente, signo del pliegue y ojos hundidos que grado de deshidratación presenta?

Grafico 23 Caso 1



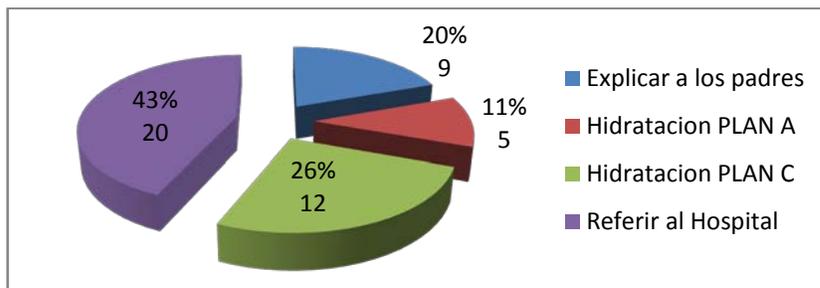
Elaborado por: Investigador

El 70% de los internos no seleccionaron la respuesta correcta considerando que el paciente tenía signos de deshidratación Grave. Grafico 23.

Según el Manual de la estrategia AIEPI propuesto por la OPS, la deshidratación se clasifica en tres grupos que son deshidratación grave con/sin shock en donde sus signos son letargo, ojos hundidos, signo de pliegue cutáneo. Deshidratación sus signos son niño irritable, ojos hundidos, signo de pliegue. No tiene deshidratación no tiene suficientes signos para clasificarlo. Podemos identificar en la investigación que según esta clasificación en donde no se acertó correctamente la respuesta, pero el interno si identifico que existe deshidratación.

Si un paciente presenta diarrea persistente, ¿cuál de las siguientes actitudes tomaría?

Grafico 24 Caso 2

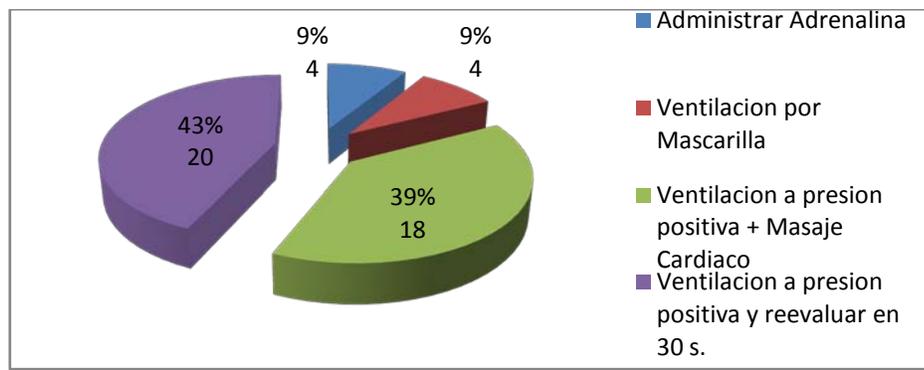


Elaborado por: Investigador

Según el Grafico 24, indica que 39 de los internos evaluados (80%) no sabían qué actitud tomar ante este caso. Según el Manual de la estrategia AIEPI propuesto por la OPS, se indica que cuando existe diarrea persistente se debe explicar a los padres o cuidadores como deben alimentar al niño/a, y hacer un seguimiento en 5 días después.

Que procedimiento se debe realizar cuando tenemos un recién nacido en apnea y presenta FC de 54 lpm y ya han pasado 30 seg.

Grafico 25 Caso 3

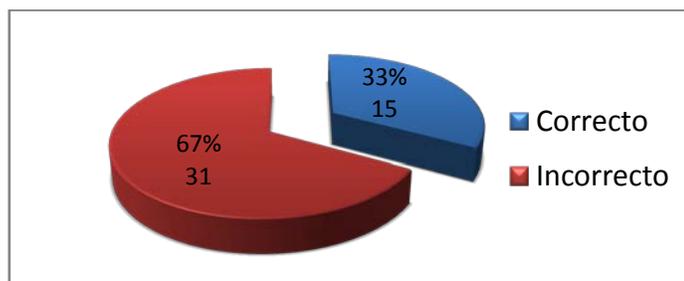


Elaborado por: Investigador

Se identifica que 28 internos rotativos (61%) no manejan adecuadamente a un recién Nacido que requiere reanimación. Grafico 25.

4.1.3.1 Valoración Global de la Competencia actitudinal

Grafico 26 Valoración Global de competencias Actitudinales

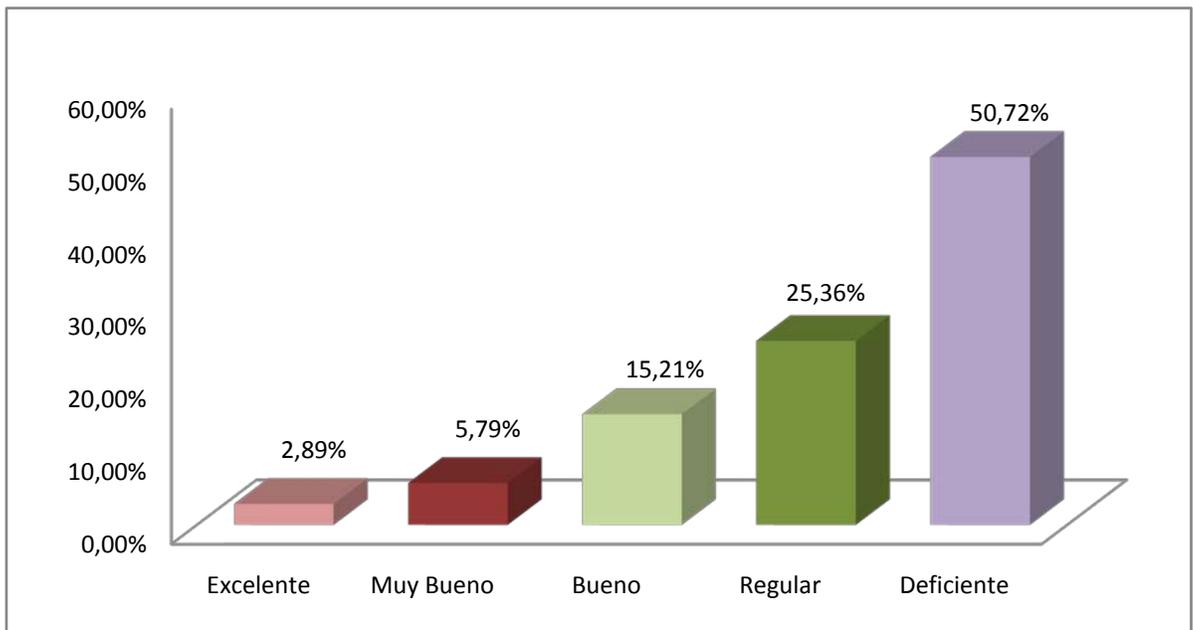


Elaborado por. Investigador

Podemos identificar según el Grafico que únicamente el 33% de los internos (15) presentaron la actitud para poder Resolver un problema correspondiente a la estrategia AIEPI. Grafico 26.

4.1.4 Evaluación Global de las competencias profesionales adquiridas por los Internos Rotativos de Medicina

Grafico 27 Evaluación Global de competencias profesionales



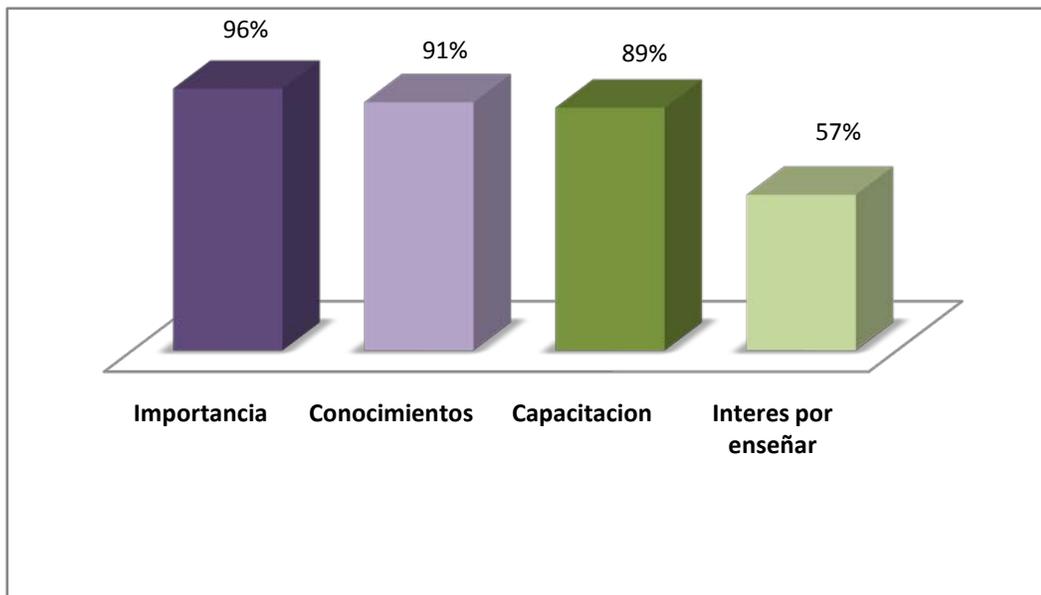
Elaborado por: Investigador

Según el Grafico 27, encontramos que el 50% de los internos rotativos de medicina han formado competencias profesionales deficientes sobre la estrategia AIEPI, mientras que solo el 23.8% de ellos tienen competencias profesionales competentes como para poder brindar una atención integral de salud a los niños menores de 5 años.

4.2 FORMACIÓN DE LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES ADQUIRIDAS.

4.2.1 Auto percepción sobre Formación académica en estrategia AIEPI.

Grafico 28 Auto percepción de Formación académica en la UTA. 2012



Elaborado por: Investigador

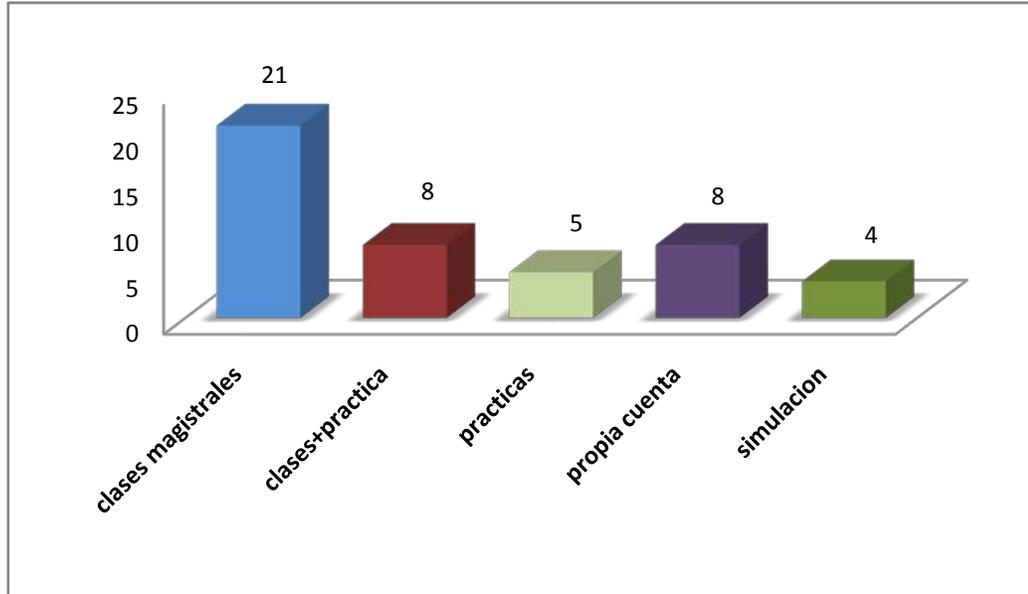
Podemos identificar que los internos consideran que han recibido la capacitación, los conocimientos e importancia requerida por los docentes para impartir sus conocimientos sobre la estrategia AIEPI.

Sin embargo 43% de los internos consideran que falta interés por parte del docente acerca de este tema. Grafico 28.

Según el Ministerio de Educación del Ecuador consideran que la docencia universitaria debe ser impartida por profesionales que brinden conocimientos actualizados, material de apoyo coherente con el tema a impartir para que de esta manera la capacitación sea interesante para el alumno y sobre todo de importancia.

4.2.2 Medios para la formación por competencias en estrategia AIEPI.

Grafico 29 Medios para formación de competencias en la UTA. 2012



Elaborado por: Investigador

Según el Grafico 29, se identifica que el 46% de los internos rotativos han adquirido sus conocimientos sobre AIEPI en base a las clases magistrales, mientras que el 9% lo ha hecho en base a simulaciones ya sea con casos clínicos, revisando protocolos, o discusiones en clase.

Después del análisis de los resultados, se identificó el número de preguntas respondidas correctamente por los internos rotativos de medicina, presentando un rango 3 a 12, una media de 7, una desviación estándar de 2.07, y una moda de 9. Por lo que se presenta los siguientes resultados.

4.3 APLICACIÓN DE LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES SOBRE ESTRATEGIA AIEPI.

4.3.1 Evaluación de Registro AIEPI.

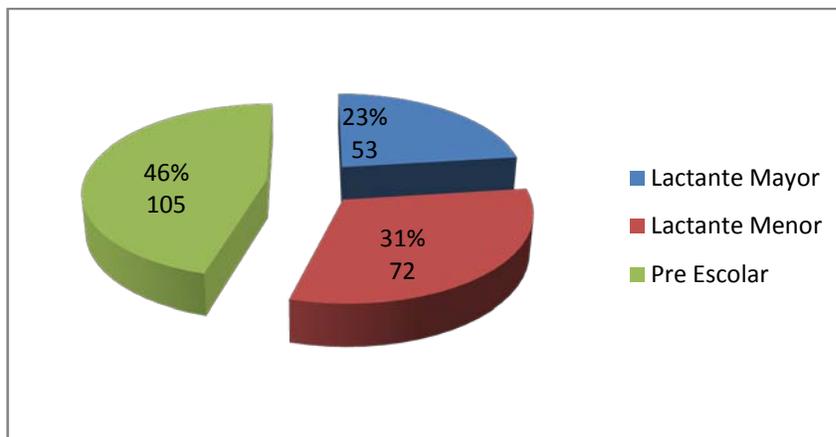
4.3.1.2 Parámetros Generales a realizar en el registro AIEPI

Identificación de la edad del Niño/a el momento de la consulta

La edad de los pacientes investigados varió entre los 10 meses y 4 años 11 meses de edad con una moda de 2 años y una desviación estándar de 10 meses.

Al considerar los grupos de edad se estableció

Grafico 30 Edad de los niños según registro AIEPI en el Área de Salud N°1. 2012



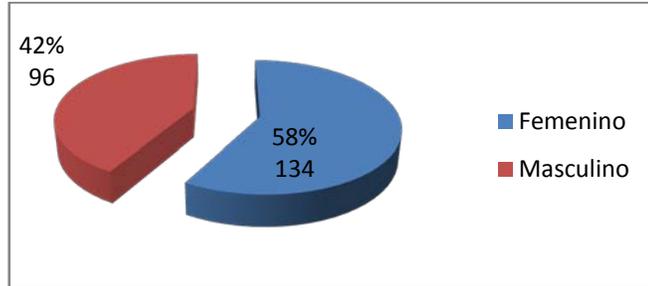
Elaborado por: Investigador

Según el Grafico 30, se identificó que el 46% (105) que acudieron con enfermedades consideradas dentro de la clasificación de la estrategia AIEPI, fueron Preescolares.

Según la investigación realizada por Falleiros N., se identificó que existe una mayor incidencia de niños pre escolares en las consultas médicas en el área comunitaria, similar a lo identificado por este estudio.

Identificación Sexo del Niño/a

Grafico 31 Sexo de los niños según registro AIEPI en el Área de Salud N°1. 2012



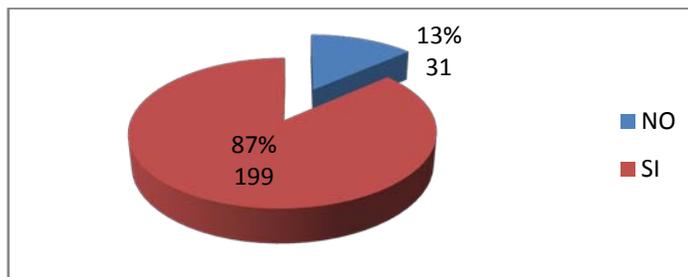
Elaborado por: Investigador

Se identificó que el 58%(134) de los pacientes que atendieron fueron sexo femenino. Gráfico 31.

Esta relación es ligeramente inferior a lo identificado por Falleiros N., se encontró que hay una relación de 2:1 entre femenino y masculino, en los pacientes menores de 5 años que acuden a la consulta externa del área comunitaria. (9)

Valoración del peso del niño/a

Grafico 32 Peso en registro AIEPI en el Área de Salud N°1. 2012



Elaborado por: Investigador

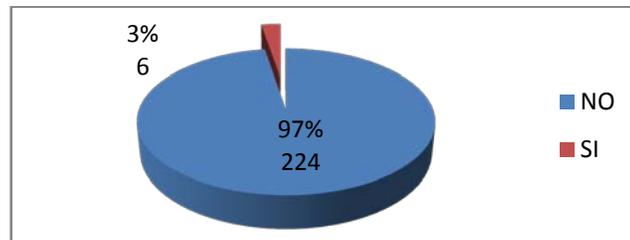
Se encuentra que el 86%(199) fueron pesados al acudir a consulta. Grafico 32.

Según la Estrategia AIEPI propuesta por el MSP del Ecuador, se determinó que todo niño menor de 5 años que acuda a control ya sea por alguna alteración o por control

mensual debe ser pesado y medido, para poder valorar el desarrollo adecuado del mismo, o dosificar (por kg de peso), adecuadamente la medicación si este amerita.

Signos de Alarma con los que acude el niño/a

Grafico 33 Signos de Alarma en registro AIEPI en el Área de Salud N°1. 2012



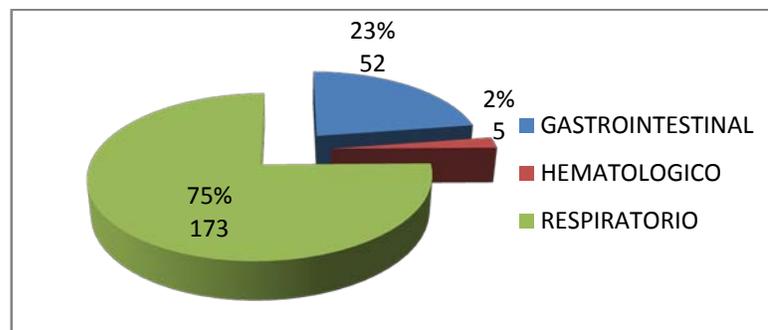
Elaborado por: Investigador

De los 230 pacientes que acudieron solo el 2% (6) presentaron signos de alarma. Grafico 33. Según el trabajo de investigación presentada por el Dr. Moran Jenry en el año 2011, se concluyó que los poder identificar los signos de alarma adecuadamente, en un niño que acuda por alteraciones Respiratorias o Gastrointestinales, permitirá tratar adecuada y eficazmente, evitando de esta manera complicaciones.

4.3.1.4 Parámetros Específicos a realizar en el Registro AIEPI

Identificación de la sintomatología con la que acude el niño

Grafico 34 Sintomatología según Registro AIEPI en el Área de Salud N°1. 2012



Elaborado por: Investigador

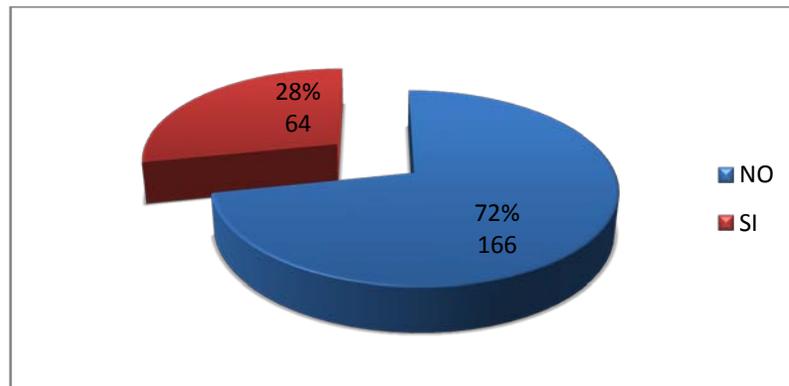
Se identificó que la sintomatología más relevante fue la respiratoria con el 75% (173).
Grafico 34.

Según el ministerio de salud pública del ecuador, menciona que las Enfermedades que afectan al Aparato Respiratorio son las más frecuentes en la Sierra y principalmente en los niños menores de 8 años, corroborando la información con mi estudio.

Aplicación de las clasificaciones propuestas por la estrategia AIEPI

Grafico 35 Aplicación de la Clasificación según el AIEPI en el Área de Salud

Nº1. 2012



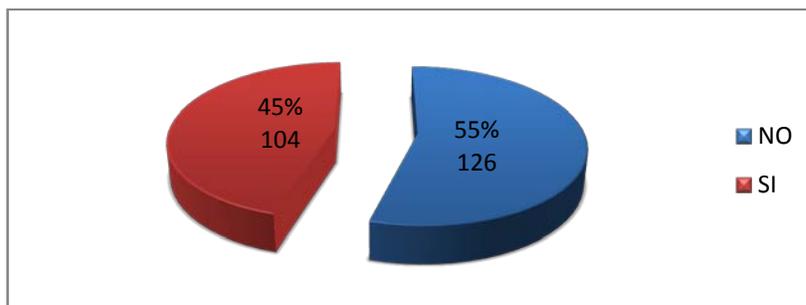
Elaborado por: Investigador

Se observó que únicamente el 28% de los internos utilizan la clasificación de las patologías según como indica la estrategia AIEPI. Grafico 35.

Según el Manual de la estrategia AIEPI propuesto por el Ministerio de Salud Pública del ecuador, se debe clasificar los problemas que presenta el niño/a por medio de un sistema codificado por colores, dado que muchos niños tienen más de una condición, cada enfermedad se clasifica depende de si se requiere: tratamiento urgente previo y durante referencia, tratamiento médico específico y consejería y consejería simple sobre tratamiento, medidas preventivas y promoción de salud.

Aplicación de tratamiento específico según el cuadro que presente el niño/a

Grafico 36 Tratamiento Específico aplicado en Registro AIEPI en el Área de Salud N°1. 2012

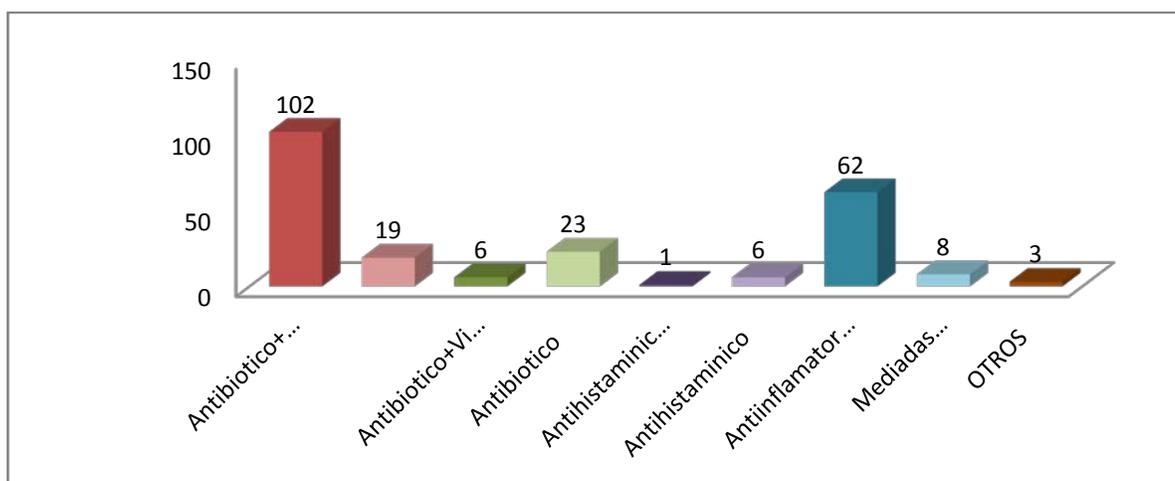


Elaborado por: Investigador

Se observó que el 55% de los internos dan un tratamiento basado el protocolo por cada patología, dado por la estrategia AIEPI. Grafico 36.

Según el Manual de la estrategia AIEPI propuesto por el MSP, se debe dosificar la medicación según el peso o la edad del niño/a, proporcionar instrucciones prácticas para el tratamiento tales como administrar adecuada de la dosis y en los horarios correspondientes por el tiempo determinado.

Grafico 37 Tratamiento aplicado en el Registro AIEPI en el Área de Salud N°1. 2012

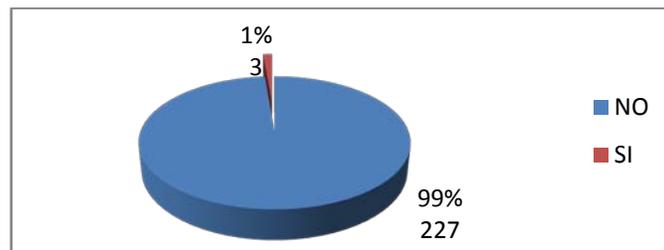


Elaborado por: Investigador

Según el gráfico 37, encontramos que el 44% (102) de los pacientes recibieron antibioticoterapia y antiinflamatorio según la patología mientras que el 26% (62) recibieron antiinflamatorios. Según el manual sobre la estrategia AIEPI, se debe detectar los casos en base a signos clínicos simples, para proporcionar un tratamiento oportuno, la misma que se lleva a cabo según clasificaciones orientadas a acciones en lugar de diagnósticos exactos. Los protocolos dados por la estrategia AIEPI según la clasificación de las enfermedades provienen de medicina basada en evidencias.

Identificación de la necesidad de transferencia según los signos de peligro

Gráfico 38 Transferencia realizada en el Área de Salud N°1. 2012



Realizado por: Investigador

Se identificó que de todos los pacientes atendidos solo el 1% fue transferido. Gráfico 38.

Tabla 20 Comparación entre signos de alarma y transferencia

	Sin Signos de Alarma	Con signos de Alarma	TOTAL
NO Transfiere	224	3	227
SI Transfiere	0	3	3
TOTAL	224	6	230

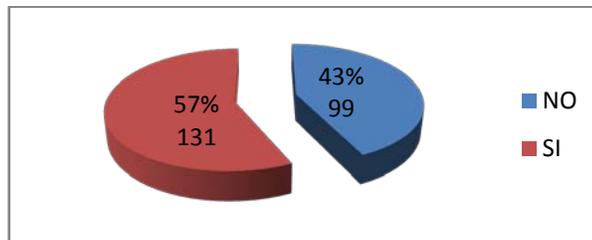
Elaborado por: Investigador

Se identificó que existieron 6 niños que presenten signos de alarma, de los cuales solo 3 fueron transferidos. Tabla 1.

4.3.1.4 Evaluación Global sobre el Registro AIEPI

Aplicación adecuada del Registro AIEPI.

**Grafico 39 Aplicación adecuada del Registro AIEPI en el Área de Salud N°1.
2012**

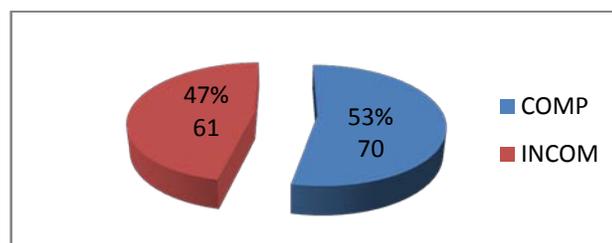


Elaborado por: Investigador

De los 230 pacientes atendidos que presentaron enfermedades prevalentes de la infancia el 56% (131) de los pacientes se les llenó la hoja AIEPI que corresponde a la última consulta del año. Grafico 39.

Elaboración adecuada del Registro AIEPI

**Grafico 40 Elaboración adecuada del Registro AIEPI en el Área de Salud N°1.
2012**



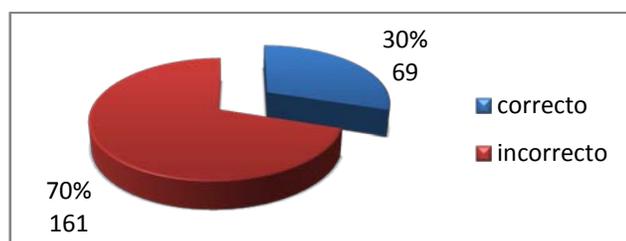
Elaborado por: Investigador

Se observa que de las 131 Hojas de AIEPI llenas el 47% de ellas estuvieron incompletas. Grafico 40. Según el Manual de la estrategia AIEPI se indica que todo paciente menor de 5 años que acuda con una enfermedad prevalente de la infancia ya

sea esta por primera vez o por control de la patología debe llenarse la hoja AIEPI completamente.

4.3.1.5 Evaluación Global de la aplicación de estrategia AIEPI por los Internos Rotativos de Medicina

Grafico 41 Evaluación Global de estrategia AIEPI en el Área de Salud N°1. 2012

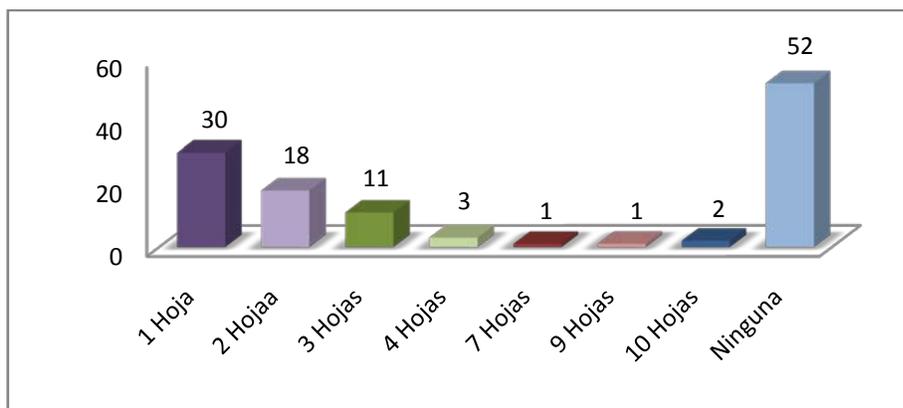


Elaborado por: Investigador

Según el gráfico 41. Se identifica que el 30% (69) de los internos aplican correctamente el manual de estrategia AIEPI establecida por el MSP para una adecuada atención de las enfermedades prevalentes de la infancia.

Número de Registros AIEPI por niño Llenos en el año

Grafico 42 Número de registros AIEPI por niño en el año en el Área de Salud N°1. 2012

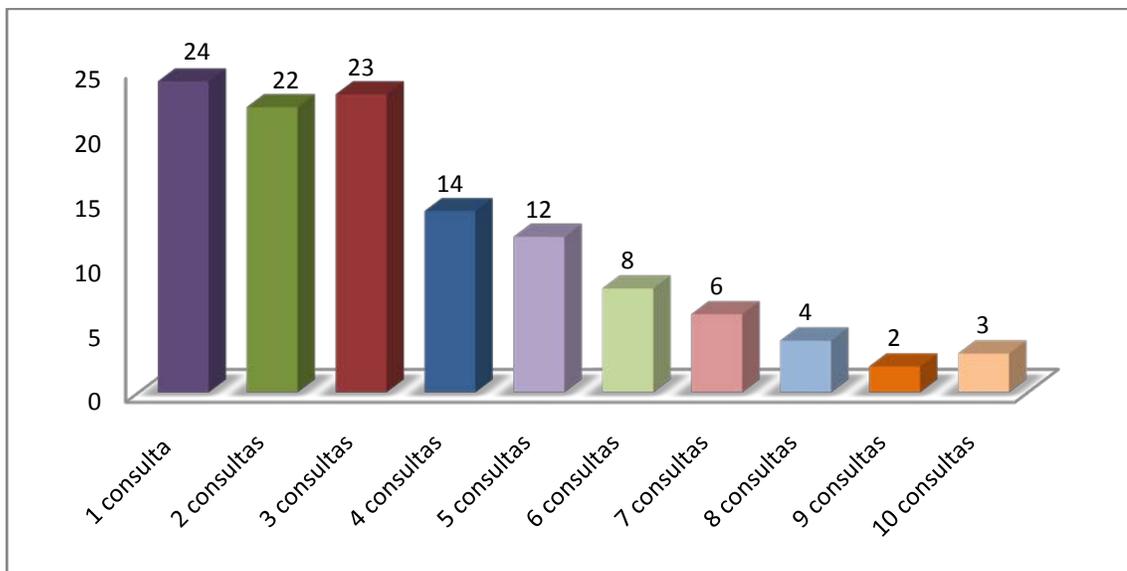


Elaborado por: Investigador

Se identificó que la mayoría de los niños valorados en el subcentro de salud no tenían un Registro AIEPI lleno anteriormente a pesar de haber acudido con una enfermedad prevalente de la infancia. Grafico 39.

Número de Consultas Médicas en el Año por cada niño

Grafico 43 Número de consultas médicas por niño en el año en el Área de Salud N°1. 2012



Elaborado por: Investigador

Se identificó que la mayoría de niños que acuden al subcentros de salud con una enfermedad prevalente de la infancia lo hacen entre 1 y 3 consultas en el año, sin embargo hay que tomar en cuenta que 9 de ellos acuden por más de 8 consultas en el año por la misma patología. Grafico 40.

4.4 VERIFICACIÓN DE LA HIPOTESIS

Para la validación del hipótesis se plantó la siguiente hipótesis nula

Como se sabe, las competencias profesionales implican los niveles cognoscitivos, actitudinales y lo procedimental, a mayor nivel cognoscitivo mejor nivel procedimental y actitudinal.

Se procede hacer una comparación entre el nivel cognoscitivo y actitudinal y entre el nivel procedimental y actitudinal el cual nos indica

Tabla 21 Verificación de la Hipótesis entre Conocimientos – Nivel Actitudinal

	CONOCIMIENTOS BUENOS	CONOCIMIENTOS REGULARES	TOTAL
ACTITUDINAL BUENOS	11	0	11
ACTITUDINAL DEFICIENTES	4	31	35
TOTAL	15	31	46

Elaborado por: Investigador

Fuente: Análisis de resultados

Existen 8.75 veces mayor probabilidad de que cuando tienen buenos conocimientos tengan buenas actitudes y el IC: (3.48 – 22.09), existen diferencias importantes entre conocer y no conocer para tener una buena actitud ante el paciente. Chi cuadrado (29.8) las diferencias en el grado de conocimientos y actitud ante el paciente es estadísticamente significativo.

Tabla 22 Verificación de hipótesis entre Nivel Actitudinal - Procedimental

	ACTITUDINAL BUENO	ACTITUDINAL DEFICIENTE	TOTAL
PROCEDIMENTAL BUENO	15	13	28
PROCEDIMENTAL DEFICIENTE	0	18	18
TOTAL	15	31	46

Elaborado por: Investigador

Fuente: Análisis de resultados

Existe un Chi cuadrado (14.3) lo cual nos indica que entre los procedimientos y las actitudes ante el paciente es estadísticamente significativa.

De esta manera se puede demostrar que a mayor nivel cognositivos y procedimental mejores niveles actitudinales por lo tanto competencias profesionales bien formadas.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El problema que fue investigado en el presente proyecto se enfocó en Identificar la formación de competencias profesionales de los internos rotativos egresados de medicina de la promoción 2012 de la UTA en la estrategia AIEPI y su aplicación en la atención primaria de salud, en el período enero – octubre 2012, en la cual se llegó a determinar lo siguiente:

5.1 CONCLUSIONES

- Los competencias adquiridas por los internos rotativos sobre estrategia AIEPI son deficientes especialmente en relación a:
 - Edad de aplicación de estrategia AIEPI.
 - Parámetros Generales que se identifican en embarazo y parto.
 - Esquema de vacunación en niños menores de 5 años.
 - Identificación y registro de maltrato.
 - Medidas generales que se indican a los familiares para prevención.
 - Terapéutica aplicada en la estrategia AIEPI.
- Los componentes que con mayor frecuencia sin valorados por los Internos rotativos de Medicina son los componentes Nutricionales y de Desarrollo.
- Se identificó que casi la mitad de internos rotativos de medicina han adquirido sus competencias profesionales sobre AIEPI en base a clases magistrales;

mientras que el porcentaje restante adquirieron sus competencias en base a casos clínicos, revisión de protocolos y discusión en clases.

- Se identificó que el 25% de internos de medicina han obtenido competencias profesionales competentes sobre estrategia AIEPI que permita brindar atención integral de salud a niños menores de 5 años.

5.2 RECOMENDACIONES

- Se debe incrementar prácticas y simulaciones sobre estrategia AIEPI que permitan mejorar las competencias profesionales en este campo.
- Diseñar nuevas investigaciones que traten de abordar aspectos que interfieran y motiven el conocimiento de la estrategia AIEPI.
- Promover el acceso a información de AIEPI a través de bibliotecas, cursos, seminarios, distribución de información virtual, que son de bajo costo, libre circulación y acceso casi universal, sin abandonar la capacitación presencial, que sigue siendo mayor impacto.
- Se debería considerar la estrategia AIEPI como un módulo obligatorio dentro de las competencias de formación al médico de la Universidad Técnica de Ambato

CAPITULO VI

PROPUESTA

6.1 DATOS INFORMATIVOS

6.1.1 TITULO

Capacitación de los estudiantes de la UTA sobre la estrategia AIEPI

6.1.2 INSTITUCION EJECUTORA

La presente propuesta se ejecutara en las aulas de Medicina de la Universidad Técnica de Ambato.

6.1.3 BENEFICIARIOS

Los beneficiarios de esta son cada uno de los estudiantes la Carrera de Medicina de la Universidad Técnica de Ambato, teniendo como objetivo principal la adecuada formación por competencias de los profesionales de salud, que permitan la correcta aplicación de sus conocimientos en el Área Comunitaria.

6.1.4 Ubicación

Lugar: Universidad Técnica de Ambato (Facultad Ciencias de la Salud, Carrera de Medicina)

Ciudad: Ambato

Cantón: Ambato

Provincia: Tungurahua

Sector: Ingahurco

6.1.5 Tiempo Estimado para la ejecución

Posterior a la defensa del estudio se pretende ejecutar la propuesta y de poner en consideración de los médicos Docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Medicina, quienes darán la autorización para su aplicación, luego de lo cual se brindara una capacitación para dar a conocer los resultados obtenidos del estudio, se les hará saber la propuesta a los dirigentes y superiores de la Carrera, y su aplicación deberá mantenerse hasta que estudios posteriores, determinen cambios.

También cuando la evaluación periódica demuestre inconsistencias o limitaciones que impidan el logro de los objetivos de la guía, o que se identifiquen cambios en el conocimiento científico que obliguen a la revisión teórica de las actuaciones del personal de salud que atiendan a dichos pacientes.

6.1.6 Equipo Técnico Responsable

Contará con la participación del investigador quien dará a conocer la propuesta, A los médicos Docentes y Estudiantes de Medicina que forman parte de la Carrera de Medicina, los mismos que serán los ejecutores directos de la propuesta.

6.1.7 Costo

Para la ejecución de la propuesta se ha establecido un presupuesto económico de 1120 USD. Los mismos que serán utilizados en las capacitaciones, elaboración del material didáctico para los Talleres propuestos para mejorar la capacitación de los estudiantes de la UTA sobre la estrategia AIEPI.

Tabla 23 Costo de propuesta

ITEMS	VALORES
COPIAS	50
MATERIAL DE ESCRITORIO	20
COMPUTADORA	700
MATERIAL DE TALLER	100
MATERIAL BIBLIOGRÁFICO	200
MATERIAL DIDACTICO	50
TOTAL	1120

Elaborado por: Investigador

6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

La población estudiada fue de 46 internos Rotativos de Medicina a los cuales se les aplico un cuestionario de 25 preguntas las mismas que valoraron los conocimientos acerca de la estrategia AIEPI, además se valoró la aplicación del Registro AIEPI en 260 historias clínicas de 2 subcentros escogidos al azar que correspondieron al Área de Salud N.1 de la ciudad de Ambato. También se realizó una observación de cómo aplican y manejan a los pacientes en las diferentes áreas de Salud, obteniendo en 4 días de observación 86 datos, que se incluyeron en la parte estadística.

En conocimientos se indago varios aspectos, siendo los más importantes aquellos relacionados a los conocimientos básicos del AIEPI, EDA, IRA, Maltrato,

Vacunación y RCP neonatal, encontramos el 32% de los internos no conocían los rangos de edad en la que se aplica la estrategia AIEPI, que el 74% conocían los signos de peligro a identificarse según el AIEPI, el 76%, no conocían la terapéutica a seguir en un lactante menor que acude por primera vez, con una infección bacteriana aguda.

Se identificó que 30% de los internos rotativos acertaron en 3 signos/síntomas, de los 8 considerados como signos importantes a identificar en el embarazo y parto. Mientras que solo el 6% de los internos, respondieron más de la mitad, sin embargo ninguno pudo responder completamente los signos.

Se observó que 69% sabían la definición de disentería mientras solo el 39% conocían la definición de Diarrea, El 72% de los internos rotativos no conocían la dosis pediátrica correcta del albendazol, El 78% de los internos no conocen la cantidad de líquidos que se administra en relación al plan de hidratación B según la edad del paciente, El 78% de los internos no pudieron identificar los signos de deshidratación Grave.

Se identifica que 57% de los internos, conocían los parámetros a seguir para poder identificar una Infección Respiratoria Aguda, El 48% de los internos sabían el manejo específico para tratar un tipo de IRA, se observó que el 50%, no conocían cuando es adecuado administrar acetaminofén,

Se valoró por medio de una situación hipotética signos de maltrato (Lesiones físicas sin explicación, lesiones genitales), encontrando que solo el 17% definieron en forma correcta la situación. Esto indica que cerca de 9 de cada 10 internos desconocen los parámetros de sospecha e identificación del maltrato.

En conjunto los principales problemas de Salud que valora la estrategia AIEPI son 5 y se lo valoro a través de un cuestionario de 18 preguntas del cual se identificó que: De las 18 preguntas relacionadas a los conocimientos de los internos rotativos acerca de la estrategia AIEPI, el 50% de los internos, tienen conocimientos considerados

regular mientras que el 39% de los internos son Deficientes, de los cuales los conocimientos más amplios que presentaron los internos es acerca de las infecciones respiratorias agudas con un 41%, sin embargo este porcentaje de acuerdo a la escala de 10% es considerado Regular. Mientras que los conocimientos sobre maltrato y vacunación son considerados Deficientes

En cuanto a lo procedimental se consideró las habilidades adquiridas del interno para valorar el estado nutricional, sospecha maltrato, desarrollo, vacunación e instrucciones impartidas a los cuidadores del niño, se observa que los componentes que con mayor frecuencia son valorados por los internos son los componentes nutricional y de desarrollo pero llama la atención que 1 de cada 5 internos el que menor valoración presento en las historias clínicas fue el maltrato lo cual se puede estar relacionado a una deficiente capacitación, ya que el maltrato es multidimensional el cual requiere la observación, adecuado interrogatorio y examen físico específico. Se identificó que únicamente el 33% de los internos presentaron la actitud para poder Resolver un problema correspondiente a la estrategia AIEPI.

Se identificó que los internos consideraron que han recibido la capacitación, los conocimientos e importancia requerida por los docentes para impartir sus conocimientos sobre la estrategia AIEPI, sin embargo 43% de los internos consideran que falta interés por parte del docente acerca de este tema, a demás el 46% de los internos rotativos han adquirido sus conocimientos sobre AIEPI en base a las clases magistrales, mientras que el 9% lo ha hecho en base a simulaciones ya sea con casos clínicos, revisando protocolos, o discusiones en clase.

Determinaron según la investigación que de los pacientes atendidos que presentaron enfermedades prevalentes de la infancia el 56% de los pacientes se les lleno la hoja AIEPI que corresponde a la última consulta del año, de los cuales el 47% de ellas estuvieron incompletas.

Se identificó que la mayoría de los niños valorados en el subcentro de salud no tenían un Registro AIEPI lleno anteriormente a pesar de haber acudido con una enfermedad prevalente de la infancia, de estos la mayoría de niños que acuden al subcentros de salud con una enfermedad prevalente de la infancia lo hacen entre 1 y 3 consultas en el año, sin embargo hay que tomar en cuenta que 9 de ellos acuden por más de 8 consultas en el año por la misma patología. Lo cual nos indica que no se está aplicando adecuadamente el Registro AIEPI.

6.3 JUSTIFICACIÓN

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia es considerada en la actualidad la principal intervención disponible para mejorar las condiciones de salud de los niños menores de 5 años en nuestro país.

Además representa un instrumento útil para la detección precoz y tratamiento efectivo de las principales enfermedades que afectan la salud de los niños, contribuye a mejorar los conocimientos y las prácticas de las familias para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, de esta forma la aplicación adecuada en los servicios de salud y en la comunidad produce un gran impacto en términos de la reducción de la morbi-mortalidad de niños menores de 5 años, así como mejorar las condiciones nutricionales y de desarrollo.

La estrategia AIEPI combate las principales causas de muerte en la niñez a través de la prevención y el tratamiento, mejorando las habilidades del personal de salud, los sistemas de salud, y las prácticas de la familia y la comunidad.

Los principios que sigue la estrategia AIEPI son integralidad, Coordinación intersectorial, Trabajo en equipo, participación social.

La capacitación por competencias garantiza la aplicación adecuada de los conocimiento, habilidades adquiridos por los estudiantes, los mismo que le permitirán tomar las decisiones adecuadas para la resolución de los problemas.

6.4 OBJETIVOS

6.4.1 Generales

Diseñar una estrategia de capacitación para los estudiantes de medicina de la Universidad Técnica de Ambato sobre la Estrategia AIEPI.

6.4.2 Específicos

- Fortalecer conocimientos y habilidades para la identificación y atención oportuna del niño/a con enfermedad prevalente de la infancia.
- Reafirmar las habilidades y actitudes necesarias para el desarrollo de actividades de promoción de salud y prevención de la enfermedad.
- Fortalecer la aplicación de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Generar interés para la atención comunitaria.

6.5 ANALISIS DE LA FACTIBILIDAD

Teniendo respaldo y apoyo por parte de los líderes de la Carrera de Medicina, determinamos la factibilidad de la propuesta como parte de la solución al problema estudiado, además se cuenta con el apoyo de los estudiantes y docentes que pertenecen a la carrera. Además de materiales para la difusión y aplicación inmediata.

Además el compromiso de participación del investigador para una mejor aplicación, y una adecuado manejo de la propuesta en beneficio a los estudiantes.

Nos va a servir para recopilar información relevante sobre el desarrollo de un proyecto y en base a ello tomar la mejor decisión, si procede el estudio, desarrollo o implementación buscando el único fin del bienestar del paciente. En la Universidad Técnica de Ambato se manejan políticas las mismas que ayudan, respaldan las propuestas mencionadas ya que tienen como objetivo primordial garantizar la formación de Médicos Familiares con orientación Comunitaria.

El desarrollo del proyecto no infringe ninguna ley o norma establecida a nivel local, municipal o estatal. La presente investigación implica la inversión de recursos económicos y financieros por lo que se obtendrán ayudas de instituciones sin fines de lucro y por parte del investigador.

6.6 FUNDAMENTACION CIENTIFICA TEORICA

En el año 2008 el Leal M. presenta su trabajo de tesis con el tema “CONOCIMIENTOS SOBRE SIGNOS DE ALARMA DE INFECCION RESPIRATORIAS AGUDA DEL EQUIPO DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA” realizado en el Hospital ANTONIO MARIA PINEDA en la ciudad de Barquisimeto- Venezuela en el que se llegó a la siguiente conclusión: “En el presente estudio se encontró que los médicos residentes no poseen conocimientos sobre los signos clínicos a investigar en un niño con tos y disnea, al igual que desconocen los signos de peligro en un niño con neumonía grave”

En el año 2007 los, Aguilar A., Mazzi E., Pantoja M. Publican un artículo de investigación con el tema: Conocimientos sobre nutrición en estudiantes de medicina publicada en la Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría. Estudio realizado en Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría” y Hospital Materno Infantil dependiente de la Caja Nacional de Salud de la ciudad de La Paz-Bolivia, en el que se llegó a la conclusión: Un 40% de los estudiantes de Pre-grado no contestaron en forma correcta el cuestionario, aun cuando las preguntas formuladas fueron de conocimientos corrientes para un profesional de salud. La mayoría de las notas se agruparon alrededor de la nota aprobatoria mínima, lo que nos incita a reforzar los conceptos de nutrición en la Facultad de Medicina. No existen grandes diferencias de conocimiento por área y tampoco existen preguntas que hayan sido respondidas por el 100% de alumnos, existe variabilidad y dispersión de conocimientos; sin embargo se esperaba un mayor dominio sobre epidemiología nutricional de país.

6.7 MODELO OPERATIVO

FASES	ACTIVIDAD	METAS	RESPONSABLES	RESULTADOS	FECHA
PLANEACION	<ul style="list-style-type: none"> • Socializar los resultados de la investigación • Informar a la institución • Coordinar autorización • Recoger información para la capacitación 	<ul style="list-style-type: none"> • La aceptación y colaboración de las entidades aplicadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo técnico e Investigadora 	<ul style="list-style-type: none"> • Los colaboradores den su aceptación y autorización para la propuesta 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 primeras semanas de Marzo
	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar la propuesta • Difusión y Utilización de la 	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos Tratantes y Residentes apliquen la guía 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo técnico e investigadora 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación en todos los pacientes de las Guías de control 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 ultimas semanas de Marzo

EJECUCION	Guía propuesta	en todos los pacientes			
EVALUACION	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación trimestral a médicos tratantes y residentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuada aplicación de las Guías 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo Técnico e Investigadora 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación y conocimientos de los médicos a cerca de la Guía 	<ul style="list-style-type: none"> • Cada 3 meses posteriores a la aplicación

Elaborado por: Investigador

6.8 Administración de la Propuesta

La propuesta será aplicada en la Carrera de Medicina de la Universidad Técnica de Ambato, quienes deben seguir los lineamientos establecidos, para obtener un adecuado nivel de competencias profesionales.

6.9 Plan de Monitoreo y Evaluación de la Propuesta

El monitoreo será realizado por el líder del servicio de Medicina Comunitaria de la Facultad, quien recibirá informes mensuales escritos y una evaluación trimestral de los estudiantes, para de esta manera evaluar la propuesta, y aplicación en el momento adecuado.

BIBLIOGRAFIA

- **ACOSTA L., (2009)**, Guíapráctica para la investigación, Paidós. Buenos Aires, Primera edición, Quito Ecuador,
- **ARIAS F., (2010)**, El Proyecto de Investigación: Guía para su elaboración, 3ra. Edición, Caracas: Episteme ,Pag 96
- **BENIGUI Y. (2011)**, “Atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia, avances y resultados en las regiones Americanas”, Revista Pediátrica, Vol. 32, (2), pag. 5-13.
- **CORDERO D. y MEJIA M. (2009)**,”Análisis del proceso de implementación de la estrategia AIEPI en Bolivia”, Revista Epidemiológica Bolivia, Vol.73, (12), pag.47-56.
- **DONNAN G. (2011)**, Declaracion Mundial, 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 en el Decenio.
- **FERNANDEZ M. (2011)**, “Estrategia AIEPI en relación al componente neumonía leve en niños de 2 meses a 4 años que acuden a consulta del subcentro e salud de salinas”, Trabajo de tesis de grado, Universidad Estatal de Guayas, Guayaquil.
- **GARCIA J.,(2009)**,Gestión del Curriculum por Competencias,1era Edición, Lima Perú, Pag 20-67
- **LOPEZ A., (2009)**, “Enfermedades Infecciosas en la Niñez”, Diagnóstico Clínico, (1era Ed.), Editorial Los Andes, Lima- Perú, Pag. 224-234.
- **MINSA, (2011)**, “Subprograma de control de infecciones prevalentes en los niños”, AIEPI N.2, 10-13
- **MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, (2008)**, Manual de Capacitación para la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia,

(AIEPI), Como Clasificar la Situación Nutricional del niño/niña de 2 meses a 4 años de edad; Quito, P. 55-58.

- **MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, (2011)**,“Manual de modelo de atención Integral del Sistema nacional de Salud familiar comunitario”, Quito – Ecuador.
- **MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR, (2012)**, “Modelo de atención Integral del sistema nacional de Salud”, Ecuador, (5ta Edi), Editorial Meditor.
- **MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, (2012)**, Programa de Atención Integral de las enfermedades prevalentes de la infancia, Editorial Meditor, Quito-Ecuador.
- **MORA A, (2011)**, “Fortalecimiento de la técnica AIEPI, en los parámetros, estado nutricional, inmunizaciones, maltrato y alimentación en el área N.3”, Trabajo de tesis de grado, Universidad Católica de Loja, Loja.
- **NARANJO G. y TOAPANTA M., (2011)**, “Evaluación de aplicación de la estrategia AIEPI, en relación al tratamiento en el hogar de las infecciones respiratorias agudas, en los niños menores de 5 años, en el subcentro de salud Cordero Crespo”, Trabajo de Tesis de grado para licenciada, Universidad Estatal de Bolívar, Guaranda.
- **ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD., (2011)**, Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Conversando con las madres sobre AIEPI. Washington, DC, OPS. Serie HCT/AIEPI.
- **ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD., (2010)**, AIEPI en las facultades de medicina de América Latina: un trabajo conjunto entre ALAPE y OPS/OMS. Noticias sobre AIEPI. Número 5, Abril 2008. OPS/OMS. Washington, D. C., U.S.A.
- **ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, (2010)**, Las condiciones de salud en las Américas. Edición de 2010. Volumen 1. Publicación Científica 549. Washington, D. C.

1. **ROMERO C. (2010)**, “ Mejoras en la aplicación de la estrategia AIEPI del personal médico en los niños menores de 5 años, en los consultorios externos, Revista peruana de Epidemiología, Vol.12,(2), pag.34-40.

LINKOGRAFIA

- **GUÍA DE LA OMS DE ACTUALIZACIONES EN LA ATENCION DEL NIÑO, (2012)**, Revista Médica (On Line), Disponible en www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716.script.
- **IRIYOGUEN Judy, (2011)**, “Plan estratégico nacional de enfermedades prevalentes de la infancia”, On Line, Disponible en <file:///C:/Documents%20and%20Settings/ROD/Mis%20documentos/tesis/157-salud-del-adulto-enfermedades-prevalentes-de-infancia.htm>
- **JIMENEZ O., (2011)**, Atención de las enfermedades prevalentes de la infancia en Habana, Cuba, Disponible en <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/imci-aiapi.htm>. 2003-07-15.
- **ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD., (2011)**, Estrategia Aiepi; Habana – Cuba, Disponible en <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/imci-aiapi.htm>. 2003-07-15.
- **TAPIA MARIA, (2008)**,”Metodología de Investigación”,(On Line), Disponible en <http://www.geocities.com./tomaustin.cl.html>
- **TOBAR JUAN, (2008)**, “Tipos de investigación”, (On Line) Disponible en <Http://juantovar.blogspot.es/1212767700/14/05/2012>.

- **TORRES, E., (2012)**, Estudio clínico y etiológico de infecciones Agudas en niños; Zaragoza–España, Disponible en www.pap.es/paginas/Articulo.aspx?articulo=101. 2009- 07-24.

CITAS BIBLIOGRAFICAS – BASES DE DATOS UTA

- **BVS. (2012)**, Aplicación del programa de atención integral a las enfermedades prevalentes en la infancia (AIEPI) del Ministerio de Salud Pública: <http://bvs-ecuador.homolog.bvsalud.org/cgi-bin/wxis.exe/iah/scripts/>
- **BVS. (2012)**, Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia-AIEPI, para ferropenia en niños: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>
- **SCIELO. (2010)**, Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia" (AIEPI) en Servicios de Salud, Bolivia: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S03701062002000200014&lng=es&nrm=iso
- **SCIELO. (2011)**, Incidencia de enfermedades prevalentes de la infancia en sectores rurales: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S00426862005000400009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- **SIDALC. (2010)**, Propuesta en las experiencias MANA, APS y AIEPI en el marco de la protección social: <http://orton.catie.ac.cr/cgi-bin/wxis.exe/>

ANEXOS

ANEXO 1

TALLER PARA MEJORAR LA CAPACITACION DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA SOBRE LA ATENCION INTEGRADA DE LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA (AIEPI)

ACTIVIDAD PRESENCIAS Y EN TERRENO

Coordinación: Luis Antonio Guzmán

Tutores: Dr. Cesar Intriago

Dr. Jorge Sánchez

Dr. Carlos Aldas

Facilitadores: Docentes de los centros periféricos de salud

Diseño del Taller

La actividad de taller consiste en una actividad áulica, teórico-práctica y otra experiencia en terreno realizado en los centros periféricos de salud perteneciente al área de salud N.1 o 2.

Actividad Áulica

Cupo: Máximo de 40 alumnos

Duración: 2 horas

Se realizara la apertura del taller por el docente encargado, quien dará la introducción y explicara el tema a desarrollarse, se dará el material de apoyo requerido a cada alumno, además de un resumen de casos clínicos y la bibliografía correspondiente. Durante la primera parte del taller se tratara el tema y se contestaran interrogantes que presentan mientras que en la segunda parte se dividen en grupos de trabajo (de 5 personas por grupo), para revisión de casos clínicos y discusión de mismo.

Consignas: A partir del caso clínico planteado los alumnos deben evaluar, clasificar los signos y síntomas del caso problema y determinar un tratamiento, y si se requiere de derivación a un hospital o no.

Desarrollo: (1 hora) Los tutores supervisaran el trabajo de cada grupo, orientando a los alumnos hacia los objetivos y reforzando contenidos teóricos.

Cierre: Un representante de cada grupo presenta el caso problema, señalando cada uno de los componentes que la estrategia AIEPI requiere seguir según su protocolo de atención, se expondrá sus soluciones y conclusiones. Al finalizar las presentaciones el docente hará las aclaraciones correspondientes respecto a las dudas que pudiesen surgir de los mismos.

Actividad Práctica

Cada alumno debe realizar una experiencia asistencial mediante la aplicación del Registro AIEPI, por lo menos en 5 pacientes que asistan al centro de salud designado por el Tutor.

Consignas:

Luego de examinar al paciente deberá llenar el Registro AIEPI de manera adecuada según los criterios que correspondan.

El alumno supervisado por el tutor, avaluara la sintomatología, clasificación y sugerirá el tratamiento correspondiente.

Al finalizar la rotación por el centro de salud cada alumno deberá entregar los registros completos al tutor para presentar al responsable del taller.

CASOS CLINICOS

CASO N. 1 Andrea

Andrea tiene 9 meses de edad. Nació a término con un peso: 3300gr, hijo de padres sin antecedentes patológicos, ha recibido del esquema de vacunación 2 dosis de vacuna quintuple, una BCG, y esquema completo de hepatitis B.

MC: tos, agitación, vomito, fiebre

EA: Refiere la madre que hace 4 días el niño comenzó con picazón de la nariz y ha perdido el apetito, hace 24 horas constato una temperatura de 37.8C por lo que acudió a facultativo quien le indico bajar por medios físicos y le envió un antitérmico por vía oral (paracetamol gotas). El niño continuo inquieto durante la noche, casi no durmió, rechazo la alimentación. Hace 3 horas presento un vomito de alimenticio con flema clara posterior a un acceso de tos. Es la primera vez que presenta un cuadro así.

Examen Físico: Peso: 9.2Kg PC: 44cm T: 70cm Temperatura: 37.8C FR:55x`FC: 105 lpm, agitado, se observa tiraje y se ausculta sibilancias.

RESPONDA:

- ¿Tiene Signos generales de peligro el niño?
- ¿Tiene signos de dificultad respiratoria?
- ¿Tiene signos para un problema respiratorios o gastrointestinal?
- ¿Cómo clasificaría la enfermedad de esta niña?
- ¿Cuál es el diagnóstico de la niña?
- ¿Qué medidas implementaría de inmediato?
- ¿Indicaría transferencia a un hospital?
- ¿Se trata de un paciente eutrófico?
- ¿El esquema de vacunación está completo?

CASO N. 2 ESTEFANIA

Estefanía tiene 8 meses de edad, es traída por su madre al dispensario por que la noto que presentaba alza térmica.

Refiere la madre que como siempre la niña come poco, y que esta resfriada desde hace 24 horas. Cuando se le interroga sobre la alimentación que la niña tiene responde que se alimenta con biberón 5 tomas al día contiene leche diluida con la mitad de agua. La niña a recibido solo la primera vacuna que le pusieron al nacer, no tiene carnet de vacunación, la madre refiere que es por q el dispensario le queda lejos, Al momento la niña acude con una temperatura de 38C, pesa: 7.750gr y mide 68cm.

RESPONDER.

- ¿Tiene signos de alarma?
- Anotar los signos importantes que presenta la niña
- Definir qué problema presenta Estefanía.
- ¿Tiene otro problema la niña?
- ¿Clasifique el estado nutricional de la niña?
- ¿Cómo está el esquema de vacunación para la edad de la niña y que haría usted?
- ¿Qué tratamiento propondría?
- ¿Qué recomendaciones le daría a la madre de Estefanía?

CASO N. 3 YOHANA.

Johana tiene 18 meses. La madre, quien está embarazada, consulta por que notó a la niña decaída. Johana pesa 6000 gr. y mide 70 cm, tiene una temperatura axilar de 36°C. Al desvestir a la niña llama la atención la pérdida del panículo adiposo; no hay edemas.

Al interrogar a la madre refiere que tomó el pecho sin vomitar, no ha tenido convulsiones pero desde hace 2 días las deposiciones son casi líquidas.

Cuando el médico la observa no encuentra dificultad respiratoria. Al examen, la garganta y los oídos están normales. La niña presenta llanto con lágrimas y no hay signo del pliegue en el abdomen. Las deposiciones son líquidas sin sangre ni moco.

Al preguntarle sobre las vacunas dice que las tiene a todas pero se olvidó el carné en su casa.

RESPONDA:

- ¿Tiene Johana algún signo de peligro?
- Anote los signos positivos de la niña.
- Defina qué problema tiene Johana.
- ¿Tiene algún otro problema?
- Clasifique el estado de nutrición.
- ¿Qué vacunas tendría que tener Johana?
- ¿Qué tratamiento propondría?
- ¿Qué recomendaciones le daría a la madre de Johana?

CASO N. 4 OCTAVIO.

Octavio es un niño de 8 meses de edad que Ud. atiende en un Centro Periférico de Salud de la Ciudad de Córdoba, Peso actual: 8 kilos, Talla: 70 cm.

Vacunas: BCG (1) DTP (2) Hib (2), antihepatitis B (2).

MC y AEA: Niño previamente sano, que desde hace 48 h. comienza con fiebre alta. La madre lo nota muy decaído, inapetente y muy pálido. Ha presentado vómitos alimenticios

Examen Físico: Temperatura axilar de 38,2°C. Mal estado general, quejoso, algunas manchas rojas pequeñas en tronco y miembros. Impresiona como ausente y no sigue con la cabeza lo que ocurre a su alrededor.

RESPONDA:

- ¿Tiene Octavio signos generales de peligro? ¿Cuáles?
- ¿Cómo clasificaría a Octavio?
- ¿Considera que debe derivar a Octavio?
- ¿Tiene tos o dificultad para respirar?
- ¿Tiene diarrea?
- ¿Tiene fiebre?
- ¿Tiene un problema de oído?
- ¿Tiene un problema de garganta?
- ¿Tiene desnutrición?
- ¿Presenta su plan de vacunación completo?
- ¿Presenta Octavio algún otro problema?

CASO N. 5 ADRIANA

Adriana tiene 7 meses de edad, pesa 5,6 kg y mide 64 cm. Tiene una temperatura de 37° su madre la llevó al servicio de salud porque Adriana tenía diarrea.

Adriana no presenta signos generales de peligro. No tiene tos ni dificultad para respirar. El profesional de salud evaluó los signos de diarrea de Adriana.

La madre dijo que la diarrea de Adriana había empezado hacía 2 días. No hay sangre en las heces. La niña no está letárgica ni inconsciente, tampoco está inquieta ni irritable. Cuando se le ofrecen líquidos, bebe ávidamente, como si tuviera sed. Al pellizcarla, la piel vuelve a su lugar lentamente.

RESPONDA:

- ¿Tiene Adriana signos generales de peligro?
- ¿tiene Adriana tos o dificultad para respirar?
- ¿tiene respiración rápida, tiraje, estridor?

- ¿tiene diarrea?
- ¿tiene fiebre o problema de oído?
- Anote los signos de Adriana y clasifíquelos en el formulario
- ¿indicaría derivación al hospital? ¿Por qué?
- ¿Qué medidas terapéuticas implementaría?
- ¿se trata de una paciente eutrófica?
- ¿tiene completo su esquema de vacunación
- Si los signos de deshidratación han mejorado ¿qué debería hacer el profesional de salud?

CASO N. 6 RAFAEL

Rafael es un niño de 18 meses de edad (Peso: 8 Kg), la madre lo trae al servicio de salud porque tiene diarrea. El profesional de salud hace una evaluación completa. Rafael está alerta y puede beber, pero muy mal. Al pellizcar, el pliegue cutáneo regresa a su estado anterior, pero muy lentamente. Tiene los ojos hundidos.

La madre refiere que Rafael tiene el carnet de vacunación completa.

RESPONDA:

- ¿Tiene Rafael signos generales de peligro?
- ¿tiene Rafael tos o dificultad para respirar?
- ¿tiene respiración rápida, tiraje, estridor?
- ¿tiene diarrea?
- ¿tiene fiebre o problema de oído?
- Anote los signos de Rafael y clasifíquelos en el formulario
- ¿indicaría derivación al hospital? ¿Por qué?
- ¿Qué medidas terapéuticas implementaría?
- ¿se trata de una paciente eutrófica?
- ¿tiene completo su esquema de vacunación

CASO N. 7 MAURO

Mauro: es un niño que es atendido en un consultorio periférico en la Pampa de Achala Departamento San Alberto a 350 Km. de la Ciudad de Córdoba.

Datos Personales: Edad: 4 años. P.A.: 13 kilos. T.A.: 100 cm. Vacunaciones: BCG (1) DTP (3) Hib (3) Doble Viral (1)

MC: Relata su madre que tuvo una supuración del oído derecho hace aproximadamente dos meses ahora le observa una tumefacción retroauricular.

Examen Físico: Fiebre alta 39,5 °C, Palidez. Mal estado general. Tumefacción inflamatoria retroauricular, con rubor, calor, dolor a la palpación

RESPONDA:

- ¿Tiene Mauro signos generales de peligro?
- ¿tiene Mauro tos o dificultad para respirar?
- ¿tiene respiración rápida, tiraje, estridor?
- ¿tiene diarrea?
- ¿tiene fiebre o problema de oído?
- Anote los signos de Mauro y clasifíquelos en el formulario
- ¿indicaría derivación al hospital? ¿Por qué?
- ¿En caso afirmativo, que medidas previas al traslado indicaría?
- ¿Qué medidas terapéuticas implementaría?
- ¿se trata de una paciente eutrófica?
- ¿tiene completo su esquema de vacunación
- ¿Presenta Mauro algún otro problema?

CASO N. 9 ANA YESICA

Ana Jesica es llevada a un Centro de Salud donde Ud. es médico de APS, Edad: 18 meses. P.A. 9.000grs En un control de peso hace 7 días: 9.800grs

T.A. 80 cm. Vacunaciones: BCG (1) DPT (3) Hib (3) Doble Viral (1) Anti Hepatitis B (2)

MC: Desde hace 12 horas diarrea con sangre, vómitos, fiebre, Irritabilidad, rechazo del alimento. La madre la nota muy desmejorada

Examen físico: mal estado general, mucosas secas, pliegue ++, Fiebre 40,5 °C. Está somnolienta, Se le ofrece SRO y toma con ansiedad.

RESPONDA:

- ¿Presenta A.J. signos generales de peligro? ¿Cuáles?
- ¿Derivaría a la paciente a un centro de mayor complejidad?
- En caso negativo, ¿qué medidas terapéuticas debe tomar?
- En caso afirmativo, ¿qué medidas previas a la derivación debería tomar?
- ¿Tiene tos o dificultad para respirar?
- ¿Tiene un problema de oído?
- ¿Tiene un problema de garganta?
- ¿Tiene desnutrición?
- ¿Tiene deshidratación?
- ¿Presenta su plan de vacunación completo?
- ¿Presenta algún otro problema?

ANEXO 2

CUESTIONARIO APLICADO A LOS INTERNOS ROTATIVOS DE MEDICINA

1. Conoce Ud. Sobre la estrategia AIEPI

- a) si
- b) no

2. ¿La estrategia AIEPI valora a niños?

- a) menores de dos años
- b) de 0 a 4 años
- c) hasta los diez años
- d) lactantes
- e) menores de 5 años

3. Los signos de peligro en general de la AIEPI son. Excepto

- a) tos
- b) Dificultad Respiratoria
- c) Diarrea
- d) Fiebre
- e) Ictericia
- f) problema de Oído

4. Cuando consideramos que un paciente presenta diarrea según AIEPI?

- a) Aumento en la frecuencia de deposiciones de consistencia normal
- b) tres o más deposiciones líquidas o sueltas en un periodo de 24 horas
- c) más de 6 deposiciones en 24 horas no importa la consistencia

5. Si un paciente de 3 años de edad presenta irritabilidad, bebe ávidamente., signo del pliegue y ojos hundidos usted lo clasifica en :

- a) Deshidratación Grave o shock
- b) Deshidratación

c)no tiene deshidratación

6. Cuando un paciente presenta tumefacción al tacto detrás del oído. considera que se trata de:

- a)infección aguda de oído
- b)infección crónica de oído
- c)mastoiditis
- d) ninguna de las anteriores

7.Si acude un niño que Ud. Diagnostica mastoiditis que conducta seguiría:

- a)Dar primera dosis de antibiótico apropiado primera dosis de paracetamol y después referir urgentemente al hospital
- b) dar antibiótico apropiado por 10 días+paracetamol
- c) secar el oído con mechas
- d) asesorarles que vuelva si se presenta dolor de oído o supuración

8. Si un paciente acude con lesión física sin explicación + lesiones en genitales o ano usted como lo clasifica

- a) maltrato
- b) sospecha de maltrato o falla de crianza
- c) ninguna de las anteriores

9. ¿Cuál es el Procedimiento más importante de la Reanimación Neonatal?

10. Si acude un niño de 1 mes 15 días y presenta una infección bacteriana grave que requiere antibioticoterapia por primera vez, ¿usted le prescribe?

- a) Ampicilina a 50 mg/kg/día, vía oral
- b) Gentamicina 2,5mg/Kg/dosis, vía intravenosa
- c) Amikacina 30mg/kg/dosis, vía oral

11. Si va a prescribir hierro a un niño de 11 meses en su subcentro, ¿cómo sería su indicación?

- a) Dar 3 veces por semana, 40 gotas

- b) Dar 2 veces por semana, 20 gotas
- c) Dar 2 veces por semana, 30 gotas
- d) Dar 3 veces por semana, 30 gotas

12. Cuál es la dosis pediátrica del albendazol?

- a) 200mg dosis única
- b) 400mg dosis única
- c) 30mg/Kg/peso dosis única
- d) 30mg/Kg/peso cada 8 horas

13. Si un paciente presenta diarrea persistente. ¿Cuál de las siguientes actitudes tomaría Ud.?

- a) explicar a los padres como alimentar al niño y hacer el seguimiento en 5 días después
- b) Referir urgente al hospital
- c) hidratación plan c

14. Se considera disentería persistente a:

- a) Diarrea mayor a 12 días con deshidratación
- b) tiene diarrea hace 14 días o más sin deshidratación
- c) presenta deposiciones diarreicas con sangre

15. En la estrategia AIEPI se valora antecedentes de Vacunación del niño/niña

- a) sí
- b) no

16. Si acude un niño de 6 meses a su subcentro de salud para el esquema de inmunización ¿qué vacuna le pone?

- a) Rotavirus+Pentavalente+SRP
- b) SRP+Rotavirus
- c) Rotavirus+Pentavalente+SR

17. Para la hidratación de un niño de 4 meses, que requiere un plan de hidratación B ¿Cuánto líquido usted le administraría y por que vía?

- a) 200-400 ml en 4 horas vía venosa
- b) 200-400 ml en 4 horas vía oral

- c) 400-700ml en 4 horas vía oral
- d) 700-900 ml en 4 horas vía venosa

18. Para la neumonía, infección aguda de oído, mastoiditis, o enfermedad grave según la AIEPI los antibióticos recomendados son. Excepto y coloque junto a este su dosis por kilo de peso

- a) Amoxicilina
- b) cotrimoxazol
- c)cotrimazol

19. Según la estrategia AIEPI. ¿Cuándo debemos administrar acetaminofén?

- a) Temperatura mayor a 37.5 °C
- b) temperatura mayor a 38 °C
- c) temperatura mayor a 38.5°C

20. Cree Ud. Que la estrategia AIEPI tiene importancia en la formación académica del médico?

- a)Si
- b)no

21. Escriba 6 signos/ síntomas de peligro importantes a determinar durante el embarazo y parto.

22. Son los parámetros que se determinan para una reanimación neonatal todos. Excepto.

- a) Color
- b) Apgar
- c) Respiración
- d) Frecuencia Cardíaca
- e) Meconio

23. Según el AIEPI se considera reanimación urgente cuando.

- a) Hay dificultad Cianosis central
- b) Frecuencia cardíaca <100lpm

- c) Palidez severa

24. Si recibimos un RN con FC80lpm, Esfuerzo respiratorio lento, Flácido, sin Irritabilidad refleja, acrocianosis. ¿Qué puntaje de apgar usted le pone?

.....

25. Que procedimiento se debe realizar cuando tenemos un RN en apnea, y presenta FC de 54 lpm y ha pasado ya 30 segundos

- a) Ventilación por mascarilla
- b) Ventilación a presión positiva y evaluar nuevamente en 30 segundos
- c) Ventilación a presión positiva + masaje cardiaco
- d) Administrar Adrenalina

26. Recibió durante su carrera clases sobre estrategia AIEPI?

- a) Si
- b) no

27. Cree Ud. que sus docentes han puesto interés en impartir conocimientos sobre estrategia AIEPI?

- a) Si
- b) no

28. Que métodos utiliza usted para complementar los conocimientos impartidos por el docente.

ANEXO 3

Tabla 24 Anexo 2

	N. HCL	EDAD	SEXO	PESO	EDAS	IRAS	INICI/SEGUIMI	MOTIVO DE CONSULTA	SIGN ALARMA	SINTOMATOLOGIA	DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO	MED GEN/SIG AL
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													

ANEXO 4

Tabla 25 Anexo 3

				OBSERVACION						
	VER. NUTRICON	VER. MALTRATO	VER. DESARROLLO	VER. VACUNACION	CLASIFICACION	TTO ESPOECIFICO	REFERENCIA	INSTRUCCIONES	SEGUIMIENTO	CONSEJERIA
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
23										

