

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
POSGRADO DE MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA**



**DISPONIBILIDAD Y CALIDAD DE LA ATENCION EN NIÑOS DE 2  
MESES A 4 AÑOS CON IRAS Y DIARREA EN 6 UNIDADES DE  
SALUD.**

**REGION SANITARIA METROPOLITANA D.C SEPTIEMBRE - ENERO  
2011**

**PRESENTADO POR:**

**MARIA LILIANA RODRIGUEZ ALVARADO**

**PREVIA OPCION AL GRADO DE MASTER EN SALUD PÚBLICA**

**ASESORES:**

**DR. JORGE SIERRA**

**DR. HECTOR ESCALANTE**

**TEGUCIGALPA, M.D.C**

**AGOSTO 2014**

**HONDURAS, C.A.**

**AUTORIDADES UNIVERSITARIAS UNAH**

**RECTORA**

**Licda. JULIETA GONZALINA CASTELLANOS RUIZ**

**VICE RECTORA ACADEMICA**

**Dra. RUTILIA CALDERON PADILLA**

**VICE RECTOR DE ORIENTACION Y ASUNTOS ESTUDIANTILES**

**Lic. AYAX IRIAS COELLO**

**VICE RECTORA DE ASUNTOS INTERNACIONALES**

**DR. JULIO RAUDALES**

**SECRETARIA GENERAL**

**Licda. ENMA VIRGINIA RIVERA**

**DIRECTORA DEL SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**MSc. LETICIA SALOMON**

**DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**Dr. MARCO TULIO MEDINA**

**SECRETARIO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**Dr. JORGE ALBERTO VALLE RECONCO**

**COORDINADORA GENERAL DE POSGRADOS DE LA FACULTAD DE  
CIENCIAS MÉDICAS**

**DRA. ELSA PALOU**

**COORDINADOR GENERAL DEL POSGRADO EN SALUD PÚBLICA**

**DR. HECTOR ESCALANTE**

## DEDICATORIA

A Dios todo poderoso,

A mi familia

Al personal del departamento de Provisión de Servicios, especialmente a la doctora Martha Ayestas, al personal de las Unidades de Salud que participaron en la investigación,

A las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas y de la Escuela de Enfermería.

## AGRADECIMIENTOS

A Dios, sobre todas las cosas, por todas las bendiciones que he recibido junto con mi familia y por haberme iluminado en los momentos más difíciles y permitirme culminar esta etapa de mi vida.

A mi esposo Leonardo, mis hijos Christian, Ricardo y Rainer, por su comprensión y brindarme su apoyo incondicional en los momentos difíciles de este nuevo reto profesional, por ser la fuerza que me impulsa a seguir adelante.

A las autoridades de la Universidad, a mis maestros por darme la oportunidad de seguir desarrollándome y compartir sus conocimientos, experiencias, y así tener un mejor desempeño como docente.

A la Licenciada Sofía Reyes por haberme motivado siempre a seguir adelante y ser un ejemplo a seguir.

A las autoridades de la Región Metropolitana y al equipo de facilitadoras de AIEPI por su apoyo en la recolección de la información.

Al personal de los Centros de Salud por su apoyo.

Especialmente a mis asesores de tesis, por orientarme y acompañarme en la culminación de esta meta.

A mis queridas compañeras de estudio, Carolina, Maritza y Belinda, por la solidaridad que compartimos, gracias.

**INDICE**

<b>I. INTRODUCCION .....</b>	<b>9</b>
<b>II. OBJETIVOS.....</b>	<b>17</b>
OBJETIVO GENERAL.....	17
Analizar la disponibilidad de recursos para la atención de acuerdo a la Estrategia Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) en 6 unidades de salud de la Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central, en el periodo de Octubre-Diciembre 2011. ....	17
OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	17
<b>III. MARCO TEORICO .....</b>	<b>17</b>
EL DERECHO A LA SALUD .....	17
SITUACIÓN DE SALUD EN LA INFANCIA A NIVEL MUNDIAL .....	23
ESTUDIOS REALIZADOS SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA AIEPI.....	25
MORTALIDAD Y MORBILIDAD POR NEUMONIA Y DIARREA EN HONDURAS.....	29
Mortalidad .....	29
Morbilidad.....	30
Prevalencia de la Fiebre.....	33
SALUD DEL NIÑO .....	34
a. Inmunización.....	34
b. Lactancia Materna y Nutrición.....	34
c. Suplementación en niños menores de 5 años.....	37
CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN HONDURAS .....	39
RECURSOS HUMANOS Y EDUCACIÓN PERMANENTE .....	41
CONVENIOS Y POLÍTICAS PARA MEJORAR LA SALUD DE LA NIÑEZ. ....	43
RESTRUCTURACIÓN DE LA SECRETARÍA DE SALUD.....	45
PROGRAMA DE ATENCIÓN AL NIÑO .....	46
LA ESTRATEGIA ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA.....	47
La Estrategia AIEPI en los servicios de salud, a incluye acciones en respuesta a la enfermedad así como acciones preventivas y de promoción de la salud. La acciones de respuesta a la enfermedad como la preocupación manifestada por los padres, pero complementa esta respuesta con la evaluación, identificación y tratamiento de	

otras enfermedades y problemas que aun que no hayan sido detectados, garantizando la detección precoz de las principales enfermedades y problemas que afectan la salud del niño. ....	50
Acciones preventivas y de promoción. ....	51
La supervisión de la estrategia AIEPI .....	54
<b>IV. METODOLOGIA .....</b>	<b>56</b>
A. Tipo de estudio .....	57
B. La población .....	58
C. Universo .....	58
D. La Muestra .....	58
E. La Unidad de Observación .....	58
F. Unidad de Análisis .....	59
G Criterios de inclusión .....	59
H. Criterios de Exclusión. ....	59
I. Métodos e instrumentos de recolección de datos. ....	59
<b>VI. ANALISIS DE RESULTADOS .....</b>	<b>144</b>
<b>VIII. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>166</b>
<b>IX. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>168</b>
<b>X. ANEXOS .....</b>	<b>172</b>
CUESTIONARIO 1. PARA PERSONAL MEDICO ASISTENCIAL. ....	172
CUESTIONARIO 2. LISTA DE COTEJO PARA VERIFICAR LA EXISTENCIA DE EQUIPO MINIMO NECESARIO INMUNOBIOLOGICOS Y MEDICAMENTOS.....	178
INSTRUMENTO # 3. EVALUAR Y CLASIFICAR AL NIÑO CON PROBLEMAS RESPIRATORIOS Y DIARREA .....	182
INSTRUMENTO # 4 TRATAR Y DAR SEGUIMIENTO AL NIÑO CON PROBLEMAS RESPIRATORIOS Y DIARREA.....	188

## I. INTRODUCCION

En este estudio se describe desde un enfoque del derecho a la salud, los hallazgos sobre la disponibilidad de recursos humanos, materiales y la calidad de la atención brindada a los menores de 5 años con Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) y Diarrea, basado en el cumplimiento del manual de atención de la Estrategia Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).

A nivel Mundial en el año 2011 murieron millones de menores de 5 años en su mayoría por causas prevenibles, las tasas de mortalidad han disminuido pero no a la velocidad deseada. Similar situación acontece en Honduras donde un gran porcentaje de muertes en menores de 5 años son resultado de enfermedades infecciosas y de afecciones prevenibles como las Infecciones Respiratorias y las causadas por Rotavirus.

La cobertura de intervenciones a nivel infantil frente a enfermedades a menudo mortales siguen siendo insuficientes, en el periodo 2,000-2006 de cada 1,000 niños nacidos en Honduras 25 murieron durante el primer año de vida, número que disminuyó durante el período 2006–2012 a 24 defunciones, observándose que la mortalidad post neonatal es la que presenta un mayor descenso de 10 a 6 por cada mil nacidos vivos. La mortalidad en la niñez, medida como muertes durante los primeros cinco

años por cada 1,000 nacidos vivos, alcanzó durante el período más reciente (2006-2012) la cifra de 29, en comparación con el 32 por cada mil estimado para el período 2000-2006.

Para mejorar la situación de salud en la niñez el estado ha suscrito varios convenios internacionales y para su cumplimiento ha establecido en el Sector Salud Políticas, Programas y Proyectos con el fin de operacionalizar las mismas como los Derechos del Niño, Estrategia de Reducción de la Pobreza, (ERP), Metas del Milenio, Estrategia de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna Infantil (RAMNI), entre otras.

El objetivo del presente estudio es analizar la disponibilidad de recursos humanos y materiales en las Unidades de Salud y la calidad de atención prestada a los infantes de 2 meses a 4 años con Infecciones Respiratorias y/ o Diarrea atendidos con la Estrategia Atención Integral de Enfermedades Prevalente de la Infancia (AIEPI).

En la Región Sanitaria Metropolitana se inició el proceso de implementación de la estrategia AIEPI, en el año 2000 con talleres de capacitación dirigidos al personal de salud, aplicación de la estrategia en



la atención a los menores de 5 años, visitas de seguimiento y supervisión de las unidades de salud por el nivel regional.

A diez años de su implementación, la experiencia en la aplicación de los procesos de monitoria y supervisión hizo suponer que existían problemas de incumplimiento de la normativa de atención a la niñez establecidos en la estrategia, lo que limitaba brindar una atención integral de calidad a los menores de 5 años que acudían a las unidades de salud del Municipio del Distrito Central.

El tipo de estudio fue descriptivo, cuantitativo, transversal, de Octubre a Diciembre, 2011 seleccionando las unidades de salud de acuerdo a criterios de inclusión, explorando la capacitación del personal médico, los criterios establecidos en la estrategia AIEPI para brindar la atención y la verificación de la disponibilidad de equipo, materiales y medicamentos, utilizando para ello técnicas cuantitativas y para el análisis de los datos las medidas de tendencia central que dio significancia a los resultados.

Los resultados establecen que el 54.1 % de los médicos entrevistados son en su mayoría del sexo masculino, el 37.5% oscilando entre las edades de 46 a 50 años y en su mayoría de condición laboral permanente (54.1%).

Se evidencia que los médicos no han sido objeto de un proceso de educación permanente; el 41.6% recibieron capacitación de AIEPI hace 5 años o más y solo un 67% recibió capacitación de seguimiento en el último año. En relación a la supervisión el 91.6% opinó que es de utilidad, el tipo de supervisión más utilizada fue la indirecta en un 100%.

Opinaron que la principal limitante para brindar la atención integral es la no disponibilidad de material y equipo para brindar la atención (45%), en segundo lugar la organización de la atención en un 24% , problemas de desempeño de recursos humanos 18% y en cuarto lugar la poca disponibilidad de medicamentos esenciales (8%).

En relación a la disponibilidad de material y equipo insumos el 100% de unidades de salud tenían disponible material y equipo para la medición antropométrica, rehidratación oral y nebulización; procedimientos realizados por el personal de enfermería. En bajos porcentajes para realizar el procedimiento de la temperatura (30%) y no había existencia de tarjeta de vacuna. Ninguna unidad de salud tenía el 100% de materiales y equipo en las clínicas de atención médica y solamente se encontró 3 de los 22 medicamentos utilizados en la estrategia (13.6%).

En relación a la calidad de atención brindada de los 46 niños observados la mayoría (73.8%) se ubicó entre los 13 y los 60 meses de edad y por sexo la relación fue de 1:1. Al 94% de los niños se les tomó el peso y al 95% la temperatura en forma adecuada

La atención médica fue deficiente, solamente al 20% de los niños (as) se le evaluó los 4 signos de peligro. El desempeño del personal de salud en la evaluación del crecimiento de los niños muestra bajos porcentajes, al 54% se les clasificó problemas de crecimiento. Los niños con crecimiento adecuado e inadecuado no se les dió el tratamiento adecuado en ningún caso. El 10% de niños se le evaluó su crecimiento y desarrollo en menores de 2 años, al 33% se les evaluó presencia de anemia.

El personal presentó un alto desempeño al evaluar la práctica de la lactancia materna en la alimentación de niños con anemia o crecimiento inadecuado en niños de 2 a 11 meses de edad, 97 y 83 % respectivamente. Los porcentajes bajan al evaluar el número de veces que se amamanta el niño en 24 horas

Se determinó que al 83% de los niños se les evaluó la introducción de alimentos, y se verificó en 83% la aplicación de vitamina A. Se encontró que el 93% de las madres portaban su tarjeta de vacuna en el momento

de la consulta mayor porcentaje que los resultados encontrados en la ENDESA.

Al 88% se le verificó adecuadamente el cumplimiento en la aplicación de la vacuna, al 65% se le evaluó otros problemas de salud y de igual forma el 65% recibió el tratamiento adecuado.

El 96% de niños fueron evaluados por tos o dificultad para respirar, 89 resultaron positivos por presencia de tos. La clasificación de niños con tos fue adecuada en el 46% de los casos, se dio tratamiento adecuado al 9% de los casos. En la evaluación de niños fueron evaluados el 27% resultando 3 positivos por otitis media aguda donde el 67% fue clasificado adecuadamente y ninguno se trató de acuerdo a normas.

Al 78% se le evaluó por problema de garganta resultando 29 casos positivos, de estos 10 casos fueron Faringitis estreptocócica de los cuales el 50% recibió tratamiento adecuado. En el tratamiento de otitis y Faringo Amigdalitis Estreptocócica y Viral y fiebre el desempeño del personal fue bajo, se enfoca a la administración de medicamentos.

En diarrea el 89% (41) fue evaluado, 16 es decir 39% presentaron diarrea. De los 16 casos el 50% fue clasificado adecuadamente y de estos el 50%

(4) se trataron adecuadamente. La consulta duro de 16 a 20 minutos en un 33%, diferente a la opinión de los médicos que dijeron que de 10 a 15 minutos. La duración en promedio fue de 19 minutos.

Se concluye con este estudio que la estrategia AIEPI sigue siendo una prioridad a nivel regional y nacional, por lo que es necesario una planificación estratégica, para lograr una integralidad en la atención del niño, y por tal razón el análisis, la gestión, dotación y control de insumos necesarios debe ser una prioridad para las autoridades de la secretaria de salud y los gestores.

Existe incumplimiento del derecho a la salud en la atención que se brinda al menor de 5 años evidenciado por los bajos porcentajes de disponibilidad de recursos y de cumplimiento en la aplicación del protocolo de atención de la estrategia AIEPI.

Se recomienda el fortalecimiento del control de la gestión de los tomadores de decisiones a nivel local, regional y nacional, que facilite la dotación de insumos en forma oportuna, fortalecimiento del Modelo de atención en salud con énfasis en la promoción y prevención a fin que favorezca la integralidad de la atención brindada al niño.

Se debe realizar una revisión profunda de la Estrategia AIEPI con los involucrados en el proceso que permita garantizar el acceso de la población a servicios de salud con calidad y que sean garantes del cumplimiento del derecho a la salud y que a nivel nacional y regional se promuevan investigaciones que permitan profundizar en los resultados obtenidos, así como en las actitudes de los recursos humanos.

UDI-DEGT-UNAH

## **II. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Analizar la disponibilidad de recursos para la atención de acuerdo a la Estrategia Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) en 6 unidades de salud de la Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central, en el periodo de Octubre-Diciembre 2011.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Determinar la disponibilidad de médicos generales y pediatra capacitados en la estrategia AIEPI.
2. Determinar la disponibilidad de recursos materiales esenciales, tomando como referencia la estrategia AIEPI.
3. Evaluar la calidad de atención medica brindada a los niños y niñas de 2 meses a 4 años con Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) y Diarrea atendidos de acuerdo al protocolo de AIEPI.

## **III. MARCO TEORICO**

### **EL DERECHO A LA SALUD**

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental, social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Se define también

como un indicador palpable del nivel de desarrollo social alcanzado y la base sobre la cual se construye la felicidad de los individuos y su contribución al máximo de satisfacción colectiva. (Briseño, Souza, & Coimbra, 2000).

Con un enfoque más amplio, se concibe la salud como un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos y al que todo ser humano tiene derecho a disfrutar al más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente.

Numerosos instrumentos de derecho internacional reconocen el derecho del ser humano a la salud como en el párrafo 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos donde se afirma que: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios". (ONU, 2014).

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC,) establece que para lograr la efectividad del derecho a la salud existen numerosos procedimientos complementarios, entre ellos, la



aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones preexistentes en un determinado estado parte entre ellos la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

La disponibilidad se refiere a que cada Estado deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas dependiendo del nivel de desarrollo del Estado parte, que aseguren a todos asistencia y servicios médicos en caso de enfermedad, tanto física como mental.

Incluye el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básica preventiva, curativa y de rehabilitación, así como a la educación en materia de salud, programas de reconocimientos periódicos, tratamiento apropiado de enfermedades, discapacidades frecuentes, preferiblemente en la propia comunidad; el suministro de medicamentos esenciales, el tratamiento y atención apropiados de la salud mental.

Se incluyen entre los factores determinantes básicos de la salud, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitada bien remunerada habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.

Se consideran esenciales los medicamentos que cubren las necesidades de atención de salud prioritarias de la población. Su selección se hace atendiendo a la prevalencia de las enfermedades y a su seguridad, eficacia y costo eficacia comparativa. Se pretende que, en el contexto de los sistemas de salud existentes, los medicamentos esenciales estén disponibles en todo momento, en cantidades suficientes, en las formas farmacéuticas apropiadas, con una calidad garantizada, y a un precio asequible para las personas y para la comunidad. (OMS, 2010)

La accesibilidad comprende la no discriminación, accesibilidad física o geográfica, económica y a la información, la cual comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud sin menoscabo del derecho que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

Otro elemento importante a considerar en el cumplimiento del derecho a la salud es la calidad, donde los servicios de salud además de aceptables desde el punto de vista cultural, deben ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado.

Está establecido que los Estados partes aseguraran la plena aplicación de este derecho y en particular adoptaran las medidas apropiadas para reducir la mortalidad infantil y en la niñez, asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la Atención Primaria de Salud (APS) compromiso adquirido en la declaración de Alma Ata en 1978.

La OMS propone la renovación de la APS para revitalizar la capacidad de los países, organizar una estrategia coordinada, efectiva, y sostenible que permita resolver los problemas de salud existentes y afrontar nuevos desafíos de la salud. Este enfoque renovado es visto como una condición esencial para lograr los Objetivos de Desarrollo del milenio, centrándose sobre las causas fundamentales de la salud y codificando la salud como un derecho humano fundamental. (OPS/OMS, 2007)

Estas declaraciones y compromisos se retoman en el Código de la Niñez y la Adolescencia de Honduras (1996), del Derecho a la Salud, en el ARTICULO 16, se establece que todo niño tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, correspondiendo a sus padres o representantes legales, fundamentalmente velar por el adecuado crecimiento y desarrollo integral de los niños, así como a sus parientes por consanguinidad y afinidad y en su defecto a la comunidad y al estado. (Congreso Nacional, 1996).

Con tal fin, el Estado, por medio de sus instituciones especializadas realizará campañas de orientación y educación de los niños en materia de alimentación, nutrición, salud e higiene, desarrollará programas de educación, orientación, servicio y apoyo a todos los sectores de la sociedad, en particular a los padres y madres o representantes legales de los niños, para que conozcan los principios básicos de la salud, la higiene y la nutrición, las ventajas de la lactancia materna y de los programas de vacunación, prevención de accidentes y de enfermedades.

De igual forma establecerá servicios médicos adecuados para la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, así como para la

rehabilitación y la reincorporación social del niño que ha sufrido algún quebranto de su salud. Se establece que en forma gradual y progresiva apoyará el funcionamiento de clínicas de atención integral de la niñez así como la estimulación de la medicina alternativa que beneficie la salud materna y de los niños.

Se establece en el artículo 19 que el estado adoptará medidas preventivas de la salud de los niños y promoverá su adopción por los particulares, para lo cual pondrá en práctica la vacunación de los niños contra las enfermedades endémicas y epidémicas, el suministro de vitaminas a la niñez de acuerdo con las normas establecidas por la Secretaría de Estado en los Despachos de Salud Pública y Asistencia Social. (Gaceta 1996).

#### SITUACIÓN DE SALUD EN LA INFANCIA A NIVEL MUNDIAL.

Para el año 2011, 6.9 millones de menores de 5 años murieron, la mayoría de ellos por causas prevenibles. La tasa de mortalidad de menores de 5 años ha disminuido en un 41% pero no con la velocidad deseada, paso de 87 muertes por cada 1.000 niños nacidos vivos en 1990, a 51 en el 2011, a pesar que ha sido un gran avance son necesarias nuevos esfuerzos que garanticen llegar a la meta establecida de reducir la Mortalidad Infantil a

un 17% para el año 2015. Los mayores avances se observan en Asia oriental y África septentrional, que son las únicas que ya han logrado la meta. (Naciones Unidas, 2013).

Entre 1990 y 2006 América Latina y el Caribe lograron la reducción más drástica de la mortalidad de menores de cinco años registrada en todas las regiones del mundo, a un ritmo anual del 4,4%. Para el año 2006 aproximadamente 308, 000 niños y niñas murieron antes de cumplir los 5 años, principalmente por causas que pudieron ser evitables mediante la ampliación de las intervenciones de Atención Primaria en Salud. Aproximadamente el 42% de éstas muertes ocurrieron en el período neonatal por causas como el bajo peso al nacer, trauma de nacimiento/asfixia y septicemias.

Un gran porcentaje de muertes de menores de 5 años son resultado de enfermedades infecciosas y de afecciones prevenibles como la neumonía y las infecciones por rotavirus. (UNICEF, 2008).

En la actualidad la región en su conjunto va por buen camino de lograr el Objetivo de Desarrollo del Milenio 4, ha descendido desde 55 muertes por cada 1.000 nacimientos en 1990 a 27 por cada 1.000 nacidos vivos en el 2006, debido a intervenciones en promoción de la higiene, nutrición, en

particular en el empleo temprano de la lactancia materna exclusiva, la alimentación complementaria en combinación con la lactancia materna durante al menos dos años más.

Se incluye la administración de suplementos de micronutrientes para fortalecer el sistema inmunitario; la inmunización para proteger a los niños y niñas contra las seis principales enfermedades prevenibles mediante vacunas; la terapia de rehidratación oral los antibióticos para combatir la neumonía y medicamentos eficaces para prevenir y combatir el paludismo.

#### ESTUDIOS REALIZADOS SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA AIEPI.

En el año de 1999 se realizó en Bolivia el estudio de Zamora, Cordero y Mejía: “Evaluación de la estrategia AIEPI en los servicios de salud, primera prueba mundial, Bolivia 1999.” Los objetivos fueron conocer la calidad de atención de los niños menores de 5 años en los servicios de atención, determinar la disponibilidad y provisión de medicamentos para la aplicación de la estrategia, conocer las principales barreras que impiden la práctica de manejo de casos para la atención integral y emplear la información obtenida para la planificación del distrito.

La muestra la constituyó 36 centros de salud observándose 54 trabajadores de la salud, en la atención de 102 niños. Los principales resultados en relación a la práctica del trabajador de salud fue que al 37.2% de los niños se les evaluó las 4 señales de peligro, al 81% se les evaluó 3 señales, al 91.2% se les evaluó la presencia de tos, diarrea y fiebre. En el examen físico al 94% se les interrogó sobre el uso de la lactancia materna, y la alimentación complementaria, al 89.25% la utilización del peso en la curva de crecimiento y al 95.1% se les verificó estado de vacunación.

En el indicador de tratamiento 1 de 2 niños necesitaron referencia, 5 de 10 necesitó un antibiótico/malarico oral prescrito correctamente. Al 51.5% se le recomendó dar líquidos adicionales y continuar alimentación y el 82% de los niños dejaron el centro de salud con todas las vacunas necesarias.

En relación a los niños con diarrea sin deshidratación y sin otra clasificación que recibieron antibiótico sin necesitarlo fue de un 13%, niños con anemia a los que se recetó tratamiento correctamente 21%, niños con peso bajo que fueron clasificados correctamente 71.4%, niños con peso bajo evaluados para problemas de alimentación 66%. En relación a la comunicación interpersonal la proporción de niños que reciben medicamentos orales a cuyos cuidadores se les da al menos 2



mensajes de consejería sobre el tratamiento 49%, niños a cuyos cuidadores se les indican 3 signos para volver inmediatamente 45%.

Los resultados obtenidos en el equipamiento, suministros y apoyo al servicio de salud, en la medición de la supervisión recibida en los 4 meses previos incluía observación del manejo de casos fue de un 78%, proporción del equipo de salud que tiene materiales disponibles para AIEPI 61%, proporción de centros de salud que tienen todos los medicamentos esenciales de AIEPI disponibles 14%, y centros de salud que tienen suministros disponibles para proveer servicios completos de vacunación 47%. (Zamora, Cordero, & Mejia, 1999)

En el estudio realizado por Lin Y. y Tavrow P. en el año 2000 sobre la Evaluación del desempeño en AIEPI de los trabajadores de salud en Kenya, los objetivos fueron probar los efectos que tendría la solución sistemática de problemas en equipo en el desempeño de los prestadores en relación a la AIEPI, evaluar la calidad base del desempeño de los prestadores de salud durante la atención a niños enfermos para comprender mejor el nivel de conocimientos y actitudes de los trabajadores de la salud respecto de la AIEPI e identificar las principales limitaciones para un mejor desempeño.

La metodología utilizada fue el estudio de caso llevado a cabo en 38 establecimientos con la observación de 739 niños de distintos distritos de Kenya donde se implementó la estrategia en 1996 y se retomó en 1998. Los resultados finales fueron que en más de un tercio de los niños observados los prestadores no buscaron todas las señales de peligro y en dos tercios tampoco revisaron los síntomas más importantes. Menos del 10% de los niños recibieron una evaluación completa en que se siguiera todos los pasos de la pauta de AIEPI con precisión. Se clasificó en forma correcta a menos de un quinto de los niños y solo el 60% de los niños enfermos recibieron un tratamiento adecuado.

Los prestadores mostraron gran frustración al aplicar la AIEPI por considerarla un método muy complejo y lento. Más de la mitad expresó que toma mucho tiempo aplicarla o que esta sobrecargada su jornada de trabajo. Más aun 4 de 5 prestadores dijeron que a menudo no disponían de los medicamentos necesarios.

La mitad de los prestadores reconoció que no podía llevar a cabo la actividad en forma regular, mencionaron que varios pasos se omiten con frecuencia, para controlar el estado nutricional del niño, y sugirieron estrategias para ahorrar tiempo a fin de que la aplicación de las pautas de AIEPI sea más factible. (Lin & Tavrow, 2000)

En el estudio realizado en el 2007 por Lopez y Benjumea, “Atencion Integrada a las enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI, para Ferropenia en niños”, en Manizales Colombia, el objetivo fué evaluar la aplicación de la estrategia AIEPI en la prevención, detección y tratamiento de la Ferropenia en menores de 5 años.

Mediante un estudio descriptivo de corte transversal en 310 niños entre 6 y 71 meses, los resultados obtenidos muestran que la mayoría de niños que tenían anemia se debió al déficit de hierro, y se evidenció que durante la atención de los menores de cinco años los procesos dirigidos a la prevención, diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica no siguen los lineamientos estipulados por la estrategia AIEPI. (Lopez & Benjumea, 2011)

## MORTALIDAD Y MORBILIDAD POR NEUMONIA Y DIARREA EN HONDURAS.

### Mortalidad

En el periodo 2,000-2006 de cada 1,000 niños nacidos 25 murieron durante el primer año de vida, número que disminuyó durante el período 2006–2012 a 24 defunciones observándose que la mortalidad post neonatal es la que presenta un mayor descenso de 10 a 6 por mil. La

mortalidad post-infantil pasó de 7 a 5 por mil. En consecuencia, la mortalidad en la niñez, medida como muertes durante los primeros cinco años por cada 1,000 nacidos vivos, alcanzó durante el período más reciente (2006-2012) la cifra de 29, en comparación con el 32 por mil estimado para el período 2000-2006.

Las causas principales de muertes de los niños menores de 5 años fueron trauma de nacimiento/asfixia (23.3%), Infecciones respiratorias agudas (17%), Prematurez (12.6%), Diarreas (12%) y las Anomalías congénitas con 10.9%. En la etapa post neonatal (1 a 11 meses) las diarreas ocuparon el primer lugar con 33.8% y en la etapa post infantil (12 a 59 meses) las IRAS con un 21.3%. (SESAL , INE y ICF International, 2013)

#### Morbilidad

En Honduras en el periodo 2005-2006, el 53.8% de la población menor de 5 años tuvo algún problema de salud, el 11% tuvo signos de neumonía valor que aumento en el periodo 2011-2012 a 13% lo que representa para dicho grupo, una mayor vulnerabilidad a enfermarse y a complicaciones que pueden llevar a la muerte .

Del total de niños, se buscó tratamiento para un 64 por ciento, y un 64% recibieron tratamiento comparado con 54 por ciento en la ENDESA 2005-2006. En el municipio del Distrito Central, de 1,024 niños encuestados el

13.4% presento signos de neumonía, el 74% busco tratamiento en los centros de salud y el 62% recibió tratamiento con antibióticos. (SESAL INE, ICF, 2013)

La prevalencia por Diarrea aumentó de 16% del periodo 2005-2006 a 18% en el 2011-2012, prácticamente sin diferencias entre niños y niñas (19 y 17 por ciento, respectivamente). A nivel nacional, el 94 por ciento de las madres tiene conocimiento de las sales de rehidratación oral (SRO), el suero casero, o aumento de líquidos.

Los niños que presentan diarrea con sangre son llevados en busca de tratamiento en 11 puntos porcentuales más que niños con diarrea simple (60 y 51 por ciento respectivamente). Casi la mitad (49 por ciento) de los niños con diarrea recibió remedios caseros y es casi inexistente el uso de soluciones intravenosas.

En el Municipio Central en la encuesta aplicada a 1024 niños la prevalencia fue de 14.8% (151). De estos niños con Diarrea el 50.5% de las madres buscó consejo o tratamiento en un centro de salud o con un proveedor, el 64% fue rehidratado con sales de rehidratación oral o aumento de líquidos, en el 28.1% recibió tratamiento con antibióticos y al 51 % se le brindaron tratamientos caseros.

Las recomendaciones de la Secretaría de Salud según la estrategia AIEPI para el tratamiento del niño con diarrea en la casa son: incrementar los líquidos al niño, continuar alimentándolo y reconocer los signos de peligro que le indiquen a la madre que debe llevarlo a la unidad de salud. Sólo a un poco más de la tercera parte, 36 por ciento, de los niños con diarrea en las dos semanas que precedieron la encuesta se les incrementó la cantidad de líquidos. En un 23 por ciento les disminuyeron la cantidad, a un uno por ciento no se le dio nada de líquido y a un 40 por ciento les continuaron dando la misma cantidad que usualmente se les da.

En relación a la cantidad de sólidos, en general se encontró que sólo el cuatro por ciento de los niños recibió más alimentos que lo acostumbrado durante su episodio de diarrea y al 39 por ciento le mantuvieron la misma cantidad de alimentos. A un 48 por ciento de niños, se les restringe la cantidad de alimentos como en el caso del Municipio del Distrito Central (40.4), un ocho por ciento de niños no recibe nada de alimentos cuando presenta diarrea y en los niños menores de 6 meses este porcentaje se incrementa al 56 por ciento.

En la recomendación de continuar con la alimentación continuada y aumento de líquidos únicamente a un 31 por ciento de los niños que presentaban diarrea se les continuó brindando alimentación y además se

les aumentó la ingesta de líquidos. El porcentaje de esta práctica recomendada en los periodos que los niños presenten diarrea, disminuye drásticamente para los niños menores de 6 meses, ya que solamente se practica para el 11 por ciento de niños. En el caso de Municipio del Distrito Central solo al 35.1% se le incrementaron los líquidos. (ENDESA 2010-2011).

### Prevalencia de la Fiebre

El 23 por ciento de los niños menores de 5 años presentaron fiebre en los últimos 15 días, con una pequeña diferencia por área de residencia. El mayor porcentaje se reportó en las edades de 6-11 meses con un 30 por ciento y de 12-23 meses con un 29 por ciento. En relación a la búsqueda del tratamiento el 62 por ciento de los niños con fiebre fueron atendidos por un proveedor de salud en comparación con el 53 por ciento en la ENDESA 2005-2006.

A nivel nacional, más de la mitad de los niños, 52 por ciento, recibió antibióticos durante el episodio de fiebre. Menos del uno por ciento de los niños recibió tratamiento antimalárico durante el episodio de fiebre, y no se presentan variaciones importantes entre las características bajo estudio. (SESAL Honduras, INE y ICF International, 2013)

## SALUD DEL NIÑO

### a. Inmunización.

De acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA) 2010-2011 de Honduras si se considera la información proveniente del carnet de vacuna, la cobertura para BCG fue de 89 por ciento, para las primeras dosis de Pentavalente, DPT, y Polio estarían alrededor del 89 por ciento y bajarían al 88 por ciento para la tercera dosis. La cobertura para la SRP sería del 79 por ciento y para todas las vacunas del 78 por ciento.

Estas coberturas aumentan al 85% al combinar la información de lo observado en el carnet de vacuna y lo expresado por las madres, encontrando una diferencia de 10 puntos porcentuales en comparación a los datos estimados en la ENDESA 2005-2006. Según la ENDESA 2011-2012 en el Municipio del Distrito Central de 207 niños el 85.3% la madre o encargada presentó el carnet de vacuna, tomando en cuenta también el recuerdo de la madre sobre la aplicación de las mismas se registran coberturas en BCG, Pentavalente 1 y 2 dosis y polio mayores al 95%, a excepción de la SRP con 82.3%. En todas las vacunas registró el 79.2% de cobertura.

### b. Lactancia Materna y Nutrición



Las prácticas de alimentación en los niños constituyen uno de los elementos clave que condicionan un adecuado estado nutricional, el que a su vez condiciona su potencial de desarrollo y crecimiento. Es un hecho demostrado que la lactancia materna provee a los niños en los primeros seis meses de edad, los nutrientes necesarios para un adecuado crecimiento y desarrollo, además de inmunización para un gran número de enfermedades comunes en la niñez.

La lactancia materna es una práctica generalizada en el país, según resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y salud en los periodos 2005-2006 y 2011-2012, indican que el 95% y 96% respectivamente de los niños hondureños han lactado alguna vez, que el 64% comenzó a lactar en la primera hora de nacido y el 86% en el primer día de nacido.

En relación a la introducción de otros alimentos entre los niños que lactaron, el 44 por ciento recibió algún alimento antes de iniciar la lactancia materna de manera regular. A nivel del Municipio del Distrito Central de 432 niños investigados el 94.7% han lactado alguna vez, en la primera hora de nacido el 50.8%, al día aumenta a un 78.5%, y recibieron alimentación antes de la lactancia el 50.9% de 409 niños. La lactancia materna exclusiva solo la reciben 31% de los menores de 6 meses y para

un grupo importante de niños, la alimentación complementaria se inicia a edades muy tempranas.

En el 2005-2006 el 43% de los niños/as menores de 2 meses recibieron lactancia materna exclusiva lo cual mejora para el periodo 2010-2011 a un 55%, pero a medida que crece el niño esta práctica disminuye; se observó que un 46% de ellos recibía lactancia materna exclusiva en los primeros tres meses de vida.

No obstante la prevalencia de lactancia materna exclusiva en niños/as menores de 3 meses, en el año de 1996 era de 42.4%. El promedio de duración de la lactancia materna es de 3.5 meses a nivel nacional. A partir de los 6 meses la mayoría de los niños que lactan comienza a recibir alimentos. En general, los niños de 6 a 23 meses que lactan reciben alimentos sólidos o semisólidos con predominio de los granos (81 por ciento), seguidos de leguminosas (57 por ciento), huevos (56 por ciento) y productos lácteos (50 por ciento).

El consumo de vegetales y frutas ricos en vitamina A es del 38 por ciento entre los niños de 6 a 23 meses que lactan y el consumo de “otras frutas y vegetales” es del 42 por ciento. Entre los menores de dos meses que

lactan, 34 por ciento complementa la leche materna con formula infantil, 9 por ciento con otras leches, un 10 por ciento ya recibe otros líquidos y 1 por ciento recibe otro alimento sólido o semisólido.

### C. Suplementación en niños menores de 5 años

Las vitaminas y los minerales constituyen los llamados micronutrientes. Estos se necesitan en cantidades pequeñísimas en la dieta y su rol principal es ayudar a la absorción de los macronutrientes y en la regulación del metabolismo. A nivel nacional, un 73 por ciento de los niños de 6-59 meses habían recibido suplementos de vitamina A en los últimos 6 meses.

A nivel nacional, un poco más de la mitad (55 por ciento) de los niños de 6-59 meses recibieron medicamento desparasitante en los 6 meses que precedieron la encuesta. En el municipio del Distrito Central de 296 niños el 80.7% y 73.8% habían consumido en las 24 horas anteriores a la encuesta alimentos ricos en vitamina A y en hierro respectivamente. En relación a la suplementación de vitamina A en las Unidades de Salud en los 6 meses anteriores a la encuesta lo recibieron el 80.7 y de desparasitantes el 44.6% de 884 niños.

La anemia es una condición en la cual la sangre carece de suficientes glóbulos rojos, hemoglobina, o es menor en volumen total. En el periodo 2010-2011 la prevalencia de anemia en los niños hondureños de 6 a 59 meses es alta, 29 por ciento, en la ENDESA 2005-2006 se encontró el 37 por ciento. El componente más importante es de anemia leve que presenta un 19 por ciento (23 por ciento en la ENDESA 2005-2006). El 10 por ciento de los niños sufren de anemia moderada (14 por ciento en la ENDESA 2005-2006) y menos del 1 por ciento presentan anemia severa.

En el Municipio del Distrito Central de un total de 727 niños el 25.9% presentaron algún tipo de anemia en su mayoría leve con 16.4%, moderada con 8.5% y severa 1%. En la evaluación nutricional talla para la edad (desnutrición crónica), un 23 por ciento de los niños menores de cinco años adolecen de retardo en el crecimiento. Para el 6 por ciento de los niños con desnutrición crónica, el retardo en el crecimiento es severo.

El sobrepeso/obesidad afecta más a los niños del área urbana (7 por ciento) en comparación con los del área rural (4 por ciento). En la mayoría de los departamentos el sobrepeso/ obesidad está entre 4 y 6 por ciento, a excepción de Francisco Morazán que presenta la prevalencia más alta (7 por ciento), el Municipio del Distrito Central supera la prevalencia nacional

con un 8.3% y Copán y Lempira que presentan las prevalencias más bajas (3 y 2 por ciento, respectivamente).

Peso para la edad (desnutrición global), alcanzó 7 por ciento de los niños menores de cinco años. La desnutrición global es mayor en los niños de 48 a 59 meses (8 por ciento) y entre los que viven en el área rural (9 por ciento). Entre aquellos niños percibidos por las madres como “muy pequeños” y “pequeños” al nacimiento se observa un nivel de desnutrición global del 31 y 15 por ciento, respectivamente; y entre los niños de madres con bajo peso, un 17 por ciento tiene peso deficiente para la edad. (SESAL Honduras, INE Y ICF International, 2013).

#### CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN HONDURAS

Es un sistema mixto constituido básicamente por el sector público que comprende la Secretaría de Salud (SESAL), Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y el sector no público por organizaciones privadas con y sin fines de lucro. La SESAL tiene la mayor red de establecimientos en el país pero el subsector privado cuenta con tecnología más desarrollada para el diagnóstico y tratamiento que la Secretaría y el mismo IHSS. Se estima que el 82 por ciento de la población tiene acceso a los servicios de salud, 60 por ciento a través de

la Secretaría de Salud, 12 por ciento por parte del Instituto Hondureño de Seguridad Social y un 10 por ciento por el sector privado.

Según la Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión (UPEG) de la Secretaría de Salud (SESAL), la red con mayor número de establecimientos del país pertenece a la Secretaría de Salud; para el año 2005 contaba con 28 hospitales, 57 Clínicas Materno Infantil (CMI), 380 Centros de Salud con Médico y Odontólogo (CESAMO), 4 Clínicas Periféricas de Emergencia (CLIPER) y 1018 Centros de Salud Rural (CESAR). En términos de recursos humanos se estimó que existía una razón de 10.1 médico y 3 enfermeras profesionales por 10 mil habitantes. (OPS/OMS, 2009).

Estos recursos tienen la responsabilidad de brindar atención en salud en momentos en que el país se encuentra en una transición epidemiológica, en la que coexisten enfermedades endémicas de tipo infecciosa, parasitaria y vectorial, con las llamadas enfermedades emergentes como el VIH/Sida, lesiones, accidentes, enfermedades crónicas degenerativas y las reemergentes como la tuberculosis y malaria. (OPS/OMS, 2009)

Una barrera significativa en la implantación de los programas y proyectos en salud la constituye el modelo de atención en salud medicalizado y eminentemente curativo con un escaso componente de prevención,

producto a su vez del modelo de formación y educación continua de los profesionales de la salud.

La Dirección de Regulación de la SS está encargada de la acreditación de las instituciones públicas y privadas que brindan servicios de salud. Se cuenta con un reglamento que proporciona los elementos legales para la supervisión de establecimientos de salud y de los instrumentos necesarios para realizar esta labor y se ha trabajado en la definición de estándares y normas para asegurar la calidad de los servicios.

Los mecanismos de acreditación y fiscalización establecidos hacen énfasis en las condiciones de la infraestructura y equipamiento, dejando de lado el análisis de la formación y capacidad de los recursos humanos. La SESAL cuenta con el Departamento de Garantía de la Calidad, el cual desarrolla el Plan Nacional de Mejora Continua de la Calidad, bajo tres estrategias: a) mejorar la satisfacción del usuario, b) mejorar la calidad técnica-científica de las atenciones prestadas por los profesionales de salud, y c) optimizar el uso de los recursos. (SESAL, 2005)

## RECURSOS HUMANOS Y EDUCACIÓN PERMANENTE

En el marco del desarrollo de recursos humanos y capacitación como una de las funciones esenciales de la salud pública, es importante mencionar

la Educación Permanente (EP) como una herramienta que resulta útil para lograr cambios significativos en los procesos de formación, al centrar la propuesta educativa en el análisis de los problemas del trabajo, con base en prácticas concretas e integrando la teoría y la práctica (Devino, 1997).

El potencial transformador de la EP reside en que constituye un proceso de aprendizaje que debe desarrollarse siempre ligado a los servicios y a las prácticas con las que se vinculan los profesionales y en consecuencia, está siempre en constante revisión. El trabajo en salud se ha vuelto progresivamente un trabajo más alienante como consecuencia del incremento de las demandas, la carencia de recursos y de la situación social que afecta tanto a los pacientes como a los propios trabajadores del sector.

La modificación favorable de las condiciones de trabajo y la propia EP pueden aportar mucho a esta problemática ya que en los estudios que exploran las motivaciones, los posibles estímulos y su relación con las condiciones de trabajo surge que uno de los incentivos más relevantes es que los propios profesionales se constituyan en sujetos de sus procesos de trabajo, reflexionando sobre los problemas de organización y funcionamiento, identificando y removiendo obstáculos y diseñando nuevas respuestas a los problemas tradicionales o emergentes que enfrentan los servicios de salud. (Rovere & Abramzon, 2005)



En la Secretaría de Salud existe la Unidad de desarrollo de Recurso Humano, donde se conduce la programación anual de Educación Permanente que operativizan las Regiones Sanitarias previa concentración y coordinación con la Unidad Central. A nivel de Regiones Sanitarias se cuentan con los denominados equipos de Educación Permanente coordinados por un Educador Regional Departamental que depende técnicamente de La Unidad Central. Estos equipos implementan la programación anual. (SESAL, 2005)

#### CONVENIOS Y POLÍTICAS PARA MEJORAR LA SALUD DE LA NIÑEZ.

En el país, de acuerdo con lo enunciado en la Constitución de la República en el capítulo VII, artículo 145: Se reconoce el derecho a la protección de la salud y el deber de todos a participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad. (Asamblea Nacional Constituyente, 1982).

Para operativizar este derecho y mejorar la situación de salud en la niñez el país adquiere compromisos internacionales; entre ellos en el año 2001 la Estrategia de Reducción de la Pobreza (ERP), en el año 2003 las Metas del Milenio para el 2015 a través del logro del objetivo número 4 asume el compromiso de reducir la mortalidad infantil a 15 por mil nacidos vivos

como promedio nacional, y no superar la mortalidad de 1 a 4 años de 4 por mil nacidos vivos. A partir del año 2008 se impulsa la política denominada Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez 2008-2015 (RAMNI) para continuar el desarrollo de acciones integradas, mejorar la salud materna y de la niñez.

Adicionalmente, el país cuenta con políticas nacionales con enfoque sectorial que tienen como elemento fundamental el fortalecimiento institucional para el cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública a fin de contribuir efectivamente a la promoción, protección y bienestar de la salud a lo largo de su ciclo de vida, entre ellas la Política de Salud Materno Infantil, Nutrición y la Política de aseguramiento de la dotación y disponibilidad de los medicamentos esenciales e insumos críticos para la atención. (SESAL, 2010)

En el documento oficial de política nacional de medicamentos actualizado en 2001 y en el plan de implementación se establecen las actividades, responsabilidades, presupuesto, y cronograma a ser ejecutado con participación de la sociedad civil. El sistema de suministro de medicamentos es desarrollado de forma centralizada de instancias técnicas gubernamentales y la participación de la sociedad civil organizada bajo la figura de la Comisión interinstitucional de medicamento.

En cuanto a equipo y tecnología el país no ha definido una política que garantice el mantenimiento de equipo e instalaciones de salud del sector público lo que influye negativamente en el proceso de licenciamiento para los establecimientos de salud de la SESAL. El plan de Nación contempla entre otros el objetivo al año 2021, contribuir en forma sostenida al bienestar del pueblo hondureño a lo largo de su ciclo de vida, facilitándole el acceso en forma equitativa, oportuna y asequible a un conjunto de servicios de promoción y protección, recuperación y rehabilitación de la salud, con eficiencia, eficacia y calidez humana. (SESAL, 2005).

Establece que a partir del análisis de la situación de salud y en el marco del nuevo modelo de salud pública con enfoque sectorial, se hace necesario desarrollar políticas públicas y estrategias basadas en la promoción de la salud y la atención primaria , en vez de la reparación del daño y la atención a la enfermedad, con la integración de todos los actores que participan en la salud en los distintos niveles, como son: la persona, la familia, la comunidad, el gobierno local, y los demás actores presentes en la comunidad. (SESAL 2005).

## RESTRUCTURACIÓN DE LA SECRETARÍA DE SALUD

En el año 2004 se promulgó la Ley de Departamentalización de la Secretaría de Salud que establece el reordenamiento de los tres niveles:

Nacional, Regional y Áreas y se crean 18 regiones sanitarias departamentales (una por cada departamento que corresponde a la división geográfica del país) y 2 regiones metropolitanas ubicadas en Tegucigalpa y San Pedro Sula. Además, se transfieren responsabilidades administrativas a las regiones de salud en el ámbito de contratación de personal y ejecución financiera.

En el marco de la Reforma del Sector Salud, se plantea el fortalecimiento organizacional de la secretaria de salud en sus diferentes niveles de gestión por lo cual actualmente se encuentra en un proceso de diseño organizacional del nivel central y regional.

#### PROGRAMA DE ATENCIÓN AL NIÑO

Para el cumplimiento de compromisos adquiridos por el país la secretaria cuenta con programas dirigidos a grupos poblacionales específicos entre ellos el Programa de Atención Integral al niño (PAIN). Tiene como misión fundamental “El diseño de las políticas, normas, procedimientos, planes y programas nacionales de salud para la atención de los niños/as menores de 5 años, así como la estandarización, seguimiento y evaluación de los mismos con los organismos públicos y privados que brindan servicios de atención estableciendo alianzas con instituciones gubernamentales y no gubernamentales”. (Secretaria de Salud, 2010).

El programa impulsa la prestación de estos servicios a través del modelo de Atención Integral a la Niñez (AIN), el cual incorpora la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).

## LA ESTRATEGIA ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA

La estrategia AIEPI fue elaborada por OPS/OMS y UNICEF con base en las intervenciones ya disponibles para la prevención y el control de las enfermedades y problemas de salud del niño, y teniendo en cuenta la experiencia acumulada por los países en su implementación. El punto de partida en su elaboración fue tratar de lograr el máximo aprovechamiento de todo contacto con el niño para la detección, clasificación y tratamiento de las enfermedades y problemas que afectan su salud, así como la aplicación de las medidas preventivas y para la promoción de la salud.

Fue presentada en 1996 como la principal estrategia para mejorar la salud en la niñez. Tiene tres objetivos: reducir la mortalidad en la infancia, reducir la incidencia y gravedad de las enfermedades, problemas de salud que afectan a niños y niñas y mejorar el crecimiento y desarrollo durante los primeros años de vida. (Bengugui, 2001).

Tiene tres componentes, el primero dirigido está dirigido a mejorar el desempeño del personal de salud para la prevención de enfermedades en la niñez y para su tratamiento. El segundo, se dirige a mejorar la organización y funcionamiento de los servicios de salud para que brinden

atención de calidad apropiada. El tercer componente está dirigido a mejorar las prácticas familiares y comunitarias de cuidado y atención a la niñez.

Para brindar la atención en los servicios de salud, AIEPI, dispone de instrumentos prácticos entre los que pueden mencionarse: Cuadros para la evaluación, clasificación y tratamiento de los menores de cinco años y materiales de capacitación sobre los cuadros, guías para el seguimiento del personal de salud para apoyarlo en la efectiva aplicación de la estrategia AIEPI, y materiales para mejorar la comunicación con los padres durante la evaluación de sus hijos, para brindar las indicaciones de tratamiento de los problemas, y para promover prácticas de crecimiento y desarrollo saludables.

Para mejorar la organización y funcionamiento de los servicios de salud, se dispone de un conjunto de instrumentos prácticos: Guías para la evaluación de la atención de menores de 5 años en servicios de primer nivel y en hospitales de referencia, materiales de capacitación para la elaboración de planes locales para su implementación seguimiento y evaluación de AIEPI, curso de capacitación para para mejorar la disponibilidad de suministros y medicamentos para la aplicación de AIEPI,

protocolos de investigación epidemiológica y operativa sobre AIEPI y Guías para la evaluación de resultados.

Para mejorar los conocimientos y prácticas de los padres respecto del cuidado y atención de los menores, AIEPI dispone, de dieciséis prácticas familiares clave para el crecimiento y desarrollo saludables, guía para el desarrollo de proyectos comunitarios y guías para la evaluación de la atención de menores de cinco años en servicios de salud de primer nivel y en hospitales de referencia.

La estrategia contempla una secuencia ordenada de pasos que permite, en primer lugar descartar la presencia de signos de enfermedades que ponen en peligro inmediato al niño, para proceder a su rápida atención y tratamiento. En segundo lugar, contempla los pasos para la sistemática evaluación de los signos y síntomas de las enfermedades y problemas que con mayor frecuencia afectan la salud del niño, a partir de los cuales se establece la clasificación correspondiente y se administra el o los tratamientos necesarios.

En tercer lugar la estrategia contempla la evaluación del estado vacunal del niño, y de su estado nutricional: y determina las acciones correspondientes para completar esquemas y brindar a los padres

asesoramiento y apoyo con relación a la alimentación del niño. Finalmente la estrategia incluye contenidos educativos referidos al manejo en el hogar de los problemas identificados, a la identificación de signos de alarma para motivar la consulta precoz, y a los cuidados generales que contribuirán a mejorar la condición de salud del niño.

La Estrategia AIEPI en los servicios de salud, incluye acciones en respuesta a la enfermedad así como acciones preventivas y de promoción de la salud. Las acciones de respuesta a la enfermedad como la preocupación manifestada por los padres, pero complementa esta respuesta con la evaluación, identificación y tratamiento de otras enfermedades y problemas que aun que no hayan sido detectados, garantizando la detección precoz de las principales enfermedades y problemas que afectan la salud del niño.

En la evaluación del estado de salud del niño se incluye la búsqueda de los signos y síntomas que tiene mayor valor predictivo para sospechar de algunas enfermedades o problemas de salud, garantiza en primer lugar que la identificación de las mismas no será omitida por no haber sido la causa principal de consulta. En segundo lugar, la utilización de los criterios que tienen la mejor relación de sensibilidad y especificidad, con base en la última información científica disponible garantiza la mayor precocidad en la detección del problema.



Incluye la recomendación de tratamiento adecuado, que surgen de la última información científica disponible garantizando de esta manera la mayor probabilidad de éxito del tratamiento incluyendo no solo la administración de medicamentos específicos, sino los cuidados complementarios (alimentación, hidratación, etc.), la vigilancia de signos de alarma para la consulta inmediata, el control de la evolución, y los criterios para la evaluación y toma de decisiones en la consulta de control.

La secuencia de aplicación de la estrategia , permite la detección y ejecución de tratamientos complementarios para problemas que afectan la condición general de salud, como la inadecuada condición nutricional niño, la anemia, o las parasitosis que frecuentemente, no constituyen el motivo de consulta de la población al servicio de salud, brindando elementos para extender la atención, detectar y tratar en forma precoz problemas de salud pueden complicar la evolución y pronóstico de otras enfermedades, tal como la neumonía en los niños con desnutrición.

Acciones preventivas y de promoción.

La aplicación de la estrategia AIEPI contribuye al mayor cumplimiento del esquema de vacunación fortaleciendo su aplicación oportuna y completa

para la prevención de enfermedades, incluye la vacunación de todos los niños que son detectados con su esquema incompleto, contribuyendo de este modo a garantizar que no existan oportunidades perdidas.

También incluye la sistemática orientación sobre alimentación y lactancia materna para las madres de los niños, y de esta manera contribuir a la práctica exclusiva de la lactancia materna durante los primeros 6 primeros meses de vida del niño y a la lactancia materna complementaria a partir de esa edad y hasta los 2 años. A través de las recomendaciones nutricionales, se mejora la calidad y cantidad de los alimentos que recibe el niño, así como la forma en que se le alimenta.

Incorpora la suplementación con micronutrientes con base a la situación epidemiológica de cada país, especialmente en lo que se refiere a las deficiencias de vitamina A, fortaleciendo la prevención de enfermedades así como su agravamiento. Contribuye a incrementar la importancia de los controles periódicos de salud del niño, así como la frecuencia con que los padres concurren a los mismos. La educación y recomendaciones dirigidas hacia los padres, contribuyen a lograr prácticas adecuadas de alimentación y cuidado en el hogar, que permiten mejorar la salud del niño y prevenir la ocurrencia de enfermedades o su gravedad.

La aplicación de la estrategia AIEPI además brinda a las madres mayores conocimientos y mejores prácticas referidas a medidas preventivas específicas (Diarrea, Malaria, Parasitosis) que disminuyan el riesgo de enfermedad en el niño y que también prevengan la ocurrencia de episodios graves de enfermedad. De esta manera se logra incrementar la capacidad de los padres y de la familia para reducir los días de enfermedad del niño y como a través de esto contribuir a un mejor crecimiento y desarrollo del niño.

La Transferencia de conocimientos que la estrategia AIEPI propone a través de la incorporación sistemática de un fuerte componente dirigido a la educación y promoción de la salud contribuye también a lograr que la población se apropie progresivamente de los conocimientos que le permitirá un desarrollo más saludable. (Benguigui Y., 2001)

Contemplando las diferencias existentes entre países, la elaboración de la estrategia AIEPI se realizó previendo la posibilidad de adaptar su contenido a la situación epidemiológica de cada país, así como las condiciones operativas de cada lugar. En Honduras se le orientó hacia el manejo de las IRA, Diarreas, Malaria, Dengue, Sarampión, Rubeola y Anemia.

En la actualidad la estrategia se ha ido ampliando para la atención de la mayoría de los problemas de salud y enfermedades que afectan al menor de cinco años. En el 2000 se inició el proceso de incluir dentro de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) el componente neonatal, desarrollándose materiales genéricos y adaptaciones en más de 12 países de la Región.

La supervisión de la estrategia AIEPI

La supervisión es un proceso periódico que permite detectar problemas rápidamente e intervenir con igual prontitud en las áreas necesarias, es una actividad esencial dentro del proceso de implementación de actividades de control, y su objetivo principal es apoyar a los trabajadores de salud en el mejoramiento de su desempeño.

Incluye una revisión de los principales determinantes del desempeño del personal de salud, incluyendo sus conocimientos, su motivación y las condiciones laborales. A través de esta revisión, se pueden identificar los logros del personal de salud, así como los problemas que entorpecen su desempeño y a partir de esta evaluación, se puede emprender en conjunto la búsqueda de posibles alternativas para solucionar los problemas.

Mediante la supervisión es posible obtener información que puede ser sistematizada y servirá para el monitoreo del avance en la implementación de la estrategia de AIEPI y de sus resultados e impacto. La metodología de la supervisión establece que se debe abordar a todo el personal involucrado en la estrategia, mayormente el involucrado en la atención del niño como los médicos para observar su desempeño en la evaluación, clasificación, tratamiento del niño y la comunicación con la madre y el personal enfermería que tiene a su cargo funciones tareas de organización o planificación de la atención.

La modalidad de la supervisión puede hacerse de dos maneras: directa e indirectamente. La supervisión directa se realiza cuando existe contacto entre la persona que supervisa y el personal que es supervisado. La supervisión indirecta se realiza sin establecer contacto entre la persona que supervisa y la persona supervisada.

Por lo general, se basa en observaciones de informes o registros, así como en la recolección de otra información que permita conocer el desempeño del personal. Incluye la recolección de información del servicio, ya sea en forma sistemática, periódica y frecuente, o en forma ocasional y a instancias de una solicitud especial que permita conocer el desempeño y la calidad de la atención que se está prestando.

Las supervisiones directa e indirecta no son excluyentes, y es conveniente combinarlas ya que pueden brindar información complementaria que permita hacer una evaluación más objetiva del desempeño del personal. Con respecto a la periodicidad con que el personal debe ser supervisado, es conveniente tener en cuenta los resultados de las supervisiones anteriores, así como las recomendaciones y compromisos formulados en las mismas.

Siempre es conveniente que todo el personal sea supervisado por lo menos dos veces al año, para garantizar que cumpla con los objetivos, que son los siguientes: conocer el desempeño del personal, apoyarlo en la identificación y resolución de problemas, y motivarlo para que continúe mejorando. (OPS, 2004)

#### **IV. METODOLOGIA**

El área de estudio donde se realizó la investigación fue en los Centros de Salud con Médico y Odontólogo (CESAMO) de la Región Sanitaria Metropolitana ubicados en el Municipio del Distrito Central. Se seleccionó a conveniencia el 24% que comprende 6 unidades de salud con similares características de acuerdo a la oferta de servicios: Alonso Suazo, San

Benito ubicado en la ciudad de Tegucigalpa y Las Crucitas, Villa Adela, Las Torres y Monterrey ubicados en Comayagüela. El recurso humano que se observó fue el personal médico atendiendo niños de 2 meses a 4 años con IRAS y Diarreas con la Estrategia AIEPI.

Al momento de realizar la observación Los niños (as) se seleccionaron a conveniencia según los criterios de inclusión.

La presente investigación se basa en dos de los elementos esenciales del derecho a la salud: la disponibilidad y la calidad. En este caso la disponibilidad, aplicado a los medicamentos esenciales para la atención de los niños, equipo, materiales, recursos humanos y la calidad técnica, aplicado al personal médico en la adecuada aplicación del protocolo de atención de AIEPI en los niños (as) con IRAS y Diarreas.

La Investigación Disponibilidad y Calidad en la atención de salud en niños de 2 meses a 4 años atendidos por Infecciones Respiratorias Agudas y Diarrea se realizó durante los meses de octubre a diciembre 2011.

#### A. Tipo de estudio

En cuanto a los fines y los medios de investigación este estudio es cuantitativo, descriptivo de corte transversal, tomando en cuenta que las características de la población objeto son similares, se tomó una muestra por conveniencia de médicos que atienden niños con la Estrategia AIEPI.

#### B. La población

Son los médicos que dan consulta niños(as) de 2 meses a 4 años de edad que acceden a los Servicios de Salud de la Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central, para la atención de las Infecciones Respiratorias y Diarreas.

#### C. Universo

Son los 50 médicos de 6 Unidades de Salud capacitados en AIEPI en que brindaron atención a los niños(as) entre 2 meses a 4 años con IRAS y/o Diarreas que acudieron a los CESAMOS seleccionados de Tegucigalpa y Comayagüela de la Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central.

#### D. La Muestra

Fue representativa es el 48% de los médicos ubicados en las 6 unidades de salud tipo CESAMO seleccionados lo que corresponde a 24 médicos, a los cuales se observó brindando atención a 46 niños de 2 meses a 4 años de edad que acudieron a consulta por IRAS y diarrea en el periodo del estudio.

#### E. La Unidad de Observación

Son las Unidades de salud tipo CESAMOS: Alonso Suazo y San Benito de la ciudad de Tegucigalpa y Las Crucitas, Villa Adela, Las Torres y Monterrey de Comayagüela de la Región Sanitaria Metropolitana del



Distrito Central que brindan atención al menor de 5 años con la Estrategia AIEPI.

#### F. Unidad de Análisis

Son los médicos capacitados en AIEPI que brindan atención a niños y niñas de 2 meses a 4 años con IRAS y Diarreas en las Unidades seleccionadas.

#### G Criterios de inclusión

Médicos asistenciales que laboraban en las 6 Unidades de salud seleccionadas del área urbana tipo CESAMO de jornada matutina y vespertina capacitados en la Estrategia AIEPI que brindaron consulta a niños (as) de 2 meses a 4 años con presencia de Infecciones Respiratorias Agudas y/o Diarrea.

#### H. Criterios de Exclusión.

Médicos que no han sido capacitados y médicos que no quisieron participar.

#### I. Métodos e instrumentos de recolección de datos.

Con el objetivo de obtener información confiable se realizó la prueba de pilotaje en el Centro de Salud El Manchen que corresponde con las características de las unidades de salud donde se realizó la investigación,

obteniéndose un análisis de fiabilidad según Alfa de Cron Bach de 0.828, que se aplicó al 100% de las encuestas. (# 22)

Previa a la recolección de la información se socializó el protocolo de investigación ante las autoridades Regionales, personal médico y de enfermería del nivel local que facilitaron los talleres de capacitación de la Estrategia AIEPI en la Región.

Para apoyar la recolección de la información en las diferentes unidades de salud seleccionadas se identificaron y capacitaron 12 personas entre médicos y enfermeras que como requisito debían ser facilitadoras de los talleres de capacitación de la Estrategia AIEPI desarrollados en la Región Metropolitana.

El estudio provee información a través de la utilización de técnicas como la encuesta donde se utilizó como instrumento un cuestionario aplicado a los médicos con el propósito de conocer la disponibilidad del recurso humano.

Otra técnica utilizada fue la observación cuyos resultados se registraron en listas de cotejo donde se verificó la evaluación, clasificación, tratamiento y seguimiento que brindó el médico (a) en la atención del niño afectado por IRAS y/o Diarreas de acuerdo a lo establecido en el protocolo de atención de la Estrategia AIEPI así como revisión documental

de los expedientes de los niños atendidos, una segunda lista donde se verificó la disponibilidad de equipamiento en las clínicas de acuerdo a lo establecido en la normativa de licenciamiento.

Para verificar la existencia de los insumos, materiales, y medicamentos esenciales para brindar la atención se utilizó una lista de chequeo diseñada por la Secretaria de Salud / OPS en el marco de la aplicación de la Estrategia AIEPI, la cual se adaptó a las necesidades del estudio. Para establecer mecanismos de control de calidad y confiabilidad de la información, se realizó revisión de los instrumentos ya utilizado por los encuestadores/ observadores.

La recolecta de la información se realizó en un periodo de 5 meses (Septiembre 2011 y Enero 2011) y para el procesamiento de datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 18, en las que se registraron los datos anotados en los instrumentos. La información obtenida se organizó en tablas y gráficos de acuerdo al plan de análisis de las variables con la ayuda del programa Microsoft Excel 2010.

Los datos se analizaron mediante el uso de las operaciones estadísticas descriptivas caracterizando el comportamiento de las distintas variables en estudio, midiendo su frecuencia y distribución en la realidad utilizando

indicadores de proporción en cuanto al porcentaje de personal de salud capacitado, material, equipo y medicamento, así como el porcentaje de estándares cumplidos en la atención de calidad al paciente.

UDI-DEGT-UNAH

## II. RESULTADOS

**Tabla 1. Personal médico de las unidades de salud según sexo.**

**Región Metropolitana D.C Octubre a Diciembre 2011**

Unidad de Salud	Sexo				Total	
	Mujer		Hombre			
	No.	%	No.	%	No	%
Alonso Suazo	2	8.3	4	16.6	6	25.0
Las Crucitas	4	16.6	1	4.1	5	20.8
Villa Adela	2	8.3	2	8.3	4	16.6
San Benito	2	8.3	2	8.3	4	16.6
Monterrey	1	4.1	2	8.3	3	12.2
Las Torres	0	0	2	8.3	2	8.3
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>45.8</b>	<b>13</b>	<b>54.1</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

**Fuente: Personal médico asistencial de centros de salud.**

De 24 médicos(as) entrevistados 11 corresponden a los 2 centros de salud que son los de mayor complejidad; Alonso Suazo 6 (25%) y las Crucitas 5 (20.8%), en Villa Adela y San Benito, se entrevistaron 8, lo que corresponde a un (16.6%) cada uno, y en los más pequeños Torres y Monterrey 5 (12.2% y 8.3%) respectivamente. De acuerdo a sexo de 24 entrevistados 13 (54.1%) son hombres estableciéndose una razón entre hombres y mujeres de 1 a 1.

**Tabla 2.** Médicos de las unidades de salud según grupos de edad

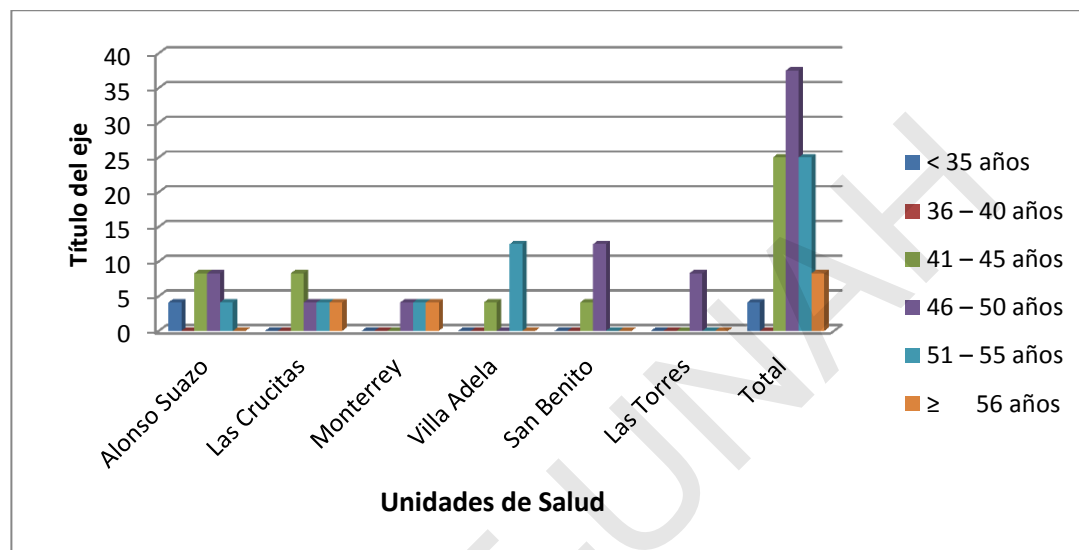
Región Sanitaria Metropolitana D.C. Octubre a Diciembre 2011

Grupos de edad	Alonso Suazo		Las Crucitas		Monterrey		Villa Adela		San Benito		Las Torres		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
< 35 años	1	4.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4.1
36 – 40 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
41 – 45 años	2	8.3	2	8.3	0	0	1	4.1	1	4.1	0	0	6	25
46 – 50 años	2	8.3	1	4.1	1	4.1	0	0	3	12.5	2	8.3	9	37.5
51 – 55 años	1	4.1	1	4.1	1	4.1	3	12.5	0	0	0	0	6	25
≥ 56 años	0	0	1	4.1	1	4.1	0	0	0	0	0	0	2	8.3
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>25</b>	<b>5</b>	<b>20.8</b>	<b>3</b>	<b>12.5</b>	<b>4</b>	<b>16.6</b>	<b>4</b>	<b>16.6</b>	<b>2</b>	<b>8.3</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Fuente: Personal médico asistencial de centros de salud.

En el rango de 46 a 50 años de edad se encuentra la mayor parte de médicos entrevistados 9(37.5%), Entre 41 a 45 años se encuentran 6(25%) igual ocurre en el rango de 51 a 50 años de edad. El 71% (17 médicos) es mayor de 45 años. Es de hacer notar que en Villa Adela 3 de 4 médicos están en el rango de 51 a 55 años. En general la mayoría son mayores de 40 años.

**Grafico 1.** Médicos de las unidades de salud según grupos de edad. Región Sanitaria Metropolitana D.C. Octubre a Diciembre 2011



Fuente: Personal médico asistencial de centros de salud.

**Tabla 3.** Médicos de las unidades de salud según condición laboral. Región Metropolitana D.C Octubre a Diciembre 2011

Lugar de trabajo	Condición laboral					
	Permanente		Contrato		Total	
	No.	%	No.		No	
Alonso Suazo	4	17	2	<b>8.3</b>	6	<b>25</b>
Las Crucitas	2	8.3	3	12.5	5	<b>20.8</b>
Villa Adela	1	4.1	3	12.5	4	<b>16.6</b>
San Benito	2	8.3	2	8.3	4	<b>16.6</b>
Monterrey	3	12.5	0	0	3	<b>12.5</b>
Las Torres	1	4.1	1	4.1	2	<b>8.3</b>
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>54.1</b>	<b>11</b>	<b>45.8</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Fuente: Personal médico asistencial de centros de salud.

De 24 médicos(as) asistenciales 13 (54.1%) son de condición laboral permanente, se observa un mayor porcentaje en los centros Alonso Suazo y Monterrey. En condición de contrato, se encuentran 11 médicos (45.8%) ubicados en mayor porcentaje en el Centro de Salud Las Crucitas y Villa Adela.

**Tabla 4.** Médicos capacitados en AIEPI según nivel que capacitó.  
Región Metropolitana D.C Octubre-Diciembre 2011

Lugar de trabajo	Nivel local		Nivel regional		Total	
	No.	%	No.	%	No	%
Alonso Suazo	0	0	6	25	6	<b>25</b>
Las Crucitas	0	0	5	20.8	5	<b>20.8</b>
Villa Adela	1	0	3	12.5	4	<b>16.6</b>
San Benito	0	0	4	16.6	4	<b>16.6</b>
Monterrey	0	0	3	12.5	3	<b>12.5</b>
Las Torres	0	0	2	8.3	2	<b>8.3</b>
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>4.1</b>	<b>23</b>	<b>95.8</b>	24	<b>100</b>

**Fuente:** Personal médico asistencial de centros de Salud.

Del personal médico asistencial entrevistado en las 6 unidades de salud 23(95.8%) fue capacitado a nivel regional en la Atención Integral de



Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) y la diferencia, 1 medico (4.1%) en el nivel local que corresponde al centro de salud de Villa Adela.

**Tabla 5.** Tiempo transcurrido desde la última capacitación en AIEPI por Unidad de Salud Región Metropolitana D.C Octubre a Diciembre 2011

Unidad de Salud	Menos de 1 año		1 – 2 años		3 – 4 años		5 y más años		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	N	%
Alonso Suazo	1	4.1	1	4.1	1	4.1	3	12.5	6	<b>25</b>
Las Crucitas	1	4.1	1	4.1	1	4.1	2	8.3	5	<b>20.8</b>
Villa Adela	3	12.5	0	0	1	4.1	0	0	4	<b>16.6</b>
San Benito	1	4.1	1	4.1	1	4.1	1	4.1	4	<b>16.6</b>
Monterrey	0	0	0	0	0	0	3	12.5	3	<b>12.5</b>
Las Torres	1	4.1	0	0	0	0	1	4.1	2	<b>8.3</b>
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>29</b>	<b>3</b>	<b>12.5</b>	<b>4</b>	<b>16.6</b>	<b>10</b>	<b>41.6</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Fuente: Personal médico asistencial de centros de salud.

La mayor parte del personal 10 (41%) recibieron la capacitación hace 5 años o más, esto se refleja en el 100% del personal en el centro de salud Monterrey, un 29% recibió capacitación en menos de 1 año como en Villa Adela con 3 de 4 médicos.

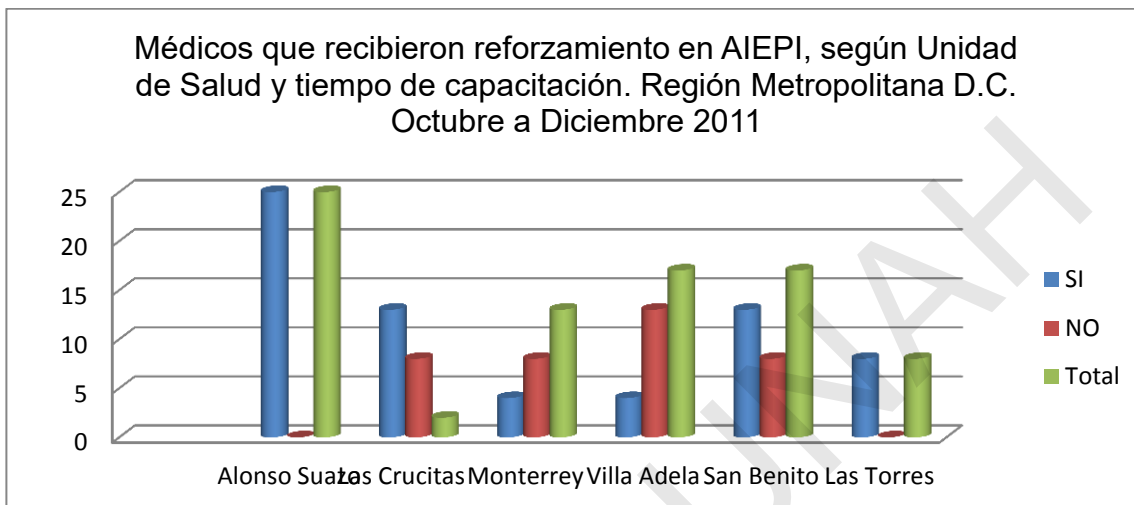
**Tabla 6.** Médicos que recibieron reforzamiento en AIEPI según unidad de salud y tiempo de capacitación. Región Metropolitana D.C. Octubre a Diciembre 2011

Unidad de Salud	Seguimiento AIEPI				Total	
	SI		NO		N	%
	N	%	N	%		
Alonso S	6	25	0	0	6	25%
Villa A.	1	4	3	13	4	17
San B.	3	13	2	8	4	17
Monterrey	1	4	2	8	3	13
Torres	2	8	0	0	2	8
Crucitas	3	13	2	8	5	2
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>67</b>	<b>8</b>	<b>33</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Fuente: Personal médico asistencial de centros de salud.

Del personal entrevistado el 67% manifestó haber recibido seguimiento posterior a la capacitación de la estrategia el mayor porcentaje se observa en el centro de salud Alonso Suazo con 25% y las Crucitas y San Benito con un 13%. Con porcentajes menores se encuentra Villa Adela y la Monterrey con 4%.

**Grafico 2.** Médicos que recibieron reforzamiento en AIEPI según unidad de salud y tiempo de capacitación.



Fuente: Personal médico asistencial de centros de salud.

**Tabla 7.** Médicos supervisados en AIEPI en el último año según unidad de salud Región Metropolitana D.C Octubre a Diciembre 2011

Supervisión en el último año	Alonso Suazo		Las Crucitas		Monterrey		Villa Adela		San Benito		Las Torres		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Si	3	12.5	4	4.1	3	12.5	2	8.3	4	16.6	2	8.3	18	75
No	2	8.3	1	0	0	0	1	4.1	0	0	0	0	4	16.6
No sabe / No contest	1	4.1	0	20.8	0	0	1	4.1	0	0	0	0	2	8.3
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>25</b>	<b>5</b>	<b>12.5</b>	<b>3</b>	<b>12.5</b>	<b>4</b>	<b>16.6</b>	<b>4</b>	<b>16.6</b>	<b>2</b>	<b>8.3</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Fuente: Personal médico asistencial de centros de salud.

El 75% de los profesionales manifestaron que recibieron supervisión de la atención brindada al menor de 5 años en los últimos 12 meses, en 3 de 6 centros de salud; Monterrey, San Benito y las Torres todos recibieron supervisión. En los centros de salud Alonso Suazo y Villa Adela solamente la mitad del personal manifestó haber recibido supervisión. Es de hacer notar que 2 de los médicos refirieron no saber si los habían supervisado.

**Tabla 8.** Opinión del recurso humano sobre la utilidad de la supervisión según unidad de salud Región Metropolitana D.C  
Octubre a Diciembre 2011

Utilidad de la supervisión	Alonso Suazo		Las Crucitas		Monterrey		Villa Adela		San Benito		Las Torres		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Si	6	25	5	20.8	1	4.1	4	16.6	4	16.6	2	8.3	22	91.6
No	0	0	0	0	2	8.3	0	0	0	0	0	0	2	8.3
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>25</b>	<b>5</b>	<b>20.8</b>	<b>3</b>	<b>12.5</b>	<b>4</b>	<b>16.6</b>	<b>4</b>	<b>16.6</b>	<b>2</b>	<b>8.3</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Fuente: Personal médico asistencial centros de salud.

El 91.6% del personal entrevistado manifestó que la supervisión era de utilidad lo que corresponde en un 100% en 5 centros de salud, la diferencia 8.3% (2 médicos) ubicados en el la unidad de salud Monterrey manifestaron lo contrario.

**Tabla 9.** Opinión sobre los objetivos de la supervisión en AIEPI según unidad de salud Región Metropolitana D.C Octubre a Diciembre 2011

<b>Tipo de utilidad de la supervisión</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Mejora en la calidad de atención	16	<b>35</b>
Identificación de problemas	14	<b>30</b>
Aplicación de la norma	12	<b>26</b>
Mejor control de medicamentos	4	<b>8.6</b>
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Fuente: Personal médico asistencial centros de salud.

De acuerdo a la opinión de 22 médicos entrevistados el principal objetivo de recibir la supervisión es mejorar la calidad de la atención (35) %, identificar problemas (37%), aplicación de la norma con 26% y en último lugar para llevar un mejor control de los medicamentos.

**Tabla 10.** Método utilizado en la supervisión de médicos en la AIEPI según unidad de salud Región Metropolitana D.C Octubre a Diciembre 2011

Unidad de Salud	Revisión expediente		Observación de la consulta		Revisión expediente y observación	
	No.	%	No.	%	No.	%
Alonso Suazo	3	16.6	3	16.6	3	16.6
San Benito	4	22	3	16.6	3	16.6
Las Crucitas	4	22	0	0	0	0
Monterrey	3	16.6	0	0	0	0
Villa Adela	2	11.1	0	0	0	0
Las Torres	2	11.1	2	11.1	2	11.1
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>44.3</b>	<b>8</b>	<b>44.3</b>

Fuente: Personal médico asistencial de centros de salud

De los 18 médicos supervisados el 100% refirió haber sido supervisado a través de la revisión del expediente donde se registró la atención brindada al niño(a), un 44.3% a través de la observación directa en el momento de brindar la atención al niño (a.). El 44.3% refirió haber sido supervisado con las 2 modalidades.

**Tabla 11.** Conocimiento de los resultados de la supervisión recibida en la atención de niños (as) por IRAS y Diarrea según unidad de salud. Región Metropolitana MDC octubre a Diciembre 2011

Infor. resul super	Alonso Suazo		Las Crucitas		Monterrey		Villa Adela		San Benito		Las Torres		Total	
	No.		No		No		No		No.		No		No	
<b>Si</b>	2	11.1	4	22.2	2	11.1	2	11.1	4	22	2	11.1	16	<b>88.9</b>
<b>No</b>	1	5.5	0	0	1	5.5	0	0	0	0	0	0	2	<b>11</b>
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>16.6</b>	<b>4</b>	<b>22.2</b>	<b>3</b>	<b>16.6</b>	<b>2</b>	<b>11.1</b>	<b>4</b>	<b>22</b>	<b>2</b>	<b>11.1</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

Fuente: Personal médico asistencial de centros de salud

De los 18 médicos entrevistados a 16 (88.9%) se les informo sobre los resultados de la supervisión de la atención de niños (as). En los centros Las Crucitas, Villa Adela, San Benito y las Torres se informó en un 100%, a diferencia de los centros Alonso Suazo y la Monterrey que se les informo en ambos casos a 2 de 3 médicos (66.6%).

**Tabla 12.** Opinión sobre las principales limitantes para la atención de niños (as) con IRAS y Diarreas según AIEPI por unidad de salud Región Metropolitana D.C Octubre a Diciembre 2011

Limitantes	Centros de Salud						Total	
	Alonso Suazo	Crucitas	Monte rrey	Villa Adela	San Benito	Las To tres	No.	%
	No.	No.	No.	No.	No.	No.		
Material y equipo	4	8	5	14	5	4	40	45
Organización de la atención	5	5	1	4	3	3	21	24
Recursos humanos	2	7	1	6	2	0	18	20
Medicamentos	0	0	0	4	2	1	7	8
Registro de la atención	0	2	1	0	0	0	3	3
<b>Total</b>	11	22	8	28	12	8	89	100

Fuente: Personal médico asistencial de centros de salud.

Los médicos entrevistados opinaron que las mayores limitantes para brindar al paciente una atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia son la no disponibilidad de material y equipo con un 45%, seguido por la organización de la atención en un 24% y relacionados con los recurso humanos un 20%.



Es de hacer notar que solamente se mencionó en un 8% la disponibilidad de medicamentos y en menor porcentaje problemas en el registro de la papelería de la estrategia.

**Tabla 13.** Opinión sobre los medicamentos menos disponibles para la atención de niños (as) con IRAS y Diarreas según unidad de salud Región

Metropolitana D.C Octubre a Diciembre 2011

n=24

Medicamentos de menor disponibilidad estrategia AIEPI	Centros de salud							%
	A. Suazo	Cru ci- tas	Monte- rrey	Villa Adela	San Benito	To rres	To tal	
Analgésicos / Antipiréticos	4	3	3	4	0	2	16	<b>67</b>
Antibióticos	3	3	1	3	1	1	12	<b>50</b>
Litrosol	3	1	1	3	3	0	11	<b>46</b>
Micronutrientes	1	1	0	0	3	0	5	<b>21</b>
Desparasitantes	2	1	0	1	0	1	5	<b>21</b>
Sueros de rehidratación IV	0	0	0	3	0	2	5	<b>21</b>
Salbutamol aerosol	0	1	1	1	0	1	4	<b>17</b>
Broncodila- tadores líquidos	0	1	0	1	0	0	2	<b>8</b>
Otros	0	1	1	0	1	1	4	<b>17</b>

Fuente: Personal médico asistencial de centros de salud.

De acuerdo a la opinión de los médicos entrevistados los medicamentos menos disponibles para la atención son los analgésicos/antipiréticos

(67%), antibióticos (50%), litrosol (46%), que son los productos más utilizados en la atención. En menor porcentaje se mencionó el desabastecimiento de los micronutrientes, desparasitantes y sueros de rehidratación intra venosos (21%) cada uno. En San Benito los medicamentos de menor disponibilidad son los micronutrientes y el litrosol.

**Tabla 14.** Opinión sobre el tiempo necesario para atender en la consulta a niños y (as) con IRAS y Diarreas de acuerdo a la Estrategia AIEPI según unidad de salud Región Metropolitana M. D.C Octubre a Diciembre 2011

**N=24**

Tiempo necesario atender AIEPI	A. Suazo		Crucitas		Monte rrey		Villa Adela		San Benito		To rres		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
< 10 minutos	0	0	3	12.5	1	4.1	0	0	0	0	0	0	4	16.6
10-15 minutos	2	8.3	1	4.1	0	0	2	8.3	3	12.5	1	4.1	9	37.5
16-20 minutos	3	12.5	1	4.1	0	0	1	4.1	1	4.1	0	0	6	25
21-25 minutos	0	0	0	0	0	0	1	4.1	0	0	0	0	1	4.1
26 o más minutos	0	0	0	0	1	4.1	0	0	0	0	1	4.1	2	8.3
Depende de cada paciente	1	4.1	0	0	1	4.1	0	0	0	0	0	0	2	8.3
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>25</b>	<b>5</b>	<b>20.8</b>	<b>3</b>	<b>12.5</b>	<b>4</b>	<b>16.6</b>	<b>4</b>	<b>16.6</b>	<b>2</b>	<b>8.3</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Fuente: Personal médico asistencial de centros de salud.

De acuerdo a la opinión de la mayoría de los médicos entrevistados 9 (38%) el tiempo necesario para atender a niños y niñas con IRAS y Diarreas de acuerdo a la estrategia AIEPI es de 10 a 15 minutos aproximadamente, y 6 (25%) consideran que de 16 a 20 minutos. El menor

tiempo considerado fue menos de 10 minutos (16.6%) y el máximo de 26 minutos o más (8%), un 8.3% manifestó que dependía de la situación de salud de cada paciente. Es de hacer notar que 9 de 24 médicos (38%) opinan que el tiempo necesario para la atención es mayor de 15 minutos.

UDI-DEGT-UNAH

**Tabla N. 15** Disponibilidad de equipo y materiales mínimo necesarios en preclínica y clínica de rehidratación oral para la atención a niños(as) con IRAS y Diarreas según Unidad de Salud Región Metropolitana M.D.C

Octubre a Diciembre 2011

Unidad de Salud	Preclínica			Rehidratación oral				
	Balanza pediátrica	Termómetro Mercurio	Tallímetro	Mesa	Sillas	Estufa	Agua	Sal R.O.
Alon. S	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Crucitas	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Monterr	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Villa . A	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si
San B.	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Torres	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	Si

Fuente: Lista de cotejo de verificación existencia de equipo mínimo necesario, inmunobiológicos y medicamentos esenciales para brindar la atención.

En todas las Unidades de salud se cuenta con la disponibilidad de balanzas y tallímetros pediátricos para el peso y la medición de niños y niñas, a diferencia de los termómetros de mercurio en donde solo 2 de los 6 centros de Salud tenían disponibilidad de los mismos (Alonso Suazo y las Crucitas). En relación a la clínica de rehidratación oral 5 de 6 de unidades de salud contaba con el equipo y material necesario.

Observación: En la unidad de salud donde no se cuenta con estufa utilizan agua purificada para rehidratar a los pacientes.

**Tabla N.16** Disponibilidad de equipo y material mínimo necesario en la clínica de nebulización para brindar la atención en niños con IRAS según Unidad de Salud de la Región Metropolitana M.D. Octubre a Diciembre 2011

Unidades de Salud	Compresor	Guías Nebulizar	Mascarillas	Filtro	Micronebulizador
Alonso Suazo	Si	Si	Si	Si	Si
Crucitas	Si	Si	Si	Si	Si
Monterrey	Si	Si	Si	Si	Si
Villa Adela	Si	Si	Si	Si	Si
San Benito	Si	Si	Si	Si	Si
Torres	Si	Si	Si	Si	Si

Fuente: Lista de cotejo de verificación existencia de equipo mínimo necesario, inmunobiológicos y medicamentos esenciales para brindar la atención.

En el 100% de los centros de salud se verificó que la clínica de nebulización cuenta con la disponibilidad del equipo y material mínimo necesario para brindar la atención.

**Tabla N.17** Disponibilidad de equipo y material mínimo necesario en la clínica de Inmunización para brindar la IRAS y Diarreas según Unidad de Salud de la Región Metropolitana M.D.C Octubre a Diciembre 2011

Unidad de Salud	Clínica de Inmunización				
	Refrigerador	Termos	*Tarjetas de vacunación	Hoja registro temperatura	Hoja de Linvi.
Alonso Suazo	Si	Si	No	Si	Si
Crucitas	Si	Si	No	Si	Si
Monterrey	Si	Si	No	Si	Si
Villa Adela	Si	Si	No	Si	Si
San Benito	Si	Si	No	Si	Si
Torres	Si	Si	No	Si	Si

Fuente: Lista de cotejo de verificación existencia de equipo mínimo necesario, inmunobiológicos y medicamentos esenciales para brindar la atención.

El 100% de las unidades de salud cuenta con refrigeradora, termos, hoja de registro de la temperatura de la refrigeradora y listado de niños para el registro de la vacunación. Lo contrario se observa con las tarjetas o carnet de vacunación infantil donde ningún centro contaba con el mismo, contaban con fotocopias del mismo.

**Tabla 18.** Disponibilidad de equipo y material mínimo necesario en los consultorios médicos según Unidad de Salud de la Región Metropolitana M.D.C Octubre a Diciembre 2011

Unidad de Salud	Equipo/Material disponible en las clínicas									
	Mes o escritorio	Sillas	Reloj o Cronómetro	Termómetro	Manual AIEPI	Vasos / cucharas	Baja Lenguas	Focodemano	Baja Lenguas	Oftalmoscopio
Alonso Suazo	Si	Si	Si	No	No(1)	No	Si	Si	Si	No
Crucitas	Si	Si	Si	No	No	No	Si	Si	Si	No
Monterrey	Si	Si	Si	No	No	No	Si	Si	Si	No
Villa Adela	Si	Si	Si	No	No	No	Si	Si	Si	No
San Benito	Si	Si	Si	No	No(1)	No	Si	Si	Si	No
Torres	Si	Si	Si	No	No	No	Si	Si	Si	No

Fuente: Lista de cotejo de verificación existencia de equipo mínimo necesario, inmunobiológicos y medicamentos esenciales para brindar la atención.

De los 10 equipos o materiales necesarios para la atención clínica de niños y niñas, 4 no se encontraban disponibles en todos los centros de salud (Termómetro de mercurio, Manual de AIEPI, Vaso/cucharas y oftalmoscopio).

**Tabla. 19** Disponibilidad de materiales y equipo en clínicas de atención para la atención de niños (as) de 2 meses a 4 años con IRAS y Diarreas según Unidad de Salud de la Región Metropolitana M.D.C Octubre a

Diciembre 2011

Clínicas	Unidades de Salud (6)	
	N	%
Rehidratación oral	6	100
Nebulización	6	100
Inmunización	6	100
Preclínica	2	33
Clínicas/médicas	0	0
Inyecciones	0	0

Fuente: Lista de cotejo de verificación existencia de equipo mínimo necesario, inmunobiológicos y medicamentos esenciales para brindar la atención.

De las 6 unidades de salud solamente 3 cuentan con el equipamiento y materiales necesarios en la clínica de rehidratación oral, nebulización e inmunización para brindar la atención de acuerdo a la estrategia AIEPI.

Solamente 2 de las 6 preclínicas de las unidades de salud cuentan con los insumos necesarios. El mayor problema se observa en las clínicas de atención médica, ninguna unidad de salud cuenta con el equipamiento y materiales necesarios al 100%.



**Tabla 20.** Disponibilidad de antibióticos orales y parenterales esenciales para la atención de niños IRAS y Diarreas según Unidad de Salud de la Región Metropolitana M.D.C Octubre a Diciembre 2011

Unidad de Salud	Orales				Parenterales			Solución IV
	Trime tropin sulfametoxazol /fco	Amoxicilina /fco	Tetraciclina Tab	Eritromicina /fco	Gentamicina 40 mg/ml ampolla	Penicilina procainica /fco	Penicilina benzatinica /fco	Solución lactato ringer bolsa
Alonso Suazo	Si	Si	No	No	Si	Si	Si	Si
Crucitas	No	No	No	Si	No	Si	Si	No
Monterrey	No	Si	No	*Si	Si	Si	No	No
Villa Adela	No	Si	No	Si	Si	Si	Si	No
San Benito	No	Si	No	Si	Si	Si	Si	No
Torres	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	No

Fuente: Lista de cotejo de verificación existencia de equipo mínimo necesario, inmunobiológicos y medicamentos esenciales para brindar la atención.

De los 4 antibióticos orales establecidos para la atención de niños y niñas, ninguna unidad de salud contaba con el 100% de ellos, en las Torres se contaba con 3 de 4, en el Alonso Suazo, Monterrey y Villa Adela se contaba con 2 de los 4 medicamentos y en el caso de las Crucitas solo

contaba con 1 de los 4 medicamentos para la atención de pacientes. (Eritromicina).

**Tabla 21.** Disponibilidad de antibióticos orales y parenterales esenciales para la atención de niños de 2 meses a 4 años en IRAS y Diarreas según AIEPI por Unidad de Salud de la Región Metropolitana M.D.C Octubre a

Diciembre 2011

Unidad de Salud	Disponibilidad medicamentos AIEPI					
	Antibióticos Orales(4)		Antibióticos Parenterales (4)		Total Disponibilidad antibióticos(8)	
	N	%	N	%	N	%
Alonso Suazo	2	50%	4	100%	6	75%
Torres	3	75%	3	75%	6	75%
Villa Adela	2	50%	3	75%	5	63%
San Benito	2	50%	3	75%	5	63%
Monterrey	2	50%	2	50%	4	50%
Crucitas	1	25%	2	50%	3	38%

Fuente: Lista de cotejo verificación existencia de equipo mínimo necesario, inmunobiológicos y medicamentos esenciales para brindar la atención.

En general ninguna unidad de salud cuenta con el 100% de los medicamentos necesarios según la estrategia AIEPI, el porcentaje mayor lo tienen el Alonso Suazo y las Torres con 75%, luego Villa Adela y San Benito con el 63% y en menor porcentaje las Crucitas con un 38%.

La disponibilidad de medicamentos orales es del 75% en el centro de salud las Torres, de un 50% en el Alonso Suazo, Villa Adela, San Benito y Monterrey y de un 25% en las Crucitas. En relación a los antibióticos parenterales el Alonso Suazo cuenta con el 100% de ellos seguido por los centros Villa Adela, San Benito y las Torres con 75% y las Crucitas y Monterrey con los menores porcentajes 50% en ambos casos. En general hay mayor disponibilidad de antibióticos parenterales que orales.

**Tabla 22.** Disponibilidad de broncodilatadores, antipiréticos, analgésicos y sales de rehidratación oral para la atención de niños (as) con IRAS y Diarreas según Unidad de Salud de la Región Metropolitana M.D.C  
Octubre a Diciembre 2011

Unidad de Salud	Broncodilatadores				Antipiréticos/Analgésicos		Sales de rehidratación oral
	Sal Butamol/nebulizar	Salbutamol oral	Salbutamol inhalador	Teofilina	Acetaminofén 120mg	Acetaminofén 100mg	
Alonso Suazo	No	Si	Si	No	Si	No	No
Crucitas	No	No	Si	Si	No	No	Si
Monterrey	Si	Si	No	No	No	No	Si
Villa Adela	Si	Si	Si	No	No	No	Si
San Benito	No	Si	Si	Si	Si	No	Si
Torres	Si	Si	Si	No	No	No	Si

**Fuente:** Lista de cotejo de verificación existencia de equipo mínimo necesario, inmunobiológico y medicamentos esenciales para brindar la atención.

Ninguno de los centros de salud cuenta con el 100% de los broncodilatadores; Villa Adela, y las Torres cuentan con 3 de 4 medicamentos (salbutamol para nebulizar, salbutamol oral, y salbutamol inhalador). San Benito también cuenta con 3 de 4 medicamentos

(Salbutamol oral, salbutamol inhalador y teofilina). En el resto de unidades de salud se cuenta con al menos 2 de los 4 medicamentos necesarios.

En relación con el antipirético acetaminofén de 120 mg 2 de los 6 centros tienen existencia (Alonso Suazo y San Benito). En el 100% de las unidades no se encontró acetaminofén de 100 miligramos. En 5 de 6 centros de salud se encontró existencia de sales de rehidratación oral, a excepción del Centro de Salud Alonso Suazo.

UDI-DEGT-UNVAF

**Tabla 23.** Disponibilidad de broncodilatadores, antipiréticos, analgésicos y sales de rehidratación oral para la atención de niños (as) de 2 meses a 4 años con IRAS y Diarreas según AIEPI por Unidad de Salud de la Región Metropolitana M.D.C Octubre a Diciembre 2011

Unidad de Salud	Disponibilidad de medicamentos AIEPI				
	Broncodilatadores (4)		Analgésicos Antipiréticos (2)		Sales rehidratación oral (1)
	N	%	N	%	
Villa Adela	3	75%	0	0%	100%
San Benito	3	75%	1	50%	100%
Torres	3	75%	0	0%	100%
Crucitas	2	50%	0	0%	100%
Monterrey	2	50%	0	0%	100%
Alonso Suazo	2	50%	1	50%	0%

**Fuente:** Lista de cotejo de verificación existencia de equipo mínimo necesario, inmunobiológicos y medicamentos esenciales para brindar la atención.

En relación a la disponibilidad de broncodilatadores para la atención de pacientes en 3 centros de salud: Villa Adela, San Benito y las Torres cuentan con 3 de los 4 medicamentos necesarios(75%) y el resto de centros Alonso Suazo, Crucitas y Monterrey disponen del 50%. En los analgésicos- antipiréticos el Alonso Suazo y San Benito son los que cuentan con el 50% de ellos, el resto que son Crucitas, Monterrey, Villa Adela y las Torres tienen disponibilidad de 0%.

Se encontró disponibilidad de sales de rehidratación oral en 5 de los 6 centros observados (83%). El centro de salud Alonso Suazo se encontró en 0%.

**Tabla N.24** Disponibilidad de desparasitantes y micronutrientes esenciales para la atención de niños (as) con IRAS y Diarreas según Unidad de Salud de la Región Metropolitana M.D.C Octubre a Diciembre 2011

Unidad de Salud	Existencia medicamentos						
	Desparasitantes				Micronutrientes		
	Mebendazol 100mg	Piperazina	Metronidazol 125 mg	Albendazol	Sulfato ferroso/ Fco	Vitamina A 100,000 UI	Vitamina A 200,000 UI
Alonso Suazo	No	No	Si	Si	No	No	Si
Crucitas	No	Si	Si	Si	Si	No	Si
Monterrey	No	No	No	No	Si	No	Si
Villa Adela	No	No	Si	Si	No	No	Si
San Benito	No	Si	Si	Si	Si	No	Si
Torres	No	No	Si	Si	No	No	Si

**Fuente:** Lista de cotejo de verificación existencia de equipo mínimo necesario, inmunobiológicos y medicamentos esenciales para brindar la atención.

De los 2 medicamentos que indica la Estrategia AIEPI, el Mebendazol no se encontró en ninguna unidad de salud, la Piperazina en 2 de 4 unidades (50%). La mayoría de los Centros de Salud 5 de 6 (83%) disponen de metronidazol y Albendazol, La piperazina se encontró en 2 de los 6 centros observados (33%), Crucitas y San Benito. Es de hacer notar que en la Monterrey no se disponía de ningún desparasitante.

En relación a los micronutrientes el Sulfato Ferroso se encontró en 3 de los 6 centros (Crucitas, Monterrey y San Benito), la vitamina A de 200,000 UI en el 100% de las unidades y la vitamina A en 0% en todos los Centros. las Torres no se encontró existencia de hierro. Es de hacer notar que la Vitamina A en presentación de 100,000 UI en todos los centros la disponibilidad fue de 0%.



**Tabla 25.** Disponibilidad de desparasitantes y micronutrientes esenciales para la atención de niños (as) de 2 meses a 4 años con IRAS y Diarreas según AIEPI por Unidad de Salud de la Región Metropolitana  
M.D.C Octubre a Diciembre 2011

Unidad de Salud	# Desparasitantes necesarios AIEPI	Disponibilidad desparasitantes		# Micro Nutrientes necesarios AIEPI	Disponibilidad micronutrientes	
		N	%		N	%
Alonso Suazo	2	1	50%	2	1	50%
Crucitas		2	100%		2	100%
Monterrey		0	0%		2	100%
Villa Adela		1	50%		1	50%
San Benito		2	100%		2	100%
Torres		1	50%		1	50%

Fuente: Lista de cotejo de verificación existencia de equipo mínimo necesario, inmunobiológicos y medicamentos esenciales para brindar la atención.

De los 6 Centros de salud observados 2 tienen disponibilidad en un 100% de los desparasitantes necesarios para la atención (Crucitas y San Benito), en un 50% disponen Alonso Suazo, Villa Adela, y las Torres. En la

unidad de salud Monterrey se encontró 0% de disponibilidad de desparasitantes para la atención.

El 50% de los centros observados tenían disponibilidad de los dos micronutrientes necesarios para la atención según la estrategia AIEPI (Crucitas, Monterrey y San Benito) y en el resto de unidades de salud solo contaban con un tipo de micronutriente (Alonso Suazo, Villa Adela y las Torres).

**Tabla 26.** Disponibilidad de Inmunobiologicos para la atención de niños (as) de 2 meses a 4 años con IRAS y Diarreas según Unidad de Salud de la Región Metropolitana M.D.C Octubre a Diciembre 2011

Unidad de Salud	Inmunobiologicos						
	BCG	Sabin	Penta valente	Rotavirus	Neumococo	SRP	DPT
Alonso Suazo	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Crucitas	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Monterrey	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Villa Adela	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
San Benito	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Torres	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

Fuente: Lista de cotejo de verificación existencia de equipo mínimo necesario, inmunobiologicos y medicamentos esenciales para brindar la atención.

En el 100% de las unidades de salud se encontró disponibilidad de los inmunobiologicos BCG, Sabin, Pentavalente, Rotavirus, Neumococo, SRP,

y DPT del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

**Tabla 27.** Disponibilidad de los 7 Inmunobiologicos para la atención de niños (as) de 2 meses a 4 años con IRAS y Diarreas según esquema por Unidad de Salud de la Región Metropolitana M.D.C Octubre a Diciembre 2011

Unidad de Salud	Disponibilidad Inmunobiologicos	
	N	%
Alonso Suazo	7	100%
Crucitas	7	100%
Monterrey	7	100%
Villa Adela	7	100%
San Benito	7	100%
Torres	7	100%

Fuente: Lista de cotejo de verificación existencia de equipo mínimo necesario, inmunobiologicos y medicamentos esenciales para brindar la atención. La disponibilidad de los 7 inmunobiologicos establecidos por el Programa Ampliado de Vacunación (PAI) fue de 100% en todas las Unidades de Salud.

**Tabla 28.** Disponibilidad de antibióticos y suero intravenoso esenciales para la atención de niños (as) de 2 meses a 4 años con IRAS y Diarreas en las 6 unidades de Salud de la Región Metropolitana M.D.C

Octubre a Diciembre 2011

Medicamentos necesarios AIEPI	Disponibilidad medicamentos en US.	
	N	%
Peniprocaínica	6	100%
Amoxicilina	5	83%
Gentamicina	5	83%
Eritromicina	5	83%
Penibenzatínica	5	83%
Trimetropin sulfa	2	33%
Lactato Ringer	1	17%
Tetraciclina	0	0%

Fuente: Lista de cotejo de verificación existencia de equipo mínimo necesario, inmunobiológicos y medicamentos esenciales para brindar la atención.

De los antibióticos esenciales para la atención de menores de 5 años la penicilina procainica se encontró en el 100% de las unidades de salud seguido por la amoxicilina, eritromicina, gentamicina y Penicilina Benzatinica con un 83%.El trimetropin sulfa se encontró en el 33% de los

centros de salud y el lactato ringer en el 17% . La tetraciclina no se encontró en ninguna unidad de salud (0%).

**Tabla 29.** Disponibilidad de medicamentos broncodilatadores, analgésicos y antipiréticos esenciales para la atención de niños (as) de 2 meses a 4 años con IRAS y Diarreas en 6 Unidades de Salud de la Región Metropolitana M.D.C Octubre a Diciembre 2011

Medicamentos necesarios AIEPI	Disponibilidad broncodilatadores en US	
	N	%
Salbutamol Oral	5	83%
Salbutamol Inhalador	5	83%
Salbutamol Nebulizar	3	50%
Teofilina	2	33%
Acetaminofén 120 mg	2	33%
Acetaminofén 100mg	0	0%

Fuente: Lista de cotejo de verificación existencia de equipo mínimo necesario, inmunobiológicos y medicamentos esenciales para brindar la atención.

En un 83% de las unidades de salud se encontró el salbutamol oral y el salbutamol inhalador, en el 50% de los centros se encontró el salbutamol para nebulizar y en el 33% la teofilina y el acetaminofén de 120 miligramos, contrario al acetaminofén de 100 miligramos que no se encontró en ninguna de las unidades de salud.

**Tabla 30.** Disponibilidad de medicamentos desparasitantes y Micronutrientes esenciales para la atención de niños (as) de 2 meses a 4 años con IRAS y Diarreas según Unidad de Salud de la Región Metropolitana M.D.C Octubre a Diciembre 2011

Medicamentos necesarios AIEPI	Disponibilidad medicamentos en US	
	N	%
Vitamina A 200,000 UI	6	100%
Albendazol	5	83%
Sulfato Ferroso	3	50%
Piperazina	2	33%
Vitamina A 100,000 UI	0	0%

Fuente: Lista de cotejo de verificación existencia de equipo mínimo necesario, inmunobiológicos y medicamentos esenciales para brindar la atención.

En el 83% de las unidades de salud observadas se encontró disponibilidad de albendazol y en un 33% de piperazina. En relación a los micronutrientes el 100% de unidades de salud tiene disponibilidad de Vitamina A de 200,000 UI y el 50% tiene existencia de sulfato ferroso. No se encontró existencia de vitamina A de 100,000 UI en las unidades de salud.

**Tabla 31.** Niños y niñas atendidos por IRAS y Diarreas según grupo de edad y sexo en 6 Centros de Salud de la Región Sanitaria Metropolitana.

Octubre a Diciembre 2011

Edad en meses	Sexo				Total	
	Mujer		Hombre			
	N	%	N	%	N	
2 a 12 meses	4	8.6	8	17	12	25.6
13 a 24 meses	5	10.8	12	26	17	36.9
25 a 60 meses	13	28.2	4	8.6	17	36.9
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>47.8%</b>	<b>24</b>	<b>52.1%</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>

Fuente: Observación clínica de atención de pacientes.

Se observó en el momento de la atención a 46 pacientes, la mayoría se ubica en el rango de 13 a 24 meses y 25 a 60 meses con 36.9% cada uno y en menor cantidad de 25 % el grupo de 2 a 12 meses. Entre los observados un poco más de la mitad (52%), fueron del sexo masculino.

**Tabla 32.** Verificación de la toma de temperatura y coincidencia del peso real de niños (as) en el expediente según unidad de Salud Región Sanitaria Metropolitana. Octubre a Diciembre 2011.

Unidad de salud	Niños(as) observado	Registro de temperatura		Coincidencia peso registrado	
		SI	%	SI	%
Las Crucitas	10	10	21.7	10	21.7
Alonso Suazo.	12	12	26	9	20
San Benito.	8	8	17.3	8	17.3
Monterrey	6	6	13	6	13

Villa Adela.	6	4	8.6	6	13
Las Torres	4	4	8.6	4	8.6
Total	46	44	95.6%	43	93.4%

Fuente: Observación clínica de atención de atención de pacientes.

En un 95.6% se le tomó y registró la temperatura a los pacientes, y en un 93.4% se presentó la coincidencia del peso registrado con el peso real de los(as) niños (as).

Por centro de salud en 5 de las 6 unidades se registró en todos los casos la temperatura de los pacientes y se obtuvo coincidencia con el peso tomado a los niños y niñas que se atendieron por Iras y Diarreas. En el Centro de salud Villa Adela a 4 de 6 niños se le registró la temperatura (67%) y el Alonso Suazo a 9 de 12 (75%) les coincidió el peso registrado en el expediente con el peso real de los niños.

**Tabla 33.** Niños (as) evaluados (as) por la presencia de signos de peligro en 6 unidades de salud de la Región Metropolitana MDC. Octubre a Diciembre 2011

Unidades de salud	Niños (as) evaluados con las señales de peligro						%
	Total de niños (as) observados	4 Señales de peligro	%	3 señales de peligro %	%	< de 3 señales de peligro	
Alonso Suazo.	12	3	6.5	2	4.3	7	15.2
Monterrey	6	1	2.1	0	0	5	10.8
Villa Adela.	6	1	2.1	1	2.1	4	8.6
Las	10	0	0	7	15.2	3	6.5



Crucitas							
Las Torres	4	1	2.1	0	0	3	6.5
San Benito.	8	3	6.5	3	6.5	2	4.3
Total	46	9	13	13	13	24	52

Fuente: Observación clínica de atención de pacientes.

Los 4 signos de peligro solamente fueron evaluados en 9 de 46 niños (as) que recibieron atención, lo que equivale a un 20%, se observó en centros como San Benito y Alonso Suazo el 6% de los casos. Es de hacer notar que el centro de las Crucitas a ningún niño se le evaluó las 4 señales de peligro. Con 3 señales de peligro se evaluaron 13 de 26, es decir un 28%. La mayoría (52%) se les evaluó 2 o menos señales de peligro.

**Tabla 34.** Criterios utilizados en la evaluación de los signos generales de peligro en 46 niños (as) atendidos en 6 unidades de salud de la Región Metropolitana. M.D.C. Octubre a Diciembre 2011

Señales de peligro	N	%
Verificación si esta letárgico o inconsciente	37	80
Puede beber o tomar el pecho	33	72
Vomita todo lo que ingiere	25	54
Durante esta enfermedad ha tenido convulsiones	11	24

Fuente: Observación clínica de atención de pacientes.

De los 46 niños atendidos el signo de peligro más evaluado fue en un 80% si estaba letárgico e inconsciente, y si podía beber o tomar el pecho

con un 72%. Los signos menos evaluados fueron si vomitaba todo lo que ingería (54%) y si durante la enfermedad presentó convulsiones (24%).

**Tabla 35.** Evaluación y clasificación del crecimiento en 6 unidades de salud de la Región Metropolitana MDC Octubre a Diciembre 2011

Unidades de salud	Niños (as) evaluados			Clasificación del crecimiento					
	Total de niños (as) observados	No	%	Adecuado	%	Inadecuado	%	Un solo peso	%
Alonso Suazo.	12	6	13	1	4	3	12	2	8
Las Cruces	10	3	7	0	0	0	0	3	12
Monte- rrey	6	5	11	2	8	0	0	3	12
Villa Adela.	6	3	7	1	4	2	8	0	0
San Benito.	8	7	15	0	0	5	20	2	8
Las Torres	4	1	2	0	0	0	0	1	4
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>25</b>	<b>54</b>	<b>4</b>	<b>16</b>	<b>10</b>	<b>40</b>	<b>11</b>	<b>44</b>

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fuente: Observación clínica de atención de pacientes.

En la presente tabla se observa que de los 46 niños evaluados en el momento de la atención, el 54% (25) de ellos fueron clasificados para determinar si había problemas de crecimiento. De 25 niños evaluados el 40% presentaron crecimiento inadecuado, es de hacer notar que la mayoría de niños no se evaluó por contar con un solo peso de referencia lo que representa el 44% de los casos (11 niños).

**Tabla 36.** Cumplimiento de indicaciones para el tratamiento del crecimiento adecuado. Región Sanitaria Metropolitana. MDC. Octubre a Diciembre 2011

Indicación	N	%	N.A
Vitamina A	5/11	45	4
Antiparasitario (Si corresponde)	2/13	15	2
Cuando volver	2/15	13	0
Evaluación alimentación (menor de 2 años) y acuerdos	1/13	7	2
Cita seguimiento (Problema alimentación)	1/14	7	1

Fuente: Observación clínica de atención de pacientes.

De los 15 pacientes con clasificación adecuada del crecimiento, a ninguno de ellos se les cumplió las 5 indicaciones según normativa, la indicación que más se cumplió fue la aplicación de vitamina A en un 45%, indicación de un antiparasitario en un 15% y la indicación de cuando volver con un 13%. Solamente en un 7% se realizó la evaluación de la alimentación y se

dio la cita de seguimiento. Es de hacer notar que solo a 1 paciente se le cumplieron las 5 indicaciones.

**Tabla 37.** Indicaciones para tratamiento crecimiento inadecuado. Región Sanitaria Metropolitana. MDC. Octubre a Diciembre 2011

Indicación	N	N.A	%
Evaluación alimentación (menor de 2 años) y acuerdos	13	0	93
Cita 5 días seguimiento (Problema alimentación)	10	0	71
Cita control (cuando volver)	6 /13	1	46
Antiparasitario (Si corresponde)	6	0	43
Cita seguimiento 15 días	5	0	36
Vitamina A	1/8	6	13

Fuente: Observación clínica de atención de pacientes.

De los pacientes con crecimiento inadecuado, la indicación que más se cumplió fue la evaluación de la alimentación con 93%, y la cita de seguimiento con 71%. La que menos se cumplió fue la indicación de la vitamina A. Es de hacer notar que solamente a 4 niños se les cumplieron todas las indicaciones.

**Tabla 38.** Niños (as) de 2 meses a menores de 2 años evaluados y clasificados por alteración del desarrollo en 6 unidades de salud de la Región Metropolitana MDC, Octubre a Diciembre 2011

Unidad de salud	De 2 meses a menores de 2 años	Evaluados		Clasificados		Sin alteración del desarrollo	
	No	N°	%	N°	0	No	%
Monterrey	2	2	10	2	10	2	10
Alonso Suazo.	6	0	0	0	0	0	0
Crucitas	4	0	0	0	0	0	0
Villa Adela.	5	0	0	0	0	0	0
San Benito.	3	0	0	0	0	0	0
Las Torres	0	0	0	0	0	0	0
Total	20	2	10	2	10	2	10

Fuente: Observación clínica de atención de pacientes.

En la observación de la atención de los niños menores de 2 años en los 6 centros de salud, se evaluó y clasificó solamente un 10% de ellos. Solamente fueron clasificados el 2% de los casos siendo el centro de salud Monterrey el que evaluó y clasificó el 100% (2) de los casos, los cuales no presentaron alteraciones del desarrollo.

**Tabla 39.** Niños (as) evaluados y clasificados por Anemia en 6 unidades de salud de la Región Metropolitana MDC, Octubre a Diciembre 2011

Unidades de salud	Niños			Clasificación de Anemia			
	Observados	Evaluados		Leve		No tiene	
		N°	No	%	N°	%	N°
Alonso Suazo.	12	6	13	3	20	3	20
Crucitas	10	3	7	1	7	2	13
Monterrey	6	4	9	2	13	2	13
Villa Adela.	6	0	0	0	0	0	0
San Benito.	8	2	4	0	0	2	13
Las Torres	4	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>15</b>	<b>33</b>	<b>6</b>	<b>40</b>	<b>9</b>	<b>60</b>

Fuente: Observación clínica de atención de pacientes.

En la presente tabla se presentan los niños atendidos y su relación con los que fueron evaluados y clasificados. Se observa que del total fueron evaluados el 33% de los casos (15), centros de salud como Alonso Suazo y Monterrey lograron el mayor porcentaje, 20 y 13% respectivamente y las Crucitas un 7%. En el resto de unidades de salud se observó un 0%.

De los 15 niños evaluados, el 60% no presentó anemia y un 40% presentó anemia leve.

**Tabla 40.** Niños (as) con tratamiento y seguimiento adecuado por Anemia leve o no tiene anemia de acuerdo a normas de atención en 6 unidades de salud de la Región Metropolitana MDC, Octubre a Diciembre 2012

Unidades de salud	Clasificados Anemia Leve	Tratamiento adecuado		Seguimiento adecuado		Clasificados No tiene Anemia	Tratados adecuadamente	
		No	%	No	%		No	%
Alonso Suazo.	3	0	0	0	0	3	0	0
Crucitas	1	0	0	0	0	2	0	0
Monterrey	2	1	17	1	17	2	0	0
San Benito.	0	0	0	0	0	2	0	0
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>17</b>	<b>1</b>	<b>17</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Fuente: Observación clínica de atención de pacientes.

De los 6 niños clasificados con anemia leve al 17% (1 caso) se le dio tratamiento y seguimiento adecuado en el Centro de salud Monterrey, en el resto de las unidades se manejaron inadecuadamente. De un total de 9 casos clasificados de niños sin anemia el tratamiento a seguir no se cumplió en ninguno de los casos. Los centros de salud Villa Adela y las Torres no clasificaron la anemia.

**Tabla 41.** Evaluación de la alimentación de niños (as) de 2 meses a 23 meses anemia o crecimiento inadecuado Región Metropolitana M.D.C. Octubre a Diciembre 2011

Unidad de Salud	Evaluados	Interrogan sobre Lactancia Materna	%	Niños con Lactancia Materna	
				N	%
Alonso Suazo	8	8	27.5	1	4
Crucitas	5	5	17	5	18
Monterrey	5	5	17	5	18
Villa Adela	5	5	17	2	7
San Benito	5	4	14	3	11
Las Torres	1	1	3	0	0
Total	29	28	97	16	57

Fuente: Observación clínica de atención de pacientes.

De los 29 niños con anemia o crecimiento inadecuado, al 97% se les evaluó si les daban lactancia materna y el 57% de las madres manifestaron que si amamantaban a sus hijos (as) con mayor porcentaje en las Crucitas y Monterrey . Los menores porcentajes los obtuvo las Torres y Alonso Suazo con 0 y 4 % respectivamente.



**Tabla 42.** Evaluación de criterios para determinar la alimentación de niños (as) de 2 meses a 1 año, con anemia o crecimiento inadecuado atendidos por IRAS y Diarreas Región Metropolitana M.D.C. Octubre a Diciembre 2011

Unidad de Salud	Niños con lactancia	Criterios de evaluación					
		N. Veces en 24 hrs	%	Cuanto tiempo	%	Pecho por la noche	%
Crucitas	5	4	25	3	19	2	13
San Benito	3	3	19	3	19	3	19
Monterrey	5	2	13	2	13	2	13
Villa Adela	2	2	13	2	13	2	13
Alonso Suazo	1	0	0	0	0	1	6
Total	16	11	69	10	63	10	63

Fuente: Observación clínica de atención de pacientes.

Observación: El Centro de Salud Las Torres no presento casos.

De las madres que daban lactancia materna a sus niños, solamente al 69% se les preguntó por el número de veces que amamantaban en 24 horas a un 63% sobre el tiempo de duración de cada amamantada y en igual porcentaje si daba lactancia por la noche.

**Tabla 43.** Evaluación de alimentación con otros alimentos además de la lactancia materna de niños (as) de 2 meses a 11 meses, Anemia o crecimiento inadecuado atendidos por IRAS y Diarreas. Región Metropolitana MDC Octubre a Diciembre 2011

Unidad de Salud	Evaluados	Dan otros alimentos	%	Con que toman otros alimentos	
				N	%
Alonso Suazo	8	8	27.5	8	33
Crucitas	5	5	17	5	21
Monterrey	5	5	17	5	21
Villa Adela	5	3	10	3	13
San Benito	5	2	7	2	8
Las Torres	1	1	3	1	4
Total	29	24	83	24	100

Fuente: Observación clínica de atención de pacientes

De los 29 niños evaluados, solamente al 83% se le interrogó sobre si daban otros alimentos, en todos los casos se evaluó en el Alonso Suazo, Crucitas, Monterrey y las Torres. Donde menos se evaluó este criterio fue en San Benito y Villa Adela. En el 100% de los casos las madres respondieron que si le daban otros líquidos o alimentos.

**Tabla N. 44** Evaluación de otros alimentos de niños (as) de 2 meses a 1 año, con anemia o crecimiento inadecuado atendidos por IRAS y Diarreas. Región Metropolitana M.D.C. Octubre a Diciembre 2011

Unidad de Salud	Otros alimentos	Criterios de evaluación									
		Veces por día	%	Tamaño porciones	%	Proporción	%	Quiénda comer	%	Cambio alimentac. enfermedad	%
Alonso Suazo	8	8	<b>33</b>	1	<b>4</b>	1	<b>4</b>	2	8	3	<b>13</b>
Crucitas	5	4	<b>17</b>	3	<b>13</b>	3	<b>13</b>	3	13	2	<b>8</b>
Monterrey	5	5	<b>21</b>	4	<b>17</b>	5	<b>21</b>	4	17	5	<b>21</b>
Villa Adela	3	2	<b>8</b>	3	<b>13</b>	3	<b>13</b>	3	13	2	<b>8</b>
San Benito	2	2	<b>8</b>	0	<b>0</b>	2	<b>8</b>	0	0	0	<b>0</b>
Las Torres	1	1	<b>4</b>	0	<b>0</b>	0	<b>0</b>	0	0	0	<b>0</b>
Total	24	22	<b>92</b>	11	<b>46</b>	14	<b>58</b>	12	50	12	<b>50</b>

Fuente: Observación clínica de atención de pacientes

De los 5 criterios para evaluar el consumo de otros alimentos además de la lactancia materna, el más evaluado con un 92% fue el número de veces en un día que se le daban otros alimentos al niño (a) seguido por si se le

daba su propia ración con 58%. Los criterios menos evaluados fueron el tamaño de las porciones con 46%, si se habían presentado cambios en la alimentación durante la enfermedad en le daba de comer al menor con 50% respectivamente.

**Tabla 45.** Evaluación de antecedentes de vacunación y referencia a clínica de vacuna en niños de 2 meses a 4 años atendidos por IRAS y Diarreas. Región Metropolitana M.D.C. Octubre a Diciembre 2011

Unidad de Salud	Niños observados	Madres con carnet	%	Verificación adecuada	%	Niños pendientes	Referencia vacuna	%
Crucitas	10	10	100	10	23	1	1	100
Alonso S	12	10	83	7	16	0	0	-
Monterrey	6	5	83	4	9	0	0	-
Villa A	6	6	100	6	14	0	0	-
San Bo	8	8	100	8	19	0	0	-
Torres	4	4	100	3	7	0	0	-
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>43</b>	<b>93</b>	<b>38</b>	<b>88</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

Fuente: Observación clínica de atención de pacientes.

Al 100% de los niños se les solicitó su carnet de vacuna, 43 madres portaban el mismo en el momento de la atención( 93%).De los 43 carnet revisados solicitados al 88% se le verificó adecuadamente el estado

vacunal, encontrándose 1 niño pendiente de vacuna en el centro de las Crucitas el cual fue referido a la clínica de Inmunización.

**Tabla. 46** Evaluación verificación y referencia de aplicación de Vitamina A en niños de 2 meses a 4 años atendidos por IRAS y Diarreas. Región Metropolitana M.D.C. Octubre a Diciembre 2011

Unidad de Salud	Madres con carnet de vacuna	Verificación	%	Verificación adecuada	%	Niños pendientes	Referencia Clínica	%
Crucitas	10	10	22	10	26	1	1	100
Alonso Suazo	10	10	22	7	18	0	0	-
Monterrey	5	4	9	2	5	0	0	
Villa Adela	6	5	11	5	13	0	0	-
San Benito	8	8	17	8	21	0	0	-
Las Torres	4	2	4	2	5	0	0	-
<b>Total</b>	<b>43</b>	39	85	34	87	1	1	100

Fuente: Observación clínica de atención de pacientes.

De los 43 carnet que portaba la madre se solicitó en el 85% de los casos para verificar la aplicación de la vitamina A y en un 87% se les verificó adecuadamente, encontrándose uno pendiente en las Crucitas el cual fue referido para su aplicación. En un 100% fue verificado

adecuadamente en Las Crucitas, Vila Adela, San Benito y Las Torres. Los que lograron un menor cumplimiento fueron Monterrey y el Alonso Suazo.

**Tabla. 47** Verificación de la evaluación de otros problemas y tratamiento en niños de 2 meses a 4 años atendidos por IRAS y Diarreas. Región Metropolitana M.D.C. Octubre a Diciembre 2011

Unidad de Salud	Niños observados	Verificación	%	Presencia problema	%	Tratamiento Adecuado	%
Alonso Suazo	12	5	11	5	17	4	20
Crucitas	10	8	17	5	17	4	20
Monterrey	6	5	11	5	17	-	
Villa Adela	6	3	7	3	10	3	15
San Benito	8	7	15	0	-	-	-
Las Torres	4	2	4	2	7	2	10
Total	46	30	65	20	67	13	65

Fuente: Observación clínica de atención de pacientes.

Al 65% de los niños atendidos se les verificó si había presencia de otros problemas de salud diferente del motivo de consulta, esta condición fue evaluada en la mayoría de los casos en los centros San Benito, Crucitas y Monterrey. De los 30 pacientes que se les verifico otros problemas de

salud el 67% (20) resultaron positivos y un 65% de ellos recibieron tratamiento adecuado.

**Tabla 48.** Niños (as) de 2 meses a 4 años evaluados por la presencia de Tos o dificultad respiratoria en 6 unidades de salud de la Región Metropolitana MDC

Unidades de salud	Niños (as) evaluados para la presencia de Tos		
	Total de niños (as) observados	Presencia de Tos	%
Alonso Suazo.	12	11	24
Las Crucitas	10	10	22
San Benito.	8	8	17
Villa Adela.	6	6	13
Monterrey	6	5	11
Las Torres	4	4	9
Total	46	44	96

Fuente: Observación clínica de atención de pacientes.

La mayoría de niños y niñas fueron evaluados por la presencia de tos o dificultad para respirar (96%) logrando evaluar todos los casos los centros Las Crucitas, Villa Adela, San Benito y las Torres.

**Tabla 49.** Pacientes con tos o dificultad respiratoria atendidos según unidad de salud. Centros de Salud Región Sanitaria Metropolitana.

Octubre a Diciembre 2011

Unidad de salud	Niños (as) evaluados (as)	Niños con tos o Dificultad respiratoria	%
Alonso Suazo	11	11	25
Crucitas	10	9	20
San Benito	8	8	18
Villa Adela	6	5	11
Monterrey	5	4	9
Las Torres	4	2	5
Total	44	39	89

Fuente: Observación clínica de atención de pacientes .

De los 44 niños y niñas evaluados por tos o dificultad respiratoria 39 presentaron estos síntomas (89%) en los centros Alonso Suazo y San Benito represento la totalidad de casos y en las Torres la mitad de los mismos.



**Tabla N. 50** Niños (as) con tos o dificultad respiratoria según grupo de edad y sexo en 6 unidades salud Región Metropolitana M.D.C.

Octubre a Diciembre 2011

Edad en meses	Sexo				Total	%
	Mujer		Hombre			
	N	%	N	%	N	%
2 a 12 meses	4	10	7	18	11	28
13 a 24 Meses	1	3	10	26	11	28
25 a 36 meses	6	15	5	13	11	28
37 a 48 meses	4	10	0	0	4	10
49 a 60meses	2	5	0		2	5
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>44</b>	<b>22</b>	<b>56</b>	<b>39</b>	<b>100</b>

Fuente: Observación clínica de atención de atención de pacientes

De los 39 casos atendidos por tos o dificultad para respirar la mayoría se encuentra entre los 2 a 36 meses, de acuerdo a sexo el 56% corresponden al sexo masculino.

**Tabla 51.** Evaluación tos o dificultad para respirar según síntomas en niños (as) 2 meses a 4 años en 6 unidades de salud Región Metropolitana M.D.C. Octubre a Diciembre 2011.

Evaluación de criterios en tos y dificultad para respirar	Niños evaluados	
	N°	%
Escucho si había estridor	38	97%
Escucho si habían sibilancias	36	92%
Cuanto tiempo hace	35	90%
Presencia de tiraje subcostal	29	74%
Si hay presencia de sibilancias, las trato primero	5	63%
Frecuencia respiratoria	20	51%

Fuente: Observación clínica de atención de pacientes.

Observación: Se registraron 8 casos de pacientes con sibilancias.

De los 39 casos de IRAS observados al 97 y 92% se les evaluó si había estridor y sibilancias respectivamente, y al 90% cuanto tiempo hacia que tenía tos o dificultad para respirar. En menor porcentaje se evaluó la presencia de tiraje (74%) y si se trataron primero las sibilancias antes de clasificar a un 63% de los casos. El aspecto menos evaluado fue la frecuencia respiratoria con un 51%.

**Tabla 52.** Clasificación adecuada en niños (as) con tos o Resfriado en 6 Unidades de Salud Región Metropolitana M.D.C. IV Octubre a Diciembre 2011

Unidad de salud	Total de niños/as Tos o con dificultad respiratoria	Clasificación adecuada	
		SI	%
San Benito	8	6	15
Alonso Suazo	11	5	13
Monterrey	4	4	10
Las Torres	2	2	5
Crucitas	9	1	3
Villa Adela	5	0	0
Total	39	18	46%

Fuente: Observación clínica de atención de pacientes.

De los 39 niños atendidos por tos o dificultad para respirar, el 46% fue clasificado adecuadamente, en todos los casos en los centros de salud Monterrey y las Torres a diferencia de centros de salud como el Alonso Suazo, Crucitas y Villa Adela que clasificaron adecuadamente menos de la mitad de los casos.

**Tabla 53.** Tratamiento adecuado de niños (as) con Tos o Resfriado en 6 Unidades de Salud. Región Sanitaria Metropolitana MDC. Octubre a Diciembre 2011

Unidad de salud	Niños/as Clasificados adecuadamente	Tratamiento adecuado	
		N	%
Monterrey	4	2	11
San Benito	6	1	5.5
Crucitas	1	1	5.5
Las Torres	2	0	0%
Alonso Suazo	5	0	0%
Villa Adela	0	0	0%
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>4</b>	<b>22%</b>

Fuente: Observación clínica de atención de pacientes.

De los 18 casos clasificados adecuadamente solamente a 4 niños (as) se les brindo el tratamiento adecuado (22%). Es de hacer notar que centros como el Alonso Suazo, Villa Adela y las Torres no trataron adecuadamente los casos.

**Tabla N. 54** Criterios utilizados para evaluar el Tratamiento para la Tos o resfriado. Región Metropolitana M.D.C. Octubre a Diciembre 2011

Criterios	Tos o resfriado		
	Obs	Si	%
Tos más de 30 días/referencia para un examen	2	2	100%
Suavizante de la tos	4	4	100%
Cuando debe volver de inmediato		4	100%
Cita en 5 días si no mejora(seguimiento)		4	100%
trata las sibilancias si procede	2	2	100%

Fuente: Observación clínica de atención de pacientes.

Observación: El análisis de la indicación de referencia para tos de más de 30 días y tratar las sibilancias se realiza en base a 2 casos que si aplicaban.

De los 4 niños (as) que fueron tratados adecuadamente 100% se les evaluó los 5 criterios según el protocolo de atención.

**Tabla 55.** Niños (as) evaluados para problemas de oído atendidos en 6 unidades de salud de la Región Metropolitana MDC  
Octubre a Diciembre 2012

Unidades de Salud	Total de niños (as) atendidos	Evaluados por problema de oído	%
San Benito.	8	8	17%
Alonso Suazo.	12	6	13%
Monterrey	6	5	11%
Las Torres	4	4	9%
Las Crucitas	10	3	7%
Villa Adela.	6	1	2%
Total	46	27	59%

Fuente: Observación clínica de atención de pacientes.

Más de la mitad de niños y niñas fueron evaluados por la presencia de problemas de oído (59%) logrando evaluar todos los casos los centros San Benito y las Torres. Villa Adela y las Crucitas evaluaron en menor medida los casos (2 y 7 % respectivamente.)

**Tabla 56.** Pacientes con problema de oído atendidos según unidad de salud. Centros de Salud Región Sanitaria Metropolitana. Octubre a Diciembre 2011

Unidad de salud	No. de niños evaluados por problema de oído	No de niños con problema de oído.	%
Alonso Suazo	6	2	7%
Crucitas	3	0	0%
Monterrey	5	0	0%
Villa Adela	1	0	0%
San Benito	8	0	0%
Las Torres	4	1	4%
Total	27	3	11%

Fuente: Observación clínica de atención de pacientes.

De los 27 niños evaluados por problema de oído, el 11% (3) resultaron positivos en el Centro de Salud Alonso Suazo y las Torres.

**Tabla 57.** Criterios utilizados en la evaluación de problema de oído en niños (as) de 2 meses a 4 años en 6 unidades de salud Región Metropolitana M.D.C. Octubre a Diciembre 2011

Criterios para Evaluación problema de oído	Niños problema de oído (3)	
	Si	%
Supuración de oído	3	100
Dolor de oído	2	67%
Cuanto tiempo hace	2	67%
Palpación atrás oreja	2	67%

Fuente: Observación clínica de atención de pacientes.

A los 3 niños con problema de oído se les evaluó si había presencia de supuración, y solamente a 2 de los 3 se les evaluó por dolor de oído, tiempo de duración del dolor y se le palpó atrás de la oreja, a ninguno se les evaluó los 4 criterios establecidos.



**Tabla 58.** Clasificación y tratamiento adecuado de niños(as) con Otitis Media en 6 unidades de salud de la Región Sanitaria Metropolitana. MDC.

Octubre a Diciembre 2011

Unidad de salud	Niños con Otitis media	Clasificación adecuada		Tratamiento adecuado	
		SI	%	N	%
Alonso Suazo	2	2	67	0	0
Las Torres	1	0	0	0	0
Total	3	2	67	0	0

Fuente: Observación clínica de atención de pacientes.

De los niños con problema de oído, el 67% fueron clasificados adecuadamente, y en ninguno de los casos fueron tratados de acuerdo al protocolo de atención.

**Tabla 59.** Cumplimiento de las 5 indicaciones para el tratamiento de la Otitis media Aguda. Región Sanitaria Metropolitana MDC. Octubre Diciembre 2011.

Tratamiento indicado	N	%
Antibiótico oral por 10 días	3	100
Acetaminofén	2	67
Secar oído	1	33
Seguimiento 5 días	1	33
Indicación cuando volver inmediato	0	0

Fuente: Observación clínica de atención de pacientes.

En secar el oído en un caso no aplica.

En los 3 niños la indicación que se cumplió en el 100% de los casos fue la administración del antibiótico seguido por la indicación del analgésico (67%), los de menor cumplimiento fueron la orientación a la madre sobre secar el oído y citar para cita de seguimiento en 5 días. La indicación que no se brindó a ninguno de los pacientes fue cuando debía volver de inmediato al centro de salud. A ningún niño se le aplicó el tratamiento de acuerdo al protocolo de atención.

**Tabla N. 60** Niños (as) evaluados para problemas de garganta atendidos  
 en 6 unidades de salud de la Región Metropolitana MDC  
 Octubre a Diciembre 2011

Unidades de salud	Total de niños (as) observados	Niños (as) evaluados por Problema de garganta	%
Alonso Suazo.	12	10	22%
San Benito.	8	8	17%
Las Crucitas	10	6	13%
Monterrey	6	5	11%
Villa Adela.	6	4	8%
Las Torres	4	3	7%
Total	46	36	78%

Fuente: Observación clínica de atención de pacientes.

Al 78% de los niños observados se les evaluó si presentaban algún problema de garganta, en el Centro de Salud San Benito se evaluaron todos los pacientes. En menor porcentaje se evaluó en los centros Las Torres, Villa Adela y Monterrey.

**Tabla N. 61** Pacientes con problema de garganta atendidos según unidad de salud. Centros de Salud Región Sanitaria Metropolitana. IV  
Octubre a Diciembre 2011

Unidad de salud	No. de niños evaluados por problema de garganta	No de niños con problema de garganta.	%
Alonso Suazo	10	9	25%
San Benito	8	8	22%
Monterrey	5	4	11%
Villa Adela	4	4	11%
Crucitas	6	2	6%
Las Torres	3	2	6%
Total	36	29	81%

Fuente: Observación clínica de atención de pacientes.

De los 36 niños y niñas evaluados, 29 resultaron con problema de garganta (81%), el 25% corresponde al Alonso Suazo, y el 22% a San Benito. En los centros Villa Adela y San Benito todos los casos evaluados resultaron con problema de garganta. En las Crucitas y las Torres se presentaron el menor número de casos.

**Tabla 62.** Clasificación adecuada en niños (as) con problema de Garganta en 6 Unidades de Salud Región Metropolitana M.D.C Octubre a Diciembre 2011

Unidad de salud	Niños/as Problema de garganta	Clasificación adecuada	
		SI	%
Alonso Suazo	9	6	21
San Benito	8	5	17
Monterrey	4	4	14
Villa Adela	4	3	10
Crucitas	2	1	3
Las Torres	2	0	0
Total	29	19	66

Fuente: Observación clínica de atención de pacientes.

De los 29 niños que presentaron problemas de garganta, el 66% fue clasificado adecuadamente, distribuidos el 21% en Alonso Suazo y el 17% en San Benito. Es de hacer notar que la clasificación fue adecuada en un 100% en el centro de la Monterrey y de un 0% en las Torres.

**Tabla 63.** Tratamiento adecuado de niños (as) con Faringoamigdalitis Estreptocócica en 6 Unidades de Salud. Región Sanitaria Metropolitana MDC. Octubre a Diciembre año 2011

Unidad de salud	Casos positivos	Tratamiento adecuado	
		SI	%
Alonso Suazo	3	2	20
Monterrey	2	2	20
Villa Adela	1	1	10
San Benito	2	0	0
Crucitas	2	0	0
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>50</b>

Fuente: Observación clínica de atención de pacientes.

De los 10 niños con Faringoamigdalitis estreptocócica, el 50% fue tratado adecuadamente. En los centros Monterrey y Villa Adela en el 100% de los casos el manejo fue de acuerdo a la normativa que consiste en la administración de suavizante, para la garganta, indicación de medicamento antibiótico y antipirético/analgésico.

**Tabla 64.** Cumplimiento del tratamiento en niños de 2 meses a 4 años con Faringo Amigdalitis Estreptocócica. Región Sanitaria Metropolitana. MDC.

Octubre a Diciembre 2011

Indicaciones del tratamiento	Niños con F. A. S	Tratamiento adecuado	
	N°	N°	%
Dosis de Penicilina Benzatínica	10	8	80%
Suavizante		6	60%
Acetaminofén		10	100%

Fuente: Observación clínica de atención de pacientes

De un total de 10 niños con Faringoamigdalitis al 100% se le indico acetaminofén, un 80% de casos de antibiótico y solo a un 60% el suavizante para la tos.

**Tabla N. 65** Tratamiento adecuado en niños (as) de 2 meses a 4 años de edad con Faringo Amigdalitis Viral en 6 Unidades de Salud. Región Sanitaria Metropolitana MDC. Octubre a Diciembre 2011

Unidad de salud	Casos clasificados	Tratamiento adecuado	
		SI	%
Alonso Suazo	4	2	18
Villa Adela	1	0	0
San Benito	4	0	0
Las Torres	2	0	0
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>2</b>	<b>18</b>

Fuente: Observación clínica de atención de pacientes.

De los 11 casos atendidos por Faringo amigdalitis viral, solamente 2 (18%) fueron tratados adecuadamente y corresponden al centro de salud Alonso Suazo.



**Tabla 66.** Criterios utilizados para el tratamiento en niños con Faringo Amigdalitis Viral. Región Sanitaria Metropolitana. MDC. Octubre a Diciembre 2011

Indicación	Numero niños (as) con F.A.V.	N	%
Acetaminofén		9	82
Consejo madre cuidados en casa		7	64
Suavizante alivio dolor garganta		4	36
Indicó cuando volver de inmediato	11	4	36

Fuente: Observación clínica de atención de pacientes.

La indicación de mayor cumplimiento fue el uso del acetaminofén (82%), y la orientación a la madre sobre los cuidados del niño en la casa (64%) y en menor medida el uso de los suavizantes como medio de mitigar el dolor de garganta y la orientación a la madre sobre cuando volver de inmediato. Es de hacer notar que en un caso se indicó el uso de antibiótico que no está indicado según protocolo de atención. De los niños atendidos a ninguno se le cumplió el tratamiento establecido en la normativa.

**Tabla 67.** Niños (as) evaluados por Fiebre atendidos en 6 unidades de salud de la Región Metropolitana MDC Octubre a Diciembre 2011

Unidades de salud	Total de niños (as) observados	Niños (as) evaluados por Fiebre	%
Alonso Suazo.	12	11	24
Las Crucitas	10	8	17
Monterrey	6	5	11
Villa Adela.	6	5	11
San Benito.	8	5	11
Las Torres	4	4	9
Total	46	38	83%

Fuente: Observación clínica de atención de pacientes.

De los 46 niños atendidos 38 (83%) fueron evaluados por presencia de fiebre, por el Alonso Suazo el 24% y el 17% por las Crucitas. Es de hacer notar que en las Torres se evaluaron todos los casos.

**Tabla 68.** Pacientes con Fiebre atendidos según unidad de salud.

Centros de Salud Región Sanitaria Metropolitana. Octubre a Diciembre

2011

Unidad de salud	No. de niños evaluados por Fiebre	No de niños con Fiebre.	%
Alonso Suazo	11	9	24
Crucitas	8	8	21
Villa Adela	5	5	13
Monterrey	5	4	11
San Benito	5	4	11
Las Torres	4	3	8
Total	38	33	87

Fuente: Observación clínica de atención de pacientes

De los 38 niños que se les evaluó si tenían fiebre, el 87% (33), resultaron positivos, con mayor porcentaje en el Alonso Suazo y las Crucitas. Es de hacer que en las Crucitas y Villa Adela el 100% de los niños evaluados presento fiebre.

**Tabla 69.** Criterios para evaluación la Fiebre según signos y síntomas en niños (as) 2 meses a 4 años en 6 unidades de salud Región Metropolitana M.D.C. Octubre a Diciembre 2011

Evaluación prob. Fiebre	Niños atend x Fiebre	Niños con Fiebre	
		N°	%
Fiebre por historia o tacto	33	28	85%
Fiebre por más de 7 días		19	58%
Tos o coriza		18	55%
Rigidez nuca		13	39%
Presencia petequias		5	28%
Fiebre todos los días		9	27%
Hemorragia gingival		4	12%
Erupciones		4	12%
Viaje zona malarica		3	9%

Fuente:  
Observación

clínica de atención de pacientes.

Los signos y síntomas más utilizados en la evaluación de pacientes para verificar la presencia de fiebre son fiebre por historia o al tacto con 85%, fiebre por más de 7 días (58%) y tos o coriza con 55%. Lo menos evaluado fue hemorragia gingival, erupciones y si había viajado a zonas malárica.

**Tabla. 70** Clasificación y tratamiento adecuado en niños (as) con Fiebre en 6 Unidades de Salud Región Metropolitana M.D.C. Octubre a Diciembre 2011

Unidad de salud	Total de niños/as con fiebre	Clasificación adecuada		Tratamiento adecuado	%
		SI	%		
Monterrey	4	4	12	4	27
Crucitas	8	5	15	2	13
Villa Adela	5	4	12	2	13
Las Torres	3	1	3	1	7
Alonso Suazo	9	1	3	0	0
San Benito	4	0	0	-	-
Total	33	15	45	9	60

Fuente: Observación clínica de atención de pacientes.

De los 33 niños atendidos con fiebre al 45 % se le realizó la clasificación adecuadamente, en un 27% en el centro de salud Monterrey y 13% en las crucitas y Villa Adela. De los 15 pacientes clasificados adecuadamente el 60% fue tratado adecuadamente en todos los casos en la Monterrey y las Torres.

**Tabla 71.** Niños (as) evaluados para la presencia de Diarrea atendidas  
en 6 unidades de salud de la Región Metropolitana MDC  
Octubre a Diciembre 2011

Unidades de salud	Total de niños (as) observados	Evaluación presencia de Diarrea	%
Alonso Suazo.	12	11	24
San Benito.	8	8	17
Las Crucitas	10	6	13
Monterrey	6	6	13
Villa Adela.	6	6	13
Las Torres	4	4	9
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>41</b>	<b>89%</b>

Fuente: Observación clínica de atención de pacientes.

Para la presencia de Diarreas se evaluó en total el 89% de los niños (as), logrando evaluar en todos los casos en Monterrey, Villa Adela, San Benito y las Torres. El Alonso Suazo evaluó el 92% de los casos y el menor porcentaje lo obtuvo las Crucitas (60%).

**Tabla 72.** Pacientes con Diarrea atendidos según unidad de salud.

Centros de Salud. Región Sanitaria Metropolitana. Octubre a  
Diciembre 2011

Unidad de salud	Niños (as) evaluados por presencia de Diarrea	No de niños con Diarrea.	%
Alonso Suazo	11	7	17
Monterrey	6	4	10
San Benito	8	3	7
Crucitas	6	1	2
Las Torres	4	1	2
Villa Adela	6	0	0
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>16</b>	<b>39%</b>

Fuente: Observación clínica de atención de pacientes.

De los 41 niños y niñas evaluados por presencia de Diarrea 16 resultaron positivos (39%), con mayor porcentaje el Alonso Suazo con el 17% y la Monterrey con el 10% de los casos.

**Tabla 73.** Criterios para la evaluación de la Diarrea en 6 Unidades de Salud Región Sanitaria Metropolitana. MDC. Octubre a Diciembre 2011

Criterios de evaluación Diarrea	Niños/as atendidos/as Con Diarrea	Criterios evaluados	
		Si	%
Letárgico o inconsciente	16	10	63
Sangre en las heces		9	56
Signo del pliegue cutáneo		9	56
Cuanto tiempo hace		7	44
Presencia de tiraje subcostal		7	44
Ojos hundidos		7	44
Le ofrece líquidos al niño		3	19

Fuente: Observación clínica de atención de pacientes.

De los 7 signos y síntomas que deben ser evaluados los más frecuentes fueron si estaba letárgico o inconsciente (63%), si había presencia de sangre en las heces y el signo del pliegue cutáneo con 56 % en ambos casos. En menor medida (19%) se le ofreció o se le solicitó a la madre darle líquidos al niño (a) para determinar si tenía sed. Ninguno de los niños (as) fue evaluado correctamente.

\



**Tabla 74.** Indicaciones utilizados en el tratamiento a niños con Diarrea sin deshidratación Región Metropolitana M.D.C. Octubre a Diciembre 2011

Evaluación del tratamiento y seguimiento	Total de niños/as atendidos/as	Niños con Diarrea sin deshidratación	
		N	%
<b>Tratamiento</b>	<b>16</b>		
Indico alimentos y líquidos en casa (Plan A)		9	56
Indico cuando volver de inmediato		6	38
Oriento si continua la diarrea hacer nueva consulta en 3 días		7	44

**Fuente:** Observación clínica de atención de pacientes.

De los 3 criterios el más utilizado en un 56% fue la orientación sobre el Plan A de rehidratación que consiste en consejos para la alimentación y el consumo de líquidos en la casa, en segundo lugar en un 44% se orientó a regresar a una nueva consulta si continuaba la diarrea. El criterio del tratamiento menos utilizado fue indicar a la madre cuando volver de inmediato. En ninguno de los casos el tratamiento fue adecuado.

**Tabla 75.** Clasificación y tratamiento adecuado en niños (as) con Diarrea en 6 Unidades de Salud. Región Metropolitana M.D.C. Octubre a Diciembre 2011

Unidad de salud	Total de niños/as con diarreas	Clasificación adecuada		Tratamiento adecuado	
		N	%	N	%
Monterrey	4	3	19	2	25
Alonso Suazo	7	4	25	1	13
San Benito	3	0	0	1	13
Las Torres	1	1	6	0	0
Crucitas	1	0	0	0	-
Total	16	8	50	4	50

Fuente: Observación clínica de atención de pacientes.

Del total de 16 niños con diarrea al 50% se le clasifico adecuadamente contribuyendo en un 25% el Alonso Suazo y un 19% la Monterrey. De los 8 clasificados al 50% se dio el tratamiento adecuado.

**Tabla 76.** Criterios utilizados en el tratamiento de la Diarrea persistente en 6 Unidades de Salud de la Región Sanitaria Metropolitana MDC.

Octubre a Diciembre 2011

Tratamiento	Niños/as atendidos/as Diarrea persistente	Cumplimiento Indicaciones	
		N°	%
Dio cita de seguimiento de 5 días después	1	1	100%
Explico a la madre como alimentar niño (a) con con Diarrea Persistente		0	0%

**Fuente:** Observación clínica de atención de pacientes.

En el tratamiento que se brinda al niño con Diarrea Persistente se cumplió una de las 2 indicaciones establecidas en la normativa que es dar una cita de seguimiento en 5 días, y la indicación que no se cumplió fue la de explicar a la madre como alimentar a u niño (a) con diarrea persistente.

**Tabla 77.** Duración de la consulta en la atención de niños (as) con IRAS y Diarreas con la Estrategia AIEPI. Unidades de Salud Región Sanitaria Metropolitana. MDC Octubre a Diciembre 2011

Minutos duración consulta	Niños(as) atendidos	%
Menos de 10 minutos	3	7
10-15	14	30
16-20	15	33
21-25	8	17
26 o mas	6	13
Total	46	100

Fuente: Observación clínica de atención de pacientes

El tiempo de duración de la consulta de la mayoría de los niños que fueron atendidos con la estrategia AIEPI tuvo una duración de 16 a 20 minutos en un 33% de los casos, y de 10 a 15 minutos con un 30%. Es de hacer notar que sumando los niños ubicados en los rangos de 16 o más minutos corresponde al 63% de los niños atendidos en comparación con el rango de menor o igual a 15 minutos que corresponde a 37%.

La duración de la atención a los niños (as) atendidas en promedio fue de 19 minutos. La frecuencia resulto multimodal con valor de 14, 17 y 20 minutos por atención.

**Tabla 78.** Relación entre la opinión del tiempo necesario para atender a los niños (as) con AIEPI y el tiempo real observado en el momento de la atención. Región Sanitaria Metropolitana del MDC. Octubre a Diciembre 2011

Opinión de los médicos sobre tiempo necesario para atender niños (as) con Estrategia AIEPI			Tiempo observado de la consulta desde el inicio hasta el final		
Rango del tiempo	Número de médicos	%	Rango	Niños atendidos	%
Menos de 10 minutos	4	17	Menos de 10 minutos	3	7
10-15	9	38	10-15	14	30
16-20	6	25	16-20	15	33
21-25	1	4	21-25	8	17
26 o mas	2	8	26 o mas	6	13
Depende del paciente	2	8	—	—	—
Total	24	100	Total	46	100

Fuente: Observación clínica de atención de pacientes

La mayor parte de los médicos (38%) opinaron que el rango de tiempo estimado para atender a los niños (as) con la estrategia AIEPI es de 10 a 15 minutos y en la observación directa de la atención clínica el tiempo real fue de 16 a 20 minutos en un 33% de los casos. El promedio general observado fue de 19 minutos.

## VI. ANALISIS DE RESULTADOS

### **Disponibilidad de los recursos humanos capacitados en la estrategia AIEPI.**

El análisis del recurso humano es de vital importancia ya que es el pilar fundamental del sistema de salud y su desempeño impacta directa e indirectamente en la calidad de vida de la población. El personal médico entrevistado que brindó la atención directa al paciente pertenece a las seis Unidades de Salud objeto de estudio, con edad promedio de 48 años de edad, la razón entre hombre y mujeres fue de 1:1, la mitad de ellos fueron de condición laboral permanente.

La mayoría no ha sido objeto de un proceso de educación permanente en AIEPI; de acuerdo a los resultados menos de la mitad recibieron capacitación hace 5 años o más.

Para interpretar los resultados del papel que juegan los recurso humanos en la atención al menor de 5 años con la estrategia AIEPI es válido considerar el pensamiento de Davini 1997, el cual expresa “La Educación Permanente (EP) resulta una herramienta útil para lograr cambios significativos en los procesos de formación, al centrar la propuesta

educativa en el análisis de los problemas del trabajo, con base en prácticas concretas e integrando la teoría y la práctica”.

Conceptualmente, existe un vínculo importante entre la capacitación y la supervisión, y puede considerarse una continuidad de la otra, en el mismo orden e incluso más aún, la supervisión y el seguimiento posterior a la capacitación son actividades muy afines, casi la totalidad de los médicos opinaron que la supervisión era de utilidad, que el principal objetivo de la misma es mejorar la calidad de atención e identificar problemas y corregirlos, lo cual coincide en lo establecido en el manual del Curso de Organización Local (OPS 2004) "La supervisión es un proceso periódico que permite detectar problemas rápidamente e intervenir con igual prontitud en las áreas en que sea menester...".

La mayoría de los médicos manifestaron que fueron supervisados en la atención brindada al menor de 5 años en los últimos 12 meses y que recibieron retroalimentación de su desempeño. Llama la atención que una minoría de los médicos refirió no saber si los habían supervisado, esto responde a la modalidad de supervisión indirecta, que se realiza sin establecer contacto entre la persona que supervisa y la persona supervisada.

Por lo general este tipo de supervisión se basa en observaciones de informes o registros, así como en la recolección de otra información que permite conocer el desempeño del personal. Independientemente del tipo de supervisión utilizada es necesario retroalimentar los recursos supervisados.

De acuerdo a los resultados del estudio la supervisión indirecta es la modalidad más utilizada, a través de la revisión del expediente, donde se registra la atención que brindó el médico al niño (a), se utiliza en menor medida la modalidad de la supervisión directa donde se observa al médico en el momento de la atención y esto podría estar relacionado con la escasez de los recursos humanos dedicados a la supervisión, el limitado apoyo logístico así como a las prioridades establecidas por las autoridades regionales.

Con la combinación de las 2 modalidades de supervisión directa e indirecta se observó a menos de la mitad de los médicos lo que limita conocer mejor el desempeño del personal “Las supervisiones directa e indirecta no son excluyentes, y es conveniente combinarlas ya que pueden brindar información complementaria que permita hacer una evaluación más objetiva del desempeño del personal”. (OPS 2004).



Según la opinión de más o menos la mitad de los entrevistados, la principal limitante para brindar la atención integral de acuerdo a la estrategia AIEPI es la no disponibilidad de material y equipo para brindar la atención, lo cual se constató en el momento de la observación: Opinaron en segundo lugar que la organización de la atención, problemas relacionados con mal desempeño de los recursos humanos y en menor medida la poca disponibilidad de los medicamentos esenciales que influye en la evolución de la enfermedad.

### **Disponibilidad de insumos y medicamentos esenciales para la atención de niños con AIEPI**

Se encontró que en todas las Unidades de Salud tenían disponibilidad de material y equipo para la medición antropométrica, rehidratación oral y nebulización de los menores de 5 años, solo en 1/3 unidades tenían materiales para la medición de la temperatura y no se encontró existencia de tarjetas para el registro de las vacunas. En las clínicas de atención médica ninguna estaba equipada con todos los insumos necesarios: termómetro, manual de AIEPI, vasos, cucharas y oftalmoscopio. Esta carencia de materiales y equipo limita la atención que recibe el niño (a).

Esta situación coincide con la opinión de los médicos asistenciales, los que identifican como principal limitante para la aplicación de la estrategia la disponibilidad de materiales y equipo.

En general ninguna Unidad de Salud contaba con la totalidad del material y equipo mínimo necesario para brindar la atención al niño, esta condición se relaciona con la necesidad de una política que garantice el mantenimiento de equipo e instalaciones de salud del sector público lo que influye negativamente en el proceso de licenciamiento de los establecimientos de la Secretaria de Salud. (SESAL 2010).

El estudio refleja bajo abastecimiento de medicamentos necesarios para la atención de los niños con la estrategia AIEPI, solamente se encontró Penicilina Preclínica, Sales de Rehidratación oral y el micronutriente Vitamina A. Ninguna de las Unidades de Salud contaba con todos los medicamentos establecidos en la Estrategia AIEPI, esta baja disponibilidad coincide con los resultados encontrados en el estudio de Zamora, Cordero, & Mejía; Evaluación de la Estrategia AIEPI en los servicios de salud, primera prueba mundial, 2002 donde la disponibilidad fue de 14%. En su totalidad se encontró disponible los inmunobiologicos establecidos por el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Llama la atención que los médicos ubicaron la falta de medicamentos en cuarto

lugar como limitante para brindar la atención a los niños con IRAS y Diarreas, lo cual podría estar relacionado con el desconocimiento o la poca comunicación existente entre las autoridades y los médicos de las unidades de Salud.

Esto evidencia que hay limitantes que no favorecen a que el personal sea sujeto de sus procesos de trabajo, reflexionando sobre los problemas de organización y funcionamiento, identificando y removiendo obstáculos y diseñando nuevas respuestas a los problemas tradicionales o emergentes que enfrentan los servicios de salud. (Rovere & Abrazan, 2005)

La baja disponibilidad de medicamentos encontrados en este estudio evidencia un claro incumplimiento a la política de aseguramiento de la dotación y disponibilidad de los medicamentos esenciales e insumos críticos para la atención. La compra de medicamentos consume el 78% del gasto en salud, y éste en un 72% proviene del bolsillo de los hogares. El modelo de financiamiento de la salud de Honduras, se considera uno de los más inequitativos del continente, encontrándose en la posición 178 de los 191 países estudiados; ello evidencia que las personas pobres o en peligro de empobrecer, son las que más están financiando el sistema actual por medio del pago directo de sus bolsillos. (SESAL UPEG, 1988)

**Calidad de atención brindada a los menores de 5 años atendidos con base al cumplimiento del protocolo de AIEPI**

En 1991 la Organización Mundial de la Salud afirmaba que: "Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite".

La Secretaria de Salud a través del programa Nacional de Garantía de la Calidad realiza el abordaje bajo tres estrategias: a) mejorar la satisfacción del usuario, b) mejorar la calidad técnica-científica de las atenciones prestadas por los profesionales de salud, y c) optimizar el uso de los recursos. Tradicionalmente, la evaluación de la calidad se efectúa comparando un indicador con un estándar determinado, los cuales pueden ser de estructura, proceso o resultados (Plan de Nación 2010-2014).

La evaluación del proceso y los resultados se dirige hacia aspectos profesionales o técnicos, utilizando como instrumento las auditorías y el análisis de los resultados medidos a través de indicadores; verifica el grado de cumplimiento de las normas o protocolos establecidos y su correlación con los estándares, y permite también evaluar el grado de eficiencia y eficacia de la entrega de servicios a la población.

Se observó la atención de 46 niños, la mayoría se ubica en los rangos de 13 a 60 meses. De acuerdo a sexo la razón es 1:1, más de la mitad pertenece al sexo masculino.

Los resultados en la investigación en el componente técnico-científico reflejaron que en la atención de enfermería casi la totalidad de todas las Unidades de Salud a los niños se les tomó el peso y la temperatura en forma adecuada; información fundamental en el momento de clasificar tratar y dar seguimiento a los pacientes en la consulta según protocolo de AIEPI.

El desempeño medico fue bajo para descartar la presencia de signos de enfermedades que ponen en peligro inmediato al niño, para proceder a su rápida atención y tratamiento, solamente una quinta parte de ellos se les evaluaron los 4 signos de peligro, resultado similar se obtuvo en la evaluación de la estrategia AIEPI en Bolivia en 1999 donde se evaluó al 37% de los niños en estudio sobre las señales de peligro.

Con base en lo anterior y tomando en cuenta solo 3 de las 4 señales de peligro que deben ser evaluadas no se encontró mayor diferencia (25%) contrario a la evaluación en Bolivia donde se logró un alto porcentaje (81%).

La estrategia AIEPI le ofrece a los trabajadores de salud el máximo aprovechamiento de todo contacto con el niño, el enfoque está dirigido a evaluar en forma sistemática la atención, las causas más importantes de mortalidad, morbilidad, crecimiento y desarrollo, los problemas de alimentación, los antecedentes de vacunación, la lactancia materna entre otros.

El desempeño del personal en la evaluación del crecimiento y desarrollo de los niños fue bajo, solamente a un poco más de la mitad, se les clasificó si tenían problemas de crecimiento utilizando la curva de peso por edad en la gráfica, a diferencia de la evaluación internacional realizada en Bolivia donde se utilizó en un 89%.

Es de hacer notar que en muy pocos casos se utilizó la tabla de incremento de peso para la edad establecido en la estrategia. Casi la mitad de los niños contaba con un solo registro de referencia de peso, lo que limitó la clasificación del crecimiento, esto denota la falta de seguimiento a los niños, contrario a uno de los objetivos de la estrategia donde se expresa que se debe mejorar el crecimiento y desarrollo durante los primeros años de vida (Enjague 2001).

El tratamiento que se dio a niños con clasificación de crecimiento adecuado fue deficiente, a ninguno se le dio el tratamiento normado, el cumplimiento fue menor al 50% en cada una de las indicaciones, la que observó mayor cumplimiento fue la indicación de vitamina A.

De igual forma no se aplicó el tratamiento adecuado para niños con crecimiento inadecuado, la indicación que más se cumplió fue la evaluación de la alimentación en los menores de 2 años, similares resultados se encontraron en la Evaluación de la Estrategia AIEPI en Bolivia donde al 94% se les interrogó sobre el uso de la lactancia materna. Se evaluó y clasificó en bajos porcentajes el desarrollo de los niños menores de 2 años.

El protocolo en la evaluación, clasificación y tratamiento de la anemia no se cumple: menos de la mitad de los casos fueron evaluados por la presencia de anemia y solamente 1 caso con anemia leve fue tratado adecuadamente lo que pone en riesgo el desarrollo cognoscitivo de los niños.

Esto coincide con los resultados de la investigación de evaluación de AIEPI para Ferropenia (López y Benjumea 2007) donde se evidenció que “Durante la atención de los menores de cinco años los procesos dirigidos a la prevención, diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropenia no siguieron los lineamientos estipulados por la estrategia AIEPI”.

El conocimiento de la lactancia materna y el inicio de la alimentación complementaria son importantes desde el punto de vista de la salud infantil, porque permiten conocer en qué momento los niños tienen mayor riesgo a ser expuestos a contraer ciertas enfermedades.

En este sentido el personal presento un alto desempeño al evaluar la práctica de la lactancia materna en la alimentación de los niños,

Con anemia, crecimiento inadecuado o con la edad de 2 a 23 meses y la introducción de alimentos lo cual coincide con los resultados obtenidos en Bolivia donde se obtuvieron resultados del 94% en ambos casos. De acuerdo a los resultados a poco más de la mitad les dan lactancia materna

Las prácticas de alimentación en los niños constituyen uno de los elementos claves que condicionan un adecuado estado nutricional, el que a su vez condiciona su potencial de desarrollo y crecimiento. En los primeros seis meses de edad provee, los nutrientes necesarios para un adecuado crecimiento y desarrollo, además de inmunización para un gran número de enfermedades comunes en la niñez.

Se evaluó en casi 2/3 partes de los casos el número de veces que las madres amantaban en 24 horas, sobre el tiempo de duración de la amantada y si daban lactancia por la noche.



En porcentajes también altos se evaluó la introducción de otros alimentos siendo esta una práctica común en las madres entrevistadas. De igual forma se verificó en altos porcentajes la aplicación de la vitamina A observándose buenas coberturas.

La sistemática evaluación del estado de vacunación del niño que incluye la aplicación de la estrategia AIEPI permite aprovechar todas las oportunidades de contacto del niño con el personal de salud, no solo para identificar los esquemas incompletos de vacunación y aplicar las vacunas correspondientes sino también para reforzar la importancia de la vacunación oportuna del niño ( Lleuda Enjue' 2001).

Se encontró que casi la totalidad de las madres que se encuestaron portaban la tarjeta de vacuna de su hijo en el momento de la consulta, este dato supera al reportado en la ENDESA 2011-2012 a nivel del Municipio del Distrito Central, donde el 85.3% de las madres presento carnet de vacuna. El estudio demuestra que en un alto porcentaje de los casos se les verificó adecuadamente el esquema de los inmunobiológicos porcentajes superiores a lo encontrado en la Evaluación de Bolivia donde el 82 % de los niños tenían todas las vacunas. Se refirió a la clínica de Inmunización al único niño pendiente de vacuna.

Los hallazgos demuestran que solo a un 1/3 de los niños se les evaluó y trató por otros problemas de salud además del motivo de consulta que

expresó la madre, esto evidencia que el recurso humano no está consciente de la integralidad en la aplicación de la estrategia lo que conlleva a exponer la salud de los niños (as)

La atención integral consiste en abordar las necesidades y problemas de salud, en los individuos, familias o comunidades, en una sociedad concreta, que define las condiciones de vida, perfilando un determinado nivel de salud en los grupos sociales que la conforman. (Sánchez 2004).

### **Atención de niños con IRAS**

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), especialmente la neumonía, constituye una de las principales causas de mortalidad en la infancia y la niñez en este país. La estrategia contempla una secuencia de evaluación del estado de salud del niño que incluye la búsqueda de los signos y síntomas que hacen sospechar la presencia de alguna de estas enfermedades o problemas de salud. De este modo garantiza, en primer lugar que la identificación de las mismas no será omitida por no haber sido la causa principal de consulta. (Benguigui 2002).

El desempeño del personal médico fue alto en la evaluación de la tos o dificultad para respirar; niños y niñas fueron evaluados superando el 91.2% obtenido en el estudio de Zamora, Cordero y Mejía, logrando evaluar todos los casos los centros Las Crucitas, Villa Adela, San Benito y las Torres, garantizando la detección precoz de las principales enfermedades que afectan la salud del niño según el perfil epidemiológico de nuestra la población

Del total de niños evaluados, casi la mayoría presentó sintomatología por tos o dificultad respiratoria. Los médicos presentaron un alto rendimiento al evaluar presencia de estridor y sibilancias en los niños, el cual disminuye en la evaluación del tiraje y más dramáticamente en la evaluación de la frecuencia respiratoria; signo que fue evaluado en un poco más de la mitad de los casos, lo que limitó en gran medida saber si se presentaron pacientes con neumonía.

A medida que avanza la consulta médica al niño disminuye el desempeño médico, la clasificación adecuada se realizó en menos de la mitad de los casos y se brindó el tratamiento adecuado del Resfrío Común con un bajo cumplimiento del protocolo AIEPI.

Más de la mitad de niños y niñas fueron evaluados por problemas de oído de los cuales 3 se clasificaron como Otitis Media y ninguno recibió el tratamiento adecuado. De las 4 indicaciones a tomar en cuenta para el tratamiento a ninguno de los niños se le cumplieron totalmente según lo normado. De acuerdo a los hallazgos de la investigación el desempeño en el manejo de niños con problema de oído fue bajo.

Más de la mitad de los niños(as) fueron evaluados por problemas de garganta, se clasificaron 10 casos de Faringo Amigdalitis Estreptocócica de los cuales la mitad recibió tratamiento adecuado. En muy pocos casos se clasificaron y recibieron el tratamiento adecuado los niños con Faringo Amigdalitis Viral.

Los hallazgos encontrados en el estudio no contribuyen en gran manera al cumplimiento de los objetivos de la estrategia de AIEPI que plantea reducir la mortalidad en la infancia, reducir la incidencia y gravedad de las enfermedades y problemas de salud que afectan a niños y niñas (Bengugui, 2001).

#### Niños con Fiebre

Según resultados de la ENDESA 2011-2012, en el Municipio del Distrito Central el 1/4 de los niños menores de 5 años presentaron fiebre en los últimos 15 días previo a la Encuesta.

De acuerdo a los resultados de la investigación a casi la totalidad de los niños se les tomó la temperatura y 4/5 resultaron con fiebre, de estos más de la mitad fueron clasificados adecuadamente y en 3/5 casos se observó un bajo rendimiento en el tratamiento indicado.

En general en el tratamiento de la Otitis media, Faringoamigdalitis Estreptocócica, Faringo Amigdalitis Viral y la Fiebre el desempeño del personal fue bajo; mayoritariamente se cumplieron las indicaciones de la administración de medicamentos como los antibióticos y analgésicos según AIEPI, no así las indicaciones que orientan y educan a la madre sobre la identificación de señales de peligro o los cuidados que debe recibir el niño en el hogar entre otras. La estrategia incluye contenidos educativos referidos al manejo en el hogar de los problemas identificados, a la identificación de signos de alarma para motivar la consulta precoz, y a los cuidados generales que contribuirán a mejorar la condición del niño. (Benguigui,2001).

### **Atención de niños con Diarreas.**

El perfil epidemiológico de Honduras es caracterizado por la presencia de enfermedades transmisibles o infecto contagiosas, relacionadas con las condiciones de acceso al agua y al saneamiento básico.

La prevalencia de Diarrea aumentó de 16% del periodo 2005-2006 a 18% en el 2011-2012, lo que representa para dicho grupo, una mayor vulnerabilidad a enfermarse y a complicaciones que pueden llevar a la muerte. En Honduras todavía un 12% de la niñez muere por diarrea. Si bien es cierto la mortalidad infantil ha disminuido, aun continua siendo elevada por causas prevenibles, comparada con otros países de la región Latinoamericana, lo que evidencia la inequidad social en este grupo de población.

En el total de niños atendidos se observó un alto desempeño médico en la evaluación según criterios establecidos de los cuales 16 presentaban episodios por Diarrea, solamente la mitad fueron clasificados adecuadamente por Diarrea sin deshidratación, siendo la razón según sexo de 1:1, y por grupo de edad se observó mayoritariamente en el rango de 13 a 24 meses.

El tratamiento no fue adecuado en ninguno de los casos. De los 3 criterios utilizados en el tratamiento el más utilizado en más de la mitad de los casos fue la orientación sobre el Plan A de rehidratación que consiste en consejos para la alimentación y el consumo de líquidos en la casa, en segundo lugar en un 44% se orientó a regresar a una nueva consulta si continuaba la diarrea. El criterio del tratamiento menos utilizado fue indicar a la madre cuando volver de inmediato. En el caso de diarrea persistente

no se cumplió como orientar a la madre sobre la alimentación que debe darse en estas condiciones.

El incumplimiento de la normativa en el tratamiento de niños con Diarrea expone a un mayor riesgo a niños y niñas de morir .Los resultados de la investigación evidencian incumplimiento del elemento del derecho a la salud como la calidad; donde se establece que los servicios de salud además de aceptables desde el punto de vista cultural, deben ser también apropiados desde el punto de vista científico, médico y ser de buena calidad, ello requiere, entre otras cosas personal médico capacitado, medicamentos y equipo científicamente aprobados y en buen estado. (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales 2000).

Esta establecido que los estados partes aseguraran la plena aplicación de este derecho y en particular adoptaran las medidas apropiadas para reducir la mortalidad infantil y en la niñez, asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la Atención Primaria de Salud (APS) compromiso adquirido en la declaración de alma Ata en 1978.

Como producto de la observación directa se evidenció que la duración de la consulta de la mayoría de los niños que fueron atendidos con la estrategia AIEPI tuvo una duración de 16 a 20 minutos en un 1/3 de los

médicos observados, diferente a la percepción de la mayoría de los médicos que opinaron que se tardaban de 10 a 15 minutos.

Es de hacer notar que el 63% de los médicos tardaron 16 o más minutos para dar la atención al niño(a) La duración de la atención a los niños (as) atendidas en promedio fue de 19 minutos. La frecuencia resultó multimodal con valor de 14, 17 y 20 minutos por atención.

Es de hacer notar que los médicos identificaron entre las limitantes el tiempo que se necesita para aplicar la estrategia lo cual coincide con el estudio de Lin Y. y Tavrow P. en el año 2000 donde más de la mitad del personal expresó que aplicar la estrategia llevaba mucho tiempo, que varios pasos se omitían con frecuencia, como controlar el estado nutricional del niño.



## VII. CONCLUSIONES

1. El personal médico no ha sido objeto de un proceso de educación permanente que logre la aplicación correcta de la Estrategia AIEPI en perjuicio de la población a la que va dirigida.
2. Para lograr mayor disponibilidad de recursos humanos como elemento esencial del derecho a la salud es necesaria una planificación estratégica en diferentes formas de capacitación, supervisión e incentivos que fortalezcan el proceso de trabajo.
3. No existe la disponibilidad del material y equipo mínimo necesario en las Unidades de Salud para brindar la atención a niños (as) según el protocolo de AIEPI, en un claro incumplimiento del derecho a la salud.
4. La poca o ninguna disponibilidad de medicamentos esenciales en las Unidades de Salud utilizados en la estrategia AIEPI evidencian el incumplimiento de la Política de aseguramiento de la dotación y disponibilidad de los medicamentos esenciales e insumos críticos para la atención.
5. El desempeño medico fue alto al evaluar el uso de la lactancia materna, introducción de alimentos, la indicación de la vitamina, y

solicitud del carnet de vacuna lo cual es un avance importante en la prevención de la salud.

6. Aunque hay avances en el enfoque integral de la estrategia AIEPI, prevalece la atención dirigida al problema de salud que refiere la madre fundamentado en el modelo biologicista, en menoscabo de la promoción y prevención de la salud que son fundamentales en un sistema de salud basado en APS.
7. El personal presentó bajo desempeño en la evaluación de señales de peligro, del crecimiento, desarrollo, evaluación clasificación y tratamiento de la anemia y de otros problemas de salud. De igual forma el rendimiento fue bajo en el tratamiento de niños con crecimiento adecuado e inadecuado.
8. La calidad de atención fue deficiente para descartar la presencia de signos de enfermedades que ponen en peligro al niño, evaluar, clasificar y dar tratamiento a niños con IRAS y Diarreas según el protocolo de AIEPI, evidenciado el incumplimiento del derecho a la salud en este grupo de población.

9. La escasa orientación que recibió la madre o encargada en el momento de la consulta limita el empoderamiento de la misma para tomar decisiones acertadas en el manejo de la enfermedad del niño en sus hogares.
  
10. La estrategia AIEPI sigue siendo una prioridad a nivel regional y nacional, sus objetivos son vigentes, su correcta aplicación contribuye a realizar la abogacía de los derechos del niño a la salud y a lograr los compromisos de país establecido en diversos convenios internacionales.

## VIII. RECOMENDACIONES

1. A la dirección de desarrollo de recursos humanos creación de procesos de educación permanente con fundamentación en derecho a la salud que permita sensibilizar al personal en la prestación de servicio dirigida a la población en estudio.
2. Fortalecer el componente educativo que se le brinda a la madre que complemente la atención recibida a través de la reactivación de las áreas de post clínica en los Centros de Salud.
3. Realizar el análisis, la gestión, dotación y control de insumos necesarios como una prioridad de las autoridades de la SESAL y los gestores a nivel regional y local para garantizar una respuesta a las necesidades y problemas de salud.
4. Realizar una revisión profunda de la Estrategia AIEPI con los involucrados en el proceso que permita garantizar el acceso de la población a servicios de salud con calidad y que sean garantes del cumplimiento del derecho a la salud.
5. A nivel nacional y Regional se promuevan investigaciones de evaluación de proyectos y programas que permitan profundizar en los resultados obtenidos, así como en las actitudes de los recursos

humanos para medir impacto así como el cumplimiento de la equidad de la salud.

6. Valorar el tiempo promedio que se toma el medico en brindar una atención de acuerdo al protocolo AIEPI para tomar decisiones en la organización de la atención.
7. El análisis, la gestión, dotación y control de insumos necesarios debe ser una prioridad para las autoridades de la secretaria de salud y los gestores a nivel regional y local para garantizar una respuesta a las necesidades y problemas de salud.

## IX. BIBLIOGRAFÍA

1. 1. Bengugui, Y. (2001). Atencion Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Avances y resultados en la Region de las Americas. *Revista de Padiatria do Ceara.*, 8, 12-14. 16
2. Benguigui, Y. (2002). Comunicacion especial. Atencion Integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia: Avances y resultados en la Region de las Americas. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatria*, 3.
3. Briseño, L., Souza, R., & Coimbra, c. (2000). *Bienestar Salud Publica y Cambio Social*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
4. Estado, S. d. (2012). *Plan Nacional de Salud*. Tegucigalpa: Secretaria de Estado.
5. Lin, y., & Tavrow, P. (2000). *Evaluacion del desempeño en AIEPI de los trabajadores de Salud en Kenya*. Bethesda Maryland EE UU: USAID.
6. Lopez, D., & Benjumea, M. (2011). Atencion Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI para Ferropenia en niños. *Revista de Salud Publica*, 102.
7. Naciones Unidas. (2013). *Objetivos de desarrollo del Milenio. Informe 2013*. Nueva York: Naciones Unidas.

8. OMS. (Febrero de 2010). *Temas de Salud*. Recuperado el 22 de Marzo de 2014, de [http://www.who.int/topics/essential\\_medicines/es/](http://www.who.int/topics/essential_medicines/es/)
9. ONU. (2014). *Unidos por los Derechos Humanos*. Recuperado el 17 de Abril de 2014, de [http://www.humanrights.com/es\\_ES/what-are-human-rights/universal-declaration-of-human-rights/articles-01-10.html](http://www.humanrights.com/es_ES/what-are-human-rights/universal-declaration-of-human-rights/articles-01-10.html)
10. OPS. (2004). *Unidad de Salud del Niño y del Adolescente*. Washington: OPS.
11. OPS. (s.f.). *Promoviendo la salud en las Américas*. (OPS, Editor) Recuperado el 06 de Enero de 2011
12. OPS/OMS. (2007). *Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas. Documento de posición de la OPS*. Washington: OPS/OMS.
13. OPS/OMS. (2009). *Perfil del Sistema de Salud de Honduras*. Washington DC: OPS.
14. Pined B. Alvarado, E.L. *Metodología de la Investigación*. OPS/OMS. Washington.
15. Rovere, M., & Abramzon, M. (2005). *Recursos Humanos en Salud*. Argentina.

16. Rovere, M. (2006). Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud. OPS. Washington.
17. Secoff, M. (1982). Honduras Universal. Constitución y leyes. Constitución vigente. Tegucigalpa, Honduras.
18. SESAL (2000). Atención Integral a la Niñez. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Manual de Procedimientos. Honduras.
19. Ministerio de Salud/OPS. (2006) Los Primeros diez años de AIEPI en Perú.
20. *Secretaría de Estado en el Despacho de Salud Pública. (s.f.).*
21. Secretaría de Salud. (26 de Noviembre de 2010). *Programas de la Secretaría de Salud.* Recuperado el 8 de Junio de 2014, de <http://secretariadesaludhn.wordpress.com/programas-de-la-secretaria-de-salud/.2010/11/26>.
22. SESAL, INE y ICF International. (2013). Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDESA. Mortalidad infantil y en la niñez. Tegucigalpa, Honduras.
23. SESAL. (2010). *Plan Nacional de Salud 2010-2021.* Tegucigalpa, Honduras.



24. SESAL Honduras, INE y ICF International. (2013). Salud Infantil. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDESA 2011-2012* (págs. 213, 217, 220, 225). Tegucigalpa Honduras.
25. SESAL Honduras, INE Y ICF International. (2013). Lactancia Materna y Nutricion. En Autor, *Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDESA 2011-2012* (págs. 235,242,246,2523, 259). Tegucigalpa Honduras.
26. Testa M.(2006).Pensar en Salud. Buenos Aires.
27. Tobar,F.(2006).Como sobrevivir a una tesis en Salud. Buenos aires.
28. UNICEF. (2008). *Estado de la Infancia en America Latina y el Caribe.Supervivencia Infantil*. Nueva york: UNICEF.
29. Yehuda, B. (2001). Atencion Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia:avances y resultados en la Region de las Americas. *Revista de Pediatria de Ceara*, 7.
30. Zamora, A., Cordero, D., & Mejia, M. (2002). Evaluacion de la Estrategia AIEPI en los servicios de salud, primera prueba mundial. *Sociedad Bolivariana de Pediatria*, 7,8.

## X. ANEXOS

### CUESTIONARIO 1. PARA PERSONAL MEDICO ASISTENCIAL.

**El Propósito de este cuestionario es establecer una base que nos permita conocer el recurso humano capacitado en la Estrategia AIEPI y su seguimiento.**

Unidad de Salud \_\_\_\_\_

Nombre del encuestador: \_\_\_\_\_

#### I. DATOS GENERALES.

1. Edad en años \_\_\_\_\_

2. sexo: 2.1 Masculino: \_\_\_\_\_ 2.2 Femenino: \_\_\_\_\_

3. Situación laboral:

3.1 permanente: \_\_\_\_\_ 3.2 Contrato: \_\_\_\_\_

4 .Años de laborar (asistencial): \_\_\_\_\_

#### II. CAPACITACIÓN FORMAL EN LA ESTRATEGIA AIEPI

**5. Está capacitado (a) en la estrategia AIEPI: 5.1 SI \_\_\_\_\_ 5.2 NO \_\_\_\_\_**

**6. Hace cuánto tiempo fue capacitado:**

6.1 Menos de 1 año: \_\_\_\_\_ 6.2 De 1-2 años: \_\_\_\_\_

6.3 De 3-4 años: \_\_\_\_\_ 6.4 De 5 años y más: \_\_\_\_\_

**7. Ha recibido reforzamiento sobre la estrategia AIEPI: 7.1 SI\_\_\_\_\_ 7.2 NO\_\_\_\_\_**

8. Hace cuánto tiempo: 8.1 Menos de 1 año\_\_\_\_\_ 8.2 De 1-2 a\_\_\_\_\_

8.3 años De 3-4a\_\_\_\_\_ 8.4 De 5a y más \_\_\_\_\_

9. Qué nivel de la Secretaria hizo el reforzamiento?

9.1 Local\_\_\_\_\_ Regional\_\_\_\_\_ Central\_\_\_\_\_

#### **IV. SUPERVISIÓN**

**10. Es útil para usted la supervisión: 10.1 Si\_\_\_\_\_ 10.2 No\_\_\_\_\_**

**11.Cuál es la utilidad de recibir la supervisión?**

11.1 Aplicación de la norma: \_\_\_\_\_

11.2 Mejora la calidad de la atención: \_\_\_\_\_

11.3 Mejor control de los medicamentos: \_\_\_\_\_

11.4 Identificación de problemas: \_\_\_\_\_

11.5 Ninguna \_\_\_\_\_

11.6 No sabe: \_\_\_\_\_

11.7 No contesta: \_\_\_\_\_

**12. Le han supervisado en la aplicación de la AIEPI en el último año?**

12.1 SI \_\_\_ 12.2 NO \_\_\_\_\_ 12.3 No sabe: \_\_\_\_\_ 12.4 No contesta \_\_\_\_\_

Si la respuesta es negativa, pase a la pregunta N.15

**13. Qué nivel realizó la supervisión: 13.1 Local \_\_\_\_\_ 13.2 Regional \_\_\_\_\_**

13.3 Central \_\_\_\_\_ 13.4 No sabe \_\_\_\_\_ 13.5 No responde \_\_\_\_\_

**14. Le observaron en el momento que atiende a los niños (as) en la clínica:**

14.1 SI \_\_\_\_\_ 14.2 NO \_\_\_\_\_ 14.3 No sabe \_\_\_\_\_

**15. Le supervisaron a través de la revisión de expedientes de niños (as)**

**atendidos por usted: 15.1 SI \_\_\_\_\_ 15.2 NO \_\_\_\_\_ 15.3 No sabe \_\_\_\_\_ 15.4 No**

**contesta: \_\_\_\_\_**

**16. Recibió información sobre los resultados de la supervisión de AIEPI:**

16.1 SI \_\_\_\_\_ 16.2 NO \_\_\_\_\_ 16.3 No sabe \_\_\_\_\_

**17. Cuáles son las mayores limitantes para brindar la atención al menor de 5 años?**

17.1 El tiempo \_\_\_\_\_

17.2 Registro de la atención \_\_\_\_\_

17.3 Inadecuada toma de peso \_\_\_\_\_

17.4 El paciente lo ven diferentes médicos, no hay seguimiento: \_\_\_\_\_

17.5 Escasez de papelería (hoja de evolución) \_\_\_\_\_

17.6 Colocación de papelería en el archivo

17.7 No siempre hay disponibilidad de material en la clínica \_\_\_\_\_ 17.7.1

Especifique cuales: 17.8.1 Depresores \_\_\_\_\_ 17.8.2 Esfigmomanómetro para niño \_\_\_\_\_ 17.8.3 Termómetro \_\_\_\_\_ 17.8.4 Medicamentos (Para explicar a la madre) 17.9 Estudiantes no capacitados \_\_\_\_\_

17.10 Personal de archivo, auxiliar de enfermería y farmacia no capacitado \_\_\_\_\_

17.11 Actitud del personal \_\_\_\_\_

17.12 Materiales \_\_\_\_\_

17.13 No hay medicamento \_\_\_\_\_

Otra. Especifique \_\_\_\_\_

**18. Que medicamentos necesarios son los que menos dispone en el momento de la atención:** 18.1 Analgescos/Antipiréticos \_\_\_\_\_ 18.2 Antibióticos

\_\_\_\_\_ 18.3 Micronutrientes (Hierro y vitamina A). \_\_\_\_\_ 18.4

Desparasitantes \_\_\_\_\_ 18.5 Litrosol \_\_\_\_\_ 18.6 Broncodilatadores \_\_\_\_\_

líquidos \_\_\_\_\_ 18.7 Salbutamol Inhalador \_\_\_\_\_ 18.8 Suero Rehidratación IV \_\_\_\_\_

18. Otro. Especifique \_\_\_\_\_

**19. Cuanto tiempo considera usted necesario para atender al paciente de acuerdo a la estrategia AIEPI?**

19. 1 < 10 min. \_\_\_\_ 19.2 10-15 min. \_\_\_\_ 19.3 16-20 min. \_\_\_\_

19.4 21-25 \_\_\_\_ 26 o más----- Depende de cada paciente (Patología) \_\_\_\_

**20. Tiene dificultad para registrar la información de la atención brindada en la hoja de evolución:** 20.1 SI \_\_\_\_ 20.2 NO \_\_\_\_ 20.3 No sabe \_\_\_\_

**21. Cuál de las siguientes secciones de la hoja de evolución de niños de 2 meses a 4 años tiene mayor dificultad de aplicarla:**

21.1 Señales de peligro \_\_\_\_

21.2 Como evaluar \_\_\_\_

21.3 llenado de la grafica \_\_\_\_

21.4 Evaluar la alimentación \_\_\_\_

21.5 Como clasificar \_\_\_\_

21.6 Como tratar \_\_\_\_

21.7 Inmunización: \_\_\_\_

21.8 Vitamina A: -----

21.9 Otros problemas: \_\_\_\_

**22. Que recomendaría para mejorar la atención al niño con la estrategia AIEPI?**

22.1 Mejor redistribución de los pacientes entre los médicos \_\_\_\_

22.2 Disminuir el número de pacientes por hora \_\_\_\_

22.3 Apoyo de otro personal en el área de educación y/o nutrición \_\_\_\_\_

22.4 Contar siempre con material y equipo \_\_\_\_\_

22.5 Contar con medicamentos según la estrategia \_\_\_\_\_

22.6 Capacitación al personal \_\_\_\_\_

22.7 Responsabilidad en el llenado de la papelería \_\_\_\_\_

22.8 Mejorar el trabajo en equipo \_\_\_\_\_

22.9 Otras. Especifique \_\_\_\_\_

UDI-DEGT-UNAH

**CUESTIONARIO 2. LISTA DE COTEJO PARA VERIFICAR LA  
EXISTENCIA DE EQUIPO MINIMO NECESARIO INMUNOBIOLOGICOS  
Y MEDICAMENTOS**

**EXISTENCIA DE MEDICAMENTOS ESENCIALES**

Listado de medicamentos	Presentación	Concentración	Consumo promedio trimestre	Conteo Según KARDEX (Bodega)	Farmacia	Nebulizaciones	Inyecciones	Inmunizaciones	Preclínica	Vacunas	Rehidratación oral	Días de existencia disponibles
					SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO		
<b>1. Trimetropin, sulfametoxazol</b>	Frasco	40mgtri /200mg de sulf										
<b>2. Amoxicilina</b>	Frasco	250mg/5ml										
<b>3. Tetraciclina</b>	Tableta	250mg										
<b>5. Eritromicina</b>	Frasco	200mg/5ml										
<b>6. Salbutamol para Nebulizar</b>	Frasco	5ml/15ml										
<b>7. Salbutamol oral</b>	Frasco	2mg/5ml										
<b>8. Salbutamol inhalador</b>	Frasco	100microgram x disparo										
<b>9. Teofilina</b>	Frasco	80mg/15ml										
<b>10. Acetaminofen</b>	Frasco	120mg/5ml										
<b>11. Acetaminofen</b>	Frasco	100mg/ml										
<b>12. Mefendazol</b>	Frasco/got	100mg/ml										
<b>13. Piperazina</b>	Frasco	100mg/ml										
<b>14. Sulfato ferroso</b>	Frasco	125mg/ml										
<b>15. Vitamina A</b>	Perlas	100,000 UI										



<b>16.Vitamina A</b>	Perlas	200,000 UI										
<b>18. Gentamicina</b>	Amplollina	40MG/ML										
<b>19.Suero de rehidratación O.</b>	Sobres											
<b>20.Solución Lactato Ringer</b>	Bolsa	1000 ml										
<b>21.Penicilina procainica</b>	Frascos	4,000.000 U										
<b>22.penicilina benzatinica</b>	Frascos	1,200.000 U										

## II. EXISTENCIA DE INMUNOBIOLOGICOS PARA MENORES DE 5 AÑOS

**PROPÓSITO:** Verificar la existencia de Medicamentos, Materiales y Equipo para brindar la atención al menor de 5 años en la Unidad de Salud.

Fecha de entrada del suministro en el trimestre: \_\_\_\_\_

INMUNOBIOLOGICOS	PRESENCIA	Inmunobiológicos vencidos sí_ No _	Conteo Según kardex	Número de Días con 0 existencia	Conteo físico	Existencias No vencidas Disponibles SI/NO
1. BCG						
2. SABIN						
3. PENTAVALENTE						
4. SRP						
5. ROTAVIRUS						
6. NEUMOCOCCO						
7. DPT						

## EXISTENCIA DE EQUIPO PARA INMUNIZACION

EQUIPO	EXISTENCIA	ESTADO		DISPONIBLE SI/NO
		BUEN	MAL ESTADO	
1. Refrigerador				
2. Termos de vacuna				
3. Tarjetas de niño o carnet de vacuna				
4. Hoja de registro de Temperatura 5. Hoja de LINVI				

1. EQUIPO PARA NEBULIZACION	EXISTENCIA	BUEN ESTADO	MAL ESTADO	DISPONIBLE SI/NO
Nebulizador				
Guías				
Mascarilla de niño				
Filtros				
Micro nebulizador				

1. EQUIPO EN EL AREA DE PRECLINICA	EXISTENCIA	BUEN ESTADO	MAL ESTADO	DISPONIBLE SI/NO
1.1 Balanza				
1.2 Termometro de Mercurio				
1.3 Tallimetro				
2. EQUIPO EN EL CONSULTORIO	EXISTENCIA	BUEN ESTADO	MAL ESTADO	DISPONIBLE SI/NO
2.1 Sillas				
2.2 Mesa o escritorio				
2.3 Reloj o Cronometro				
2.4 Termómetros				
2.5 Manual de Procedimientos de AIEPI				
2.6 Hojas de evolución				
2.7 Historia clínica básica HC1				
2.9 Vasos, cucharas				
2.10 Oftalmoscopio				
3. EQUIPO PARA REHIDRATACION ORAL	EXISTENCIA	BUEN ESTADO	MAL ESTADO	DISPONIBLE SI/NO
3.1 Sales de rehidratación				

3.2 mesa				
3.3 Sillas				
3.4 Estufas				
3.5 Agua hervida o clorada				

**INSTRUMENTO # 3. EVALUAR Y CLASIFICAR AL NIÑO CON PROBLEMAS RESPIRATORIOS Y DIARREA**

**LISTA DE CHEQUEO DIRIGIDA A NIÑOS (AS) DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD.  
EVALUAR Y CLASIFICAR**

**INSTRUCCIONES: Marque con una "X" sobre la opción que usted considere responde a la pregunta.**

<b>Fecha</b>										
<b>Nombre</b>										
<b>Fecha de nacimiento</b>										
<b>Edad</b>										
<b>Peso</b>										
<b>Temperatura</b>										
<b>Número de Expediente:</b>										
<b>1. SIGNOS GENERALES DE PELIGRO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>1.1 Verifico si hay signos de peligro en general</b> Marque cuales:										
1.2 No puede beber o tomar el pecho:										
1.3 Vomita todo lo que ingiere:										
1.4 Tiene convulsiones:										
1.5 Esta letárgico o inconsciente:										

<b>1.6 CLASIFICO ADECUADAMENTE</b>											
<b>2.TOS ODIFICULTAD PARA RESPIRAR</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<b>Verifico lo siguiente:</b>											
<b>2.1 Hay tos o dificultad para respirar:</b>											
<b>2.2</b> Cuanto tiempo hace: _____											
<b>2.3</b> Respiración rápida: cuanto _____											

<b>2.4</b> Tiraje subcostal:										
<b>2.5</b> Estridor:										
<b>2.6</b> Sibilancias:										
<b>2.7 CLASIFICO ADECUADAMENTE</b>										
<b>3. DIARREA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
3.1 Verifico si hay problema de Diarrea:										
3.2 Si la respuesta es positiva, Pregunto hace cuanto: _____										
3.3 Tiene sangre en las heces:										
3.4 Letárgico/ inconsciente :										
3.4 Inquieto/Irritable:										
3.5 Ojos hundidos:										
3.6 Le ofrece líquidos al niño										
<b>3.7 CLASIFICO ADECUADAMENTE</b>										
<b>4. PROBLEMA DE OIDO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Pregunto lo siguiente:										
<b>4.1 Hay problema de oído:</b>										
<b>4.2 Dolor de oído:</b>										
<b>4.3 Supuración de Oído:</b>										

<b>4.4 Si la respuesta es positiva, preguntó hace cuanto hace: ____ N. de días: _____</b>											
<b>4.5</b> Observó si hay supuración de oído											
4.6 Observó si hay tumefacción dolorosa al tacto atrás de la oreja.											
<b>4.7 CLASIFICO ADECUADAMENTE</b>											
<b>5 PROBLEMA DE GARGANTA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<b>5.1</b> Pregunto si tiene dolor de garganta:											
<b>5.2</b> Determino la presencia de ganglios dolorosos:											
<b>5.3</b> Determino exudado blanco en la garganta (pus):											
<b>5.4</b> Determino enrojecimiento en la garganta:											
<b>5.5 CLASIFICO ADECUADAMENTE</b>											
<b>6 FIEBRE</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
6.1 Pregunta si el niño (a), tiene fiebre (Determinado por historia, al tacto o temperatura de 37.5 o mas)											
6.2 Preguntó si procede o ha estado en los últimos 15 días en zona de riesgo de malaria:											
6.3 Preguntó hace cuánto tiempo tiene fiebre:											
6.4 Si la madre o encargada contesta que si, pregunte si es por mas de 7 días: SI ____ NO ____ y si ha tenido fiebre todos los días:											
Verifico:											
6.5 Si tiene rigidez de nuca:											
6.6 Si tiene petequias o equimosis											
6.7 Si tiene hemorragia gingivales											
6.8 Si tiene erupción maculo popular generalizada y tos o coriza.											
<b>6.8 CLASIFICO ADECUADAMENTE</b>											
<b>7 ANEMIA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<b>7.1</b> Determinó si tiene palidez palmar:											

<b>7.2</b> Determinó que era: Intensa _____ Leve _____ No tiene palidez _____											
<b>7.3 CLASIFICO ADECUADAMENTE</b>											
<b>8 PROBLEMA DE CRECIMIENTO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<b>Determino si hay signos de :</b>											
<b>8.1</b> Emaciación visible:											

<b>8.2</b> Edema en ambos pies											
<b>8.3</b> Determino si hay ganancia de peso inadecuada:											
8.3.1 pérdida de peso											
8.3.2 no ganancia de peso											
8.3.3 insuficiente ganancia de peso											
<b>8.4</b> Una sola determinación de peso:											
<b>8.5 CLASIFICO ADECUADAMENTE</b>											

<b>9 EVALUO LA ALIMENTACION SI TIENE CRECIMIENTO INADECUADO, ANEMIA O ES MENOR DE 2 Años</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<b>Pregunto lo siguiente:</b>											
<b>9.1</b> Usted le da pecho al niño (a):											
<b>9.2</b> Si la respuesta es positiva, ¿Cuántas veces en 24 horas? _____											
<b>9.3</b> ¿Por cuánto tiempo? _____ minutos											
<b>9.4</b> ¿Le da el pecho durante la noche?											
<b>9.5</b> ¿Le da otros alimentos líquidos?											
<b>9.6</b> Si da otros alimentos, ¿Cuáles											





<b>aplicación</b>										
<b>13 EVALUACION DE OTROS PROBLEMAS:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>13.1 Le preguntó si tenía otros problemas de salud?</b>										

UDI-DEGT-UNAH

**INSTRUMENTO # 4 TRATAR Y DAR SEGUIMIENTO AL NIÑO CON  
PROBLEMAS RESPIRATORIOS Y DIARREA**

**LISTA DE CHEQUEO DIRIGIDA A NIÑOS (AS) DE 2 MESES A 4 AÑOS DE  
EDAD.**

**INSTRUCCIONES:**

**De acuerdo a la clasificación , determine si el tratamiento está de acuerdo a lo  
Establecido en la norma.**

<b>Número de Expediente:</b>											
<b>1. ENFERMEDAD MUY GRAVE</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
1.2 Completo de inmediato el examen:											
1.3 Dio la primera dosis de un antibiótico apropiado											
1.4 Administro otro medicamento de emergencia:											
1.4 Refirió urgentemente al Hospital:											
<b>2. NEUMONIA GRAVE O ENFERMEDAD MUY GRAVE</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
3.1 Dio la primera dosis de un antibiótico apropiado											
3.2 Trato las sibilancias, si las tenía:											
3.3 Refirió urgentemente al Hospital:											
<b>3. NEUMONIA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
3.1 Indicó un tratamiento adecuado:											
3.3 Indicó a la madre cuando debe volver de inmediato:											
3.4 Seguimiento 2 días después.											
3.4 Continuo tratando las sibilancias si procede:											
<b>4. NO TIENE NEUMONIA:TOS O RESFRIADO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
4.1 Si hace más de 30 días que el niño tiene tos, lo refirió para un examen											

<b>4.2 Aliviar el dolor de garganta y mitigar la tos con un suavizante de la tos.</b>											
<b>4.3 Indico a la madre cuando volver de inmediato:</b>											
<b>4.4 Si no mejora, hacer una consulta de seguimiento 5 días después.</b>											
<b>4.5 Continuar tratando las sibilancias, si procede.</b>											
<b>5. TRATAMIENTO DE DIARREA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<b>5.4.1 Tratar la deshidratación antes de referir al niño (a), salvo que encuadre en otra clasificación grave</b>											
<b>grave:</b>											
5.1 .1 Dar líquidos para la deshidratación grave (plan c)											
5.1.2 Si no puede administrar plan c o el niño no encuadra en otra clasificación grave:											
5.1.3 Referir urgentemente al hospital con la madre dándole sorbos frecuentes de SRO en el trayecto.											
5.1.4 Aconsejar a la madre que continúe dándole pecho											
5.1.5 Si el niño es mayor de 2 años y si hay casos de cólera en la zona, administro un antibiótico contra el cólera y notificar inmediatamente.											
<b>5.2 TIENE DESHIDRATACION</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
Si el niño(a) encuadra en una clasificación grave:											
<b>5.2.1 Referir urgentemente al Hospital con la madre dándole sorbos frecuentes de SRO en el trayecto.</b>											
5.2.2 Aconsejar a la madre que continúe dándole pecho.											
<b>5.2.3 Administrar líquidos y alimentos (Plan B):</b>											
<b>5.2.4 Una vez rehidratado siga las indicaciones de NO TIENE DESHIDRATACION.</b>											
<b>5.3 NO TIENE DESHIDRATACION</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
5.3.1 Dar alimentos y líquidos para tratar la diarrea en casa (Plan A)											
5.3.2 Indicar a la madre cuando debe volver de inmediato;											
5.3.3 Si la diarrea continua, hacer una nueva consulta 3 días después y reevaluar											
<b>5.4 DIARREA PERSISTENTE GRAVE</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	

5.4.2 Referir al Hospital:										
<b>5.5 DIARREA PERSISTENTE</b>										
5.5.1 Explicar a la madre como debe alimentar a un niño/niña que tiene diarrea persistente:										
5.5.2 Hacer el seguimiento 3 días después:										
<b>5.6 DISENTERIA</b>	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
5.6.1 Administrar tratamiento durante 5 días con un antibiótico oral recomendado en su zona para Shigella:										
5.6.2 Hacer seguimiento 2 días después:										
<b>6. MASTOIDITIS</b>	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
6.1 Referir urgentemente al Hospital:										
6.2 Administrar la primera dosis de antibiótico apropiado:										
6.3 Dar Acetaminofén para el dolor:										
<b>7. OTITIS MEDIA AGUDA</b>	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
7.1 Dar un antibiótico oral por 10 días:										
7.2 Dar acetaminofén para el dolor:										
7.8 Secar el oído con mechas absorbentes si hay supuración:										
7.9 Hacer seguimiento 5 días después:										
7.10 Indicar a la madre cuando volver de inmediato:										
7.11 Si el problema persiste, referir:										
<b>8. NO TIENE OTITIS MEDIA</b>	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
8.1 Ningún tratamiento adicional:										
<b>9. FARINGOAMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA</b>	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
9.1 Dar una dosis de penicilina Benzatinica:										
9.2 Dar un suavizante para aliviar el dolor de garganta:										
9.3 Dar acetaminofén para el dolor :										
9.4 Indicar a la madre cuando debe volver de inmediato:										
<b>10. FARINGOAMIGDALITIS VIRAL</b>	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO

<b>10.1 Dar un suavizante para aliviar el dolor de garganta:</b>										
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<b>10.2 Dar Acetaminofén para el dolor:</b>										
<b>10.3 Indicar a la madre:</b>										
<b>10.3.1 Cuando debe volver de inmediato:</b>										
<b>10.3.2 Cuidados al niño o niña en el hogar:</b>										
<b>11. NO TIENE FARINGO AMIGDALITIS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>11.1 Dar un suavizante para aliviar la molestia de garganta</b>										
<b>11.2 Aconsejar a la madre sobre los cuidados en el hogar:</b>										
<b>12. ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>12.1 Referir urgentemente al hospital y administrar antibiótico apropiado:</b>										
<b>12.2 Dar Acetaminofén para la fiebre de 38.5 grados centígrados:</b>										
<b>12.3 Prevenir la Hipoglucemia:</b>										
<b>21.1 Dar vitamina A :</b>										
<b>21.2 Referir Urgentemente al Hospital:</b>										
<b>22. CRECIMIENTO INADECUADO:</b>										
<b>22.1 Dar vitamina A si corresponde:</b>										
<b>22.2 Registrar en el LINVI:</b>										
<b>22.3 Evaluar la alimentación del niño (a) y lograr acuerdos con la madre sobre la alimentación:</b>										
<b>22.4 Si la alimentación es un problema, hacer una consulta de seguimiento 5 días después:</b>										
<b>22.5 Si no hay problema de alimentación, haga un seguimiento en 15 días:</b>										

22.6 Dar un antiparasitario adecuado:									
<b>23. CRECIMIENTO ADECUADO</b>									
23.1 Dar vitamina A si corresponde:									
23.2 Si el niño (a) es menor de 2 años de edad, evaluar la alimentación y lograr acuerdos con la madre sobre la alimentación:									
23.3 Si la alimentación es un problema, hacer consulta de seguimiento 5 días después:									
23.4 Dar un antiparasitario adecuado, si corresponde:									
23.5 Si no hay problema de alimentación, haga una consulta de control de acuerdo al cuadro cuando volver, registrar en el LINVI:									
DISCAPACIDAD y/o ALTERACIONES DEL DESARROLLO (Solo menores de 2 años saludables y en buen estado general)									
<b>24. DISCAPACIDAD</b>									
24.1 Remitir a un centro especializado (Teletón):									
24.2 Si la referencia no puede realizarse en forma inmediata, educador a la madre con técnicas de estimulación temprana utilizando la pancarta del desarrollo:									
<b>25. PROBABLE ALTERACION DEL DESARROLLO</b>									
25.1 Hacer una evaluación a profundidad con la escala (EDIM)									
25.2 Educar a la madre para que realice ejercicios de estimulación temprana utilizando la pancarta del desarrollo:									
25.3 Hacer seguimiento 30 días después:									
<b>26. NO TIENE ALTERACIONES DEL DESARROLLO</b>									
26.1 Orientar a la madre, para que realice estímulos y cuidados especiales, que debe recibir el niño (a) según su edad de desarrollo:									
<b>27. ESQUEMA DE VACUNACION</b>									
27.1 Verifica los antecedentes de vacunación del niño (a) :									
<b>13. MALARIA</b>									
<b>14. ENFERMEDAD FEBRIL</b>									
<b>15. SOPECHA DE DENGUE HEMORRAGICO</b>									
<b>16. SOSPECHA DE SARAMPION</b>									
<b>17 OTRA ENFERMEDAD ERUPTIVA FEBRIL</b>									
<b>18. ANEMIA GRAVE</b>									
<b>18.1 REFERIR URGENTEMENTE AL HOSPITAL</b>									

<b>19. ANEMIA LEVE</b>										
<b>19.1 Dar terapia de recuperación de Hierro:</b>										
<b>19.2 Evaluar la alimentación del niño (a) y recomendar a la madre sobre la alimentación:</b>										
<b>19.3 Indicar a la madre cuando volver de inmediato:</b>										
<b>19.4 Seguimiento 30 días después:</b>										
<b>20 NO TIENE ANEMIA</b>	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
<b>20.1 Dar terapia preventiva de Hierro:</b>										
<b>21. CRECIMIENTO INADECUADO CON DAÑO NUTRICIONAL GRAVE</b>	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO