

Evaluación integral en salud a las niñas y los niños, por parte del talento humano formado en el componente clínico de AIEPI 2012 – 2014

Ocampo Cañas, Jovana Alexandra¹
Hernández Flores, Luis Jorge²
Ríos Oliveros, Diana Sofía³
Pinilla Alfonso, María Yaneth⁴
García Sierra Andrés Mauricio⁵
Moreno Díaz Andrés Fidel⁶

¹ Universidad de Los Andes/Facultad de Medicina, Bogotá, Colombia, ja.ocampo@uniandes.edu.co

² Universidad de Los Andes/Facultad de Medicina, Bogotá, Colombia, luishern@uniandes.edu.co

³ Secretaria Distrital de Salud/Subsecretaria Salud Pública, Bogotá, Colombia, ds.rios10@uniandes.edu.co

⁴ Universidad de Los Andes/Facultad de Medicina, Bogotá, Colombia, hialina1@yahoo.com

⁵ Universidad de Los Andes/Facultad de Medicina, Bogotá, Colombia, am.garcia987@uniandes.edu.co

⁶ Universidad de Los Andes/Facultad de Medicina, Bogotá, Colombia, af.moreno223@uniandes.edu.co

Resumen: La estrategia de Atención Integral para las Enfermedades prevalentes de la Infancia (AIEPI) es un enfoque integrado de la salud infantil que se centra en el bienestar general del niño. Objetivo: Evaluar la atención integral en salud a las niñas y los niños, por parte del talento humano en salud formado en el componente clínico de AIEPI del 2012 a 2015 en las instituciones de diferente nivel en las que se prestó o presta esta atención. Materiales y métodos: Se trata de un estudio de tipo evaluativo con combinación de abordajes cuantitativos y cualitativos y de naturaleza participativa. Resultados El desempeño en la clasificación correcta de los casos clínicos es moderado a baja: la clasificación de signos de enfermedad muy grave y principales enfermedades prevalentes fue cercana al 60 % de los niños valorados. Los mejores porcentajes fueron del pediatra y médico general, aunque en la clasificación del desarrollo de los niños, las enfermeras tuvieron proporción más alta. Conclusiones: En términos del sistema de salud colombiano, la estrategia AIEPI contribuye a mejorar la gestión integral del riesgo de las enfermedades prevenibles de la infancia y en aportar a la operación de algunos de los componentes de la gestión de la salud pública. Sin embargo, lo que se evidencia en los resultados de la presente investigación, es una fragmentación de la implementación de la estrategia, por ende, un quiebre en el propósito final de la misma que es la atención integral.

Palabras Clave: Atención integral, promoción, prevención, primera infancia, impacto, AIEPI

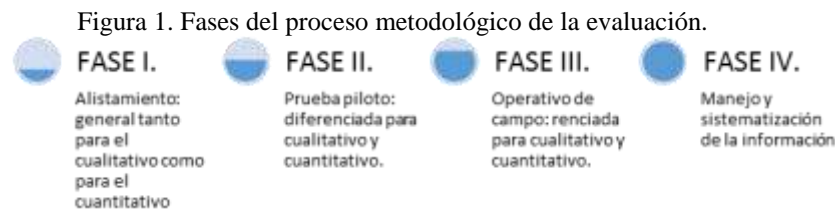
I. INTRODUCCIÓN

La estrategia de Atención Integral para las Enfermedades prevalentes de la Infancia (AIEPI) “es un enfoque integrado de la salud infantil que se centra en el bienestar general del niño” (1). Tiene como fin disminuir la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad en los niños menores de cinco años, también promueve el mejor crecimiento y desarrollo (1). Contempla tres componentes para hacer operativa la estrategia así: 1. Fortalecimiento de la organización del sistema y servicios de salud, 2. Mejoramiento de las habilidades del personal de salud y 3. Fortalecimiento de las prácticas familiares y comunitarias (2). Cuenta con tres ejes transversales a los componentes entre los que se encuentra la gestión territorial, la comunicación e investigación y el monitoreo y la evaluación (3) (4). El componente de fortalecimiento de la organización del sistema y servicios de salud se encarga de la planificación y gestión, disponibilidad de medicamentos de AIEPI, mejora de la calidad y supervisión en los establecimientos de salud, remisión de servicios y del sistema de información sanitario (5). El componente de mejoramiento de habilidades del personal de salud incluye la adaptación, la capacitación y el seguimiento posterior para la prevención, control y atención integral de las enfermedades infantiles. El componente de mejoramiento de las prácticas familiares y comunitarias incluye la búsqueda de atención adecuada, nutrición, promoción del desarrollo, manejo de casos en el hogar y adherencia al tratamiento recomendado y participación de la comunidad en la planificación y supervisión de servicios de salud (6).

El componente clínico de la estrategia provee al personal de salud un conjunto de instrumentos prácticos como “los cuadros de evaluación, clasificación y tratamiento de los menores de cinco años y materiales de capacitación relacionados” (conocido como el cuadro de procedimientos y el libro de AIEPI clínico), “materiales de capacitación para mejorar la comunicación con los padres durante la evaluación de sus hijos, para impartir las indicaciones relativas de tratamiento de los problemas, y para promover prácticas de crecimiento y desarrollo saludables” y “guías de seguimiento del personal de salud para apoyarlo en la efectiva aplicación de la estrategia AIEPI” (7). Este componente ha tenido importantes cambios desde su momento de implementación, cambios relacionados con la incorporación de nuevos componentes y actualización de algunos módulos (8). Este componente provee al personal de salud un conjunto de instrumentos prácticos como “los cuadros de evaluación, clasificación y tratamiento de los menores de cinco años y materiales de capacitación relacionados” (conocido como el cuadro de procedimientos y el libro de AIEPI clínico), “materiales de capacitación para mejorar la comunicación con los padres durante la evaluación de sus hijos, para impartir las indicaciones relativas de tratamiento de los problemas, y para promover prácticas de crecimiento y desarrollo saludables” y “guías de seguimiento del personal de salud para apoyarlo en la efectiva aplicación de la estrategia AIEPI” (9) (10); se puede afirmar que este componente se convierte en una guía clínica de manejo. Es así que esta investigación se centró en evaluar las habilidades del personal de salud al realizar consulta de niños y niñas menores de cinco años después de recibir la capacitación en el componente clínico de la estrategia AIEPI. En ese sentido se evaluarán aspectos relacionados con el contexto institucional que favorezcan la implementación de la estrategia AIEPI, así como aspectos relacionados con los insumos, prestación de servicios entre otros.

II. MÉTODOS

Se trata de un estudio de tipo evaluativo con combinación de abordajes cuantitativos y cualitativos y de naturaleza participativa en la medida en que algunos actores que hicieron parte de las capacitaciones participan en algunas fases como el diseño y la validación social. La combinación de la investigación cuantitativa y cualitativa, permite a los investigadores y evaluadores ser más flexibles y holísticos en sus técnicas investigativas, también permite responder un más amplio rango de preguntas complejas. En las investigaciones con métodos mixtos, los investigadores están en una mejor posición para combinar la precisión empírica con la precisión descriptiva (11). Este tipo de combinaciones, ayuda a los investigadores a desarrollar un marco conceptual, analizar los resultados cuantitativos con información procedente de la fase cualitativa del estudio y construir índices de datos cualitativos que pueden emplearse para analizar los datos cuantitativos. El estudio se realizó teniendo en cuenta las siguientes fases metodológicas propuestas:



Fuente: Elaboración propia grupo salud pública Universidad de los Andes.

III. RESULTADOS

A. Caracterización de los servicios de salud y profesionales

Se obtuvo una importante muestra para los tres niveles de atención; aquí es importante resalta que la estrategia AIEPI en sus orígenes en Colombia fue pensada para desarrollar en un primer nivel de atención; es por esto que se explica que el mayor número de encuestas estén en el primer nivel de atención. Sin embargo, llama la atención como en el primer nivel la estrategia queda vinculada a la consulta de crecimiento y desarrollo, convirtiéndose en parte esencial de este tipo de consulta, desvirtuando la filosofía de la consulta de Crecimiento y desarrollo. En este sentido una de las recomendaciones está relacionada en revisar la consulta de crecimiento y desarrollo y realizar las adaptaciones necesarias para que ni la consulta de Crecimiento y desarrollo ni la estrategia AIEPI pierdan su rol y su función.

En cuanto a la verificación de insumos y recursos encontramos que al realizar la lista de verificación un importante porcentaje no cumplía con los esenciales para desarrollar la estrategia AIEPI; en ese sentido al no contar con esos insumos necesarios se reflejara en el desarrollo de la atención integral en salud dirigido para niños y niñas, esta falta de insumos fue más marcada en lo relacionado con la provisión de medicamentos.

Lo anterior repercute en la atención integral puesto que, al momento de suministrar tratamientos, la atención se ve fragmentada puesto que es necesario enviar al paciente muy seguramente a otra institución y allí se pierde esa integralidad posiblemente.

B. Capacitación y aplicabilidad de la estrategia AIEPI

En este ítem evaluado sobre la importancia de la capacitación fue muy bien evaluado por los profesionales de salud, el 85,6 % de los trabajadores de salud evaluados reconocen que permiten hacer un diagnóstico rápido de los niños y niñas con riesgo y el 60,5% refieren que ayudan hacer una consulta integral. Es decir que podemos afirmar que no hay rechazo en cuanto a la capacitación en AIEPI, hay una aceptación generalizada de la importancia de la misma puesto que garantiza una consulta integral, cubre las principales enfermedades de los niños, evita las oportunidades perdidas, permite identificar a los niños y niñas en riesgo y garantiza una consulta con calidad.

Es así que aquí se plantea ¿cuál es entonces la dificultad si los profesionales de la salud la consideran relevante? En este mismo instrumento se evidencia como los profesionales refieren que la dificultad radica en la aplicabilidad puesto uno de los elementos se relaciona con el factor tiempo y otro con la disponibilidad de insumos. Estas barreras se encuentran muy vinculados a la estructura del modelo de salud, a unas formas de prestación de servicios que están enmarcados en un modelo segmentado-fragmentado que riñe con la filosofía central de la estrategia AIEPI que se enmarca en un modelo de Atención primaria en salud.

C. Evaluación de las habilidades para la atención integral de niños y niñas entre los cero y los cinco años.

El estudio nos muestra cómo a partir de una serie de preguntas sencillas se logra realizar una consulta integral, aunque no es muy claro si al realizar la clasificación como lo sugiere AIEPI se obtiene una mejoría similar, pues encontramos que aún después de la evaluación en forma completa no se aumenta la adecuada clasificación y por ende los tratamientos acordes al estado de salud global AIEPI, lo que puede ocasionar que a la postre el resultado se refleje solo en las evaluaciones, pero que estas no trasciendan en un tratamiento integral. Similares resultados se evidenciaron en el estudio “Evaluación del desempeño en AIEPI de los trabajadores de salud en KENYA 2000”, donde también se encuentra que a pesar de tener una evaluación más completa no se diagnostica de forma correcta y que solo el 60% de los niños enfermos recibieron un tratamiento adecuado (12).

No se puede dejar de lado que sólo con evaluar exhaustivamente, se logra indagar más a fondo sobre elementos que antes no se tenían muy en cuenta, como son el maltrato, el desarrollo, la desnutrición y anemias, los cuales deberían estar presentes en toda consulta, pero que en la mayoría de los casos no se consideraba. El estudio realizado por el Ministerio de Salud de Colombia en el 2000, evidencia esta situación: “Muchos niños que llegan a los servicios de salud no son explorados, evaluados en su estado de nutrición, de vacunación o de desarrollo, lo que genera una pérdida de oportunidades sistemática para la prevención de las enfermedades más frecuentes en la infancia y para la promoción de la salud” (12).

Es ahí donde se comienza a ver el beneficio de la evaluación exhaustiva, pues sólo con ésta se obliga al personal de salud a indagar otros aspectos que de una u otra forma lo conducen a tomar decisiones en beneficio del niño. Ahora no se queda solamente en el motivo de consulta, debe ir más allá, le recuerda

que debe contar frecuencia respiratoria, que debe tener en cuenta unos signos que han demostrado ser sensibles y específicos para garantizar el adecuado manejo del paciente, y lo que es aún más importante, le recuerda que debe hablar con el cuidador, no sólo sobre el motivo de consulta sino tratando de que éste se apropie de las políticas de promoción y prevención en salud.

En el presente trabajo, la evaluación de los cuatro signos de peligro en general (no puede beber, ni mamar, vomita todo, letargia), al igual que en el estudio de Bolivia, permitió observar que el signo menos evaluado es letargia, verificación que debería aplicarse a todos aquellos niños en los cuales la situación lo amerite, esto es posible a la dificultad del evaluador para verificar si se hizo o no.

D. Resultados en menores de 2 meses

Los profesionales realizan un adecuado registro de la atención básica del niño/niña de 2 meses en el motivo de consulta, edad del niño y antecedentes patológicos, pero luego en los ítems que corresponde a valoración física, los porcentajes de registro comienzan a disminuir. Las profesionales en enfermería tuvieron un mejor desempeño en los registros básicos de atención excepto en la toma temperatura. La evaluación de signos de infección local o enfermedad muy grave es alrededor de 75%, se esperaría una mejor respuesta.

En la valoración de crecimiento y alimentación por los profesionales de salud, las enfermeras también tuvieron mejor desempeño, igual ocurre para la valoración del desarrollo. Es llamativo que en el 96 % de los niños/niñas valorados, los profesionales de salud no verificaron antecedentes de vacunación, con un comportamiento similar bajo por perfil profesional.

El mejor desempeño de la enfermera también se evidencio en la evaluación de posibilidad de maltrato en niños se realizó en el 100 % de los niños valorados por enfermera, frente al 70 % de los niños valorados por médico general y el 50 % de los niños valorados por pediatra. Se resalta que la clasificación realizada de signos de enfermedad muy grave fue realizada de manera correcta en más del 96 % de los niños en los tres perfiles profesionales.

E. Resultados 2 meses a 5 años.

Similar a lo evidenciado en la valoración de menores de 2 meses se evidencio que en los tres perfiles profesionales estudiados se realizó el registro completo de datos básicos de motivo de consulta, edad del niño y antecedentes patológicos. Igualmente, luego en las valoraciones o realización de pruebas clínicas las proporciones de cumplimiento disminuyen, pero con mayor cumplimiento por parte de los pediatras. En los menores de 2 meses las enfermeras tuvieron mejor desempeño en las pruebas clínicas. Se resalta en la evaluación de signos de peligro también al igual que en menores de 2 meses una baja proporción y un mejor desempeño de los pediatras.

A pesar de la alta prevalencia de enfermedad respiratoria en nuestro medio, se indaga por síntomas respiratorios en menos del 90%. La toma de frecuencia respiratoria se realizó en menos del 50% en todos los perfiles profesionales y fue mayor su cumplimiento en las enfermeras seguido por los pediatras.

Es llamativo también que, siendo la EDA también prevalente en nuestro medio, su presencia se preguntó en menos del 85% por parte de los profesionales. De hecho, se evidencio una prevalencia de EDA de 10,2 %, lo cual se considera alta. Si se hubiera indagado más seguramente esta prevalencia aumentaría. Los pediatras tuvieron mejor desempeño frente a este evento prevalente.

A pesar que el 70% del territorio nacional es endémico o hiperendémico para enfermedades transmitidas por vectores ya sea por sitio de residencia o procedencia del niño, la indagación sobre el síntoma fiebre es menor del 90% y muy bajo la búsqueda de antecedente de procedencia de zona endémica. Llama la atención la baja indagación por rigidez nuchal por parte de los pediatras lo cual puede deberse como se mencionará más adelante a la aplicación de las llamas “pruebas en paralelo”.

En la valoración de oído, los pediatras y médicos generales tienen mejor desempeño que las enfermeras. Así mismo el dolor de garganta a pesar de ser también prevalente fue indagado menos del 78%. La anemia también es un evento prevalente pero su indagación fue muy baja en los tres perfiles profesionales, siendo mejor en las enfermeras.

La valoración de salud bucal también fue menor al 60% y en la valoración del crecimiento realizada a los niños y que incluyó la verificación en las curvas de crecimiento, fue cerca del 70%, lo cual se considera bajo, con mejor desempeño de los pediatras. Iguales porcentajes bajos a moderados se evidenciaron en la evaluación del desarrollo de los niños. La evaluación de la nutrición es baja, cercana al 50% en todos los profesionales.

En la evaluación de la vacunación, el desempeño en general es bajo, pero mejor en las enfermeras. Se resalta la baja proporción de indagación sobre maltrato infantil, a pesar ser un evento prevalente. En la indagación de evaluación de la posibilidad de cáncer, el desempeño de los pediatras fue el menor, aunque el desempeño general es de moderado a bajo. A pesar de que se trata de eventos prevalentes en nuestro medio, se evidenció que la evaluación de epilepsia, VIH y tuberculosis en niños se realizó en menos del 20% en el total de profesionales.

El desempeño en la clasificación correcta de los casos es moderado a baja: la clasificación de signos de enfermedad muy grave y principales enfermedades prevalentes fue cercana al 60 % de los niños valorados. Los mejores porcentajes fueron del pediatra y médico general, aunque en la clasificación del desarrollo de los niños, las enfermeras tuvieron proporción más alta.

Se da una aparente contradicción cuando se evidencia que al indagar en los profesionales de salud por las ventajas de la estrategia AIEPI, un 85,6 % reconoce que la misma permite identificar de manera rápida a los menores con riesgo, pero un porcentaje menor el 60,5 % reconoce que permite realizar una consulta integral. Este último porcentaje puede deberse a las barreras identificadas por los profesionales de salud evaluados para la aplicación adecuada de la estrategia: Percepción de una consulta muy larga, la sensación de no contar con el tiempo suficiente para realizar la consulta y considerar que la estrategia es demasiado compleja.

Se evidencia que, a pesar de las posibles barreras de acceso percibidas, un buen porcentaje, el 80% consideran que cuentan con insumos y apoyo de otro personal del servicio.

IV. CONCLUSIONES

Este estudio tiene un carácter pionero en Colombia, pues no existen evaluaciones previas sobre la efectividad o impacto en el cumplimiento de los tres objetivos de la estrategia AIEPI, a partir de la implementación de tan sólo la intervención educativa (el componente clínico) de la estrategia.

Los estudios existentes en otros países como Perú, Bolivia, Ecuador estudian las experiencias de la implementación de la Estrategia AIEPI sus debilidades y fortalezas en cuanto a lo administrativo, o bien evalúan el impacto en temas muy específicos como Neumonía o esquema de vacunación, pero ninguno evalúa los resultados integrales de la estrategia usando solamente el componente educativo.

Por algunas limitaciones en las características del diseño del estudio, los resultados encontrados no pueden ser fácilmente generalizables, si bien constituyen un aporte valioso como primera aproximación a este tópico en el escenario nacional, se observaron algunas debilidades que se reflejan en los resultados, ya que pueden contener cierto grado de imprecisión debido al error aleatorio introducido por el tamaño muestral, y además, en uno de los objetivos, no se consiguió la muestra completa por una pequeña diferencia.

Al dialogar de manera cercana y profunda con todos los actores que garantizan la salud y el bienestar de los niños y niñas en algunos de los municipios y áreas culturales y geográficas del territorio nacionales, especialmente con lo relacionado a la estrategia AIEPI, resulta evidente y necesario reflexionar acerca de la integralidad de la atención que hoy en día se brinda desde los servicios de salud, la capacidad del sector de salir de sus espacios y de hacer alianzas estratégicas con otros sectores para lograr afectar los determinantes de la salud que impiden el bienestar y la calidad de vida de los niños y niñas, sus padres y sus comunidades.

Se recomienda para futuros estudios, el establecimiento de consensos en cuanto a lo que se puede considerar una diferencia clínicamente significativa, además de la necesidad de impulsar nuevos estudios que profundicen en esta temática usando muestras más amplias, diseños que impliquen seguimiento en el tiempo (intervenciones comunitarias) protocolos de recolección de información, y evaluación de múltiples centros asistenciales.

Si bien los instrumentos han sido validados en otros estudios bien vale la pena realizar pruebas piloto con aplicación de los instrumentos, para ajustarlos a las necesidades actuales, y finalmente debe fortalecerse aún más el componente educativo con técnicas de comunicación efectivas entre el profesional de salud y la madre para transformar conocimientos actitudes y prácticas en el cuidado del menor de cinco años.

REFERENCIAS

1. Bryce J, Victora CG, Habicht JP, Black RE, Scherpbier RW. Programmatic pathways to child survival: Results of a multi-country evaluation of Integrated Management of Childhood Illness. *Health Policy Plan.* 2005; 20(SUPPL. 1).
2. Lamus F, Rosa L, Durán M, Docal C, Luz M, Soto A, et al. Construcción de un modelo de gestión para la salud y el bienestar de la infancia en la implementación de la estrategia AIEPI en Colombia. 2007; 6(12):126–43.
3. Ministerio de Salud y Protección Social -MSPS, OPS/OMS OP de la S-. Sistematización de la estrategia “AIEPI.” Bogotá; 2012.
4. Ministerio de la Protección Social, Plan Nacional de Salud Pública, Organización Panamericana de la salud. Situación de la estrategia AIEPI año 2010 Un análisis desde la gestión territorial. 2010;
5. Ministerio de Protección Social, Plan Nacional de Salud Pública, Organización Panamericana de la Salud. Caracterización de la atención bajo la estrategia AIEPI de niños y niñas menores de 5 años en situación de desplazamiento de 10 entidades territoriales. 2009.
6. Organización Panamericana de la salud. Salud y Bienestar de la Infancia. 2011.
7. OPS. Estrategias de comunicación para la salud integral en la infancia. Guía metodológica para su desarrollo. 2005.
8. OPS/OMS OP de la S-. Sobre la Atención integrada de enfermedades prevalentes de la infancia AIEPI. 2012; 1–2. Available from:

http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1552:atencion-integrada-de-enfermedades-prevalentes-de-la-infancia-AIEPI&Itemid=476.

9. Torres M, Molina F, Prado R. Informe Final: Medición De Cobertura Efectiva Del Componente Clínico AIEPI Colombia [Internet]. 2010. Available from: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1553:informe-de-gestion-linea-AIEPI&Itemid=476
10. Victoria CG, Huicho L, Amaral JJ, Armstrong-Schellenberg J, Manzi F, Mason E, et al. Are health interventions implemented where they are most needed? District uptake of the Integrated Management of Childhood Illness strategy in Brazil, Peru and the United Republic of Tanzania. *Bull World Health Organ.* 2006; 84(10):792–801.
11. Rubin DB. *Multiple imputation for nonresponse in surveys.* John Wiley & Sons; 2004.
12. Universidad de la Sabana, Organización Panamericana de la salud, Ministerio de la Protección Social. *Lineamientos para la capacitación de profesionales de la salud en el curso clínico de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI.* 2010.