



**Viernes 7 de febrero de 2014**

**Taller:**

**Lo que interesa a un pediatra de Atención Primaria sobre cooperación**

**Ponentes/monitoras:**

- **Maite de Aranzabal Agudo**  
*Pediatra de Atención Primaria. CAP Barberà. Barcelona.*
- **Dolors Canadell Villaret**  
*Pediatra de Atención Primaria. CS Lakua-Arriaga. Vitoria-Gasteiz.*

**Textos disponibles en  
[www.aepap.org](http://www.aepap.org)**

**¿Cómo citar este artículo?**

Canadell Villaret D, de Aranzabal Agudo M. Lo que interesa saber al pediatra de Atención Primaria sobre los países pobres. Introducción a la cooperación. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2014. Madrid: Exlibris Ediciones; 2014. p. 299-10.

# Lo que interesa saber al pediatra de Atención Primaria sobre los países pobres. Introducción a la cooperación

**Dolors Canadell Villaret**

*Pediatra de Atención Primaria. CAP Barberà. Barcelona.  
[dcanadell03@gmail.com](mailto:dcanadell03@gmail.com)*

**Maite de Aranzabal Agudo**

*Pediatra de Atención Primaria. CS Lakua-Arriaga. Vitoria-Gasteiz.  
[mdearanzabal@gmail.com](mailto:mdearanzabal@gmail.com)*

## RESUMEN

La mortalidad en menores de 5 años se ha reducido de cerca de 12 millones en el año 2000 a 6,6 millones en el 2012. Pero hay que llegar a casi cero.

Acabar con las desigualdades en salud y con la injusticia socio-económica de nuestro mundo continúa siendo un desafío y conocer las estrategias más efectivas para lograrlo resulta interesante para cualquier pediatra con una cultura global.

En esta charla se hace un repaso a las intervenciones que se han utilizado y se desarrolla la estrategia que la OMS considera actualmente más costo-efectiva para reducir la mortalidad infantil y cuyo ámbito de aplicación fundamental es la atención primaria. Se trata del programa denominado "atención integral a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI).

Además abordaremos brevemente cómo deben prepararse los pediatras para sus primeros trabajos como cooperantes en los países pobres.

## INTRODUCCIÓN

A principios del siglo XXI, las desigualdades en salud y la injusticia socio-económica en el mundo siguen siendo uno de los retos más

importantes para la humanidad. La salud materna, del recién nacido y del niño continúan representando un grave problema en los países en vías de desarrollo.

En el año 2012, 6,6 millones de niños murieron antes de cumplir los 5 años por causas evitables como neumonía, diarrea o paludismo, malnutrición o enfermedades relacionadas con el embarazo, el parto y la prematuridad (Fig. 1) y 358 000 mujeres murieron durante el embarazo y el parto<sup>1</sup>. La gran mayoría de estas muertes ocurren en países en vías de desarrollo, sobre todo en África subsahariana y Asia meridional donde se producen 4 de cada 5 muertes de niños menores de 5 años.

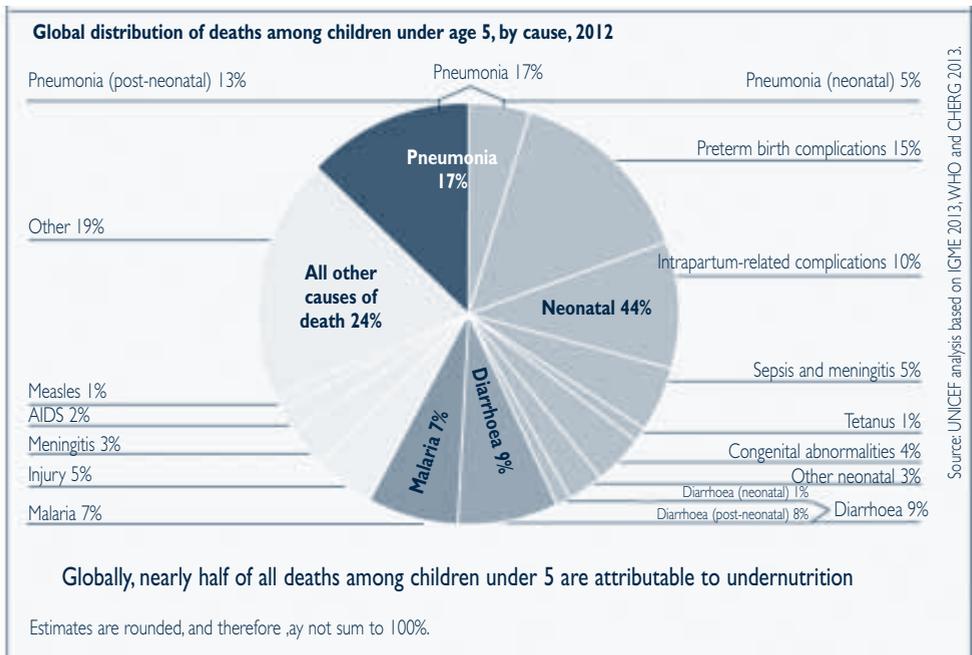
Para disminuir estas desigualdades y mejorar el desarrollo de los países más pobres, en el año 1990 organismos internacionales y financieros, como la ONU, el Fondo Monetario Internacional (FMI), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE) y las grandes ONGs, definieron los llamados Objetivos del Milenio<sup>2</sup>. Los 8 objetivos están relacionados con la salud infantil de

manera directa o indirecta y son: erradicar la pobreza extrema y el hambre; lograr la educación primaria universal; promover la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de la mujer; reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años; mejorar la salud materna; combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades; garantizar la sostenibilidad del medio ambiente y fomentar una alianza mundial para el desarrollo. Para conseguir los objetivos se han establecido unos indicadores, metas y evaluaciones que se realizan periódicamente.

Desde la época de la descolonización se han intentado diferentes estrategias para paliar las diferencias en salud entre los países desarrollados y en vías de desarrollo.

Cualquier estrategia de desarrollo en salud debe ser equitativa (igualdad en salud según los recursos de los que se dispone), respetuosa con las tradiciones y organización local y con el medio ambiente, debe aplicarse a través de los sistemas y políticas de salud del país y debe ser sostenible<sup>3</sup>.

Figura 1. Causas de mortalidad en los niños menores de 5 años. UNICEF 2013<sup>1</sup>



En los últimos 40 años se han puesto en marcha estrategias médico-sanitarias, selectivas o integrales, y estrategias sociales.

## ESTRATEGIAS MÉDICO-SANITARIAS

### Estrategias selectivas

En 1978 se celebró en Alma Ata (Kazajstán) la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud<sup>4</sup> cuyo lema era "Salud para todos en el año 2000". Su fundamento era cubrir las necesidades básicas de salud con una visión integral (prevención, promoción, educación y asistencia) y con la implicación de la comunidad y de los gobiernos y una gran inversión económica. Mientras que en muchos países desarrollados, como España, se pudo implementar, para los países en desarrollo resultó ser demasiado cara.

Ante la incapacidad de llevarlas a cabo en países pobres, se buscaron estrategias menos costosas, más fáciles de implementar y que actuaran sobre las enfermedades que causan mayor mortalidad. Estas estrategias, llamadas selectivas o verticales, incluyen la prevención, la educación y el tratamiento con un criterio común: una amplia cobertura poblacional.

El ejemplo más conocido es la estrategia GOBI, diseñada en 1982 que incluía 4 intervenciones: control del crecimiento (Growth monitoring), rehidratación oral (Oral rehydration therapy), lactancia materna (Breast-feeding) y vacunación (Immunisation).

Posteriormente se incorporó la planificación familiar, suplementos alimenticios y educación para la mujer (GOBI-FFF).

### Estrategia integral: "Atención integral a las enfermedades prevalentes de la infancia"<sup>5-7</sup>

Tras analizar el impacto de las estrategias selectivas sobre la carga de morbi-mortalidad en los niños menores de 5 años y observar que los avances eran insuficientes,

OMS y UNICEF en 1996 presentaron un nuevo plan la "atención integral a las enfermedades prevalentes en la infancia" conocido como AIEPI en español o IMCI en inglés. Este programa se basa en la atención al niño de manera global e integral, porque incluyen, además de la asistencia y tratamiento a las enfermedades agudas más frecuentes y que causan mayor mortalidad en los niños menores de 5 años (neumonía, diarrea, malaria-fiebre, sarampión y malnutrición), todas las medidas disponibles para su prevención, detección precoz y para la promoción de hábitos saludables en la familia y la comunidad. Este planteamiento vuelve a los principios de reforzar la atención primaria de salud que se preconizaban en la Conferencia de Alma Ata.

Los objetivos de la AIEPI son:

1. Reducir la mortalidad en los niños menores de 5 años.
2. Disminuir la incidencia y gravedad de las enfermedades prevalentes en la infancia.
3. Mejorar el crecimiento y desarrollo de los niños.

Para conseguir los objetivos mencionados, AIEPI se fundamenta en tres pilares básicos:

- Los **sistemas y servicios de salud**: los gobiernos deben incluir la estrategia en su sistema de salud y en la formación reglada de todo el personal sanitario, programar su formación y evaluación continuada, financiarlo, suministrar los medicamentos esenciales y vacunas, promover la descentralización, y establecer los circuitos de derivación a servicios especializados cuando se precise y supervisarlos. Es lo que se denomina **AIEPI institucional**.
- El **personal sanitario**: se centra en capacitar a todo el personal de salud para mejorar sus conocimientos y habilidades. Es **AIEPI clínico**.
- Las **familias y comunidades**: consiste en capacitar a las familias, maestros y líderes de la comunidad: **AIEPI comunitario**.

Para facilitar el funcionamiento de la estrategia AIEPI se han elaborado guías, cursos, protocolos y materiales de formación y capacitación, guías para la evaluación y seguimiento y también protocolos de investigación epidemiológica y operativa. Todas estas herramientas se revisan periódicamente y se modifican tanto a nivel general como local de acuerdo con el resultado de las investigaciones. Este material es fácil de encontrar en las webs de la OMS y OPS (Organización Panamericana de Salud), así como en las de los ministerios de salud de cada país.

Además y muy importante la AIEPI va ligada a una evaluación global (Multi Country Evaluation: MCE)<sup>8</sup> para determinar los efectos, los costos y la eficacia de esta estrategia.

Actualmente, la OMS considera que la AIEPI es la estrategia sanitaria más eficiente para reducir la carga de enfermedad y discapacidad en la población infantil, y contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables durante los primeros cinco años de vida que es la etapa más vulnerable de la vida.

### AIEPI clínico

Se diferencian el **AIEPI neonatal**<sup>11</sup> que va desde el nacimiento hasta los 2 meses y el **del niño** desde los 2 meses hasta los 5 años.

El AIEPI clínico tiene como objetivo mejorar las habilidades y conocimientos del personal sanitario.

Se deben realizar cursos de formación de 10-11 días de duración y posterior seguimiento, reciclaje y evaluación continuada.

Se les forma principalmente en las 5 enfermedades que causan mayor morbi-mortalidad en los niños menores de 5 años (infección respiratoria, diarrea, malaria y fiebre, sarampión y malnutrición) y otras patologías frecuentes (otitis supuradas y conjuntivitis).

El proceso de AIEPI puede ser utilizado por médicos, enfermeras y los profesionales de la salud que atienden

a niños enfermos desde el nacimiento hasta cinco años de edad.

La aplicación del AIEPI clínico sigue los protocolos realizados para cada enfermedad, los denominados "cuadros de procedimientos", que enseñan la secuencia de pasos y dan información sobre cómo realizarlo: entrevistar a la madre o cuidadora, observar e inspeccionar los signos clínicos simples, hacer una clasificación adecuada y dar el tratamiento y las recomendaciones oportunas.

El personal de salud debe seguir de manera sistemática el siguiente esquema (Tabla 1):

1. **Evaluar** al niño enfermo.
2. **Clasificar** la enfermedad.
3. **Tratar**: determinar el tratamiento, tratar al niño, aconsejar a la madre, proporcionar consultas de reevaluación y seguimiento.

1. **Evaluar**: la valoración se debe realizar siempre en el mismo orden para no olvidarse nada. Primero se hace un breve interrogatorio sobre:

- Motivo de consulta.
- Signos generales de peligro.
- Signos específicos de peligro para la enfermedad.
- Síntomas principales para otras enfermedades prevalentes: tos o dificultad para respirar, diarrea, fiebre, sarampión, problemas de oído. Se utilizan pocos signos clínicos basados en la evidencia, en la opinión de expertos y en la investigación...

- Estado de vacunación.

A continuación se inspecciona y observa sobre:

- Presencia de desnutrición y anemia.
- Desarrollo y crecimiento.

**Tabla 1.** Esquema general de AIEPI

|  |  |  |
|--|--|--|
| Preguntar y observar<br>SIGNOS GENERALES DE PELIGRO  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Letárgico o inconsciente</li> <li>• Convulsiones</li> <li>• Incapaz de beber o mamar</li> <li>• Vomita todo lo que ingiere</li> </ul>   |  |
| Preguntar por<br>SÍNTOMAS PRINCIPALES  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tos o dificultad respiratoria</li> <li>• Diarrea</li> <li>• Fiebre</li> <li>• Problemas de oído</li> <li>• Problemas de garganta</li> </ul>   |  |
| VERIFICAR Y EVALUAR  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Malnutrición</li> <li>• Anemia</li> <li>• Vacunas</li> <li>• Crecimiento</li> <li>• Maltrato</li> <li>• Otros problemas</li> </ul>  |  |
| <b>CLASIFICAR<br/>Y<br/>DETERMINAR EL TRATAMIENTO</b>  |  |  |
| <b>DERIVACIÓN URGENTE<br/>(ROJO)</b>   | <b>TRATAMIENTO EN CASA CON<br/>MEDICAMENTOS<br/>(AMARILLO)</b>   | <b>TRATAMIENTO EN CASA SIN<br/>MEDICAMENTOS<br/>(VERDE)</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento pre-derivación</li> <li>• Consejos a los padres</li> <li>• Facilitar la derivación</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar la 1ª dosis de antibiótico</li> <li>• Enseñar a la madre:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cómo administrar el tratamiento</li> <li>- Tratar las infecciones localizadas</li> <li>- Dar pautas de seguimiento y reconsulta urgente</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se enseña a la madre cómo cuidar al niño en el hogar</li> <li>• Controles y vacunas a seguir</li> </ul> |

2. **Clasificar la enfermedad:** tras la evaluación tendremos unos puntos clave señalados en los cuadros de procedimientos (Tabla 2):

- Si hay signos de gravedad, requiere atención urgente y vamos a referir: está indicado en el esquema con **color rojo**.
- Si necesita tratamiento en casa con antibiótico, antimalárico, antipirético, antiparasitario, vitaminas o hierro, se indica con el **color amarillo**. Se debe asegurar que la madre sabe el tratamiento, cómo administrarlo, las curas tópicas si las hubiera, los signos de gravedad de reconsulta y el seguimiento.
- El **color verde** significa que el niño puede ser cuidado en casa sin medicamentos y con pautas generales.

Cada niño debe ser **clasificado en una sola categoría** según los síntomas y signos que presente y siempre se escoge la de mayor gravedad si presentase sintomatología de varias categorías.

Si presenta varios problemas de salud se puede clasificar cada uno por separado. Por ejemplo, un niño que tenga diarrea y tos. Por un lado valoraremos la diarrea, el grado de deshidratación, la duración, la presencia de sangre en las heces y de fiebre. Por otro lado valoraremos la tos: duración, signos de dificultad respiratoria, presencia de sibilancias, la frecuencia respiratoria y la temperatura. Para cada uno de ellos realizaremos la clasificación y el plan de cuidado. El plan de cuidado puede incluir acciones familiares, comunitarias o de coordinación interinstitucional.

La clasificación NO constituye un diagnóstico, sino un plan de actuación que permite adjudicar a cada-

Tabla 2. Ejemplo de proceso respiratorio según AIEPI

|                 | EVALUAR SIGNOS   | CLASIFICAR  | TRATAR  |
|-----------------|--|---|---|
| <b>ROJO</b>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cualquier signo de peligro general o</li> <li>• Retracción torácica inferior o</li> <li>• Estridor en reposo o</li> <li>• Aleteo nasal</li> <li>• Sibilancias audibles</li> </ul> | NEUMONÍA GRAVE CON SIBILANCIAS O ENFERMEDAD MUY GRAVE | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Broncodilatador 3 ciclos antes de clasificarlo como neumonía</li> <li>• Déle la 1ª dosis de antibiótico, cotrimaxazol o amoxicilina</li> <li>• Contacte urgente con el hospital</li> </ul>   |
| <b>AMARILLO</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respiración rápida y/o fiebre, y tos</li> <li>• Sibilancias</li> </ul>  | NEUMONÍA O ASMA                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Déle la cantidad apropiada de antibiótico para 5 días</li> <li>• Si asma: inhalador o broncodilatador 5 días</li> <li>• Diga a la madre cuándo debe volver inmediatamente</li> <li>• Si sibilancias recurrentes, referir para valoración</li> <li>• Seguimiento en 2 días</li> </ul> |
| <b>VERDE</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuadro de catarro leve sin los síntomas previos</li> </ul>  | CATARRO DE VÍAS ALTAS                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñar a los cuidadores a reconocer signos de empeoramiento</li> <li>• Repasar cuidados generales</li> </ul>  |

problema de salud una de las 3 categorías según la gravedad y la consecuente pauta de tratamiento.

3. **Determinar el tratamiento:** las opciones de tratamiento son tres:

- **Rojo:** hospitalización o derivación/referencia urgente.
- **Amarillo:** tratamiento en casa con medicamentos y recomendaciones.
- **Verde:** manejo en casa sin tratamiento farmacológico.

Si se deriva un niño al hospital se debe estar seguro de que recibirá el tratamiento adecuado, el traslado será seguro y los padres podrán costearlo. Se estabilizará al paciente y se administrará el tratamiento de urgencia antes de partir.

*Tratamiento:* Una vez determinado el tratamiento que se indica en los protocolos de cada país, se explicará a la madre cómo administrarlo, se le ensa-

ñará cómo tratar las infecciones localizadas si las hubiere, las recomendaciones en la alimentación, las pautas de cuándo volver de inmediato. Es muy importante priorizar las instrucciones y seleccionar los tratamientos esenciales: antibióticos, antimaláricos, y dar líquidos y/sales de rehidratación oral en caso de diarrea. En la visita de seguimiento se darán las demás instrucciones de tratamiento.

*Aconsejar a la madre o al acompañante:* la AEPI enfatiza en las prácticas terapéuticas, preventivas y de promoción de la salud. Además de los puntos mencionados anteriormente, en cada consulta se debe promover la lactancia materna, una alimentación adecuada, la vacunación, estimulación temprana y educar con calor y amor e informar sobre los controles o citas para seguimientos.

**Consultas de reevaluación y seguimiento:** se valora la evolución de la enfermedad y el tratamiento a seguir y se recuerdan las recomendaciones generales de prevención y promoción de la salud. Además, se pregunta si presenta algún problema nuevo que se evaluaría como una visita inicial.

### AIEPI neonatal

La mortalidad neonatal en el año 2012 representa el 44% (2,9 millones) del total de la mortalidad en menores de 5 años, según el informe del 2013 de Unicef<sup>1</sup>. A pesar de haber disminuido en todo el mundo sigue siendo la causa más importante de mortalidad en los menores de 5 años aunque en África Subsahariana y en el Sur de Asia la reducción ha sido discreta.

Las causas de la mortalidad neonatal continúan siendo las complicaciones del parto pretérmino (34%), complicaciones durante el parto (24%), sepsis-meningitis (12%), neumonía (10%), anomalías congénitas (9%), diarrea (2%), tétanos neonatal (2%), y otras (6%) (Fig. 1). No hay que olvidar la alta prevalencia de niños con discapacidad como consecuencia de los problemas relacionados con un embarazo y parto no controlado o asistido por personal no cualificado.

Ante este panorama, en el año 2000, se incluyó dentro de la AIEPI, el componente neonatal que se basa en intervenciones sencillas, basadas en la evidencia y costo-efectivas que en muy pocos casos requieren alta tecnología<sup>10</sup>.

En el AIEPI neonatal se diferencia la atención a la mujer embarazada, al parto y puerperio y la atención al recién nacido. El personal de salud se capacita para diferenciar un embarazo-parto de riesgo, explorar y reconocer recién nacidos sanos y enfermos, y actuar según la evaluación hecha, clasificando la actuación en colores rojo (grave-derivación urgente), amarillo (tratamiento farmacológico y cuidados en casa), verde no tratamiento médico.

En la Tabla 3 podemos ver, de manera resumida y sucinta, en cada momento del proceso qué debemos preguntar, observar e inspeccionar y cuáles son los criterios de derivación urgente.

### AIEPI comunitario

El componente del AIEPI comunitario apareció más tarde, ya que se evidenció que mejorar los servicios de

salud y la formación del personal sanitario no era suficiente y que se debía implicar a las familias y a la comunidad<sup>11</sup>.

Se basa en intervenciones sencillas y científicamente demostradas y se focaliza en la información, educación y capacitación de las familias y de la comunidad sobre la prevención, detección de enfermedades y sus signos de gravedad y cuándo consultar, saber manejar al niño sano y enfermo en el hogar, fomentar el autocuidado, el buen trato y la necesidad de vigilar el crecimiento y el desarrollo de los niños con el acompañamiento del equipo de salud.

El AIEPI comunitario incluye a todos los actores sociales que trabajan en favor de la niñez en la comunidad: escuelas, iglesias, municipalidades, grupos de voluntarios, clubes de madres y ONGs, además de los servicios de salud.

El trabajo comunitario se basa en los *Agentes Comunitarios de Salud (ACS)* que son personas voluntarias elegidas por la comunidad para trabajar conjuntamente con el personal de salud para difundir a la comunidad las prácticas clave de la OMS (Tabla 4) que aseguran el adecuado cuidado de la salud y nutrición de los niños.

La elección del ACS es un proceso fundamental ya que de lo acertada que sea la persona dependerá el éxito del programa a implementar. El ACS debe ser una persona respetada y querida por la comunidad, que realice las prácticas claves en su familia, sea respetuoso, sea responsable a nivel familiar; solidario, seguro de sí mismo y buen comunicador.

El ACS debe recibir formación y entrenamiento sobre cómo liderar en salud a la comunidad, difundir las prácticas clave y ser enlace entre la comunidad y el centro de salud.

El ACS deberá trabajar con todos los actores sociales de la comunidad para detectar y resolver las situaciones de riesgo para la salud a nivel municipal, comunitario y familiar; teniendo como referencia las prácticas clave de la OMS.

Tabla 3. Esquema AIEPI neonatal

| AIEPI NEONATAL                                       | PREGUNTE, OBSERVE E INSPECCIONE   | Derivación URGENTE  |
|--|---|---|
| Determinar riesgo durante el embarazo                | EG, movimientos fetales, enf. sistémica, ITU, fiebre, TA, diabetes, RPM, edema, palidez, FC fetal   | >41 s; ausencia o pocos movimientos fetales; enf. sist. grave, ITU con fiebre, HTA no controlada, convulsiones, cefalea intensa, edema cara y manos, pies o cara, palidez palmar extrema  |
| Determinar riesgo durante el parto                   | EG, Hemorragia vaginal, rotura membranas, contracciones, dilatación cervical y presentación, hinchazón manos y cara, Tª, TA, FCF  | EG<37 s, hemorragia vaginal, RPM>12 h, HTA no controlada o complicaciones, FCF <120 o >160, presentación anormal, hinchazón cara, manos y piernas.  |
| Evaluar necesidad de reanimación                     | Color del líquido amniótico<br>Respiración o llanto<br>Color (cianosis o palidez)<br>Tono muscular<br>FC  | REANIMACIÓN SI <ul style="list-style-type: none"> <li>• no respira espontáneamente</li> <li>• Cianótico o pálido</li> <li>• Flácido</li> <li>• FC &lt;100PPM.</li> </ul> Reevaluar cada 30"   |
| Evaluar riesgo al nacer                              | Embarazo: RPM, fiebre, patología<br>RN: ¿reanimación?, color, llanto, respiración, vitalidad, lesiones severas en el parto, infección intrauterina (TORCH/VIH)              | PN<2kg o >4kg, EG<35s, Tª rectal <36,5°C >38°C, dificultad resp., fiebre materna o corioamionitis, RPM>12 horas, palidez o plétora, TORCH/VIH, anomalías congénitas mayores, lesiones severas en el parto reanimación con bolsa y máscara o masaje cardíaco             |
| Determinar si hay enfermedad grave o infección local | Letargia, tiraje subcostal, quejido espiratorio, cianosis, palidez o ictericia, pústulas o vesículas en la piel, secreción purulenta ombligo, ojos u oídos.<br>Peso, Tª, FR | Incapaz mamar, convulsiones, alt. estado conciencia, tiraje subcostal grave, quejido esp, cianosis, palidez severa, ictericia, secreción purulenta con eritema en la piel del ombligo, muchas pústulas o vesículas en la piel, "se ve mal", imitable, Tª ax <36 o >37,5 |
| Evaluar si tiene diarrea                             | Duración<br>Sangre en heces<br>Signos de deshidratación   | Letargia o inconsciencia<br>intranquilo o irritable<br>Ojos hundidos<br>signo de pliegue cutáneo<br>Mama mal o no puede mamar   |
| Evaluar nutrición                                    | Interrogatorio sobre alimentación, frecuencia, dificultades...<br>Peso para la edad<br>Posición amamantamiento  | Pérdida de peso mayor del 10% en la primera semana  |
| Evaluar problemas de desarrollo                      | Perímetro cefálico<br>Reflejos (Moro, succión...)<br>Postura  | Ausencia de uno o más reflejos/posturas para su edad<br>PC <p10 o >p90<br>>3 alt. fenotípicas   |
| Vacunación   | Verificar antecedentes de vacunación según calendario del país<br>Revise lactancia materna y trato-apego  |   |

**Tabla 4.** Prácticas clave de la OMS del AIEPI comunitario

| Las 16 prácticas clave de la OMS se organizan en 4 grupos:     |   |
|--|---|
| Para el buen crecimiento y desarrollo físico y mental del niño | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses</li> <li>2. Alimentación complementaria adecuada y suficiente a partir de los 6 meses</li> <li>3. Consumo de micronutrientes: vitamina A, hierro, yodo y zinc en alimentos o suplementos</li> <li>4. Educar con afecto, cariño y estimulación precoz para favorecer el desarrollo mental y social del niño</li> </ol>   |
| Para la prevención de enfermedades                             | <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Vacunación a todos los niños</li> <li>6. Saneamiento básico: ofrecer a los niños un entorno limpio, sin heces y sin basura, y agua potable</li> <li>7. Prevención de malaria, dengue y fiebre amarilla: protección contra los mosquitos con ropa adecuada y dormir bajo mosquiteras impregnadas con insecticida</li> <li>8. Hábitos apropiados par la prevención y atención de personas infectadas por el VIH/SIDA</li> </ol> |
| Para los cuidados del hogar                                    | <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Alimentación adecuada del niño enfermo y sano</li> <li>10. Tratamiento casero adecuado para el niño</li> <li>11. Prevención y control de lesiones y accidentes</li> <li>12. Promover el buen trato en el hogar</li> <li>13 Participación del hombre en el cuidado del niño y de la mujer gestante</li> </ol>  |
| Para buscar atención fuera del hogar                           | <ol style="list-style-type: none"> <li>14 Identificar los signos de alarma de las enfermedades para buscar la atención apropiada</li> <li>15. Seguir las recomendaciones dadas acerca del tratamiento, seguimiento o referencia</li> <li>16 Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de su recién nacido</li> </ol>   |

Su trabajo se basará en realizar sesiones y talleres educativos, visitas a domicilio, reuniones de coordinación y seguimiento con las distintas organizaciones e instituciones de la comunidad y del centro de salud.

La visita domiciliar es básica para conocer el entorno en el que vive la familia, detectar los problemas y hacer recomendaciones para la mejora de la salud. En todas las visitas, previa cita, se valora el estado de salud de los convivientes y si se detecta algún enfermo con signos de peligro se refiere al centro de salud, se evalúa el cumplimiento de los controles sanitarios y de las prácticas clave, se pregunta por la alimentación habitual y su preparación, se observa el grado de limpieza, higiene y orden, tipo de cocina, agua de cocinar y beber, existencia de letrinas y su uso, presencia de animales y manejo de basuras. El ACS debe ser muy respetuoso, debe felicitar por los logros y no culpabilizar, y debe proponer 1 o 2 puntos para mejorar y concretar una cita se seguimiento.

La estrategia AIEPI cubría la mayoría de las razones por las que se lleva a un niño enfermo a un consultorio, pero no se incluían las enfermedades crónicas, los traumatis-

mos, accidentes, intoxicaciones, violencia o maltrato... Por ello, progresivamente se ha ido ampliando con: asma y síndrome bronco-obstrutivo; desarrollo; salud oral; maltrato, violencia y accidentes; diabetes y obesidad; y SIDA-VIH.

### Estrategia de enfoque social

El enfoque sanitario de las estrategias selectiva e integral es primordial para mejorar la salud y en ellas se basará nuestro trabajo como pediatras.

Sin embargo, es indiscutible que los factores políticos, económicos y sociales tienen un impacto mucho mayor sobre los elevados índices de mortalidad prematura de los países en vías de desarrollo. La importancia y vigencia del enfoque social queda reflejada en el informe que la *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS "Subsanar las desigualdades en una generación"*<sup>12</sup> donde se formulan recomendaciones para reducir las inequidades que existen entre los países y dentro de cada país. Estas recomendaciones se basan en:

1. Mejorar las condiciones de vida cotidianas desde el principio: se plantea favorecer el acceso a una vivienda de calidad, a agua salubre y a servicios de saneamiento, así como un empleo y condiciones de trabajo dignas e implementar políticas de protección social dirigidas a toda la población y una atención de salud universal.
2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos.
3. Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones: establecer sistemas de recogida y análisis de datos, como registros civiles y programas de observación de las inequidades sociales y determinantes de salud para que sean analizados y sus resultados se utilicen en la elaboración de políticas, sistemas y programas más eficaces.

Para atajar estas inequidades, asigna tareas a cada uno de los estamentos involucrados en cooperación: OMS, Banco Mundial, FMI, ONG, poderes políticos de los países receptores y donantes, empresas privadas y sociedad civil.

En estos momentos de crisis económica en la que vemos cómo pelagra el bienestar social, económico y sanitario de nuestra sociedad, podemos entender mejor la importancia de los condicionantes sociales. Destaca de manera especial la acción de la población civil de los países en desarrollo.

### **CÓMO PREPARARSE PARA COOPERAR: ANTES Y DESPUÉS**

El deseo de ir a "cooperar" puede responder a sentir el deber moral de ayudar a los más necesitados, querer sentirse útil, compartir conocimientos, enseñar y aprender, el placer de ser solidario, tener buena voluntad, generosidad, deseos de conocer otras culturas, realidades y pueblos desde dentro, ganas de viajar y un poco de espíritu aventurero.

Sin duda hay que tener una gran dosis de solidaridad e ilusión, pero esto no es suficiente.

Necesitamos, entre otras cosas, cierta formación sobre las patologías prevalentes del país y los protocolos locales, ser respetuosos con el personal local, con la población y con su cultura, siempre bajo el marco de los derechos humanos.

Para reflexionar cuál es nuestro papel y cómo debemos actuar nos pueden ayudar los "14 Mandamientos del Cooperante" que sintetizan cómo debe ser la cooperación "norte-sur" y cómo actuar<sup>13,14</sup>.

1. Dejarás a la contraparte local organizar el proyecto.
2. Estimularás su autoestima.
3. No ayudarás a quien no se ayuda a sí mismo.
4. Cooperarás, no harás donaciones.
5. Atenderás al proceso: es lo fundamental.
6. Comprenderás la cultura local.
7. Evitarás el "norte-centrismo" en tus análisis y en tu conducta.
8. No impondrás pero no aceptarás todo.
9. No te engañarás: el poder está desigualmente repartido.
10. Serás puente: traducirás las dos lógicas.
11. Coordinarás tu proyecto con el de otros.
12. Aceptarás que la meta no es ser querido por los pobres.
13. Descubrirás que cooperar es aprender.
14. Te convencerás de que la finalidad de la cooperación es desaparecer.

El viaje empieza cuando ya tenemos destino y para garantizar una estancia con los mínimos riesgos de enfermar es imprescindible contactar con antelación con un

servicio de Medicina Tropical y Salud Internacional<sup>15</sup>, donde nos informarán de las medidas de protección, alimentación e higiene que debemos tener durante nuestra estancia y a nuestro regreso, de la profilaxis antipalúdica si procede y de las vacunas necesarias y/o recomendables.

A la hora de preparar la maleta deberemos tener en cuenta qué ropa llevamos, el botiquín, material de trabajo, libros de consulta, ordenador... Además de las recomendaciones de la ONG, del servicio de medicina tropical, también nos pueden ayudar las "Recomendaciones para el pediatra que quiere cooperar" que ha elaborado el grupo de Cooperación, Inmigración y Adopción y que están en la web de la AEPap<sup>16</sup>.

Otro aspecto relevante es disponer de la información sobre el proyecto en el que vamos a trabajar (informes de la ONG y de los anteriores voluntarios) y saber cuál es el trabajo que tenemos que desempeñar. Nuestra misión es apoyar al personal local y no suplirles y por ello es fundamental incluir la formación teórica y/o práctica que ayudará a mejorar su labor asistencial. Por ejemplo la estrategia AIEPI de la que hemos hablado anteriormente puesto que como hemos dicho incluye las causas más prevalentes de mortalidad en los niños menores de 5 años en los países pobres.

Una vez en el país debemos contar con las "incomodidades" no solo físicas sino emocionales. Vamos a tener que ver de cerca y convivir con el dolor, la pobreza, la impotencia y la muerte. Tenemos la suerte de vivir en una sociedad en la que el contacto con la muerte no es cotidiano y aunque el sufrimiento es ubicuo, la muerte no es consecuencia de la falta de atención sanitaria ni de recursos económicos. En cambio en estos países, vamos a poner cara y nombre a las frías y dramáticas cifras de mortalidad y morbilidad. Debemos reflexionar y elaborar las emociones y pensamientos para poder seguir desarrollando de manera eficaz nuestro trabajo.

No podemos acabar nuestra misión sin la elaboración de un informe sobre nuestra estancia que será muy útil para los futuros cooperantes y para el buen desarrollo

del proyecto. El informe debe ser sintético y completo. Se deben incluir todas las actividades que hayamos realizado: asistencial, formativa y docente, reuniones con las autoridades sanitarias, charlas a las madres, escuelas, comunidad, visitas domiciliarias y otras. No puede faltar las recomendaciones sobre formación, actividades a realizar y puntos débiles y fuertes del proyecto.

## BIBLIOGRAFÍA

1. UNICEF. El compromiso con la supervivencia infantil: Una promesa renovada. Informe sobre los progresos de 2013. [Fecha de acceso 30 nov 2013]. Disponible en [www.childinfo.org](http://www.childinfo.org)
2. ONU. Objetivos de desarrollo del milenio. [Fecha de acceso 30 nov 2013]. Disponible en [www.un.org/es/millenniumgoals/](http://www.un.org/es/millenniumgoals/)
3. Aranzabal Agudo M. Modalidades de ayuda al desarrollo. En: Gil Antón J (ed.). Pediatría para la cooperación. Guipúzcoa: Universidad del País Vasco; 2011. p.41-53.
4. Declaración de Alma Ata. 1978. [Fecha de acceso 30 nov 2013]. Disponible en [www.alma-ata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html](http://www.alma-ata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html)
5. OMS. Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI). [Fecha de acceso 3 dic 2013]. Disponible en [www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/child/imci/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/es/)
6. Biblioteca AIEPI. Herramientas AIEPI. [Fecha de acceso 3 dic 2013]. Disponible en [www.aiepi.com](http://www.aiepi.com)
7. Organización Panamericana de la Salud. Manual clínico para el aprendizaje de AIEPI en enfermería. Washington, D.C; 2009.
8. WHO. Multi-Country Evaluation. Integrated Management of Childhood Illness (IMCI). [Fecha de acceso 3 dic 2013]. Disponible en [www.who.int/imci-mce](http://www.who.int/imci-mce)

9. WHO. Model IMCI handbook: Integrated management of childhood illness. 2005. [Fecha de acceso 3 dic 2013]. Disponible en [www.who.int/child\\_adolescent\\_health/documents/9241546441/en/index.html](http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241546441/en/index.html)
10. Organización Panamericana de la Salud. AIEPI neonatal. Intervenciones Basadas en evidencia. [Fecha de acceso 3 dic 2013]. Disponible en [www.clap.ops-oms.org/web\\_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAP1597.pdf](http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAP1597.pdf)
11. Organización Panamericana de la Salud. Componente Comunitario de la estrategia AIEPI: Guías de prácticas clave para actores sociales. [Fecha de acceso 4 ene 2014]. Disponible en [www.paho.org/col/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1065&Itemid=1](http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1065&Itemid=1)
12. OMS. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Informe final: Subsana las desigualdades en una generación. Ginebra: OMS; 2008. [Fecha de acceso 19 dic 2013]. Disponible en [www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/csdh\\_finalreport\\_2008\\_execsumm\\_es.pdf](http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008_execsumm_es.pdf)
13. Asociación profesional de cooperantes. Los 14 mandamientos del cooperante. [Fecha de acceso 19 dic 2013]. Disponible en <http://cooperantes.net/2447/los-14-mandamientos-del-cooperante/>
14. Aranzabal Agudo M, Hermana Tæezanos MT. Ética y estética en la cooperación internacional. Aten Primaria. 2011;43:497-502.
15. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. La salud también viaja. Información sobre los Centros de Vacunación Internacional. [Fecha de acceso 19 dic 2013]. Disponible en [www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/salud/centrosvacu.htm](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/salud/centrosvacu.htm)
16. Grupo de Cooperación, inmigración y adopción. AEPAP. Recomendaciones para el pediatra que quiere cooperar. [Fecha de acceso 7 ene 2014]. Disponible en [www.aepap.org/grupos/grupo-de-cooperacion-inmigracion-y-adopcion](http://www.aepap.org/grupos/grupo-de-cooperacion-inmigracion-y-adopcion)