



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“IMPACTO DEL INCENTIVO ECONÓMICO DEL PROGRAMA
“DESNUTRICIÓN CERO” EN LAS PRÁCTICAS MATERNAS
RELACIONADAS CON EL CONTROL NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS Y
NIÑAS MENORES DE UN AÑO DEL SUBCENTRO DE SALUD DE LA
PARROQUIA PILAHUIN PERÍODO FEBRERO – JUNIO 2014.”**

Requisito previo para optar por el Título de Médico.

Autor: Jumbo Salazar, Freddy Fernando

Tutora: Dra. Altamirano Villacreces, Rosa Amalia

Ambato – Ecuador

Febrero 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

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

“IMPACTO DEL INCENTIVO ECONÓMICO DEL PROGRAMA “DESNUTRICIÓN CERO” EN LAS PRÁCTICAS MATERNAS RELACIONADAS CON EL CONTROL NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE UN AÑO DEL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA PILAHUIN PERÍODO FEBRERO – JUNIO 2014.” de Freddy Fernando Jumbo Salazar, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometida a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Octubre del 2014

EL TUTOR

.....
Dra. Altamirano Villacreces, Rosa Amalia

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación: **“IMPACTO DEL INCENTIVO ECONÓMICO DEL PROGRAMA “DESNUTRICIÓN CERO” EN LAS PRÁCTICAS MATERNAS RELACIONADAS CON EL CONTROL NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE UN AÑO DEL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA PILAHUIN PERÍODO FEBRERO – JUNIO 2014.”** como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de éste trabajo de grado.

Ambato, Octubre 2014

EL AUTOR

.....
Jumbo Salazar, Freddy Fernando

DERECHOS DE AUTOR

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

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

Ambato, Octubre 2014

EL AUTOR

.....

Jumbo Salazar, Freddy Fernando

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema: **“IMPACTO DEL INCENTIVO ECONÓMICO DEL PROGRAMA “DESNUTRICIÓN CERO” EN LAS PRÁCTICAS MATERNAS RELACIONADAS CON EL CONTROL NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE UN AÑO DEL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA PILAHUIN PERÍODO FEBRERO – JUNIO 2014.”** de Freddy Fernando Jumbo Salazar, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Febrero del 2015

Para constancia firman

.....
PRESIDENTE/A 1^{er} VOCAL 2^{do} VOCAL

DEDICATORIA

Este esfuerzo está dedicado con orgullo y satisfacción de decirlo a Dios por demostrarme que todo sueño es posible.

A mis padres Maria y Fredi que supieron darme ánimo en mis momentos difíciles, a mis hermanos y mi pequeño Joel que con su alegría y locuras supieron sacarme una sonrisa cuando más lo necesité.

Gracias Dra. Aida Aguilar por brindarme su tiempo valioso lleno de enseñanzas, muchas gracias Dr. Becker Neto por demostrar que es una persona de gesto cordial y amable que supo ayudar a quien lo necesitó.

Y mil gracias a mi gran amor Gaby que fue cómplice de los momentos más importantes de mi vida, por su ayuda su lealtad su apoyo incondicional es que todo es posible.

Jumbo Salazar, Freddy Fernando

ÍNDICE

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA	vi
RESUMEN.....	xii
CAPÍTULO I.....	1
EL PROBLEMA	1
1.1 Planteamiento del Problema.....	1
1.2.1 Macro Contextualización	1
1.2.3 Micro Contextualización.....	3
1.3 Análisis Crítico	5
1.4 Prognosis.....	6
1.5 Árbol de problemas	7
1.6 Formulación del Problema.	8
1.7 Preguntas directrices:	8
1.8 Delimitación del Problema.....	8
1.9 Justificación.....	9
1.10 Objetivos.	9
Objetivo General	9
Objetivos Específicos:.....	10
CAPÍTULO II	11
MARCO TEÓRICO.....	11

2.1. Antecedentes Investigativos.....	11
2.2 Fundamentación Filosófica	13
2.3 Fundamentación Legal.....	13
2.5 Fundamentación Teórica.....	17
2.5.1 Análisis Situacional.....	17
PILAHUÍN.....	17
DESNUTRICIÓN INFANTIL.....	18
INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS	25
SIGNOS DE MAL PRONOSTICO:.....	29
SITUACIÓN NUTRICIONAL EN ECUADOR	32
PROBLEMAS NUTRICIONALES EN EL ECUADOR	33
HISTORIA DEL PROGRAMA DESNUTRICIÓN CERO EN ECUADOR.....	35
PROGRAMA DESNUTRICIÓN CERO EN ECUADOR	39
2.6 Hipótesis.....	40
2.7 Variables	41
2.7.1 Variable Independiente	41
2.7.2 Variable Dependiente.....	41
CAPÍTULO III.....	42
METODOLOGÍA	42
3.1 Enfoque de la investigación:	42
3.2 Modalidad Básica de la Investigación.....	43
3.3 Población y Muestra.....	43
3.4 Tipo de Investigación.....	44
3.5 Operacionalización de las Variables	45
3.6 Técnicas e Instrumentos	47
3.7 Plan de recolección de información	47

3.8 Plan de procesamiento de la información.	48
3.9 Plan e Interpretación de Resultados.	49
CAPÍTULO IV	50
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	50
CAPÍTULO V	69
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	69
5.1 Conclusiones	69
CAPÍTULO VI.....	71
PROPUESTA.....	71
6.1 Datos Informativos.....	71
6.2 Antecedentes de la propuesta.....	72
6.3 Justificación.....	72
6.4 Objetivos	73
Objetivo General	73
Objetivos Específicos.....	73
6.5 Análisis de factibilidad.....	73
6.5.1 Factibilidad socio-cultural.....	74
6.5.2 Factibilidad organizacional	74
6.5.3 Factibilidad Económica.....	74
6.6 Fundamentación	75
6.7 Metodología	79
6.8 Administración.....	80
6.9 DESARROLLO DE LA PROPUESTA.....	80
LINKOGRAFÍA	84
ANEXOS	89

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

TABLAS

TABLA N° 1 Clasificación por severidad o intensidad.....	24
TABLA N° 2 Interpretación: Clasificación de Federico Gomez.....	25
TABLA N° 3 Peso para la Talla.....	25
TABLA N° 4 Talla para la edad.....	26
TABLA N° 5 Problemas de crecimiento de niños y niñas menores de 5 años.....	27
TABLA N° 6 Variable independiente.....	45
TABLA N° 7 Variable Dependiente.....	46
TABLA N° 8 Plan de recolección de información.....	47
TABLA N° 9 Edad de la madre.....	50
TABLA N° 10 Estado Civil de la madre.....	53
TABLA N° 11 Ingresos Económicos.....	54
TABLA N° 12 Número de atenciones por enfermedad.....	60
TABLA N° 13 Indicadores antropométricos Relación edad/peso/talla).....	63
TABLA N° 14 Indicadores antropométricos en grupo de comparaci.....	64
TABLA N° 15 Comparación entre el estado nutricional de los niños beneficiarios del programa Vs. No beneficiarios.....	65
TABLA N° 16 Tabla de comparación en número de controles de pacientes menores de un año beneficiarios Vs. No beneficiarios.....	66
TABLA N° 17 Tabla de contingencia.....	68
TABLA N° 18 Pruebas de Chi-Cuadrado.....	68
TABLA N° 19 Modelo Operativo.....	79

GRÁFICOS

GRÁFICO N°1	Árbol de Problemas.....	7
GRÁFICO N° 2	Categorías Fundamentales.....	16
GRÁFICO N° 3	Instrucción de la madre.....	51
GRÁFICO N° 4	Ocupación de la madre.....	52
GRÁFICO N° 5	Tipo de agua disponible.....	53
GRÁFICO N° 6	Alimentación del lactante.....	55
GRÁFICO N° 7	Frecuencia de alimentación del lactante.....	56
GRÁFICO N° 8	Tiempo de llegada al SCS. Pilahuin.....	57
GRÁFICO N° 9	Conocimiento de las madres sobre el programa Desnutrición Cero.....	58
GRÁFICO N° 10	Usos y condiciones del incentivo económico del programa Desnutrición Cero.....	59
GRÁFICO N° 11	Regularidad en Controles de Salud.....	61
GRÁFICO N° 12	Control-Salud una vez culminado el programa Desnutrición Cero en pacientes que fueron beneficiados.....	62
GRÁFICO N° 13	Indicadores Antropométricos (Relación Edad/Peso/Talla.....	63
GRÁFICO N° 14	Resultados Peso para Longitud/Talla Estándares OMS.....	64
GRÁFICO N° 15	Indicadores Antropométricos en grupo de Comparación.....	66
GRÁFICO N° 16	Comparación en porcentaje de controles de Pacientes menores de un año beneficiarios Vs. No Beneficiarios....	67

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

**“IMPACTO DEL INCENTIVO ECONÓMICO DEL PROGRAMA
“DESNUTRICIÓN CERO” EN LAS PRÁCTICAS MATERNAS
RELACIONADAS CON EL CONTROL NUTRICIONAL DE
LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE UN AÑO DEL
SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA PILAHUIN
PERÍODO FEBRERO – JUNIO 2014”**

Autor: Jumbo Salazar Freddy Fernando

Tutor: Dra. Altamirano Villacreces, Rosa Amalia

Fecha: Octubre del 2014

RESUMEN

Se realiza la presente investigación con el fin de demostrar el impacto del incentivo económico del Programa Desnutrición Cero en las prácticas maternas relacionado con el control nutricional de los niños y niñas menores de un año del Subcentro de Salud de la Parroquia Pilahuin; para ello se realiza un estudio de corte transversal, modalidad documental y observacional. Se realizó una encuesta para valorar percepción del estado nutricional y buen manejo de prácticas maternas a las madres de niños menores de un año atendidos en el Subcentro de Salud Pilahuin e inscritos en el programa Desnutrición Cero. Se tomó en cuenta a 52 niños inscritos en el programa desnutrición Cero. En base a la utilización de medidores antropométricos se realizó la evaluación del estado pondo - estatural de los niños e interpretación, luego de la recolección de datos se obtuvo los siguientes resultados: De los 52 niños inscritos, 37 niños asistieron regularmente a

controles de salud en el Subcentro de Salud Pilahuin durante su primer año de vida

El 60% de madres brindó a sus hijos lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses. Al momento de incluir alimentos a la dieta de sus hijos el 62% prefiere sopas y coladas, del total de madres encuestadas un 79% de ellas hace manifiesto el desconocimiento sobre el objetivo del plan Desnutrición Cero y cuando se evalúa el uso que se da al aporte económico el 44% utiliza en la alimentación, la mayoría de madres cree que el incentivo económico no es suficiente.

De los 52 niños menores de un año de edad inscritos en el programa Desnutrición Cero tenemos que el 75% se encuentra dentro del adecuado canal de crecimiento con buen estado nutricional, 21% en la puntuación -2 y por debajo con baja talla/bajo peso paciente emaciado, 3,8% en la puntuación -3 y por debajo con baja talla severa/bajo peso severo, paciente severamente emaciado.

Realizando una comparación entre los beneficiarios del bono y los no beneficiarios nos indica que el programa Desnutrición Cero incidió favorablemente en la práctica materna relacionada a llevar a sus hijos a controles al SCS Pilahuin.

PALABRAS CLAVES:

DESNUTRICIÓN, INCENTIVO_ECONÓMICO, PRÁCTICAS_MATERNAS, CONTROL_SALUD.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

MEDICAL CAREER

“ECONOMIC IMPACT OF INCENTIVE PROGRAM "DESNUTRICIÓN LOST" IN THE MATERNAL NUTRITIONAL PRACTICES REGARDING CONTROL OF CHILDREN UNDER ONE YEAR HEALTH SUB-CENTRE PILAHUIN PERIOD FEBRUARY - JUNE 2014.”

Author: Freddy Fernando Jumbo Salazar

Tutor: Dra. Altamirano Villacreces, Rosa
Amalia

Date: October 2014

ABSTRACT

This investigation was performed in order to demonstrate the impact of economic incentive of Zero Malnutrition Program in the maternal practices related to the nutritional management of children under one year of The Pilahuin Health Sub-center; a study of cross-sectional observational documentary mode is performed. A survey to assess perceptions of nutritional status and good management of maternal practices, on mothers of children under one year seen at Pilahuin Health Sub center and registered in the Zero Malnutrition program was conducted. It took into account 52 children enrolled in the Zero Malnutrition program. Based on the use of anthropometric gauges had been performed the pondo-statural estate on children and its interpretation, after data collection the following results were obtained: From 52 children enrolled, 37 children attended regular health checks at the Pilahuin Health Sub-Centre during their first year of life.

The 60% of mothers gave their children exclusively breastfed for the first six months. When they included foods to the diet of their children 62 % prefer soups and coladas; from mothers surveyed, 79% of them manifest ignorance about the goal of Zero Malnutrition Plan as the use to which evaluates the economic

contribution 44% used in food, the majority of mothers believed that the economic incentive is not enough.

Making a comparison between bonus beneficiaries and non-beneficiaries mothers, it indicates that the Zero Malnutrition Program had a positive effect on the presence of mothers with their children to have a healthy child control and therefore improved the nutritional status of their children, what it can be seen in this work.

KEYWORDS:

MALNUTRITION, ECONOMIC_INCENTIVE, MATERNAL_PRACTICES, CONTROL_OF_HEALTH.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema

Impacto del incentivo económico del programa “Desnutrición cero” en las prácticas maternas relacionadas con el control nutricional de los niños y niñas menores de un año del Subcentro de salud de la parroquia Pilahuín periodo febrero – junio 2014.

1.2 Contextualización

1.2.1 Macro Contextualización

A nivel mundial la malnutrición es responsable directa o indirectamente del 60% de los 109 millones de muertes que ocurren anualmente entre niños y niñas menores de 5 años y las de las dos tercias partes de estas, están asociadas con prácticas alimentarias no apropiadas durante el primer año de vida.

La estadística en 2006 informa que todos los años nacen en el mundo más de 20 millones de niños y niñas con peso inferior a 2.5 Kg lo que equivale al 17% de todas la necesidades en desarrollo, es decir que el nivel de los países industrializados que es el 7% (1).

La insuficiencia nutricional ha afectado el desarrollo de 178 millares de menores en edad preescolar en los países en desarrollo.

El progreso en la reducción de la desnutrición ha sido penosamente lento para 20 años. Pero una combinación de tendencias globales, el cambio climático, los precios volátiles

de los alimentos, la incertidumbre económica y los cambios demográficos está poniendo en riesgo el progreso y futuro en la lucha contra la malnutrición. (2)

1.2.2 Meso Contextualización

La región de América Latina y el Caribe vive hoy una inflexión histórica propicia para erradicar la desnutrición Infantil. La fuerza creciente que adquiere el derecho a la alimentación, así como las condiciones económicas e Institucionales, donde resalta el crecimiento y la estabilidad económica, los compromisos políticos internacionales y el avance de la democracia, hacen que el hambre no pueda seguir aceptándose como un fenómeno natural.

América latina cuenta hoy con la infraestructura básica, la disposición política y el capital social para iniciar una profunda ofensiva contra la desnutrición infantil y la pobreza extrema. Existe la convicción compartida de que erradicar por completo el hambre y la desnutrición infantil en la región no sólo es una meta posible sino que lo es en un plazo razonable.

América latina y el Caribe con los esfuerzos propios de los gobiernos y el apoyo de la comunidad internacional se sitúan como las más desiguales del mundo, de acuerdo a casi todos los estudios efectuados.

El 86 por ciento de personas pobres viven en países de ingresos medios, a donde cada vez se dirige menos la ayuda oficial al desarrollo, esto trae entonces como consecuencia una doble exclusión para las personas pobres de las posibilidades de desarrollo al interior de sus países y la exclusión de las posibilidades que brinda la ayuda internacional para el desarrollo.

En América Latina el retardo en el crecimiento afecta a 16% de los menores de cinco años; entre los países con mayores prevalencias se encuentra Guatemala con casi el 50%; Honduras, Nicaragua, Haití, Ecuador, Bolivia y Perú con más del 20%; México con más del 15%; y Panamá y Colombia con más del 10%. En general estas altas prevalencias de desnutrición están asociadas a los niveles de pobreza, y por ende las capas sociales desprotegidas son las más afectadas.

La malnutrición no sólo limita el desarrollo de capacidades y habilidades en la infancia, sino además es un factor de riesgo en la edad adulta. Lo que tiene fuertes efectos en la economía de los países y en su capital humano. Se reconoce como prioridad la erradicación de la desnutrición para mejorar el desarrollo socioeconómico; sin embargo las tendencias apuntan a la dificultad de alcanzar esta premisa en el corto plazo, de no iniciarse acciones que intensifiquen los resultados.

Los impactos esperados de los programas dependen en gran medida de su buena gestión, desafortunadamente las evaluaciones que incluyan procedimientos que midan resultados, procesos e impactos -en América Latina son limitadas. Se ha informado que sólo el 10% de los proyectos cuenta con procesos adecuados de evaluación y con resultados no muy alentadores. (3)

1.2.3 Micro Contextualización

En el Ecuador según los datos del Observatorio de la Niñez y Adolescencia, en el 2010 la desnutrición crónica en los infantes fue del 22%. Sin embargo en la Sierra Centro se registra un 42% y en la población indígena esta tasa es del 50%. (4)

Erradicar la desnutrición crónica y la anemia en infantes menores de un año hasta el 2015, así como reducir en un 50% de anemia en niños y niñas menores de cinco años, hasta el 2013, son las principales metas que se planteó el frente social, a través del programa Acción Nutrición.

De acuerdo a cifras proporcionadas por el Instituto Nacional de Estadística y censos (INEC), aproximadamente 371 mil niños menores de cinco años en el Ecuador tienen desnutrición crónica; y de ese total, unos 90 mil tienen desnutrición grave. De los niños indígenas que representan el 10 por ciento de la población, el 28 por ciento de los niños presentan desnutrición crónica grave. El 71 por ciento de los niños con desnutrición crónica provienen de hogares clasificados como pobres. Las provincias Zamora Chinchipe en la Amazonía, Tungurahua, Cañar, Bolívar y Chimborazo, tienen tasas por encima del 40 por ciento en el problema.

La provincia de Tungurahua alberga a una buena parte de población indígena, por lo que en el cantón Ambato podemos evidenciar que a sus alrededores se encuentran ubicadas poblaciones indígenas campesinas, las cuales son consideradas poblaciones de bajos recursos económicos, una de ellas es la población de Pilahuin, y en particular su población infantil se encuentra dentro de la crisis nutricional, y su impacto se ve dentro de las aulas de clase de las escuelas fiscales del sector como un problema social.

Según un reporte del diario “La Hora” publicado el Jueves, 26 de Abril del 2012, varias brigadas de los Centros y Subcentros de salud de Pilahuin y Santa Rosa, hacen lo posible para llegar con información a cada zona, con el propósito de incentivar las visitas médicas en aquellas madres de familia que están en período de gestación o que ya tienen a sus pequeños pero que por causas de una mala alimentación o nutrición, están enfermos. Las enfermeras de las dos parroquias coinciden en que sí hace falta una buena alimentación en los menores de 5 años. Aseguran que el principal problema que tiene la gente es el inadecuado de nutrientes, especialmente para los más pequeños. (5)

En las dos parroquias llegan niños que están en el borde de la desnutrición y es ahí cuando reciben el tratamiento adecuado, sin embargo hay gente que entra y sale del problema por varias ocasiones, sea por mala alimentación o por problemas económicos. Se dice que los niños que sobrepasan los 5 años y entran a la etapa de desnutrición crónica, el tratamiento se vuelve complicado y difícil sacarlos del estado crónico.

Hacia el 2015 para lograr la meta de erradicar la desnutrición crónica en niños y niñas hasta los cinco años se realizarán otras acciones como:

- Incrementar el número de niños y niñas y el número de atenciones lanzándose así el Programa Desnutrición Cero
- Reforzar el Programa de Fortificación Casera Chispaz.

- Desarrollar una estrategia de visitas del personal de salud a cada casa para promover el control médico, vacunas, consejería en lactancia materna y alimentación complementaria.

LANZAMIENTO DEL PROGRAMA DESNUTRICIÓN CERO EN TUNGURAHUA

A las 9h30 del miércoles 16 de Mayo del 2012 se inició con el Programa de Lanzamiento del Proyecto Desnutrición Cero en Tungurahua, organizado por el Ministerio de Salud Pública, la Dirección Provincial de Salud y el Área de Salud # 2 en las Canchas del Barrio Huachi Totoras obteniendo gran acogida por la población de los sectores considerados dentro del mapa de pobreza los más vulnerables.

1.3 Análisis Crítico

Un gran problema de salud pública que provoca un círculo vicioso y persigue a nuestro país así como a la mayoría de países de Latinoamérica, denominada desnutrición es un problema social mucho más profundo con varias determinantes y condiciones que aun los gobiernos no han podido superar del todo a pesar de iniciativas que al parecer podrían funcionar.

El origen del problema de la desnutrición y sus consecuencias no solamente se basa en la pobreza, se basa en políticas aun no bien abordadas pese a las campañas impuestas para contrarrestar este mal. Se habla de una fecha límite para superar en nuestro país la desnutrición, el 2015 es un periodo de evaluación a las estrategias impuestas por medio del Gobierno central, se analizará cual es el impacto de medios aplicados como el bono de desarrollo humano, ¿Qué tan beneficio fue?. Entonces cabe preguntarse también, ¿todo el dinero entregado a personas que se beneficiaron del bono fue bien utilizado? Entonces será indispensable valorar si solamente la pobreza, bajo nivel de instrucción de las madres, agua potable, saneamiento son las razones que complican el futuro de nuestros infantes.

1.4 Prognosis

Una problemática tan conocida como la desnutrición y sus efectos en los niños no solo ha sido una condición de países en vías de desarrollo, hay que tomar en cuenta a este problema como una entidad multifactorial y de difícil resolución pero a la cual debe ponerse demasiada atención. Se basa en el futuro no solo de unos cuantos niños sino de una sociedad y del avance del país hacia individuos productivos e independientes.

Es así como descuidarse de este tema tan importante afecta significativamente el desarrollo intelectual, emocional, productivo y por ende social de un país que ha querido evolucionar hacia la necesidad de individuos que mejoren por si solos su calidad de vida y la de toda una sociedad.

1.5 Árbol de problemas

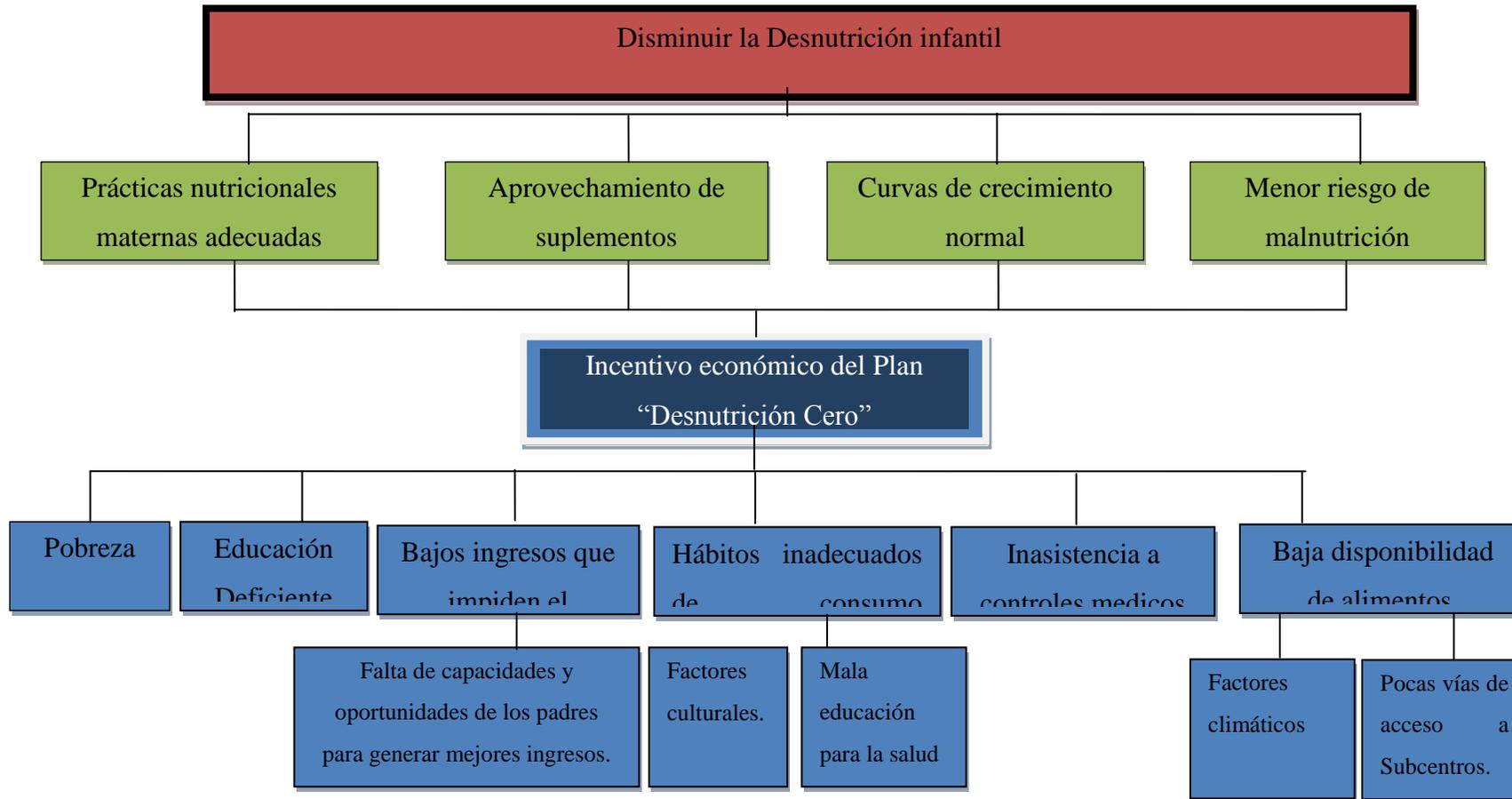


GRAFICO N°1

Fuente: Investigador
Elaboración: Investigador.

1.6 Formulación del Problema.

¿Cuál es el impacto del incentivo económico del programa “Desnutrición Cero” en las prácticas maternas relacionadas con la asistencia al Subcentro de salud para el control nutricional de los niños menores de un año?

1.7 Preguntas directrices:

- ¿El incentivo económico propicia un aumento de visitas al centro de salud para control de niño sano?
- ¿Ha mejorado estado nutricional de los niños menores de un año después de recibir el incentivo económico?
- ¿El incentivo económico recibido modifico favorablemente la conducta de las madres en relación al control de salud de sus hijos?

1.8 Delimitación del Problema

Delimitación de contenido

CAMPO: Salud

ÁREA: Nutrición

ASPECTO: Programa desnutrición cero.

Delimitación espacial:

Esta investigación se realizará a madres inscritas en el programa Desnutrición Cero y aplicados en niño/as menores de un año del Subcentro de salud de Pilahuin.

Delimitación temporal:

Esta evaluación se realizara en el periodo comprendido entre Febrero – Junio del 2014.

Unidades de observación

Encuestas realizadas a madres de niños menores de un año inscritos en el programa Desnutrición Cero del Sub Centro de salud Pilahuín.

1.9 Justificación

El presente estudio investigativo tiene como interés determinar el impacto que ha tenido el programa desnutrición cero en la población de la parroquia Pilahuin y el estado nutricional de los niños menores de un año.

La importancia del estudio radica en que las prácticas maternas resultan ser tan indispensables al momento de verificar el interés hacia un incentivo económico propuesto y el resultado sobre la nutrición de sus hijos que al verse deteriorados conlleva a problemas graves de calidad de vida y al desarrollo del país.

La investigación es factible realizarse porque se cuenta con el acceso a las historias clínicas y a los partes diarios de la unidad de salud en los que se encuentran registrados los participantes del programa, además se tiene contacto directo con los involucrados

1.10 Objetivos.**Objetivo General**

- Determinar el impacto del incentivo económico propuesto por el programa Desnutrición Cero en las prácticas maternas relacionadas con la asistencia

al Subcentro de salud para el control nutricional de los niños menores de un año.

Objetivos Específicos:

- Demostrar si el incentivo económico propicia un aumento de visitas al centro de salud para control de niño sano.
- Determinar si el incentivo económico recibido ha sido utilizado en mejorar el estado nutricional de los niños menores de un año.
- Evaluar si el incentivo económico recibido modifico favorablemente la conducta de las madres.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes Investigativos

- **Quito 25 de noviembre del 2009.** El Ministerio de Salud Pública, MSP, desarrolla un trabajo integrado en la prevención e intervención sobre las deficiencias de micronutrientes. Biofortificación; fortificación de alimentos; la fortificación casera; la revisión de las normas de suplementación; la realización de estudios e investigaciones y la promoción del pinzamiento (clampeo) tardío del cordón umbilical. El MSP hace este trabajo con el concurso de otros actores gubernamentales, de la empresa privada y la sociedad civil y el apoyo decidido de organismos de cooperación internacional como el Programa Mundial de Alimentos de Naciones Unidas, PMA. La deficiencia en micronutrientes se la llama “hambre oculta” por la dificultad frecuente en visibilizarla. (6)

- **Alberto Gil Gutiérrez, Armando Gutiérrez Espinoza (2007)** Se realizó un estudio prospectivo – transversal – descriptivo en 40 niños menores de 5 años con desnutrición leve, al sur oeste de Guayaquil, tomando inicialmente el peso. A los niños se los desparasitó previo al cambio de dieta, luego indicándoles a las madres administrar el segundo plato 1800 Kcal en el almuerzo y la cena respectivamente; teniendo su chequeo médico mensual. Resultados: El 96% de las madres administraban primero el “caldo” antes que el segundo (arroz, papas, carne) y con la variación del hábito, de los 40 niños, 35 (88%), aumentaron su peso y adquirieron mejor apetito que al inicio del estudio. Conclusión: Se considera como factor de desnutrición las comidas poco calóricas que recibe el niño a la edad señalada por lo que se recomienda incentivar la ingesta de comidas con equivalentes calóricos, para mejorar su peso y apetito. (7)

- **Georgina Yazmín Reyes Gutiérrez y María Dolores Cervera Montejano MEXICO (2013)** El objetivo del estudio fue conocer las etnoteorías y prácticas maternas de alimentación durante los dos primeros años de vida en Kiní, Yucatán. Se efectuaron encuestas de alimentación y entrevistas etnográficas a madres y abuelas, y una entrevista semiestructurada a la nutrióloga de la clínica local. Los resultados señalan que 90 % inició la lactancia; 82.8 % introdujo líquidos y 53.8 % consumieron alimentos antes de los seis meses por recomendación médica o percepción de insuficiencia de leche. La mayoría dio pecho en caso de enfermedad. El miedo al contagio y el uso de medicamentos fueron motivos para suspender la lactancia. La falta de leche fue atribuida a mala alimentación, falta de contacto madre-hijo, ingesta de medicamentos y exposición al aire frío. Las recomendaciones de la nutrióloga no siguieron los lineamientos internacionales; aconsejaba discontinuar la lactancia al iniciarse la alimentación complementaria. Las abuelas recomendaron prácticas de cuidado materno e infantil similares a las reportadas desde 1930 y reflejan la clasificación mesoamericana caliente-frío. Los cuidados están orientados a asegurar la producción de leche en la nueva madre. Nuestros resultados sugieren la necesidad de integrar el conocimiento local a la enseñanza médica, así como incluir a otros miembros de la familia, especialmente a las abuelas, a los programas de educación para la salud y nutrición. (8)

- Un estudio internacional que investiga el apoyo social formal a un grupo de madres con hijos menores de un año en España concluye que para las madres el apoyo formal brindado por el personal de enfermería es positivo y percibido como un refuerzo en su vivencia de la maternidad, y debe estar enmarcado en un contexto cultural. (9)

- **Según María Susana Arroyo Sánchez Mural [Guadalajara, Mexico] 31 Aug 2009: 6.** El impacto de diversas acciones y programas en el estado nutricional de la población ha sido documentado con efectos positivos. Desde 1970, en varios países desarrollados se han llevado a cabo numerosos esfuerzos basados en educación nutricional dentro de las escuelas, dichas estrategias han sido orientadas

a la prevención y a fomentar estilos de vida saludable y una mejor alimentación en la población infantil. (10)

Y si bien es cierto que la obesidad y la desnutrición son problemas multifactoriales y la educación nutricional es sólo un factor de los muchos que puede contribuir la solución de este problema, es importante proyectar los grandes beneficios a largo plazo que se pueden obtener. Una educación nutricional seria y sólida puede llegar a modificar los hábitos alimentarios de los estudiantes de manera importante. A su vez, se puede llegar a prevenir una adolescencia y edad adulta con obesidad y desnutrición; por consecuencia, también se pueden prevenir muchas enfermedades crónico degenerativas. (10)

2.2 Fundamentación Filosófica

Este estudio radica en la importancia de aspecto social y de valor cultural que mantiene como problemática a la población frente a la desnutrición que impide el desarrollo desde varias perspectivas y para lo cual pese a múltiples esfuerzos y varias estrategias no se ha logrado superar siendo así para muchas autoridades e instituciones el verdadero dolor de cabeza a superar, un reto nada fácil pero tampoco imposible si se toma las medidas necesarias y el valor absoluto para que de esta manera no se prolongue el subdesarrollo y se mejore la calidad de vida a un futuro de satisfacción.

2.3 Fundamentación Legal

REGISTRO OFICIAL

Administración del Señor Ec. Rafael Correa Delgado

Presidente Constitucional de la República del Ecuador

Martes, 19 de Julio de 2011 - R. O. No. 494

FUNCIÓN EJECUTIVA

DECRETOS:

808 Modificase el Decreto Ejecutivo N° 785 de 23 de mayo del 2011, publicado en el Suplemento del Registro Oficial N° 460 de junio 1 del 2011.

Considerando:

Que el artículo 32 de la Constitución de la República del Ecuador determina que la salud es un derecho garantizado por el Estado, cuya relación se vincula al ejercicio de otros como la alimentación, que sustentan el buen vivir;

Que el artículo 35 de la Carta Magna establece los grupos vulnerables de atención prioritaria en el ámbito público y privado, encontrándose entre ellos las niñas, niños y adolescentes y las mujeres embarazadas;

Que el numeral 1 del artículo 46 de la Constitución de la República establece que el Estado debe adoptar medidas para garantizar la salud y nutrición de los niños y niñas menores a seis años, en un marco de protección integral de sus derechos;

Que el Ministerio de Salud Pública en aplicación de las disposiciones de los artículos de la Constitución mencionados en los considerandos anteriores, por la enorme preocupación que existe por la situación de desnutrición que afecta a un importante segmento de la población ecuatoriana, que redundaría en su desarrollo físico y mental ha organizado el proyecto denominado “Desnutrición Cero”;

Que mediante Decreto Ejecutivo N° 785 de 23 de mayo del 2011, se autorizó al Ministerio de Salud Pública para que, como parte de la ejecución del proyecto de Inversión denominado “Desnutrición Cero”, transfiera a

favor de las mujeres embarazadas y sus hijos menores de un año, un bono en calidad de incentivo para elevar la asistencia de la población objetivo a las unidades de salud; En ejercicio de las atribuciones que le confieren los numerales 3 y 5 del artículo 147 de las Constitución de la República, artículo 104 del Código de Planificación y Finanzas Públicas y artículo 1, literales a) y f) del Estatuto de Régimen Jurídico y Administrativo de la Función Ejecutiva, Decreta:

Art. 1.- Elimínase del artículo 2 del Decreto Ejecutivo N° 785 de 23 de mayo del 2011, publicado en el Suplemento del Registro Oficial N° 460 de junio 1 de 2011, la nota al pie inserta a continuación del cuadro de asistencia al control de niñas y niños que dice: “Será entregado a la madre del niño/niña como estímulo si su desarrollo y crecimiento se apega al máximo potencial fisiológico, de acuerdo a lo determinado por el Ministerio de Salud Pública”.

Disposición Final.- El presente decreto ejecutivo entrará en vigencia a partir de la fecha de su expedición, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial y de su ejecución encárguese al Ministro de Salud Pública.

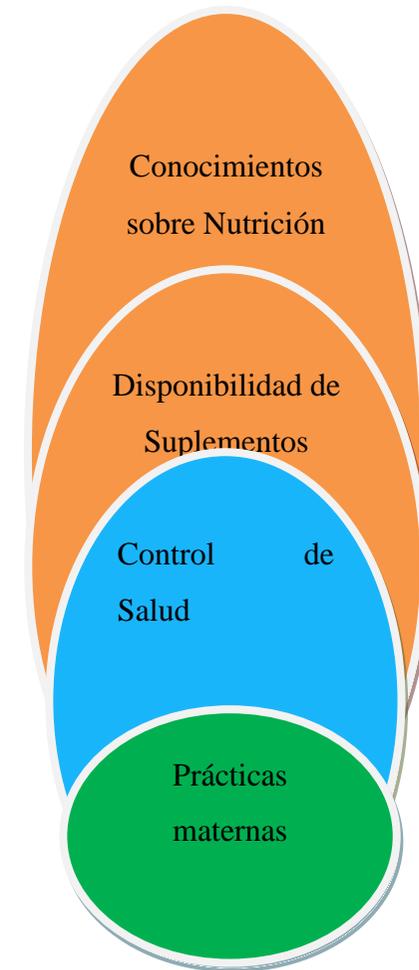
Dado en el Palacio Nacional, en Quito, a 5 de julio de 2011. (11)

2.4 Categorías Fundamentales

Variable Independiente



Variable Dependiente



← Impacto →

Gráfico N° 2

Fuente: Investigador
Elaboración Investigador

2.5 Fundamentación Teórica

2.5.1 Análisis Situacional

PILAHUÍN

La Parroquia de “San Lucas de Pilahuín” se encuentra ubicada en la provincia del Tungurahua a 18 Km al sur oeste del cantón Ambato, con una altura de 3.300 m.s.n.m. hasta 4.400m.s.n.m. con una superficie de 419.5 Km²; se caracteriza por ser una zona fría y tiene el mayor porcentaje de asentamiento poblacional indígena constituyéndose en el 90%. Su clima es frío registra una temperatura anual entre los 4° a 8° centígrados con temperaturas mínimas de 0° grados a nivel del Páramo. (12)

POBLACIÓN

De acuerdo al último censo de población del INEC, 2010 en esta parroquia se registra un total de 12.128 habitantes, siendo una de las 18 parroquias rurales con mayor población en el cantón Ambato. 1842 habitantes que representan 15,19% forman parte de la cabecera parroquial, mientras que 10.285 habitantes que corresponden al 84,81% se encuentran asentados en la zona rural formando las diferentes comunidades. (12)

SECTOR SALUD

La salud es hoy en día un objetivo fundamental al mismo tiempo uno de los más claros síntomas de la calidad de vida de la población.

SERVICIOS DE SALUD

Dentro de la Parroquia de Pilahuín solo se cuenta con un Centro de atención de salud pública ubicado en la cabecera parroquial. El Sub Centro de Salud acoge anualmente a cerca de 6500 personas. (13)

La población gestante en su mayoría acude con frecuencia a los controles prenatales, sin embargo un 40% no recibe atención del personal de salud durante el parto dándose en domicilio y atendidas por parteras. (13)

DESNUTRICIÓN INFANTIL

La desnutrición proteínico-energética (DPE) es una enfermedad multisistémica, que afecta todos los órganos y sistemas del ser humano, producida por una disminución drástica, aguda o crónica, en la disponibilidad de nutrientes, ya sea por ingestión insuficiente, inadecuada absorción, exceso de pérdidas o la conjunción de dos o más de estos factores. Se manifiesta por grados de déficit antropométrico, signos y síntomas clínicos y alteraciones bioquímicas, hematológicas e inmunológicas.

La etiología puede ser:

Primaria: cuando obedece a un aporte insuficiente de nutrientes y/o episodios repetidos de diarreas o infecciones de vías respiratorias.

Secundaria: Cuando es debida a una enfermedad subyacente que conduce a una ingestión o absorción inadecuadas, o a la utilización excesiva de nutrientes.

Hay razones para pensar que el Marasmo representa un estado de adaptación a la inadecuada nutrición, mientras el Kwashiorkor constituye un estado de desadaptación en el cual los aminoácidos se desvían para producir reactivos en la fase aguda como respuesta a la infección, en vez de ser utilizados para la síntesis visceral de proteínas. (14)

FACTORES DE RIESGO

La mala nutrición de la madre y las infecciones intercurrentes durante el embarazo son factores frecuentes de prematuridad y desnutrición in útero. No es raro que niños nacidos en estas condiciones de desventaja nutricional en su pasado inmediato, sean víctimas de prácticas inadecuadas de alimentación, especialmente

en regiones en donde la lactancia materna está siendo reemplazada desde etapas muy tempranas de vida por fórmulas de alimentación preparadas de manera deficiente y en malas condiciones de higiene.

La desnutrición puede presentarse en todas las edades, sin embargo, es más notoria y grave entre los 6 y 36 meses de edad. Después del destete, que con frecuencia inicia antes del cuarto mes, el niño recibe poco o ningún alimento con leche, sus derivados u otros productos de origen animal. La combinación de una dieta baja en energía y proteínas aunada a infecciones frecuentes digestivas y respiratorias propicia un avance lento y progresivo hacia una desnutrición grave.

En las zonas rurales y urbanas marginadas, el ciclo infección-desnutrición se debe a varios factores, entre ellos destacan:

1. El abandono de la lactancia materna
2. La ablactación temprana (antes de los dos meses de edad) o muy tardía (después del sexto mes de edad).
3. El uso inadecuado de los sucedáneos de la leche materna.
4. Las infecciones gastrointestinales frecuentes en el niño.

Por lo anterior los factores que predisponen a la DPE primaria se encuentran: la escasa escolaridad de los padres, pobreza y las consiguientes carencias de sanidad ambiental, de ahí que la desnutrición primaria predomine en los países en vías de desarrollo. (14)

FISIOPATOLOGÍA Y RESPUESTAS ADAPTATIVAS

A través de una serie de mecanismos fisiológicos, el organismo tiende a mantener un equilibrio dinámico ante la ingesta de energía, cuando existen periodos largos de restricción energética y/o proteica, el organismo se adapta en forma progresiva a esta restricción con el objeto de mantener un estado funcional.

La adaptación nutricional significa que para sobrevivir a dos agresiones sinérgicas, la carencia de nutrientes y las infecciones frecuentes, el organismo modifica sus patrones biológicos de normalidad y crea nuevas condiciones homeostáticas. Aunque en la mayoría de los casos ese suministro proteico-calórico es bajo, no lo es tanto para causar la muerte y el individuo es capaz de vivir en un estado adaptado a una ingestión disminuida. A este fenómeno, Ramos Galván le llamó “homeorresis”, en el cual la mayoría de las funciones están alteradas y tienen las siguientes características:

Movilización y gasto de energía: El gasto de energía desciende con rapidez tras la disminución de la ingesta de sustratos calóricos y ello explica la reducción de los periodos de juego y actividad física..

Los mecanismos de adaptación fallan cuando el agotamiento de proteínas se vuelve muy grave y la concentración de las mismas en el suero disminuye. La reducción secundaria de la presión oncótica intravascular y la fuga de líquido hacia el espacio extravascular contribuyen a la formación del edema del kwashiorkor.

Hematología y transporte de oxígeno: Se relaciona cuando menos en parte con los requerimientos de oxígeno por los tejidos. El decremento de la masa corporal magra y la actividad física menor de los pacientes con desnutrición también disminuyen la demanda de oxígeno. El descenso simultáneo de los aminoácidos de la dieta resulta de una disminución de la actividad hematopoyética, que reserva los aminoácidos para la síntesis de otras proteínas más necesarias. En tanto los tejidos reciben suficiente oxígeno, esta respuesta debe considerarse una forma de adaptación y no una forma “funcional” de anemia.

Función cardiovascular y renal: El gasto cardíaco, la frecuencia cardíaca y la presión arterial disminuyen y la circulación central cobra mayor importancia que la circulación periférica.

Sistema Inmunitario: Los defectos principales que se observan en la DPE grave parecen afectar los linfocitos T y el sistema de complemento. Estos cambios tienen como consecuencia una mayor predisposición a las infecciones y a complicaciones graves.

Electrolitos: El potasio corporal total disminuye a causa de la reducción de proteínas musculares y de la pérdida del potasio del compartimiento intracelular. La acción baja de la insulina y la disminución de los sustratos de energía dentro de la célula reducen la disponibilidad de ATP y fosfocreatina. Lo anterior conduce a una entrada a la célula de Na y agua, con la consecuente sobre hidratación intracelular.

Función gastrointestinal: La absorción de lípidos y disacáridos pueden alterarse y la velocidad de absorción de glucosa disminuir en la deficiencia de proteínas grave. También puede observarse menor producción de sustancias gástricas, pancreáticas y biliares, estos cambios alteran aún más las funciones de absorción que se manifiesta con diarrea y quizá también por la motilidad intestinal irregular y el sobre crecimiento bacteriano gastrointestinal.

Sistema nervioso central: Los pacientes que cursan con DPE a edad temprana pueden presentar disminución del crecimiento cerebral, de la mielinización de los nervios, de la producción de neurotransmisores y de la velocidad de conducción nerviosa.

Respuestas Adaptativas:

- Adaptación metabólica para sobrevivir de manera “compensada”.
- Limitación de funciones no vitales
- Detención de crecimiento y desarrollo
- Normo glucemia a expensas de proteínas y grasas
- Reducción de la síntesis de proteínas viscerales y musculares
- Reducción en la concentración de la Hemoglobina. y Glóbulos Rojos

- Disminución del flujo plasmático renal y filtrado glomerular
- Disminución de linfocitos T y complemento sérico
- Disminución de IgA
- Hipokalemia
- Disminución de secreción gástrica y pancreática, atrofia de vellosidades intestinales.
- Alteraciones endocrinológicas. (15)

CLASIFICACIÓN

Clasificación etiológica:

- A) Primaria: Se presenta cuando el aporte de nutrimentos es inadecuado para cubrir las necesidades y/o episodios repetidos de diarrea o infecciones de vías respiratorias
- B) Secundaria: cuando existe alguna condición subyacente que conduce a una inadecuada ingestión, absorción, digestión o metabolismo de los nutrimentos, generalmente ocasionado por un proceso patológico como infecciones agudas, sépsis o problemas crónicos como la diarrea persistente, SIDA, cardiopatías congénitas, neumopatías, enfermedad renal avanzada y muchos tipos de cáncer.
- C) Mixta: se presenta cuando están coexisten las dos causas anteriores, el sinergismo entre ingesta inadecuada e infección es el ejemplo clásico de este cuadro y tiene como sustrato metabólico el desequilibrio entre el mayor gasto de nutrimentos y la necesidad no satisfecha de los mismos.

CLASIFICACIÓN CLÍNICA:

La desnutrición puede ser: energética, protéica y energética-protéica. Las manifestaciones clínicas iniciales son inespecíficas. Incluyen: reducción en la

velocidad de crecimiento, disminución en la actividad física y apatía general. Al incrementar el déficit de proteínas y energía, las manifestaciones primarias se hacen más evidentes. Sin embargo, sólo cuando la DPE es grave, los signos y síntomas específicos se hacen evidentes.

Los términos marasmo, kwashiorkor y marasmo-kwashiorkor se usan para designar expresiones clínicas de desnutrición calórico-proteica avanzada o de tercer grado.

Generalmente la desnutrición de tipo marasmática se presenta en menores de un año, el déficit proteico y energético es lento y progresivo, propia de una desnutrición crónica dentro de sus manifestaciones clínicas se observa una marcada hipotrofia muscular e hipotonía, piel seca, pelo seco fino desprendible y ausencia de panículo adiposo.

El Kwashiorkor forma “húmeda” o con edema, es un proceso más agudo, se presenta más frecuentemente en la edad preescolar, existe un déficit proteico importante y en muchas ocasiones su ingesta energética es adecuada e incluso elevada, en muchos casos es precipitado por episodios infecciosos en el niño. El edema es el signo central pero además pueden presentar signo de la bandera y una dermatitis denominada pelagroide, irritabilidad, hígado graso entre otras manifestaciones clínicas.

La desnutrición marasmo-kwashiorkor anteriormente conocido como Síndrome Pluricarenal presenta tanto signos de marasmo como de kwashiorkor. (15)

CLASIFICACIÓN POR SEVERIDAD O INTENSIDAD:

La clasificación de Gómez, una de las más usadas, utiliza el índice peso/edad, que resulta muy útil para niños menores de cinco años. La severidad de la desnutrición se reconoce clínicamente y se clasifica según el déficit de peso que tengan los niños en relación al peso con el percentil 50 de los niños de su misma edad.

La desnutrición se clasifica de la siguiente manera:

Los niños que presentan edema independientemente de su déficit se clasifican como tercer grado.

Una desventaja de esta clasificación es que nos permite diferenciar entre un evento agudo y uno crónico, ni tiene la misma confiabilidad para niños mayores de cinco años.

La clasificación de Waterloo utiliza el peso, talla y la edad y los agrupa en dos índices peso/talla (P/T) y talla/edad (T/E). El P/T indica la presencia de un déficit de peso con respecto a la estatura actual (desnutrición presente o emaciación), mientras que T/E evidencia desnutrición pasada o desmedro. Mediante esta clasificación se puede saber si la desnutrición es actual (peso bajo), desnutrición es pasada (talla/edad baja), o ambas.

De esta manera es posible hacer una distinción entre los niños que están muy delgados (emaciados o con desnutrición aguda), los que son de talla baja (desmedro o con desnutrición pasada actualmente recuperados), y aquellos que son delgados y pequeños (emaciación o con desnutrición crónica agudizada).

TABLA N° 1.- Clasificación por severidad o intensidad

INDICE	PORCENTAJE DE DÉFICIT			
	NORMAL	LEVE	MODERADA	SEVERA
T / E	0 AL 5 %	6 AL 10 %	11 AL 15 %	> 15 %
P / T	0 AL 10 %	11 AL 20 %	21 AL 30 %	> 30% o con edema

CLASIFICACIÓN POR EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN:

De acuerdo al tiempo de evolución podemos clasificar la desnutrición en un proceso agudo donde observamos déficit en peso sin deterioro de talla. Los

procesos crónicos manifiestan en forma evidente déficit en talla y los crónicos agudizados, son niños con deterioro en talla en donde además se observa una pérdida de peso importante.

INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS

La reducción en la tasa de incremento ponderal o bien el franco decremento en esta medida antropométrica, precede a la detención del crecimiento estos indicadores nos permiten situar a la enfermedad en severidad (P/E), tiempo de evolución (T/E) y pronóstico (P/T).

PESO PARA LA EDAD (P/E)

El P/E se utiliza en los niños y se valora como el porcentaje del peso esperado o ideal para una edad determinada. El déficit de peso evalúa tanto la desnutrición presente como la pasada ya sea debida a un proceso agudo o crónico.

$$P/E = \frac{\text{PESO ACTUAL}}{\text{PESO IDEAL}} \times 100 = \% \text{ de peso} - 100 = \% \text{ de déficit de peso}$$

TABLA N°2. Interpretación: según la clasificación de Federico Gómez.

Porcentaje de peso	Déficit
Normal < 10 %	91 o más
Desnutrición grado I 10 - 24 %	90 a 76
Desnutrición II 25 - 39 %	75 a 61
Desnutrición III 40 > %	60 o menos

Bengoa se adhiere a la clasificación en grados de Gómez y solo introduce que todos los casos con edema deben ser incluidos en el grado III de desnutrición.

PESO PARA LA TALLA (P/T)

El peso para la talla P/T ha reemplazado al P/E como criterio para el diagnóstico de desnutrición aguda o presente. Es muy útil para evaluar el impacto de los programas de intervención nutricional. Este cociente indica el estado nutricional actual y permite detectar casos de desnutrición aguda comparándolo con gráficas estandarizadas para niños y adolescente.

TABLA N° 3. PESO PARA LA TALLA

$\frac{P/T = \text{PESO ACTUAL}}{\text{PESO IDEAL PARA TALLA ACTUAL}} \times 100 = \% \text{ de peso} - 100 = \% \text{ de déficit de peso}$		
Interpretación:		
	Porcentaje de peso	Déficit
Agudización leve	89- 80 %	11 - 20 %
Agudización moderada	79- 70 %	21 - 30 %
Agudización severa	> 70 %	30 > %

TALLA PARA LA EDAD (T/E)

La T/E cuando se encuentra disminuida es evidencia de una desnutrición crónica o pasada, no es útil en los programas de intervención nutricional. Sin embargo, es el indicador que nos permite diferenciar los procesos crónicos y pasados de los presentes y agudos y de ahí su valor en investigación social.

$$T/E = \frac{\text{TALLA ACTUAL}}{\text{TALLA IDEAL}} \times 100 = \% \text{ de talla} - 100 = \% \text{ de déficit de talla}$$

TABLA N°4. TALLA PARA LA EDAD (T/E)

Interpretación:

	Porcentaje de talla	Déficit
Crónico leve	90 - 94 %	6 - 10 %
Crónico moderado	89 - 85 %	11 - 15 %
Crónico severo	85 < %	> 15 %

Evaluación del crecimiento a través de medidas antropométricas (25)

Los datos básicos para evaluar el estado nutricional de niñas y niños, son: sexo, edad, peso, talla o longitud, y en niños y niñas menores de dos años el perímetro cefálico.

Indicadores:

Ante el requerimiento de valorar la condición nutricional, los indicadores más utilizados, son:

1. Longitud o talla para la edad (T /E).

Su deficiencia es calificada como baja talla (menos 2 DE) o baja talla severa (menos 3 DE)); está asociada a un estado crónico de desnutrición.

2. Peso para la edad (PIE).

Su deficiencia se califica como bajo peso (entre 2 DE Y menos 3 DE) o bajo peso severo (por debajo de menos 3 DE). Puede estar asociado a un estado presente de mala nutrición o a la presencia de una infección aguda, por lo cual se dejó de comer.

3. Índice de Masa Corporal según la edad.

Es una medida de asociación entre el peso y la talla de una persona. Es un método para evaluar el grado de riesgo asociado con la obesidad. Se lo calcula según la expresión matemática: peso en kg/talla o longitud en metros al cuadrado (kg/m²).

TABLA N° 5. Problemas de crecimiento de niños y niñas menores de cinco años

Puntuación Z	INDICADORES DE CRECIMIENTO			
	Longitud o talla para la edad	Peso para la edad	IMC para la edad	Perímetro cefálico para la edad
Por encima de +3			Obesidad	Macrocefalia
Por encima de +2			Sobrepeso	Macrocefalia
Por encima de + 1			Posible riesgo de sobrepeso	
0 (mediana)				
Por debajo de -1				
Por debajo de -2	Baja talla	Bajo peso	Emaciado	Microcefalia
Por debajo de - 3	Baja talla severa	Bajo peso severo	Severamente emaciado	Microcefalia

1. Un niño o niña en este rango es muy alto para su edad. Una estatura alta en raras ocasiones es un problema, a menos que sea un caso extremo que indique la presencia de desórdenes endocrinos. Un niño o niña cuyo P/E cae en este rango puede tener un problema de crecimiento, pero esto se evalúa mejor con *IMC/E*.
2. Un punto marcado por encima de uno, muestra un posible riesgo. Una tendencia hacia la línea de puntuación Z 2 muestra un riesgo definitivo.
3. Es posible que un niño o niña con retardo en talla, baja talla o baja talla severa desarrolle sobrepeso.
4. Esta condición es mencionada como peso muy bajo en los módulos de capacitación de AIEPI (Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia).

5. Estas condiciones, catalogadas como niños y niñas con macrocefalia o con microcefalia, requieren referencia para evaluación médica especializada.
(18)

SIGNOS DE MAL PRONOSTICO:

- Edad menor de 6 meses
- Déficit de P/T mayor del 30 % o de P/E mayor del 40 %
- Estupor o coma
- Infecciones severas (bronconeumonía, sarampión, etc.)
- Petequias o tendencias hemorrágicas
- Deshidratación, Alteraciones electrolíticas, acidosis severa * Taquicardia o datos de insuficiencia respiratoria o cardíaca
- Proteínas séricas menores a 3 gr/dl
- Anemia severa con datos de hipoxia
- Ictericia, hiperbilirrubinemia o aumento de transaminasas
- Lesiones cutáneas eruptivas o exfoliativas extensas
- Hipoglucemia e hipotermia

CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO:

Hay clara evidencia acerca de la importancia de la desnutrición como factor predisponente de un mayor riesgo de enfermar o de morir y como condición antecedente de una limitación estructural y funcional. Durante el estadio agudo de la desnutrición severa, la aparente mayor susceptibilidad del niño a contraer enfermedades infecto-contagiosas es sin duda la consecuencia de mayor trascendencia clínica.

Con respecto a las potencialidades somáticas los niños con desnutrición severa presentan tallas inferiores al promedio para su edad considerándose estos como “Enanos Nutricionales”.

Los estudios sobre el desarrollo mental indican que existe una interrelación estrecha entre la desnutrición y el desarrollo intelectual. Sin embargo, aún queda por precisar el grado de participación de la desnutrición en el retraso mental. En años recientes se ha logrado que lactantes severamente desnutridos tengan una mejor recuperación en su desarrollo neurológico, cuando son sistemáticamente estimulados durante su tratamiento médico dietético.

El niño desnutrido grave se deteriora más debido a un desequilibrio hidroelectrolítico, a trastornos gastrointestinales, insuficiencia cardiovascular y/o renal y a un déficit de los mecanismos de defensa contra la infección.

Las alteraciones psicológicas pueden ser profundas; la anorexia severa, apatía e irritabilidad hacen que el niño sea difícil de alimentar y manejar, y son de muy mal pronóstico. En general, la muerte es secundaria a bronconeumonía, septicemia por gramnegativos, infecciones graves y falla aguda cardiovascular, hepática y renal. Los signos y síntomas de deficiencia grave de vitaminas y minerales pueden ser importantes en la DPE y pueden hacerse aparentes durante la rehabilitación temprana si no se provee un suministro adecuado de estos nutrimentos.

Además, el cuadro clínico puede complicarse por una deficiencia grave de folatos, tiamina o niacina y/o una deficiencia aguda de potasio, sodio y magnesio o por deficiencia crónica de Hierro, zinc, cobre y cromo.

LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

La lactancia materna es la estrategia más costo-efectiva y segura para la nutrición adecuada y la protección contra infecciones en los lactantes menores; es suficiente como único alimento durante los primeros seis meses de vida y el mejor de los complementos hasta los dos años. Su práctica continúa siendo escasa e inadecuada. (16)

Es imprescindible la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de edad del recién nacido. Es necesario continuar la lactancia materna a partir de los seis meses, hasta un mínimo de dos años, al mismo tiempo que se le va ofreciendo al recién nacido, otros alimentos complementarios.

La lactancia materna es un hecho biológico que, lamentablemente, ha sido objeto de transformaciones derivadas de influencias económicas, culturales y sociales. Todo el personal de salud sabe, y a nadie le cabe la menor duda, de sus innumerables beneficios para la salud, el crecimiento y el desarrollo de las niñas y los niños; además de los importantes aportes a la salud de las madres y al fortalecimiento de los nexos de afectividad familiar.

Un estudio a cerca de Creencias y prácticas sobre la lactancia materna exclusiva de mujeres residentes en Comuna 5 de Cali, Colombia, concluye que el conocimiento generado por el personal de salud puede contribuir a que el cuidado que se brinda a las gestantes y puérperas sea coherente con su cultura, para lo cual se identificaron prácticas culturales que deben mantenerse y otras que deben reestructurarse o modificarse. (17)

Alimentación complementaria

Uso controlado de los sucedáneos de la leche materna:

Para el caso del lactante que reciba sucedáneos de la leche materna, los insumos deben ser proporcionados durante el tiempo que los necesite. Las personas que los cuidan recibirán orientación sobre la preparación higiénica y la alimentación apropiada empleando los sucedáneos. Se evitará el efecto de dispersión de la alimentación artificial en madres y lactantes que no la necesiten. (18)

Según la EFE News Service en Madrid el 13 Julio del 2013, Los programas sociales que se impulsan en Guatemala para combatir la desnutrición y el déficit de producción de alimentos deben aplicarse a largo plazo con una adecuada capacitación y consejos a madres y padres para que cambien la conducta alimenticia de sus hijos. (19)

SITUACIÓN NUTRICIONAL EN ECUADOR

El crecimiento demográfico hasta el 2030 triplicará la población de 1965, y aumentará de un 59% la población actual. El incremento en la producción de alimentos tendrá que realizarse en función de mejorar la tecnología y aprovechar los recursos disponibles, sobretodo el agua; pues la frontera agrícola fue copada a mediados de los años noventa. (20)

El estado nutricional de los niños menores de cinco años refleja el desarrollo del país. Los últimos datos provenientes de la Encuesta de Condiciones de Vida de 1998 comparados con la encuesta DANS 1986, demuestran una reducción significativa de la prevalencia de retardo de crecimiento de 34% a 26%, la prevalencia de insuficiencia ponderal disminuyó de 17% a 14%. Las diferencias regionales y sobretodo étnicas reflejan una prevalencia mucho más alta en grupos indígenas. Otros problemas sociales como la mortalidad infantil, la pobreza, la indigencia y el analfabetismo son importantes en poblaciones indígenas, sobretodo de la Sierra.

Los estudios sobre el estado nutricional en escolares son escasos. El Primer Censo Nacional de Talla en Escolares, 1991-92, describió el problema a diferentes niveles de agregación geográfica coincidiendo el estudio con la distribución de la pobreza. El único estudio realizado en adolescentes en 1994, reveló desnutrición en 9% y problemas de sobrepeso y obesidad afectarían al 10% de esta población, con prevalencias mayores en las mujeres y en la región de la costa. (21)

En la situación de micronutrientes resalta la anemia por deficiencia de hierro en todos los grupos etáreos. El problema tiene connotaciones graves, pues la prevalencia es superior al 50% en la mayoría de grupos de edad; presentando mayor riesgo en niños entre 6 meses y 2 años y en mujeres embarazadas. La deficiencia de vitamina A es moderada y el problema del zinc ha despertado mayor interés en los últimos años.

La situación alimentaria y nutricional del Ecuador refleja la realidad socioeconómica; el potencial productivo y la capacidad de transformar y

comercializar los alimentos que satisfagan los requerimientos nutricionales de la población a todo nivel.

Esta problemática amerita políticas multisectoriales. Más que ninguna otra área, la alimentación y nutrición, conjuga las condiciones para desarrollar una intervención que integre aspectos sociales y económicos. Ecuador está frente al reto de recuperar su economía bajo el esquema poco flexible de la dolarización, se apunta a modernizar la producción, mejorando la tecnología e incrementando los canales de comercialización. (21)

Quito, 16 jul (EFE).- El presidente de Ecuador, Rafael Correa, se reunió con la ministra de Desarrollo Social de Brasil, Tereza Campello, para conocer en profundidad detalles de programas impulsados por el gobierno brasileño para combatir el hambre, la extrema pobreza y la desnutrición. (22)

Según fuentes del Gobierno ecuatoriano, la reunión tiene por objeto compartir los resultados del Plan Brasil sin Miseria, un conjunto integrado de programas sociales reconocido por la ONU por sus exitosos resultados. (23)

Durante los siete años de Gobierno de Rafael Correa, Ecuador ha reducido la pobreza por ingresos en 11 puntos, ya que pasó del 36.6 % en 2006 a 25.6 % en 2013, lo que implica que 1.100.000 personas dejaron de ser pobres. (22)

PROBLEMAS NUTRICIONALES EN EL ECUADOR

Los estándares de desnutrición infantil y anemia por deficiencia de hierro son muy elevados en la población, por ello a través de fundaciones, ONG y el estado ecuatoriano se obtienen ingentes recursos económicos para enfrentarla, ante la pobreza del humilde ecuatoriano que se desenvuelve en situaciones precarias de saneamiento ambiental y está expuesto a enfermarse más recurrentemente. Programas de complementación y suplementación alimentaria y de micronutrientes dirigido a niños y embarazadas, apuntan al mejoramiento del estado nutricional de los infantes y otros grupos considerados de riesgo. Es muy

real que la población recibe con beneplácito este apoyo alimenticio nutricional a través de los diferentes ministerios de Estado (Bienestar Social, Salud y Educación), pero existe un componente en estos programas que las instituciones públicas y/o privadas no están priorizando y fortaleciendo de manera continua: es la educación nutricional integral como un factor decisivo a mediano y largo plazo en la sustentación del conocimiento sobre el consumo de alimentos saludables y el cambio multiplicador de conductas alimenticias inadecuadas, lo que se realiza con muchas limitaciones y en forma escasa, debiendo ser ineludible el instruir permanentemente a todas las familias, niños, adolescentes, embarazadas, madres lactantes, ancianos y la población en general, sean beneficiarias o no de los programas de suplementación alimentaria. (24)

FUNDAMENTO

Los graves problemas nutricionales que afectan, de manera especial, a un gran número de niñas y niños menores de cinco años de los sectores rurales y más pobres del país, demandan fortalecer las actividades y respuestas implementadas hasta ahora.

El 26% de los niños y las niñas menores de cinco años padece desnutrición crónica, y un grupo aún mayor sufre de anemia por falta de hierro. Además un 7% de menores de cinco años sufre de sobrepeso. (18)

Lo señalado demanda fortalecer las capacidades técnicas del personal de salud, para atender los requerimientos de nutrición en salud de la población, y optimizar la organización y gestión, e institucionalizar los instrumentos normativos que permitan resolver con eficiencia, pero esencialmente con efectividad y solidaridad, sus necesidades.

La desnutrición y la malnutrición son expresiones del deterioro de las condiciones y calidad de vida de las personas, ponen en evidencia el impacto de una serie de

factores económicos, sociales y culturales, que reflejan la desigualdad, la inequidad y la exclusión.

Las estrategias que implementa el Ministerio de Salud Pública proponen: la evaluación y vigilancia del crecimiento desde que nacen; la suplementación con micronutrientes a las niñas y niños; la promoción de la lactancia materna y la alimentación complementaria.

La Comisión Económica para América Latina (CEPAL) en su informe panorama Social de América Latina 2002-2003, establece la relación estrecha existente entre el hambre, la pobreza extrema y la desnutrición, al señalar que en América Latina, el 18.5% de la población es extremadamente pobre, 14% esta subnutrida y, entre los niños menores de 5 años 7.9% están desnutridos (desnutrición global). (19)

HISTORIA DEL PROGRAMA DESNUTRICIÓN CERO EN ECUADOR

El concepto de seguridad alimentaria ha evolucionado desde la primera Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre la Alimentación llevada a cabo en 1974, donde se plantearon los fundamentos de un sistema mundial de alimentación que “asegure la disponibilidad suficiente de alimentos a precios razonables en todo momento”. Concepción que surge como respuesta ante una escasez de alimentos en los años 70’s, dada por situaciones coyunturales como el alza de precio del barril de petróleo y los fertilizantes, reducción del stock mundial de granos, y el incremento poblacional a nivel mundial

¿Qué pasó con la desnutrición infantil en Ecuador en los últimos 20 años? Si las secuelas que deja la desnutrición infantil son tan lacerantes, ¿qué hicimos en esos años para revertir esas tendencias?

Según la Primera Encuesta de la Niñez y Adolescencia de la sociedad civil (2010), dos de cada cinco ecuatorianos menores de 5 años no crecieron lo suficiente para su edad. En las últimas dos décadas el país hizo esfuerzos para reducir la

desnutrición. En 1986, cuatro de cada 10 niños y niñas menores de 5 años sufrían de desnutrición crónica; 12 años más tarde la cifra había descendido a tres de cada 10. Sin embargo, con la crisis económica de finales del siglo pasado su descenso se detuvo y sólo fue hasta el 2004 que esa cifra nuevamente cayó.

Entre el 2000 y el 2004, la proporción de niños y niñas menores de 5 años que no crecieron lo suficiente para su edad se redujo de 31% a 26%. Asimismo, de alguna manera las coberturas de los programas de alimentación complementaria para la primera infancia y los programas a las madres en período de lactancia y mujeres embarazadas también se incrementaron. Luego de la crisis de finales de la década pasada, en el país se hicieron esfuerzos para ampliar las coberturas de estos programas focalizados en la población pobre.

En definitiva, si bien han sido varias las acciones y programas encaminados a reducir la desnutrición crónica, su origen multicausal demanda políticas y acciones amplias e integrales para resolver este problema de manera estructural. Hasta mediados de la década del 2000, tal como anota el reporte del ODNA, el país no mostraba un rumbo claro en torno al combate a la desnutrición, hecho que influyó para que, simultáneamente, se den progresos y retrocesos frente a esa compleja problemática. Al término de esta década, en cambio, se ha dado un giro importante en dos sentidos.

El primero, de índole más programática, que conecta con los principios de rectoría y coordinación sectorial que ha retomado el Estado ecuatoriano, al desarrollar la Estrategia Acción Nutrición. Dicha estrategia es multisectorial puesto que intervienen varios ministerios claves en el tema y consiste en focalizar una serie de actividades, tales como: la promoción de la lactancia materna; el inicio de la alimentación complementaria a partir de los 6 meses; el incremento de la cobertura de los servicios gubernamentales de salud, protección social y educación; y la dotación de agua segura y mejoramiento de los pisos de las viviendas para combatir la malnutrición infantil.

El segundo de índole legal, es todavía mayor: la aprobación de la Ley Orgánica de Soberanía Alimentaria. Para establecer los mecanismos mediante los cuales el Estado deberá cumplir con su obligación y objetivo estratégico para garantizar a las personas, comunidades y pueblos la autosuficiencia de alimentos sanos, nutritivos y culturalmente apropiados de forma permanente.

En términos de grupos etarios, la cadena de atención empieza con el Ministerio de Salud Pública, entidad que tiene a su cargo la atención a madres embarazadas e infantes menores de 2 años. La atención a este grupo de edad la ha venido proporcionando principalmente a través del Programa de Complementación Alimentaria (ex Programa Nacional de Alimentación y Nutrición PANN 2000 - Cada Niño con su Plato).

Los niños de entre 3 y 5 años de edad son atendidos por el Programa Aliméntate Ecuador del Ministerio de Inclusión Económica y Social. Este programa inicia su intervención cuatro años después del Programa Nacional de Alimentación y Nutrición PANN 2000, sin embargo, existía ya con anterioridad bajo otras denominaciones y con objetivos que han sido modificados a lo largo del tiempo. Es así que mediante Acuerdo Ministerial No. 1801, publicado en el Registro Oficial No.243 de 12 de enero del 2001, se crea la Unidad de Gestión para la Alimentación Comunitaria, como departamento de la Dirección de Recursos Comunitarios. Esta Unidad de Gestión atendía con alimentos a los comuneros que participaban en mingas comunitarias.

Posteriormente se procede mediante Acuerdo Ministerial No. 2577-A de 26 de mayo de 2004 a cambiar la denominación del Programa de PRADEC a “Programa Aliméntate Ecuador”, a partir de la emisión de la Ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional; una vez modificados los campos de intervención del programa este re direccionó su atención hacia los niños de 3 a 5 años de edad.

El proyecto Desnutrición Cero, nace a partir de un Decreto Presidencial y al igual que el Programa de Complementación Alimentaria, busca eliminar la

desnutrición, así como también mejorar los niveles de atención prenatal en el país. No obstante, a diferencia de Complementación Alimentaria, este proyecto de inversión no tiene el carácter de permanente sino que su duración está establecida para el período comprendido entre el 2011 y el 2013. Adicionalmente, este proyecto no tiene alcance nacional puesto que se diseñó para ser ejecutado únicamente en 303 parroquias y tampoco incluye a madres con niños de entre uno y dos años de edad. Una particularidad interesante sobre este proyecto es que a más del componente de educación nutricional mediante el cual se promueve la utilización apropiada de los alimentos, se incluye un componente que contempla la entrega de incentivos monetarios condicionados. La transferencia monetaria se encuentra condicionada a la asistencia a controles en centros y Subcentros de salud, así como a la institucionalización del parto y posparto con el fin de garantizar que las participantes del proyecto cuenten con asesoramiento y seguimiento médico. Así también, al no ser un proyecto universal, cuenta con un esquema de focalización dirigido a atender solamente a aquellas mujeres que a más de residir en las localidades priorizadas, son beneficiarias del Bono de Desarrollo Humano o son adolescentes que pertenecen a los quintiles uno o dos. Este nuevo proyecto forma parte de la Estrategia Nacional de Nutrición. (26)

El Proyecto “Desnutrición Cero”, al estar vinculado a transferencias condicionadas administradas por el Programa de Protección Social del Ministerio de Inclusión Económica y Social, articula las políticas de protección social con las políticas de alimentación y nutrición.

De esta forma la demanda de servicios de salud por parte de mujeres gestantes y madres de niños de hasta 2 años de edad se ve incentivada con las condicionalidades asociadas a la recepción del Bono de Desarrollo Humano puesto que quienes no cumplen con las condicionalidades establecidas no reciben el dinero asociado a cada servicio. (26)

PROGRAMA DESNUTRICIÓN CERO EN ECUADOR

El programa tiene como propósito atender a mujeres embarazadas y niños con edad menor a un año con la intención de reducir la desnutrición y la anemia. Como estrategia adicional, se entrega el incentivo económico “Desnutrición Cero” en 303 parroquias, de 20 provincias a nivel nacional. El incentivo monetario está condicionado con el objetivo de incrementar la cobertura de atención en salud para garantizar que la madre acuda al control prenatal, reciba la atención al parto y se asegure la asistencia a los controles médicos del niño hasta el año de vida. (27)

Una buena nutrición contribuye a mejorar la eficiencia y los resultados de acciones para el desarrollo: mayor capacidad de aprendizaje, menores gastos para el cuidado de la salud, mayor productividad, entre otros. Es decir, la nutrición es la base para el desarrollo, pues está relacionada con la educación, salud, justicia, agricultura, agua y saneamiento, etc. (28)

OBJETIVOS DEL PROGRAMA:

GENERAL

Eliminar la desnutrición infantil de los niños y niñas recién nacidos y hasta el primer año de vida, desde 2010 hasta 2013, porque esta garantiza que puedan continuar con su crecimiento en forma adecuada.

ESPECÍFICOS

- Disminuir la incidencia de bajo peso al nacer.
- Lograr que el niño o niña recién nacido y hasta el año de edad se desarrolle y crezca con el máximo potencial y sin anemia.

INICIO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

- Julio a diciembre de 2010: fase preparatoria (elaboración de manuales, material de capacitación, guías de trabajo, capacitación a los profesionales de la salud en la atención primaria, vinculación con el sector privado.

- Implementación: enero del 2011.

EQUIPO RESPONSABLE

Nivel Nacional: la Coordinación de Nutrición cuenta con un equipo técnico que ha elaborado normas, protocolos y guías para la consejería en cada una de las áreas temáticas que componen la estrategia. Este material será distribuido masivamente al personal de salud y servirá de base para la capacitación virtual que el Ministerio implementará.

Nivel Provincial: en este ámbito el equipo médico será responsable de:

- Ejecutar las normas, organizar la capacitación del personal de salud y de otras instituciones.

- Efectuar seguimiento y monitoreo de las actividades, de acuerdo con la programación. (29)

2.6 Hipótesis

Las madres beneficiarias del programa Desnutrición Cero acuden a controles de Salud motivadas en su mayoría por el incentivo económico y mejoran el estado nutricional de sus hijos menores de un año que acudieron al Subcentro de Salud Pilahuin.

2.7 Variables

2.7.1 Variable Independiente

Programa Desnutrición Cero

2.7.2 Variable Dependiente

Prácticas maternas y estado nutricional de los niños menores de un año de la Parroquia Pilahuin.

- Terminó de relación: Su impacto

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Enfoque de la investigación:

La presente investigación está enmarcada dentro de un estudio longitudinal prospectivo de corte transversal y observacional y que tiene un enfoque crítico-propositivo el cual busca dar solución a los problemas encontrados en la investigación mediante una propuesta de mejoramiento.

Investigación de Campo:

Esta investigación está relacionada con el estudio sistemático de los hechos en el mismo lugar que se produjeron, los investigadores toman contacto con la realidad que los rodea para obtener la información de una forma directa y de acuerdo con los objetivos del proyecto. El campo de esta investigación se circunscribe al área de influencia del Subcentro de Salud de la Parroquia Pilahuin.

Investigación Documental:

Para la realización de esta investigación se realizó la revisión sistemática de las historias clínicas de la población involucrada en este estudio razón por la cual le da un carácter de investigación documental.

3.2 Modalidad Básica de la Investigación.

Esta investigación está orientada por el sentido crítico - propositivo, descriptiva y analítica

Crítica.- Porque cuestiona de cierta manera los métodos aplicados para superar el problema de Desnutrición por parte del Gobierno Central y puesto a función por medio del MSP.

Propositivo.- Porque permite buscar la forma de superar el problema actual de la mayoría de los beneficiarios del Bono de desarrollo humano sumando un beneficio al promulgar la correcta administración de este fondo económico aportando en la asesoría para la correcta nutrición infantil y un cambio positivo en las prácticas maternas.

Descriptiva y Analítica.- Por las observaciones realizadas en el servicio de consulta externa del SCS Pilahuin, serán analizados los resultados recopilados directamente.

3.3 Población y Muestra

La parroquia Pilahuín cuenta con 12.128 habitantes, de los cuales 5.868 son hombres y 6260 son mujeres. El grupo etario considerado como menor de un año corresponde a 200 habitantes. En un año aproximadamente 6420 personas son atendidas en el Subcentro de Salud Pilahuín, de los cuales un 30% corresponde al grupo pediátrico.

Para el estudio que se llevó a cabo, se considera como población a 52 niños inscritos en el programa Desnutrición Cero de la parroquia Pilahuin del Cantón Ambato.

Finalmente, y como muestra los pacientes cumplen con los criterios de inclusión y sus madres fueron localizadas o accedieron a la realización de la encuesta.

Criterios de Inclusión

- Niños menores de un año inscritos en el programa Desnutrición Cero del SCS Pilahuin que fueron beneficiados con el incentivo económico propuesto.

Criterios de Exclusión

- Pacientes cuyas madres no accedieron a la realización de la encuesta o no pudieron ser localizadas.
- Pacientes que luego de inscribirse en el programa no acudieron a control de niño sano en el SCS Pilahuin.

3.4 Tipo de Investigación

Prospectiva, de corte transversal, y observacional.

3.5 Operacionalización de las Variables

Variable Independiente: Programa Desnutrición Cero

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	TECNICAS INSTRUMENTOS
Ayuda económica que ofrece el gobierno a niños menores de un año con la finalidad de aumentar la concurrencia a la unidad de salud y disminuir las cifras de desnutrición	Beneficiarios	Menores de un año	Inscritos No inscritos	Observación/Elaboración de fichas
	No Beneficiarios	Personas inscritas que no asisten regularmente	Inscritos	Observación/Elaboración de fichas

Variable Dependiente: Prácticas Maternas y estado nutricional de los niños menores de un año.

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	TECNICAS E INSTRUMENTOS
Prácticas Maternas	Datos Generales	Acude a controles con su niño al SCS	SI NO	Encuesta Pregunta #25
		Pone en práctica los consejos del personal de salud	SI NO	Encuesta Pregunta #18
		Utiliza el dinero obtenido para la alimentación de su hijo	SI NO	Encuesta Pregunta #19
Valores establecidos para valorar estado nutricional de niños y niñas.	Datos Generales	Edad del usuario	Al momento de realizar el estudio	Observación Curvas de crecimiento
		Sexo del usuario	Masculino Femenino	
	Indicadores de salud	Medidas antropométricas	Peso Talla Perímetro Cefálico	

3.6 Técnicas e Instrumentos

- ✓ Se realizará una revisión de datos estadísticos de los pacientes menores de un año que al ser inscritos en el programa Desnutrición Cero del SCS Pilahuin asistieron mensualmente para control de niño sano , y se utilizarán curvas de crecimiento y tablas de registro como instrumentos.

- ✓ Se realizarán además encuestas dirigidas a las madres de los pacientes sobre prácticas maternas y estado nutricional de sus hijos.

3.7 Plan de recolección de información

No	PREGUNTAS	RESPUESTAS
1	¿Dónde?	En el Sub centro de salud Pilahuin.
2	¿Sobre qué?	Prácticas maternas y estado nutricional de los niños menores de un año inscritos en el Programa Desnutrición Cero.
3	¿Por qué?	Se necesitan datos actuales sobre la realidad y la problemática de la misma y conocer resultados del plan desarrollado.
4	¿Para qué	Para proponer alternativas sobre el manejo adecuado del incentivo económico.
5	¿Quién?	Investigador Freddy Fernando Jumbo Salazar estudiante de

		medicina UTA.
6	¿A quiénes?	A los niños menores de un año de edad inscritos en el Plan Desnutrición Cero.
7	¿Cuándo?	De Febrero a Junio 2014.
8	¿Cuántas veces?	Secuencialmente.
9	¿Cómo?	Mediante encuestas sobre prácticas materna y estado nutricional de los niños, observación y valoración antropométrica.
10	¿Con qué?	Encuestas Tablas de recolección de información Curvas de crecimiento

3.8 Plan de procesamiento de la información.

- Revisión crítica de la información.
- Ordenamiento de la información válida según las variables.
- Elaboración de tablas considerando las técnicas pertinentes a la investigación realizada.
- Transformación de las tablas en valores cuantitativos.
- Los valores cuantitativos transformarlos en porcentajes.

- Elaboración de cuadros representativos tales como diagramas centro gramas, circular y más.

3.9 Plan e Interpretación de Resultados.

- Análisis de los resultados estadísticos determinando tendencia o relaciones en funciones de las variables y objetivos e hipótesis.
- Interpretación de resultados considerando el marco teórico, en el aspecto pertinente.
- Redacción del informe final (tesis) para presentar con fines de graduación.
- Llegar a establecer las conclusiones y recomendaciones como producto del estudio realizado en el Sub centro de salud Pilahuín.
- Comprobación de la Hipótesis.
- Establecimiento de conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

ENCUESTAS

(Realizadas a las madres inscritas en el programa desnutrición cero)

1.- Edad de la madre

TABLA N°9

EDAD DE LA MADRE

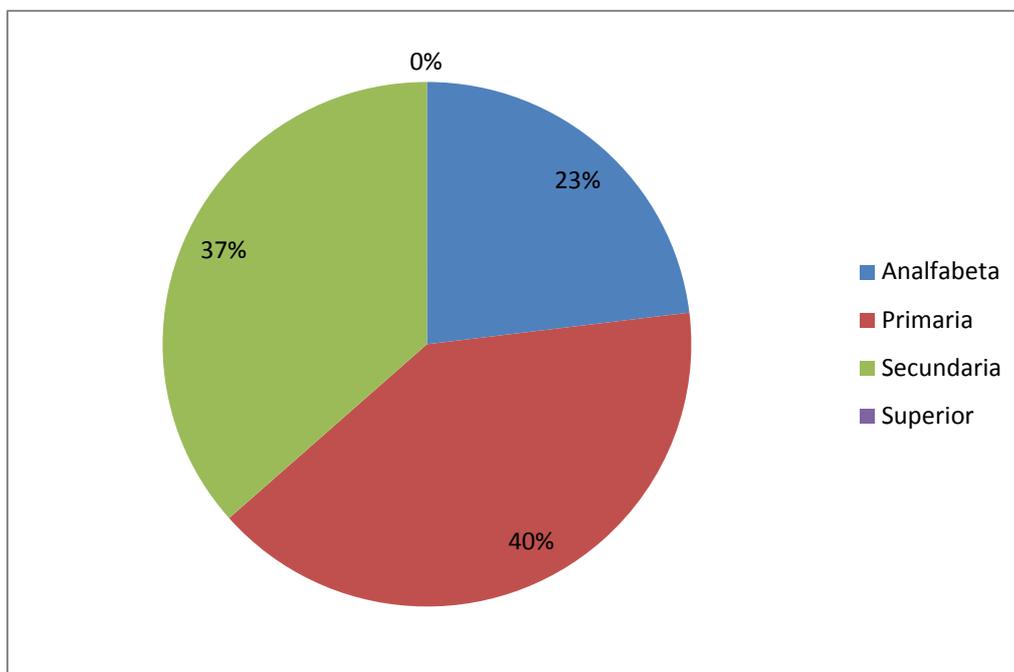
CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< 15 años	3	6
16 a 20 años	18	35
20 a 35 años	25	48
>35 años	6	12
TOTAL	52	100

Fuente: Encuesta

Realizada por: Fernando Jumbo

GRÁFICO N°3

INSTRUCCIÓN DE LA MADRE



Realizado por: Fernando Jumbo

Fuente: Encuesta

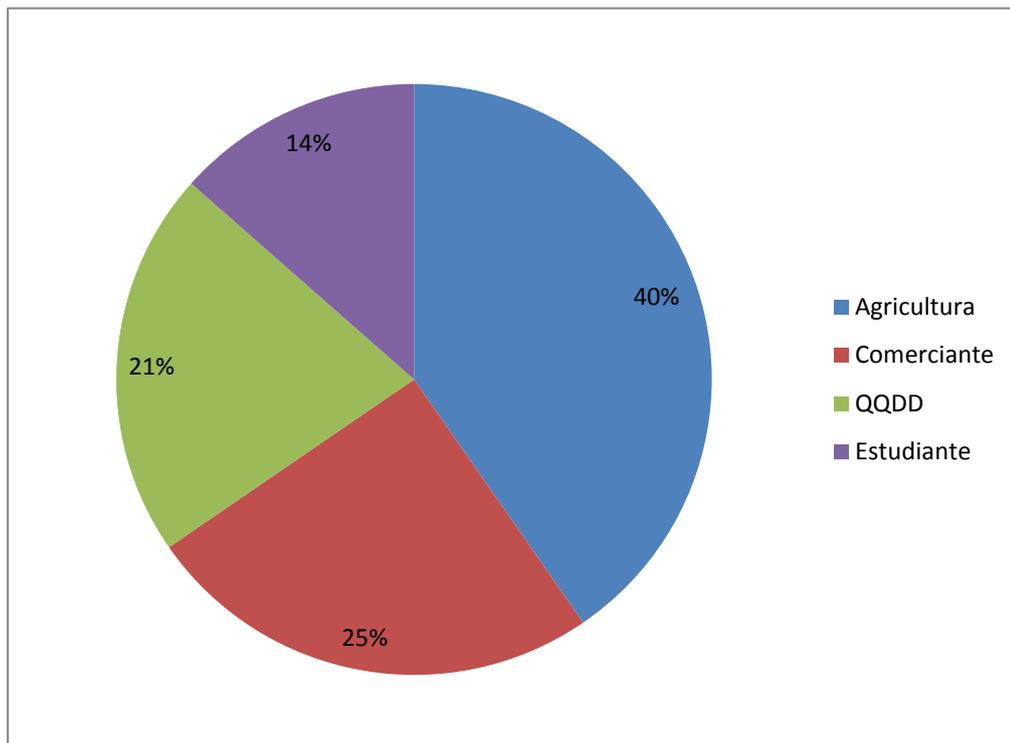
ANÁLISIS

A pesar de existir un gran índice de analfabetismo, 23%, existe un porcentaje de la población encuestada que ha adquirido algún tipo de instrucción, primaria 40% y secundaria 37%. Dejando a la educación primaria como primera opción en la población rural sin dejar atrás a las mujeres que con el afán de superación han ingresado al nivel secundario pero no toman al nivel superior aun en su instrucción.

3.- ¿A qué se dedica usted?

OCUPACIÓN DE LA MADRE

GRÁFICO N°4



Realizado por: Fernando Jumbo

Fuente: Encuesta

ANÁLISIS

En su mayoría las madres encuestadas tienen como ocupación la agricultura estableciendo el 40% de la totalidad entre el resto de las ocupaciones, además destaca el comercio 25% y los quehaceres domésticos 21%. Destacando entonces a la actividad agrícola como principal fuente de ingresos en las familias de la parroquia Pilahuin.

4.- Estado civil de la madre

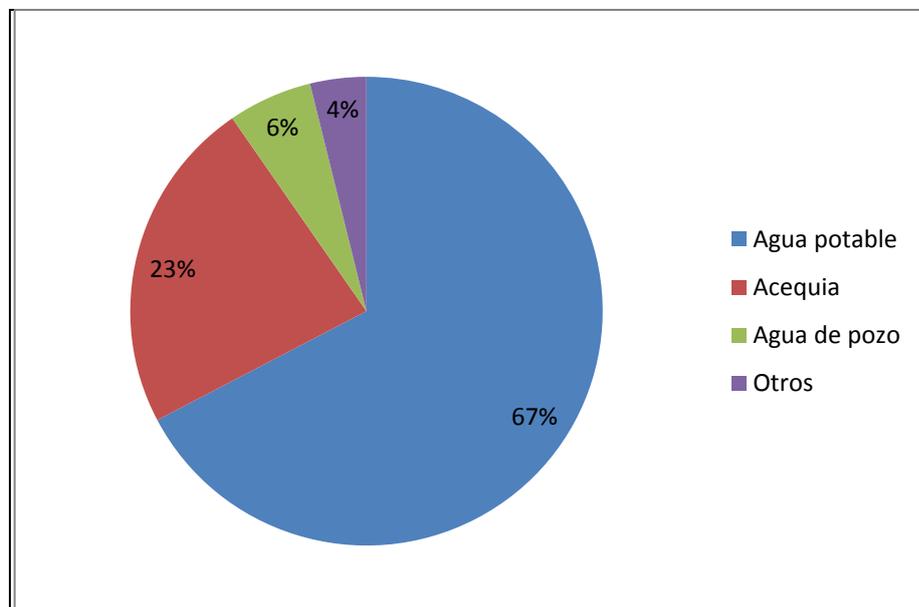
TABLA N°10

ESTADO CIVIL DE LA MADRE

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltera	7	14
Casada	36	69
Divorciada	0	0
Unión libre	9	17
Viuda	0	0
TOTAL	52	100

Fuente: Encuesta
Realizada por: Fernando Jumbo

GRÁFICO N° 5. TIPO DE AGUA DISPONIBLE



Realizado por: Fernando Jumbo
Fuente: Encuesta

ANÁLISIS

Tomando en cuenta que la investigación fue realizada en un sector rural existe un porcentaje positivo del 67% que consume agua potable que en lo posible mejora el estado de salubridad en la población sin embargo, aunque en un número menor, los habitantes aun consumen agua de acequias y pozos que resultan de alguna forma un obstáculo para el completo bienestar.

5.- Los ingresos económicos en su hogar son

TABLA N° 11

INGRESOS ECONÓMICOS

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< 50 dólares	12	23
>100 dólares	33	63
200 dólares o más	7	13
TOTAL	52	100

Fuente: Encuesta

Realizada por: Fernando Jumbo

ANÁLISIS

La mayoría de madres encuestadas tienen como principal ocupación la agricultura, y de éste oficio se obtienen sus ingresos económicos que en la mayoría resulta mayor a los \$100 pero inferior a los \$200, lo que quiere decir que las limitaciones económicas son extensas al persuadir que las cargas familiares son múltiples y para la realidad resulta un ingreso bastante bajo considerando la canasta básica familiar que hoy en día dispone 601,6 dólares mensuales según el último reporte del Índice de Precios al Consumidor (IPC), publicado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (30)

6.- ¿Cuántos hijos tiene usted?

CANTIDAD DE HIJOS

Hace algunos años el número de hijos por familia en el sector rural era alto, hoy en día ese número ha disminuido, sin embargo la mayoría de madres encuestadas tiene 2 hijos o más, que en cifras resulta un número superior a los ingresos económicos en sus hogares, como percepción para muchos.

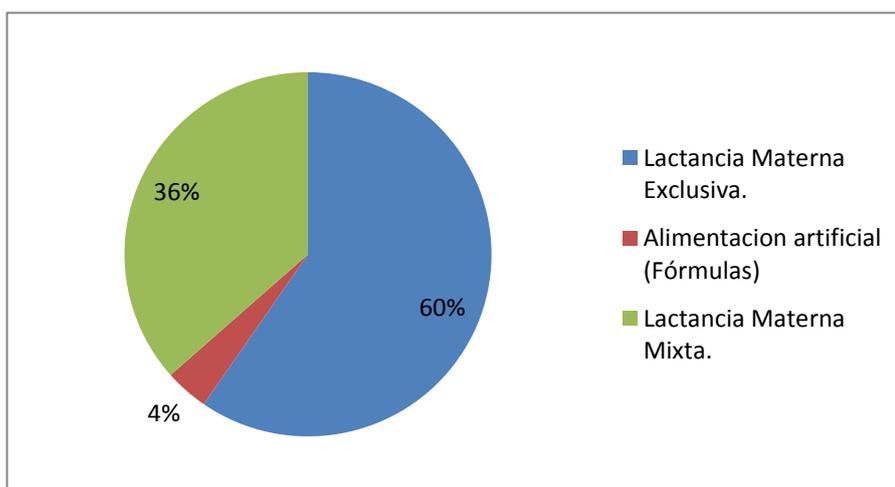
7.- Según su criterio el estado nutricional de su niño es:

PERCEPCION MATERNA DEL ESTADO NUTRICIONAL

El 58% de las encuestadas considera que sus hijos se encuentra en un buen estado nutricional lo que en algunos casos no coincide con la realidad.

10.- Qué tipo de Alimentación Ud. le proporcionó a su hijo(a) durante los primeros seis meses de vida

GRÁFICO N° 6. ALIMENTACION DEL LACTANTE



Realizado por: Fernando Jumbo

Fuente: Encuesta

ANÁLISIS

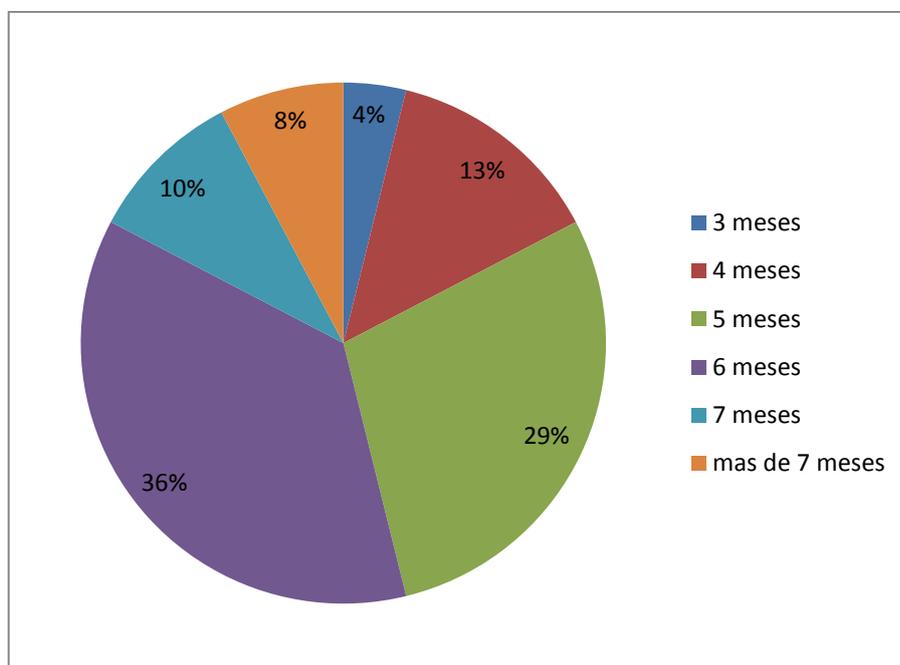
Un gran porcentaje, 60%, ha brindado a sus hijos lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida, aunque un número importante, es decir 36%, ha necesitado complementar dicha alimentación con algún tipo de suplemento. Ítem importante al momento de estimar el estado nutricional de los niños estudiados.

La Ensanut destaca que solo el 52% tiene lactancia materna exclusiva en el primer mes de vida. En el caso de las madres indígenas, el 77% de ellas prioriza la lactancia antes de los 6 meses de vida. (21)

8.- ¿Cuántas veces al día su niño es alimentado?

9.- ¿A qué edad usted empezó a incluir alimentos en la dieta de su hijo?

GRÁFICO N° 7



Realizado por: Fernando Jumbo

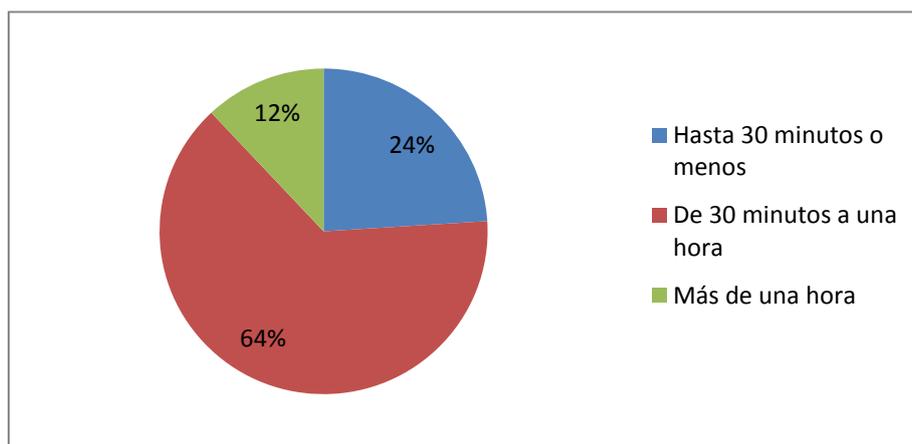
Fuente: Encuesta

ANÁLISIS

La frecuencia de alimentación que utilizan las madres encuestadas en sus hijos corresponde en su mayoría 63% a una alimentación de entre 3 a 5 veces al día, un número adecuado al momento de valorar una alimentación adecuada y suficiente para la nutrición de los niños y se establece que el 36% de las madres empiezan a dar alimentos a partir de los 6 meses de edad. El 62% empieza a incluir en la dieta de sus hijos las sopas y coladas. Las frutas aun siendo mencionadas no ocupan un lugar importante apenas un 19% y la leche de vaca que aún no debería ser incluida en la dieta ocupa un 11%. Cifras alarmantes al momento de evaluar la calidad de dieta que llevan con sus hijos. Se compara con un estudio realizado en Perú donde se listaron más de 100 alimentos locales y foráneos que forman parte de la dieta de las familias aguarunas; sin embargo, sólo se consume diariamente la yuca y plátanos; y con alguna frecuencia semanal el arroz, la carachama, gusano, huevo de gallina y verduras como la chonta y sachaculantro además se destaca la inclusión temprana de alimentos (en su mayoría a partir de los 4 meses) a niños menores de un año sin que sus madres posean un conocimiento adecuado. (31)

10.- ¿Cuánto demora Ud. En llegar hasta el Subcentro de Salud?

GRÁFICO N° 8. TIEMPO ESTIMADO DE LLEGADA AL SCS PILAHUIN



Realizado por: Fernando Jumbo

Fuente: Encuesta

ANÁLISIS

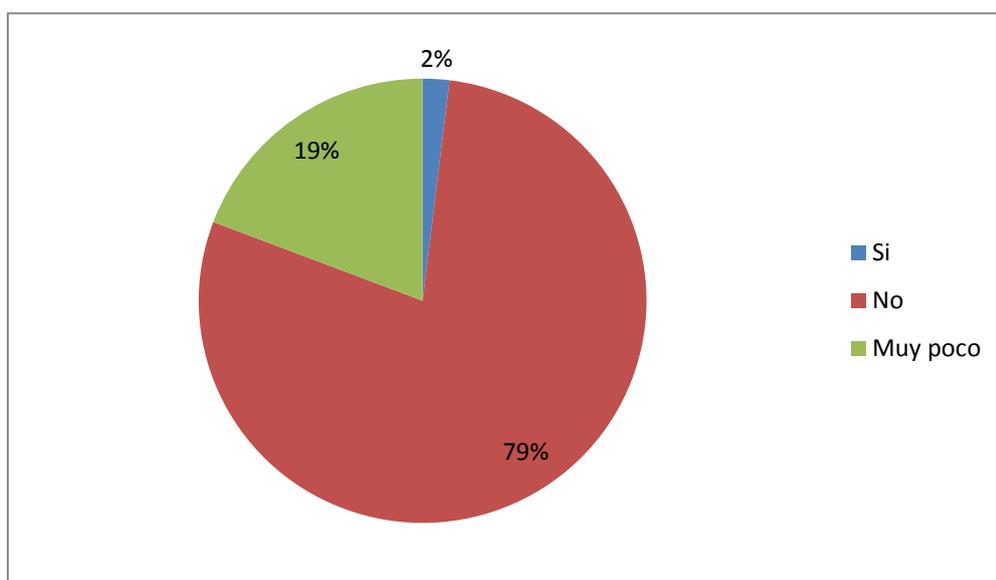
La parroquia Pilahuin es rural y la mayoría de hogares se encuentran alejados del Subcentro de salud por lo que el tiempo de llegada para la atención puede demorar. En las madres encuestadas la respuesta con mayor porcentaje corresponde a un tiempo superior a 30 minutos pero inferior a una hora. Sin embargo un grupo que corresponde al 12% tarda más de una hora.

11.- ¿conoce usted el objetivo por el cual el gobierno aporta con 10 dólares bimensuales a los beneficiarios del plan?

12.- Cuando usted asiste al Subcentro de Salud. ¿Ha recibido consejos para la nutrición de su hijo?

13.¿Ha puesto en práctica los consejos brindados en el Subcentro de Salud?

GRÁFICO N° 9. CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE EL PLAN DESNUTRICIÓN CERO



Realizado por: Fernando Jumbo

Fuente: Encuesta

ANÁLISIS

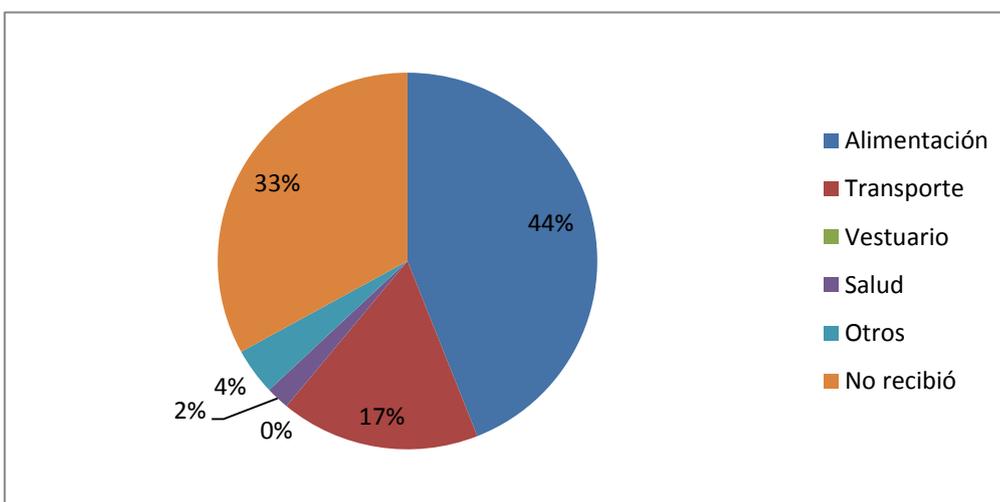
El 79% de las madres hace manifiesto el desconocimiento acerca del objetivo que tiene el Gobierno con el incentivo Económico del plan Desnutrición cero, es decir la desconocen el motivo y el adecuado uso del mismo; un 81% de las madres encuestadas refiere no haber recibido alguna consejería a cerca del estado nutricional de sus hijos y como mejorarla pero de quienes recibieron consejería el 90% pusieron en práctica dichos consejos con el afán de mejorar el estado nutricional de los niños.

14.- ¿En que utiliza usted este aporte económico?

15.- ¿Cree usted que el aporte recibido es suficiente para mejorar el estado nutricional de su hijo?

16.- ¿En caso de ser suspendido este estímulo económico usted seguiría llevando a su hijo al Subcentro de Salud?

GRÁFICO N° 10. Usos y condiciones del aporte económico del programa Desnutrición Cero.



Realizado por: Fernando Jumbo

Fuente: Encuesta

ANÁLISIS

Al momento de indagar acerca del uso que dan las madres a los 10 dólares del incentivo podemos darnos cuenta que el 44% lo utiliza en alimentación, que, aunque es un parámetro muy importante el Sector Salud ocupa uno de los bajos porcentajes.

Una gran mayoría de madres encuestadas cree que el incentivo económico recibido no es suficiente para las necesidades que tienen en sus hogares, y mucho menos resulta representativo para mejorar el estado nutricional de sus hijos. 85% de madres encuestadas considera al incentivo económico como un estímulo para asistir a los controles de salud de sus hijos, esto para un buen grupo sería una ventaja ya que de alguna forma se estaría logrando un incremento en el número de visitas al centro de salud para controles. A pesar de que se demuestra que el incentivo económico incrementó el número de visitas, el 75% de madres encuestadas refiere que aun sin el estímulo regresarían al Subcentro de salud para controles, número que podría resultar contradictorio al momento de verificar las cifras de madres que solo asisten por recibir el incentivo económico.

17.- ¿Durante el primer año de vida cuantas veces su hijo ha necesitado atención medica por enfermedad?

TABLA N° 12. NUMERO DE ATENCIONES POR ENFERMEDAD

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguna	27	52
Una ocasión	16	31
Dos ocasiones	7	13
Más de 3 ocasiones	2	4
TOTAL	52	100

Fuente: Encuesta

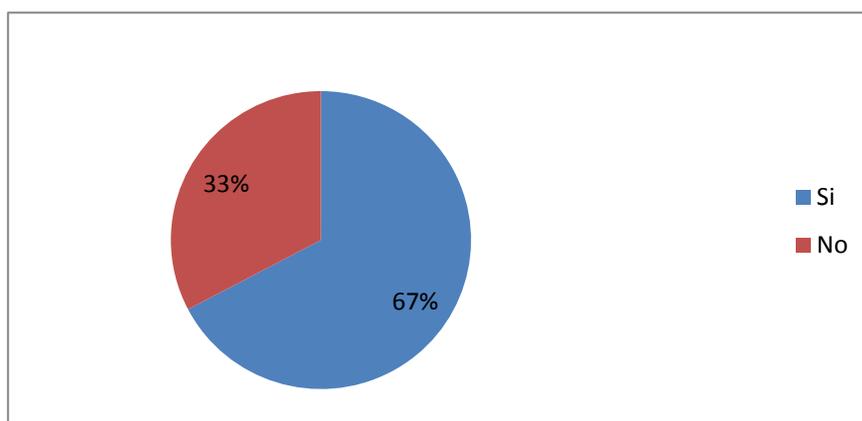
Realizada por: Fernando Jumbo

ANÁLISIS

De la totalidad de niños inscritos el 52% no registra atención médica por enfermedad en el primer año de vida. Convirtiéndose en una de las causas por las que las madres llevan a sus hijos al Subcentro de salud más no por controles además se identificó en esta población encuestada que tan solo un niño fue hospitalizado a causa de Neumonía representando un bajo índice de hospitalización como parámetro alentador dentro de lo que corresponde a la buena salud de la que gozan los niños.

24.- ¿Acude Usted con su hijo al control mensual en el Subcentro de Salud?

GRÁFICO N° 11. REGULARIDAD EN CONTROLES DE SALUD



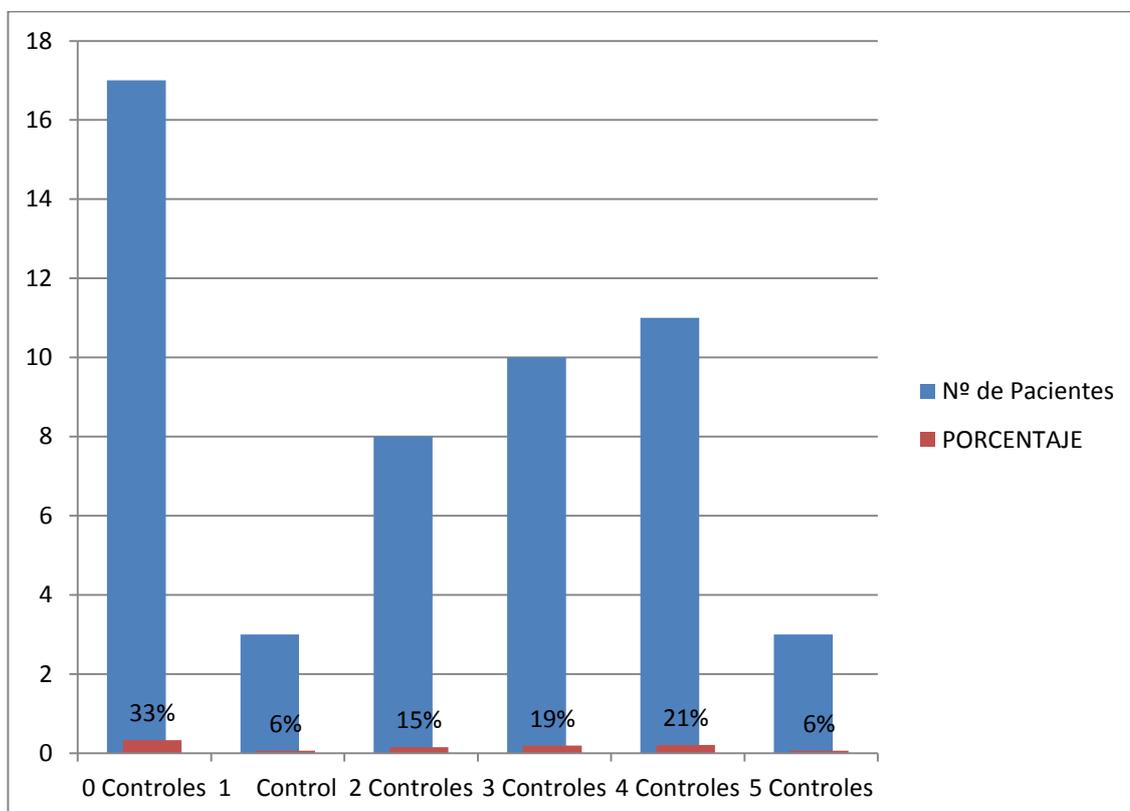
Realizado por: Fernando Jumbo

Fuente: Encuesta

ANÁLISIS

De más de 50 inscritos en el plan Desnutrición Cero tan solo 35 es decir el 67% cumple con el requisito de llevar mensualmente a sus hijos a controles de salud por lo tanto son los acreedores del incentivo económico propuesto de \$10 por cada dos controles mensuales.

GRÁFICO N° 12. Control de salud una vez culminado el programa Desnutrición Cero en pacientes que fueron beneficiados.



Fuente: Estadísticas del SCS Pilahuin
Elaborado por: Fernando Jumbo

ANÁLISIS

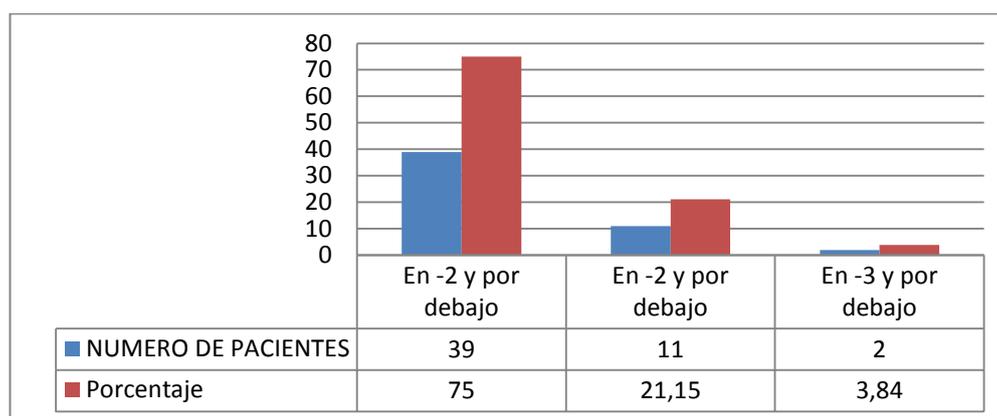
Se toma como muestra a los 52 niños beneficiados del programa Desnutrición Cero de los cuales 17 no vuelven al control de Salud luego de culminar con el incentivo económico lo que supone un 33% de los niños, así mismo 11 de ellos que corresponden al 21% acuden al menos a 4 controles de Salud.

TABLA N° 13. Indicadores Antropométricos SCORE Z (RELACIÓN EDAD/PESO/TALLA)

PUNTUACIÓN Z	INDICADOR DE CRECIMIENTO	N° DE PACIENTES
Entre 2 y 0	Adecuado canal de crecimiento y buen estado nutricional	39
En -2 y por debajo	Baja talla/bajo peso paciente emaciado	11
En -3 y por debajo	Baja talla severa/bajo peso severo paciente severamente emaciado	2
TOTAL:		52

Fuente: estadísticas del SCS Pilahuin
Elaborado por: Fernando Jumbo

GRÁFICO N° 13. Indicadores Antropométricos (RELACIÓN EDAD/PESO/TALLA)

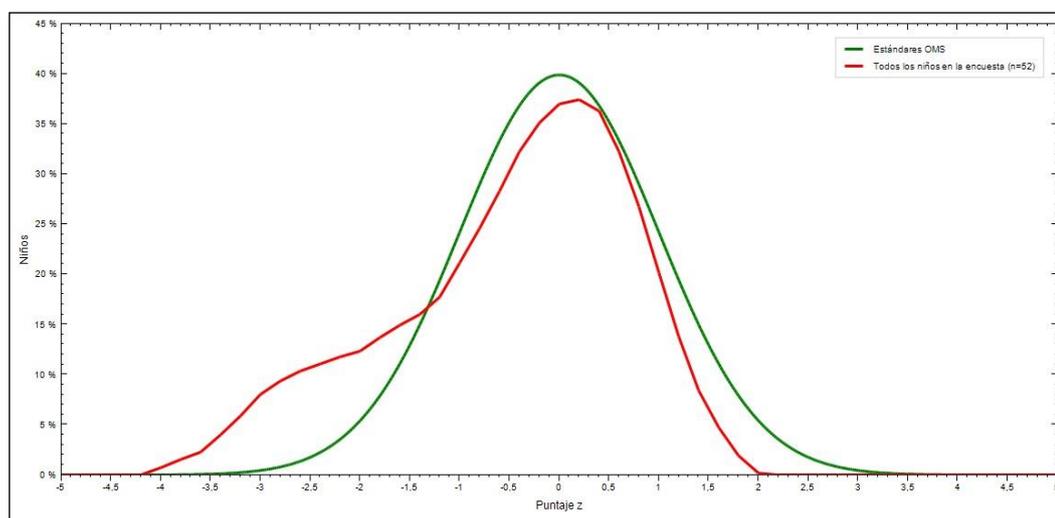


Fuente: estadísticas del SCS Pilahuin
Elaborado por: Fernando Jumbo

ANÁLISIS

De los 52 niños menores de 1 año de edad inscritos dentro del Programa Desnutrición Cero tenemos que 39 niños se encuentran dentro del adecuado canal de crecimiento con un buen estado nutricional que corresponde al 75%, 11 niños en la puntuación de -2 y por debajo con baja talla/bajo peso paciente emaciado que corresponde al 21,15%, 2 niños en la puntuación de -3 y por debajo con baja talla severa/bajo peso severo paciente severamente emaciado con un porcentaje del 3,84%.

**GRÁFICO N° 14. RESULTADOS PESO PARA LONGITUD/TALLA
STANDARES OMS Y POBLACIÓN DE PILAHUIN DEL PROGRAMA
DESNUTRICIÓN CERO.**



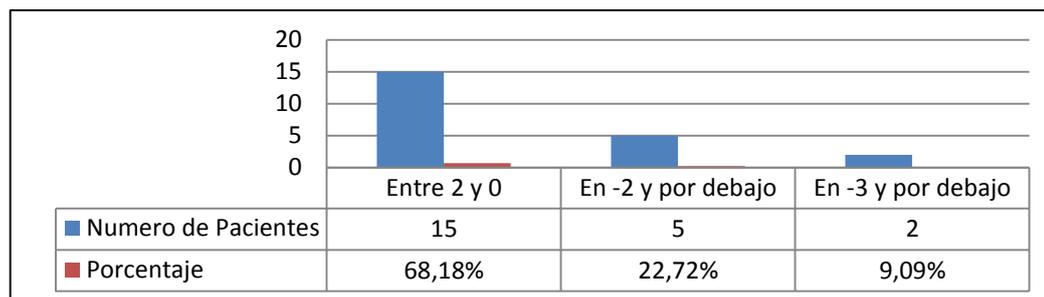
Fuente: Estadísticas de SCS Pilahuin
Elaborado por: Fernando Jumbo Software OMS Anthro

**TABLA N° 14. Indicadores Antropométricos en Grupo de Comparación.
Puntuación Z.**

PUNTUACIÓN Z	INDICADOR DE CRECIMIENTO	N° DE PACIENTES
Entre 2 y 0	Adecuado canal de crecimiento y buen estado nutricional	15
En -2 y por debajo	Baja talla/bajo peso paciente emaciado	5
En -3 y por debajo	Baja talla severa/bajo peso severo paciente severamente emaciado	2
TOTAL:		22

Fuente: estadísticas del SCS Pilahuin
Elaborado por: Fernando Jumbo

GRÁFICO N° 15. GRUPO DE COMPARACIÓN



Realizado por: Fernando Jumbo

Fuente: Estadística de SCS

ANÁLISIS

Se realizó una revisión de historias clínicas recopilándose datos a los hermanos mayores de los niños que se encuentran inscritos en el programa Desnutrición cero tomando en cuenta una revisión del primer año de edad de los mismos y obteniendo información del departamento de estadística del SCS Pilahuin, con la finalidad de realizar la comparación con los niños menores de un año que se beneficiaron y se logra obtener el siguiente resultado: 15 niños alcanzan un adecuado canal de crecimiento y buen estado nutricional con el 68,18%; 5 pacientes con bajo peso, baja talla paciente emaciado con el 22,72% y 2 pacientes con bajo peso severo, baja talla severa paciente severamente emaciado correspondiente al 9%.

TABLA N° 15. COMPARACIÓN ENTRE EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA VS NO BENEFICIARIOS.

PROGRAMA DESNUTRICIÓN CERO EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO		
INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS	PORCENTAJE BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA	PORCENTAJE GRUPO COMPARATIVO
Adecuado estado nutricional	75%	68,18%
Inadecuado estado nutricional	25%	31,82%

Fuente: estadísticas del SCS Pilahuin

Elaborado por: Fernando Jumbo

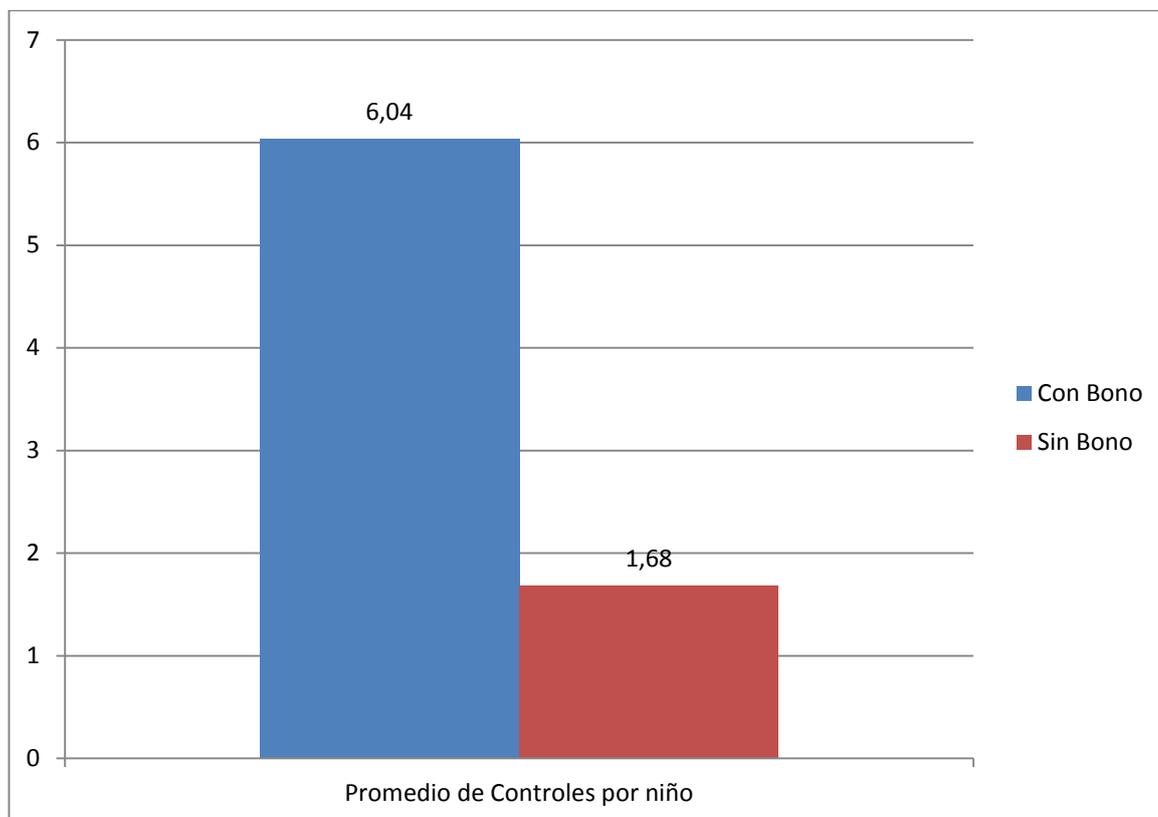
Análisis: Dentro del grupo de beneficiarios del programa Desnutrición Cero se puede notar que existió un aumento en el porcentaje de niños que se encontraron con un adecuado estado nutricional al recibir el estímulo económico lo que supone una diferencia de 6,82% con los que anteriormente no recibieron este beneficio.

TABLA N° 16. Tabla De Comparación En Número De Controles De Pacientes Menores De Un Año Beneficiarios Vs No Beneficiarios

N° de Controles	N° de menores de un año beneficiarios	Porcentaje de controles en menores beneficiarios	N° de menores de un año no beneficiarios	Porcentaje de controles en no beneficiarios
0 Controles	0	0%	3	12%
1 Control	2	4%	12	48%
2 Controles	4	8%	4	16%
3 Controles	5	10%	3	12%
4 Controles	8	15%	2	8%
5 Controles	6	11%	1	4%
6 Controles	5	10%	0	0%
7 Controles	7	13%	0	0%
8 Controles	4	8%	0	0%
9 Controles	6	11%	0	0%
10 Controles	2	4%	0	0%
11 Controles	1	2%	0	0%
12 Controles	2	4%	0	0%
TOTAL	52	100%	25	100%

Fuente: Estadística del Subcentro de Salud Pilahuin
Elaborado por: Fernando Jumbo

GRÁFICO N° 16. Comparación porcentaje de controles de pacientes menores de un año beneficiarios vs no beneficiarios



Fuente: Estadística del Subcentro de Salud Pilahuin
Elaborado por: Fernando Jumbo

ANÁLISIS

Realizando una comparación entre los beneficiarios del bono y los no beneficiarios vemos que el promedio de controles por niño en el caso de los no beneficiados es del 1,68 controles por niño y en el caso de los beneficiarios asciende a 6,04 controles por niño, lo que nos indica que el programa Desnutrición Cero incidió favorablemente en la práctica materna relacionada a llevar a sus hijos a controles al SCS Pilahuin.

Verificación de Hipótesis

TABLA N° 17

Tabla de contingencia Beneficiarios * Acuden al SCS “Pilahuin” con Bono

Recuento

		Acuden Con Bono		Total
		NO	SI	
Beneficiarios	NO	39	13	52
	SI	11	41	52
Total		50	54	104

TABLA N° 18

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	30,199 ^a	1	,000		
Corrección por continuidad ^b	28,080	1	,000		
Razón de verosimilitudes Estadístico exacto de Fisher	31,875	1	,000	,000	,000
Asociación lineal por lineal	29,908	1	,000		
N de casos válidos	104				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 25,00.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Se ha realizado una investigación para analizar la relación entre el estímulo económico percibido en el programa Desnutrición Cero con la práctica materna de acudir al SCS para control de los niños encontrándose que si existe relación entre ambas variables [$X^2(1,N=104)=30,199,p<0,05$].

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- ✓ La mayoría de madres que inscribieron a sus hijos en el programa Plan Desnutrición cero que otorga un incentivo económico por cada 2 controles de niño sano acudieron mensualmente para dicho propósito.
- ✓ El incentivo económico al ser un estímulo recibido por las madres no ha sido directamente utilizado en mejorar el estado nutricional de los niños pero contribuyó de manera favorable en el aumento en número de controles de salud.
- ✓ La mayoría de los niños beneficiarios del programa mantuvieron un adecuado canal de crecimiento y estado nutricional dentro de parámetros normales.
- ✓ Las prácticas en beneficio de control de salud de los niños inscritos, cambiaron de manera positiva influyendo en los cuidados maternos al recibir un incentivo económico e indirectamente las prácticas maternas mejoraron al recibir consejería.

5.2 Recomendaciones

- Se debería construir nuevos programas que no solamente estén direccionados a un estímulo económico sino más bien con desarrollo integral abarcando consejería, capacitación, seguimiento, continuidad y entrega de suplementos alimenticios y promoción de la salud.
- Trabajar de manera intersectorial para vincular a las autoridades competentes en el mejoramiento de la calidad del agua en la Parroquia Pilahuin del Cantón Ambato.
- Involucrar a los líderes comunitarios y al personal TAPS como vínculo directo de la comunidad para eliminar barreras de participación y comunicación

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

“CONFORMACIÓN DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA LA CONCIENTIZACIÓN DE LA COMUNIDAD”

6.1 Datos Informativos

Localización de la propuesta: Sub Centro de Salud Pilahuín.

Beneficiarios: Niños menores de un año inscritos en el programa ·Desnutrición Cero.

Tiempo de Ejecución:

Inicio: Marzo 2015

Finalización: Indefinido

Equipo de Ejecución:

Para la ejecución de la propuesta el equipo está conformado por personal capacitado del área de Salud nutricionistas, médicos, enfermeras, voluntariado personal TAPS, Psicólogos y el investigador.

Costo total de la propuesta

El costo total de la propuesta es de 200 dólares.

6.2 Antecedentes de la propuesta

Con la investigación realizada, se determinó que la mayoría de niños inscritos en el programa Desnutrición Cero mejoraron su estado nutricional pero aun faltó acogida a dicho programa además se demostró que el incentivo monetario se convirtió en la principal razón de sus visitas.

El Ministerio de Salud del Ecuador según el decreto N° 785 llevó a cabo el programa Desnutrición Cero en 303 parroquias, entre ellas consta Pilahuín siendo una zona de gran impacto para el desarrollo de dicho programa. Se trata de motivar a las madres de recién nacidos hasta el primer año de vida a la asistencia periódica al Subcentro de salud mediante un incentivo económico de \$10 por cada dos controles de salud. La información brindada por el personal de salud es tomada en esta investigación como parámetro importante para la difusión y correcto uso del dinero recibido, sin embargo el interés de las madres es superior a la ideología del programa.

Por lo anteriormente mencionado se debería incentivar a las madres a crear conciencia del real y adecuado cuidado de sus niños sin esperar un incentivo monetario, y esto se logrará con un equipo multidisciplinario que alcance las metas propuestas.

6.3 Justificación

La interacción de profesionales de la salud de forma multidisciplinaria es fundamental para combatir de manera eficaz la desnutrición, llegando a la conciencia materna sobre verdaderos y adecuadas prácticas maternas superando la idiosincrasia.

Desde hace muchos años se ha intentado encontrar la forma adecuada de transmitir a la población ideas superiores a tradiciones y costumbres que a la hora de interactuar se convierten en obstáculos difíciles de superar, por lo que la comunicación nunca ha llegado de la manera correcta, siendo un pilar fundamental para la lucha de todo problema.

Debido a la barrera de comunicación y a la falsa percepción de las madres sobre el estado de salud de sus hijos es necesaria la interacción del personal de psicología que sabrá llegar de mejor manera a la conciencia de la población.

6.4 Objetivos

Objetivo General

- Proponer la conformación de un equipo multidisciplinario para la concientización de la comunidad.

Objetivos Específicos

- Diseñar estrategias informativas relacionadas a nutrición adecuada y orientada a las madres de familia que acuden al sub centro de salud Pilahuin.
- Integrar a estudiantes de la carrera de psicología como vínculo de sociabilización entre el personal de salud y la comunidad
- Promocionar a la lactancia materna como estrategia fundamental en la nutrición de niños menores de seis meses.

6.5 Análisis de factibilidad

La siguiente propuesta es factible por las siguientes razones:

6.5.1 Factibilidad socio-cultural

La difusión del mensaje de buena nutrición y calidad de cuidados maternos permite sociabilizar al personal de salud con los pacientes, para establecer una sociedad tolerante y una correcta percepción de la ideología planteada.

6.5.2 Factibilidad organizacional

El factor institucional y profesional se presta para la realización y desarrollo adecuado de dicha propuesta. Para lo cual se contará con el apoyo de la carrera de psicología clínica de la Universidad Técnica de Ambato.

6.5.3 Factibilidad Económica

Talento Humano

- ✓ Investigador
- ✓ Estudiantes de los últimos semestres de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Técnica de Ambato.

Recursos tecnológicos

- ✓ Computador
- ✓ Impresora
- ✓ Proyector

Recursos Materiales

- ✓ Papel
- ✓ Gigantografías
- ✓ Franelógrafos
- ✓ Material Bibliográfico

6.6 Fundamentación

PROGRAMA DESNUTRICIÓN CERO

El programa tiene como propósito atender a mujeres embarazadas y niños con edad menor a un año con la intención de reducir la desnutrición y la anemia. Como estrategia adicional, se entregará el incentivo económico “Desnutrición Cero” en 303 parroquias, de 20 provincias a nivel nacional.

La inclusión de beneficiarios al proyecto será de manera paulatina en la sierra y continuará en la costa y el oriente hasta el 2013. El incentivo monetario será condicionado con el objetivo de incrementar la cobertura de atención en salud para garantizar que la madre acuda al control prenatal, reciba la atención al parto y se asegure la asistencia a los controles médicos del niño hasta el año de vida.

Con estas acciones, se busca reducir los problemas en salud de estos grupos vulnerables de la población. El proyecto además promueve la atención prenatal, el parto institucional, la consejería nutricional y el control desde el nacimiento hasta los dos años de edad del niño.

A través de este proyecto, se logrará eliminar de manera progresiva la desnutrición crónica en el país.

La desnutrición, particularmente la crónica, tiene un amplio abanico de consecuencias de salud, económicas y sociales. Pobre rendimiento escolar y reducida capacidad de trabajo son secuelas conocidas. Infortunadamente la desnutrición crónica cuando acontece en los dos primeros años de vida, es irreversible posteriormente. Datos de un estudio en Filipinas han estimado que por la disminución en 1% en talla, se ha asociado 1.4% de disminución en la productividad. Los efectos de la desnutrición sobre el desarrollo y aprendizaje en el niño y la productividad en el adulto son particularmente relevantes e importantes en áreas donde la mortalidad no es elevada.

La evidencia actual disponible, indica que la desnutrición afecta profundamente el crecimiento y desarrollo de la niñez desde el inicio del curso vital, compromete el desarrollo físico, mental y cognitivo y determina un mayor riesgo de enfermar y morir.

Por otra parte, la desnutrición afecta la defensa inmunológica del cuerpo y como resultado, aumenta la incidencia, la severidad y la duración de enfermedades comunes en la niñez como diarreas, infecciones respiratorias agudas (IRAs) y sarampión.

Paradójicamente, la desnutrición sufrida en el vientre materno puede llevar a una predisposición a la hipertensión, enfermedades coronarias y diabetes en la vida adulta.

En países en desarrollo, aproximadamente el 55% de la mortalidad en niños menores de 5 años está asociada a la desnutrición. Los niños severamente desnutridos tienen 8 veces más probabilidad de morir con relación a los niños bien nutridos. Por tanto, una buena nutrición contribuye a mejorar la eficiencia y los resultados de acciones para el desarrollo: mayor capacidad de aprendizaje, menores gastos para el cuidado de la salud, mayor productividad, entre otros. Es decir, la nutrición es la base para el desarrollo, pues está relacionada con la educación, salud, justicia, agricultura, agua y saneamiento, etc.

PROBLEMAS NUTRICIONALES EN EL ECUADOR

Los estándares de desnutrición infantil y anemia por deficiencia de hierro son muy elevados en la población, por ello a través de fundaciones, ONG y el estado ecuatoriano se obtienen ingentes recursos económicos para enfrentarla, ante la pobreza del humilde ecuatoriano que se desenvuelve en situaciones precarias de saneamiento ambiental y está expuesto a enfermarse más recurrentemente. Programas de complementación y suplementación alimentaria y de micronutrientes dirigido a niños y embarazadas, apuntan al mejoramiento del estado nutricional de los infantes y otros grupos considerados de riesgo. Es muy real que la población recibe con beneplácito este apoyo alimenticio nutricional a través de los diferentes ministerios de Estado (Bienestar Social, Salud y Educación), pero existe un componente en estos programas que las instituciones públicas y/o privadas no están priorizando y fortaleciendo de manera continua: es la educación nutricional integral como un factor decisivo a mediano y largo plazo en la sustentación del conocimiento sobre el consumo de alimentos saludables y el cambio multiplicador de conductas alimenticias inadecuadas, lo que se realiza con muchas limitaciones y en forma escasa, debiendo ser ineludible el instruir permanentemente a todas las familias, niños, adolescentes, embarazadas, madres

lactantes, ancianos y la población en general, sean beneficiarias o no de los programas de suplementación alimentaria.

PROGRAMA DESNUTRICIÓN CERO ENTREGARÁ BONO A LAS MADRES Y LACTANTES

Con el objetivo de reducir de forma total los índices de desnutrición en los niños del país, el Ministerio de Salud Pública ejecuta el proyecto “Acción Nutrición: Hacia la desnutrición cero”, que arrancó en varias provincias del país. Según explicó la directora provincial de Salud del Guayas, Fátima Franco, el programa está orientado a reducir los índices de desnutrición en 303 parroquias del país, identificadas como prioritarias.

El programa contempla la entrega de un bono de \$ 110 para las mujeres en estado de gestación y niños y niñas menores de un año.

“El dinero se dará a las madres en dos partes: \$ 50 se entregarán en cada uno de los 5 chequeos médicos que la mujer debe realizarse durante el embarazo y los \$ 60 restantes luego del parto, durante los primeros 12 meses de vida del niño”, explicó Franco.

La responsable del proyecto a nivel nacional, Mariana Galarza, indicó que el plan para erradicar la desnutrición en el país está orientado a las familias que son beneficiarias del Bono de Desarrollo Humano (BDH) que otorga el Estado a personas de escasos recursos, como un mecanismo para llegar a las poblaciones más vulnerables.

“En esta primera etapa, que se desarrolla a lo largo de diciembre, se entregará a las mujeres de familias que ya se encuentran dentro de la nómina de beneficiarios del BDH. En el 2012 arrancamos con una segunda etapa, para la cual las madres deben inscribirse para poder acceder a este beneficio”, explicó Galarza.

Además, deberán presentar cédula de la mujer embarazada, partida de nacimiento del niño y cédula del representante de la madre si es que ésta fuera menor de edad.

“El incentivo monetario pretende ampliar la cobertura de atención y salud, además de garantizar que la madre acuda a los controles prenatales, que reciba atención durante el parto y que se asegure la asistencia médica del menor hasta el año de vida. De esta forma

se podrán reducir los problemas de salud y nutrición en estos grupos vulnerables de la sociedad”, explicó la encargada del plan estatal.

Sin embargo, Franco enfatizó que el bono se entregará “siempre y cuando se cumplan los controles establecidos por los médicos. El incentivo condicionado para las mujeres embarazadas será entregado por 5 ocasiones en cuotas de \$ 10 desde la primera consulta médica hasta el noveno mes. Para los niños menores de un año, se entregarán \$10 por 6 ocasiones, durante cada control realizado desde el primer mes de vida hasta el año de edad”.

La coordinadora del proyecto, Mónica Ullauri, sostuvo que a nivel nacional existen unas 10 mil mujeres inscritas en el proyecto. La cifra en Guayaquil es de 1.500.

“Esperamos ir avanzando en el tema y tener cada vez una mayor cantidad de mujeres que accedan a este servicio que brinda el Estado”, aseguró.

“No solo los niños son afectados por la malnutrición. Cerca del 40% de mujeres embarazadas tiene anemia. El 50% de mujeres en edad fértil tiene sobrepeso u obesidad y un 7% de menores de 5 años tiene sobrepeso”, explicó Galarza.

Las estrategias abordadas por este programa se extenderán hasta el 2013. El Estado destinó un total de 20 millones de dólares para atender el proyecto Desnutrición Cero, según dijeron las autoridades.

6.7 Metodología

Modelo Operativo

FASES	ETAPAS	METAS	ACTIVIDADES	RECURSOS	PRESUPUESTO	RESPONSABILIDAD	TIEMPO
Fase inicial	Sensibilización	Sensibilizar a las autoridades para interacción multidisciplinaria como método de llegada a la población	Solicitar audiencia	Oficios	50 USD	Investigador	1 semana
	Socialización	Dar a conocer a la población formas de nutrir a sus hijos con bajo presupuesto	Previa cita presentación del proyecto a las autoridades y personal de salud	Invitaciones Tablas modelo	100 USD	Investigador	1 semana
Fase central	Planificación	Involucrar a los estudiantes de psicología clínica para brindar orientación adecuada a la población	Reuniones de trabajo con los estudiantes previa solicitud a las autoridades de la Universidad Técnica de Ambato	Autoridades Área N°2 de Salud Tungurahua Autoridades Universidad Técnica de Ambato	50 USD	Investigador	4 semanas
Fase Final	Implementación	Captar la atención de autoridades y personal de salud y comunidd	Charlas educativas	Papel Proyector Computador Giganto-grafías	50 USD	Investigador	6 semanas
	Evaluación	Identificar aspectos positivos y negativos en la nutrición de niños menores a un año en Pilahuín.	Encuesta y llenado de instrumentos de evaluación	Tablas Investigador	50 USD	Investigador	6 meses

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Freddy Fernando Jumbo Salazar.

6.8 Administración

La concientización de la población acerca de técnicas adecuadas de nutrición en sus hijos, se realizará con la participación de autoridades del Área N°2 de Salud de la provincia de Tungurahua, responsables del Sub Centro de Salud Pilahuín, Técnicos en Atención Primaria en Salud del SCS Pilahuín y estudiantes de los últimos semestres de la carrera de psicología clínica de la Universidad Técnica de Ambato.

6.9 DESARROLLO DE LA PROPUESTA

“CONFORMACIÓN DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA LA CONCIENTIZACIÓN DE LA COMUNIDAD”

FUNDAMENTO

Los graves problemas nutricionales que afectan, de manera especial, a un gran número de niñas y niños menores de cinco años de los sectores rurales y más pobres del país, demandan fortalecer las actividades y respuestas implementadas hasta ahora. El 26% de los niños y las niñas menores de cinco años padece desnutrición crónica, y un grupo aún mayor sufre de anemia por falta de hierro. Pero no solo las niñas y los niños son afectados por la malnutrición; se estima que el 40% de mujeres embarazadas tiene anemia; el 50% de mujeres en edad fértil, sobrepeso u obesidad y, más grave: un 7% de menores de cinco años sufre de sobrepeso.

Para la actual gestión gubernamental, es una exigencia universalizar el acceso a la salud, independientemente del nivel de ingreso; de la situación laboral, económica, social, cultural, de género, generacional, ubicación geográfica o el tipo de riesgo que afecta a las personas. La salud es un derecho y como tal, se constituye en ámbito esencial de la protección social, y en requerimiento sustantivo para implementar en el país un estado de bienestar y de "buen vivir".

Derecho que la población estima se materializa cuando el Estado garantiza, por una parte, el desarrollo de capacidades y un conjunto de beneficios destinados a mejorar sus condiciones y calidad de vida, y por otra, le asigna respuestas oportunas, con calidad y amabilidad, a sus requerimientos.

Lo señalado demanda fortalecer las capacidades técnicas del personal de salud, para atender los requerimientos de nutrición en salud de la población, y optimizar la organización y gestión, e institucionalizar los instrumentos normativos que permitan resolver con eficiencia, pero esencialmente con efectividad y solidaridad, sus necesidades.

Asumiendo la responsabilidad de garantizar la salud y la nutrición en salud como un derecho fundamental de toda persona, el Ministerio de Salud Pública implementa una serie de estrategias destinadas, entre otras cosas, a reducir la desnutrición de las niñas y los niños menores de cinco años, y eliminar de manera progresiva la desnutrición de los recién nacidos hasta el primer año de edad, así como controlar el peso y promover la actividad física.

Sin desconocer que la desnutrición y la malnutrición son expresiones del deterioro de las condiciones y calidad de vida de las personas, ponen en evidencia el impacto de una serie de factores económicos, sociales y culturales, que reflejan la desigualdad, la inequidad y la exclusión.

Las estrategias que implementa el Ministerio de Salud Pública proponen como componentes: la captación temprana de la mujer embarazada (en el primer trimestre); la vigilancia del incremento del peso de la madre durante el embarazo; la administración de micronutrientes, hierro y ácido fólico para la mujer embarazada; la consejería nutricional para asegurar una buena nutrición de ella; la consejería para promover la lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria adecuada; la implementación de las prácticas integrales del parto (el pinzamiento oportuno del cordón umbilical, el apego precoz, piel con piel, y el inicio de la lactancia materna, en la primera hora después del parto); la evaluación

y vigilancia del crecimiento desde que nacen; la suplementación con micronutrientes a las niñas y los niños; la promoción de la lactancia materna y la alimentación complementaria.

Para el logro de estos componentes también se espera certificar y recertificar los hospitales como amigos de las niñas y los niños, implementar lactarios institucionales y fortalecer la red de bancos de leche humana.

El Ministerio de Salud Pública, asumiendo su rol y su competencia de autoridad sanitaria nacional, entidad a la que le corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud, expone a través del presente documento la síntesis de las normas de nutrición en salud. Compendio o sinopsis ejecutiva, con el fin de que estén fácilmente disponibles para el personal de salud durante su ejercicio de prestador de servicios. Sin dejar de recomendar que se lea, estudie y se ponga en práctica las normas, los manuales y protocolos detallados, en donde encontrará, además, información que sustente la razón de su adopción.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

- Arias L, Gutierrez N, Lobo C, Lobo F, Puentes A. Evaluación de crecimiento de niños y niñas. Primera edición ed. Ortiz Z, editor. Salta: UNICEF; 2012.(25)
- Cuenca MI. Hábitos Alimentarios y su relación con el estado nutricional en familias participantes del programa INTI que reciben atención médica en el S.C.S San Simón Canton Guaranda. 2011. (24)
- Espino L, Valladares C. Estado nutricional y características del consumo alimentario de la población Aguaruna Amazonas Perú 2004. Scielo Perú. 2006 Enero; 23(1). (31)
- Freire W, Ramirez M, Belmont P, Mendieta M, Silva K, Romero N, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Primera Edición ed. Freire W, Larrea C, editors. Quito: MSP; 2011-2013. (21)
- Ilustre Municipio de Ambato. Plan Estratégico Parroquial de Pilahuin Ambato: Dirección de Planificación; 2006.(12)
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Síntesis de las Normas para la prevención de la malnutrición Ecuador 2012. 1st ed. Quito; 2012. (18)
- Pereira NS. Alteraciones Inmunoinflamatorias En La Desnutrición Infantil Efecto Biológico De La Recuperación Nutricional. 2012. (15)
- Reed C, Velasco M, Carrión F, Vasquez N. Estado de los derechos de la Niñez y la adolescencia Ecuador 1990 - 2011. Analítico. Quito: Fundación Observatorio Social del Ecuador, Observatorio de los Derecho de la Niñez y la Adolescencia; 2012. Report No.: 1. (4)

LINKOGRAFÍA

- Arroyo MS. Educación contra la mala nutrición. [Online].; 2009 [cited 2014 Noviembre 06. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100015. (10)
- Berlanga-Fernández S, Pérez-Cañavera R, Viscaya-Moreno M, Tarrés-Cansado R. Apoyo social formal a un grupo de madres con hijos menores de un año. [Online].; 2013 [cited 2014 Noviembre 06. Available from: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=5&sid=fbdbb0b2-ae19-4ff2-bd47-2510bb06956e%40sessionmgr115&hid=123&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=fua&AN=91867240>. (9)
- Carolina V. Nutrición Comunitaria Ecuador Desnutrición Cero. [Online].; 2011 [cited 2013 06 23. Available from: <http://es.scribd.com/doc/58716713/ECUADOR-DESNUTRICION-CERO>. (29)
- Comité Técnico del Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición. Consejo Nacional De Alimentacion Y Nutrición. [Online].; 2008 [cited 2014. Available from: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/pmd9.pdf>. (28)
- Corrales Medina S. Situación de la desnutrición crónica infantil. [Online].; 2012 [cited 2014 Noviembre 13. Available from: <http://www.monografias.com/trabajos94/situacion-desnutricion-cronica-infantil/situacion-desnutricion-cronica-infantil.shtml>. (1)
- Diario La Hora. Noticias Tungurahua. [Online].; 2012 [cited 2014. Available from: http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101320043/-1/Desnutrici%C3%B3n_afecta_a_zonas_rurales_de_Ambato.html#.VHjU

ajGG-So. (5)

- Diario regional independiente Los Andes. Ministro de Salud viene a lanzamiento de II fase del programa Desnutrición Cero. [Online].; 2011 [cited 2014 Marzo. Available from: <http://diariolosandes.com.ec/index.php/noticias/actualidad/546-ministro-de-salud-viene-a-lanzamiento-de-ii-fase-del-programa-desnutricion-cero>. (27)
- EFE News Service. Ecuador quiere conocer programas brasileños contra el hambre y la pobreza: Ecuador Brasil. [Online].; 2014 [cited 2014 Noviembre 06. Available from: <http://search.proquest.com/docview/1545341525?accountid=36765>. (22)
- Estrada D. Cooperacion entre paises de America Latina acelera lucha contra la desnutrición. [Online].; 2008 [cited 2014 Noviembre 06. Available from: <http://search.proquest.com/docview/467008543?accountid=36765>. (23)
- FAO. Nutrición y protección del consumidor Ecuador. [Online].; 2014 [cited 2014. Available from: http://www.fao.org/ag/agn/nutrition/ecu_es.stm. (20)
- Gil A, Gutiérrez A. Desnutrición infantil: malos hábitos alimenticios. [Online].; 2007 [cited 2014 Noviembre 1. Available from: <http://rmedicina.ucsg.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/307/268>. (7)
- Guimedic Asociación Médica. Guía Estudio Nutrición UAG. [Online].; 2011 [cited 2014 Noviembre 04. Available from: <http://es.scribd.com/doc/84266773/Guia-Estudio-Nutricion-UAG>. (14)
- Hernandez L, Vasquez M. Creencias y Prácticas sobre la lactancia exclusiva de mujeres residentes en Comuna 5 de Cali. [Online].; 2010

- [cited 2014 Noviembre 06. Available from: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=10&sid=fbdbb0b2-ae19-4ff2-bd47-2510bb06956e%40sessionmgr115&hid=123&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=fua&AN=51841358>. (17)
- INEC. La cobertura del presupuesto familiar. [Online].; 2014 [cited 2014 Septiembre 15. Available from: http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=564%3Ael-ingreso-minimo-familiar-en-ecuador-cubre-el-987-de-la-canasta-basica&catid=56%3Adestacados&Itemid=3&lang=es. (30)
 - Londoño Á, Mejía MS. Factores relacionados con lactancia materna exclusiva e introducción temprana de leche entera en. [Online].; 2010 [cited 2014 Noviembre 06. Available from: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=fbdbb0b2-ae19-4ff2-bd47-2510bb06956e%40sessionmgr115&vid=13&hid=1233>. (16)
 - Parte Alta project. Gobierno invertirá para prevenir y reducir la desnutrición infantil. [Online].; 2012. Available from: <http://www.partealta.ec/noticias/ecuador/19939-gobierno-invertira-34-millones-para-prevenir-y-reducir-la-desnutricion-infantil>. (6)
 - Rawe K, Yayasingue D, Mason F. Save the Children. [Online].; 2012 [cited 2014. Available from: http://www.savethechildren.es/docs/Ficheros/500/Informe_a-life-free-from-hunger-eo-low-res-africa.pdf. (2)
 - Real B, May P, Pazmiño A. Diagnóstico y Plan General de Respuesta. [Online]. Pilahuin: PDA Pilahuin; 2009 [cited 2014. Available from: http://www.derecho-ambiental.org/Derecho/Documentacion/PCPD_PDA_Pilahuin_VOL_I.pdf.

(13)

- Revista Judicial Derecho Ecuador. [Online].; 2011 [cited 2013 Noviembre 15. Available from: <http://www.derechoecuador.com/productos/producto/catalogo/registros-oficiales/2011/junio/code/19931/registro-oficial-no-460---miercoles-1-de-junio-de-2011-suplemento>. (11)
- Reyes GY, Cervera MD. Etnoteorías y prácticas de lactancia materna en una comunidad Maya de Yucatán. [Online].; 2013 [cited 2014 Agosto. Available from: https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.researchgate.net%2Fprofile%2FMaria_Dolores_Cervera%2Fpublication%2F261064861_Etnoteoras_y_prcticas_de_lactancia_materna_en_una_comunidad_m. (8)
- Viera Andrade RC. La alimentacion saludable como pilar fundamental del desarrollo y el bienestar. [Online].; 2012 [cited 2014 Noviembre 03. Available from: <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/5380/2/TFLACSO-2012RCVA.pdf>. (26)
- World Food Programme. Hacia la Erradicación de la Desnutrición Infantil en America Latina y el Caribe. [Online].; 2011 [cited 2014. Available from: http://home.wfp.org/stellent/groups/public/documents/liaison_offices/wfp185852.pdf. (3)

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASES DE DATOS UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

EBSCOHOST: Berlanga-Fernández S, Pérez-Cañavera R, Viscaya-Moreno M, Tarrés-Cansado R. Apoyo social formal a un grupo de madres con hijos menores de un año. [Online].; 2013 [cited 2014 Noviembre 06. Available from: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=5&sid=fbdbb0b2-ae19-4ff2-bd47-2510bb06956e%40sessionmgr115&hid=123&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=fua&AN=91867240>. (9)

EBSCOHOST: Hernandez L, Vasquez M. Creencias y Prácticas sobre la lactancia exclusiva de mujeres residentes en Comuna 5 de Cali. [Online].; 2010 [cited 2014 Noviembre 06. Available from: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=10&sid=fbdbb0b2-ae19-4ff2-bd47-2510bb06956e%40sessionmgr115&hid=123&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=fua&AN=51841358>. (17)

EBSCOHOST: Londoño Á, Mejía MS. Factores relacionados con lactancia materna exclusiva e introducción temprana de leche entera en. [Online].; 2010 [cited 2014 Noviembre 06. Available from: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=fbdbb0b2-ae19-4ff2-bd47-2510bb06956e%40sessionmgr115&vid=13&hid=1233>. (16)

PROQUEST: EFE News Service. Ecuador quiere conocer programas brasileños contra el hambre y la pobreza: ECUADOR BRASIL. [Online].; 2014 [cited 2014 Noviembre 06. Available from: <http://search.proquest.com/docview/1545341525?accountid=36765>.(22)

PROQUEST: Estrada D. Cooperacion entre paises de America Latina acelera lucha contra la desnutrición. [Online].; 2008 [cited 2014 Noviembre 06. Available from: <http://search.proquest.com/docview/467008543?accountid=36765>. (23)

ANEXOS

Encuesta

Estimada mamá, estamos realizando una investigación con el objetivo de identificar los factores que están influyendo en la Desnutrición en niños menores de 1 año en esta Parroquia para la cual es muy valioso su consentimiento y cooperación seleccionando con una "X" la respuesta que usted considere adecuada.

1.- Edad de la madre

< 15 años	<input type="checkbox"/>	20 a 35 años	<input type="checkbox"/>
16 a 20 años	<input type="checkbox"/>	>35 años	<input type="checkbox"/>

2.- Instrucción de la madre

Analfabeta	<input type="checkbox"/>	Secundaria	<input type="checkbox"/>
Primaria	<input type="checkbox"/>	Superior	<input type="checkbox"/>

3.- Ocupación de la madre

4.- Estado civil de la madre

Soltera	<input type="checkbox"/>	Unión libre	<input type="checkbox"/>
Casada	<input type="checkbox"/>	Viuda	<input type="checkbox"/>
Divorciada	<input type="checkbox"/>		

5.- ¿Su hogar cuenta con los siguientes servicios básicos?

Agua	<input type="checkbox"/>	Alcantarillado	<input type="checkbox"/>
Luz	<input type="checkbox"/>	Ninguno	<input type="checkbox"/>

6.- ¿Qué tipo de agua utiliza en su hogar?

Agua potable	<input type="checkbox"/>	Agua de Pozo	<input type="checkbox"/>
Acequia	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>

7.- Los ingresos económicos en su hogar son

< 50 dolares	<input type="checkbox"/>
>100 dolares	<input type="checkbox"/>
200 dolares o más	<input type="checkbox"/>

8.- ¿Cuántos hijos tiene usted?

Uno	<input type="checkbox"/>
Dos	<input type="checkbox"/>
Tres o más	<input type="checkbox"/>

9.- Según su criterio el estado nutricional de su niño es:

Bueno	<input type="checkbox"/>
Regular	<input type="checkbox"/>
Malo	<input type="checkbox"/>

10.- Qué tipo de Alimentación Ud. le proporcionó a su hijo(a) durante los primeros seis meses de vida

Lactancia Materna Exclusiva.

Fórmulas

Lactancia materna y Fórmulas.

11.- ¿Cuántas veces al día su niño es alimentado?

Menos de 3 veces al día

Entre 3 a 5 veces al día.

Más de 5 veces al día.

12.- ¿A qué edad usted empezó a incluir alimentos en la dieta de su hijo?

13.- Qué tipo de alimentos fueron incluidos en la primera dieta de su hijo?

14.- ¿Cuánto demora Ud. En llegar hasta el Subcentro de Salud?

Hasta 30 minutos o menos

De 30 minutos a una hora

Más de una hora

15.- ¿Ud. fue beneficiaria de incentivo económico de 10 dólares del plan desnutrición cero?

Si

No

16.- ¿conoce usted el objetivo por el cual el gobierno aporta con 10 dólares bimensuales a los beneficiarios del plan?

Si

No

Muy poco

17.- Cuando usted asiste al Subcentro de Salud. ¿Ha recibido consejos para la nutrición de su hijo?

Si

No

18.- ¿Ha puesto en práctica los consejos brindados en el Subcentro de Salud?

Si

No

19.- ¿En que utiliza usted este aporte económico?

Alimentación

Transporte

- Vestuario
Salud
Otros

20.- Cree usted que el aporte recibido es suficiente para mejorar el estado nutricional de su hijo?

- Si
No

21.- ¿Considera usted que este beneficio económico ha sido un estímulo para acudir con su hijo al Subcentro de Salud?

- Si
No

22.- ¿En caso de ser suspendido este estímulo económico usted seguiría llevando a su hijo al Subcentro de Salud?

- Si
No

23.- ¿Durante el primer año de vida cuantas veces su hijo ha necesitado atención medica por enfermedad?

- Ninguna
Una ocasión
Dos ocasiones
Más de 3 ocasiones

24.- ¿Su hijo alguna vez fue hospitalizado? Si la respuesta es positiva mencione su causa

- Si
Causa _____
No

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR
FORMULARIO D1: CONTROL DE CORRESPONSABILIDADES**

A. INFORMACIÓN DE LA UNIDAD DE SALUD									
1.Provincia		2.Cantón		3.Parroquia		4.Jefatura de Área		5.Nombre de la Unidad de Salud	6.Mes y año de la corresponsabilidad
B. LISTA DE BENEFICIADOS									
Nº	1.Comunidad	2.Numero de PDCINS	3.Numero de Cédula del Beneficiario(a)	4.Apellidos y nombres del beneficiario	5.Número de historia clínica del beneficiario(a)	6.Tipo de corresponsabilidad	7.Cumplimiento	8.Nació vivo/a (si/no)	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA DESNUTRICIÓN CERO EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA PILAHUIN DEL CANTÓN AMBATO DESDE MAYO DEL 2012 A MAYO DEL 2013.

**Fuente: Estadísticas del SCS PILAHUIN
Elaborado por: Fernando Jumbo**

APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRES	No. Historia Clínica								
Fecha de Primera Consulta <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:25%;">AÑO</th> <th style="width:25%;">MES</th> <th style="width:25%;">DÍA</th> <th style="width:25%;"></th> </tr> <tr> <td style="width:25%; height: 20px;"></td> <td style="width:25%; height: 20px;"></td> <td style="width:25%; height: 20px;"></td> <td style="width:25%; height: 20px;"></td> </tr> </table>		AÑO	MES	DÍA						Padre <input type="checkbox"/> Edad <input type="text"/> años Madre <input type="checkbox"/> Edad <input type="text"/> años	INSTRUCCIÓN _____ _____
AÑO	MES	DÍA									
		OCUPACIÓN _____									

ANAMNESIS

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:25%;">AÑO</th> <th style="width:25%;">MES</th> <th style="width:25%;">DÍA</th> <th style="width:25%;"></th> </tr> <tr> <td style="width:25%; height: 20px;"></td> <td style="width:25%; height: 20px;"></td> <td style="width:25%; height: 20px;"></td> <td style="width:25%; height: 20px;"></td> </tr> </table>	AÑO	MES	DÍA						SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FUENTE DE INFORMACIÓN <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>		Lugar de Procedencia _____ Lugar de Residencia _____ Dirección _____
AÑO	MES	DÍA										
MOTIVO DE CONSULTA _____												
ENFERMEDAD ACTUAL _____												

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

RECORDATORIO	1. Organos de los sentidos 2. Cardiorespiratorio 3. Gastrointestinal 4. Genitourinario 5. Neuromúsculo Esquelético 6. Psicológico	_____ _____ _____ _____ _____ _____
---------------------	--	--

ANTECEDENTES PERSONALES

PERIODOS: Prenatal: _____						
NATAL	Tipo de parto	Establecimiento	Domicilio	Atención Profesional	Edad Gestación	Observaciones
	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> semanas	_____
	APGAR 1" <input type="text"/> <input type="text"/> 5" <input type="text"/> <input type="text"/>	Peso <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> gr.	Talla <input type="text"/> <input type="text"/> cm.	P. Cefálico <input type="text"/> <input type="text"/> cm.	No. de orden Nacimiento <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
POSTNATAL Alimentación Lactancia Materna <input type="checkbox"/> Alimentación Suplementaria <input type="checkbox"/>			VACUNAS RECIBIDAS _____ _____		Desarrollo Psicomotriz _____ Personalidad _____ Hábitos _____	
Alimentación tipo _____ Complementaria inicio _____						

ANTECEDENTES

ENFERMEDADES, (edad, diagnóstico, complicaciones): _____ _____
Intervenciones quirúrgicas: _____ _____
Accidentes, lesiones, alergias: _____ _____

ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES

.....

EXAMEN FISICO GENERAL INICIAL

R E C O R D A T O R I O	1. Piel	.....
	2. Cabeza	.....
	3. Cara. ojos, nariz, oídos	.....
	4. Boca	.....
	5. Faringe	.....
	6. Cuello Tiroides	.....
	7. Tórax, Pulmones	.....
	8. Corazón	.....
	9. Abdomen	.....
	10. Genitales	.....
	11. Recto y Ano	.....
	12. Columna Vertebral	.....
	13. Extremidades Caderas	.....
	14. Ganglios Linfáticos	.....
	15. Examen Neurológico	.....

CONTROL INFANTIL MENOR DE 1 AÑO

PRIMER		SUBSECUENTES					
	Fecha						
	Edad						
	Peso						
	Talla						
	Perímetro Cefálico						
	Temperatura						
	Desarrollo Psicomotriz						
	Estado Nutricional						
	Diagnóstico						
	Nombre del Examinador						

INMUNIZACIONES

VACUNAS	B.C.G.	ROTAVIRUS	PENTAVALENTE	ANTIPOLIO	NEUMOCOCO	SRP	D.P.T.	OTRAS	OBSERVACIONES
1ra Dosis									
2da Dosis									
3ra Dosis									
1ra Revac.									
2da Revac.									
3ra Revac.									

CONTROLES DE NIÑOS EN EDAD PRE-ESCOLAR (12-59 MESES) Y ESCOLAR (5-14 AÑOS)

PRIMER		SUBSECUENTES					
	Fecha						
	Edad						
	Peso						
	Talla						
	Perímetro Cefálico						
	Temperatura						
	Estado Nutricional						
	Desarrollo Psicomotriz						
	Agudeza Visual						
	Agudeza Auditiva						
	Examen tiroides (grado)						
	Examen bucal						
	Complemento alimenticio						
	DIAGNOSTICO						
	Nombre del Examinador						

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR
TABLA N°33 FORMULARIO D1: CONTROL DE CORRESPONSABILIDADES

A. INFORMACIÓN DE LA UNIDAD DE SALUD									
1.Provincia		2.Cantón		3.Parroquia		4.Jefatura de Área		5.Nombre de la Unidad de Salud	6.Mes y año de la corresponsabilidad
Tungurahua		Ambato		Pilahuin		Area 2 Centro de Salud 2 (Ambato)		SUBCENTRO DE SALUD PILAHUIN	
B. LISTA DE BENEFICIADOS									
Nº	1.Comunidad	2.Numero de PDCINS	3.Numero de Cédula del Beneficiario(a)	4.Apellidos y nombres del beneficiario	5.Número de historia clínica del beneficiario(a)	6.Tipo de corresponsabilidad	7.Cumplimiento	8.Nació vivo/a (si/no)	
1	Pilahuin	PDCINS-11335-5	1804988838	-	-	Control de Salud			
2	Pilahuin	PDCINS-25086-1	1804978342	-	-	Control de Salud			
3	Pilahuin	PDCINS-20801-1	1804331765	-	-	Control de Salud			
4	Pilahuin	PDCINS-18072-1	1803594074	-	-	Control de Salud			
5	Pilahuin	PDCINS-21009-1	1804670097	-	-	Control de Salud			
6	Pilahuin	PDCINS-11311-1	1802756997	-	-	Control de Salud			
7	Pilahuin	PDCINS-18121-1	1805168901	-	-	Control de Salud			
8	Pilahuin	PDCINS-18081-1	1804546529	-	-	Control de Salud			
9	Pilahuin	PDCINS-8293-1	1803861119	-	-	Control de Salud			
10	Pilahuin	PDCINS-11362-1	1722491469	-	-	Control de Salud			
11	Pilahuin	PDCINS-18076-1	1803828571	-	-	Control de Salud			
12	Pilahuin	PDCINS-11404-1	1804645495	-	-	Control de Salud			

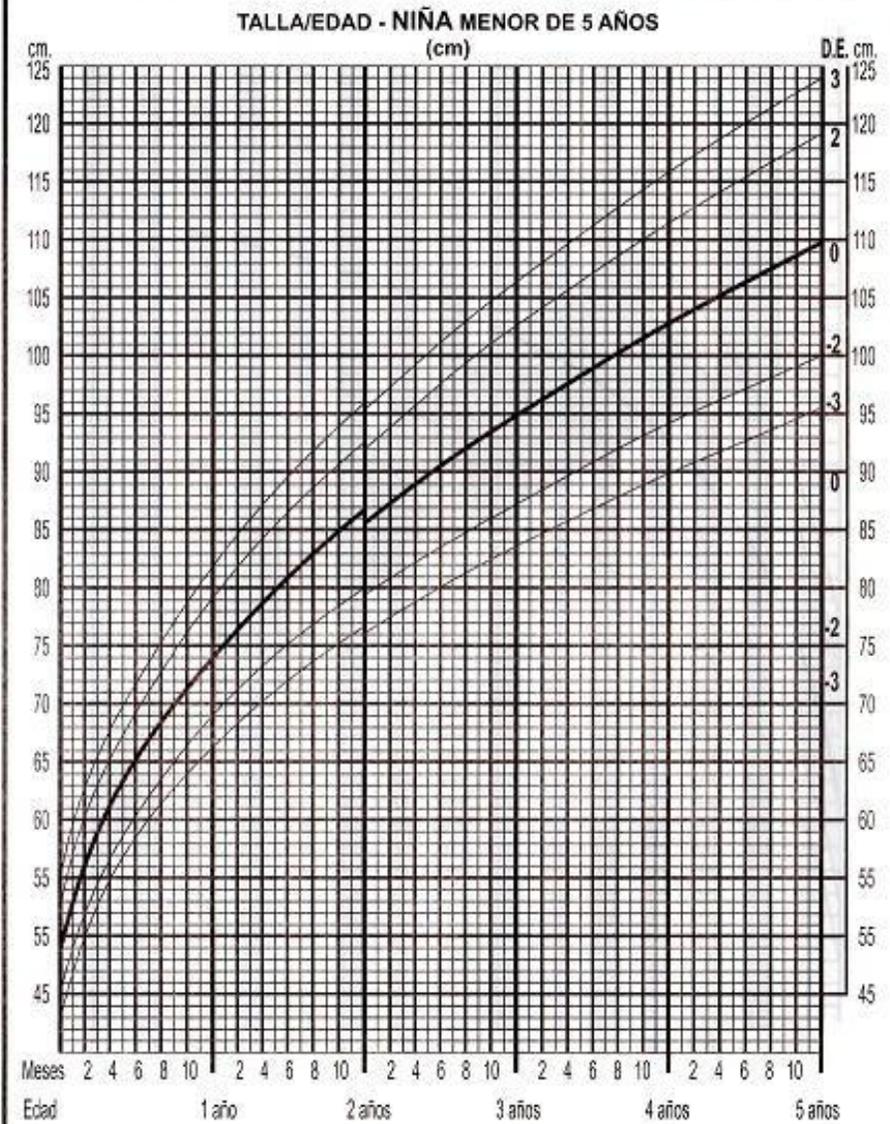
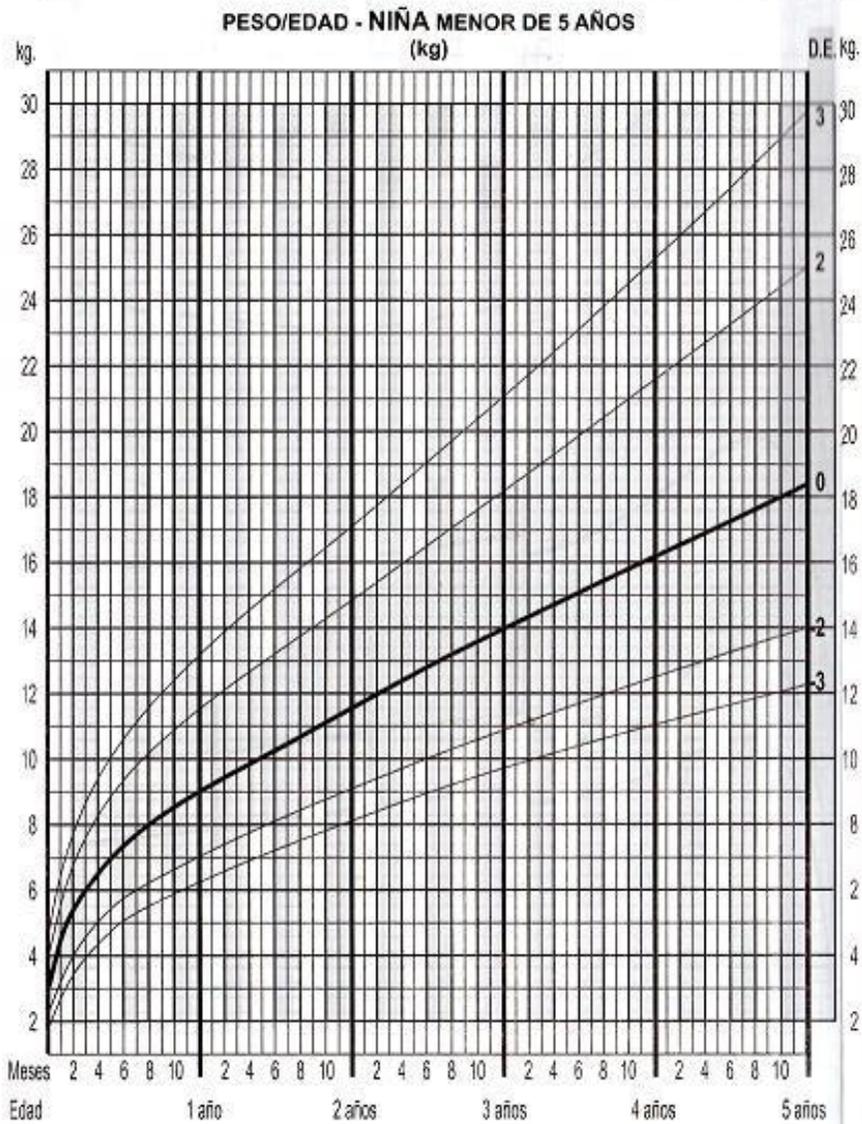
13	Pilahuin	PDCINS-25093-1	1804489498	-	-	Control de Salud		
14	Pilahuin	PDCINS-48582-1	1805188016	-	-	Control de Salud		
15	Pilahuin	PDCINS-11352-1	1805088778	-	-	Control de Salud		
16	Pilahuin	PDCINS-26546-1	1802957389	-	-	Control de Salud		
17	Pilahuin	PDCINS-11491-1	1804293387	-	-	Control de Salud		
18	Pilahuin	PDCINS-11399-1	1802602563	-	-	Control de Salud		
19	Pilahuin	PDCINS-18116-1	1850149574	-	-	Control de Salud		
20	Pilahuin	PDCINS-11432-1	1803429768	-	-	Control de Salud		
21	Pilahuin	PDCINS-11421-1	1803927548	-	-	Control de Salud		
22	Pilahuin	PDCINS-11733-1	1804804704	-	-	Control de Salud		
23	Pilahuin	PDCINS-11389-1	1803506169	-	-	Control de Salud		
24	Pilahuin	PDCINS-11681-1	1804470704	-	-	Control de Salud		
25	Pilahuin	PDCINS-11748-1	1803354834	-	-	Control de Salud		
26	Pilahuin	PDCINS-11681-1	1804470704	-	-	Control de Salud		
27	Pilahuin	PDCINS-8302-1	1803495413	-	-	Control de Salud		
28	Pilahuin	PDCINS-18094-1	1803886454	-	-	Control de Salud		
29	Pilahuin	PDCINS-18094-1	1803886454	-	-	Control de Salud		
30	Pilahuin	PDCINS-25347-1	1803506979	-	-	Control de Salud		
31	Pilahuin	PDCINS-11397-1	1805215553	-	-	Control de Salud		
32	Pilahuin	PDCINS-17706-1	1803506466	-	-	Control de Salud		
33	Pilahuin	PDCINS-11340-1	1802764249	-	-	Control de Salud		
34	Pilahuin	PDCINS-11340-1	1802764249	-	-	Control de Salud		
35	Pilahuin	PDCINS-11343-1	1804449146	-	-	Control de Salud		
36	Pilahuin	PDCINS-11343-1	1804449146	-	-	Control de Salud		
37	Pilahuin	PDCINS-18115-1	1805222765	-	-	Control de Salud		
38	Pilahuin	PDCINS-11376-1	1804265922	-	-	Control de Salud		

39	Pilahuin	PDCINS-11376-1	1804265922	-	-	Control de Salud		
40	Pilahuin	PDCINS-11353-1	1803053436	-	-	Control de Salud		
41	Pilahuin	PDCINS-46889-1	1804612545	-	-	Control de Salud		
42	Pilahuin	PDCINS-25119-1	1803390721	-	-	Control de Salud		
43	Pilahuin	PDCINS-18089-1	1804615902	-	-	Control de Salud		
44	Pilahuin	PDCINS-18089-1	1804615902	-	-	Control de Salud		
45	Pilahuin	PDCINS-39909-1	1804293668	-	-	Control de Salud		
46	Pilahuin	PDCINS-39909-1	1804032439	-	-	Control de Salud		
47	Pilahuin	PDCINS-11741-1	1805304753	-	-	Control de Salud		
48	Pilahuin	PDCINS-11741-1	1805304753	-	-	Control de Salud		
49	Pilahuin	PDCINS-8306-1	1804651139	-	-	Control de Salud		
50	Pilahuin	PDCINS-11389-1	1804804704	-	-	Control de Salud		
51	Pilahuin	PDCINS-11681-1	1803506169	-	-	Control de Salud		
52	Pilahuin	PDCINS-25347-1	1803506979	-	-	Control de Salud		

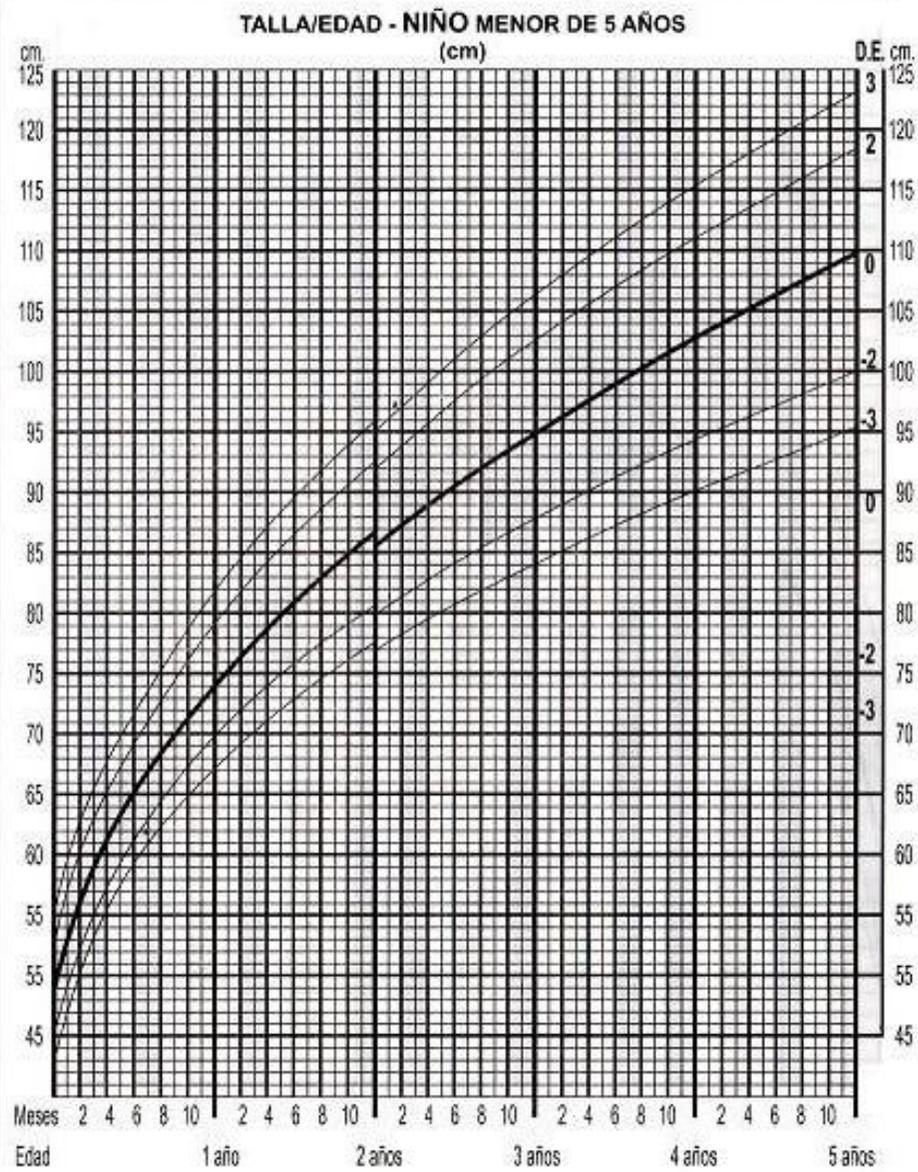
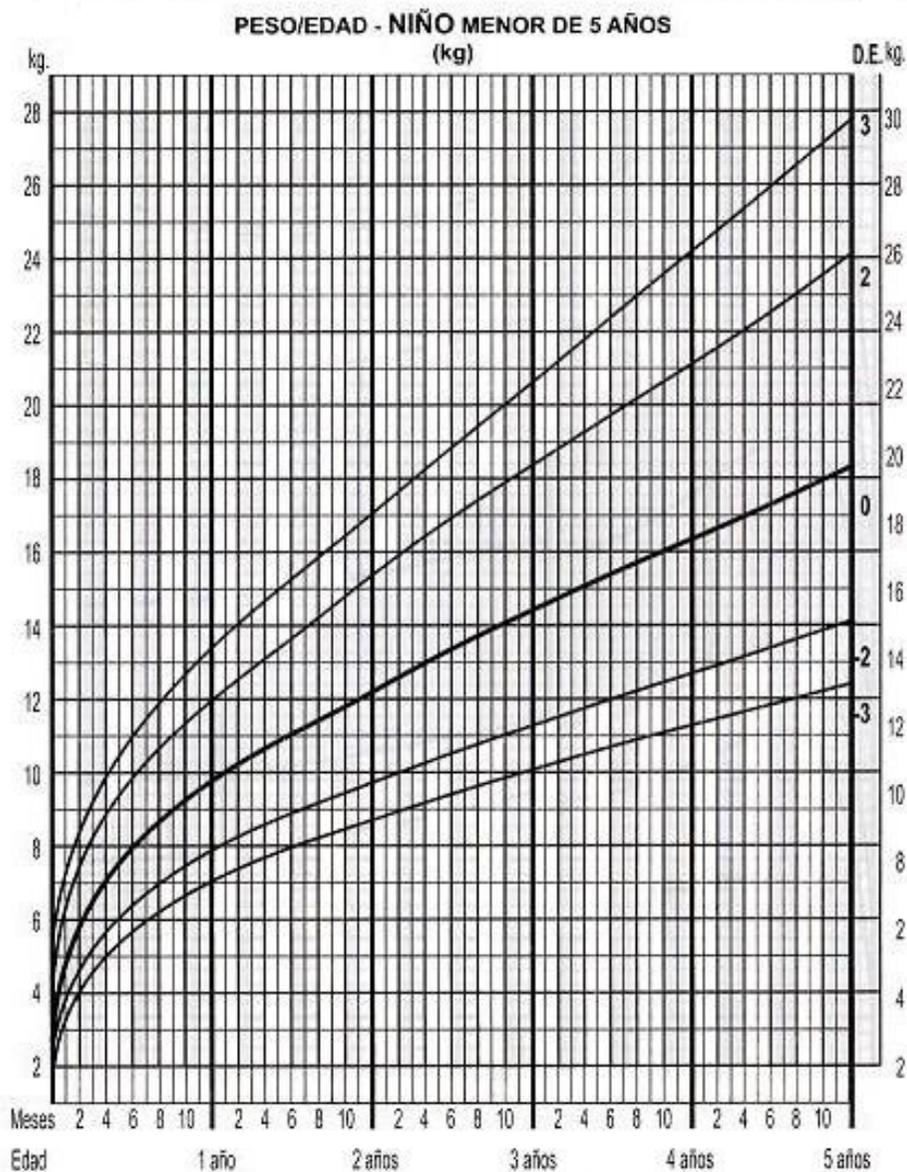
BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA DESNUTRICIÓN CERO EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA PILAHUIN DEL CANTÓN AMBATO DESDE MAYO DEL 2012 A MAYO DEL 2013.

**Fuente: Estadísticas del SCS PILAHUIN
Elaborado por: Fernando Jumbo**

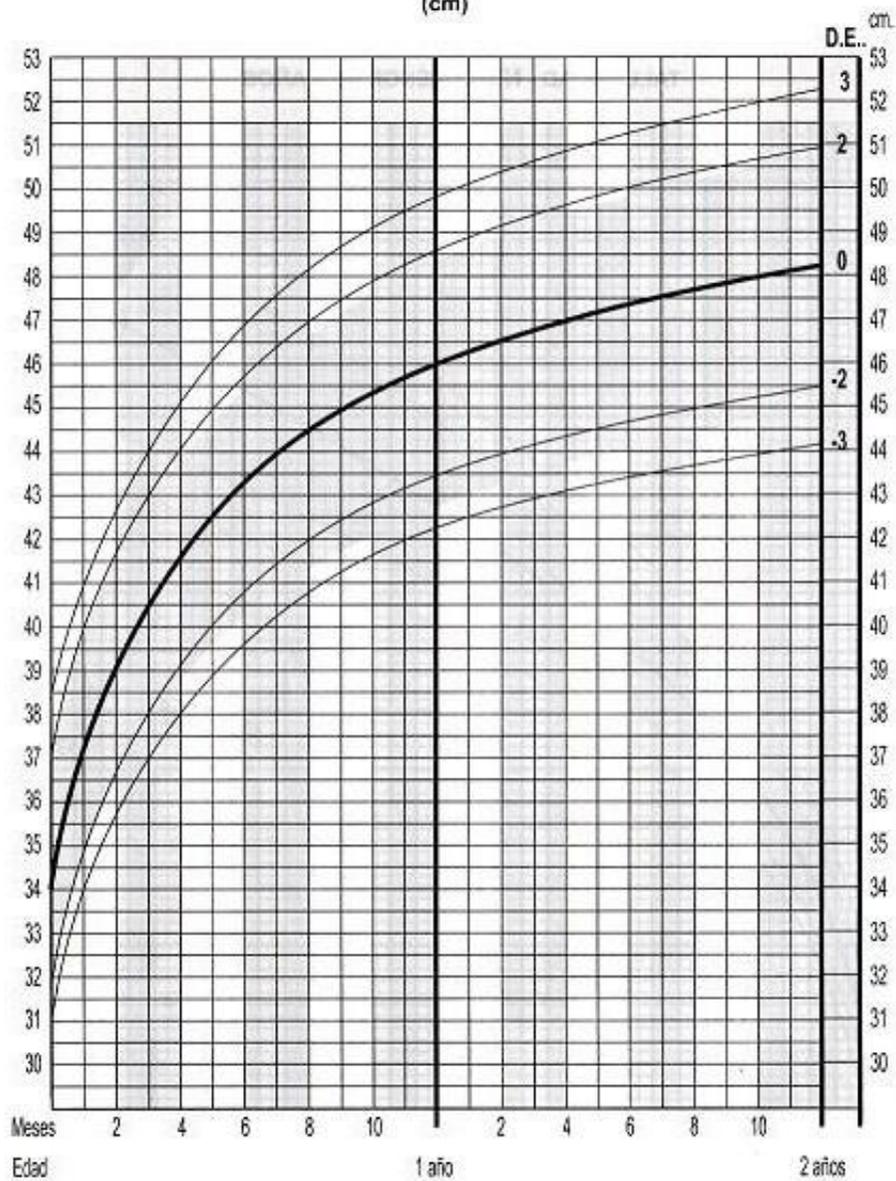
ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M - F)	NÚMERO DE HOJA	Nº HISTORIA CLÍNICA



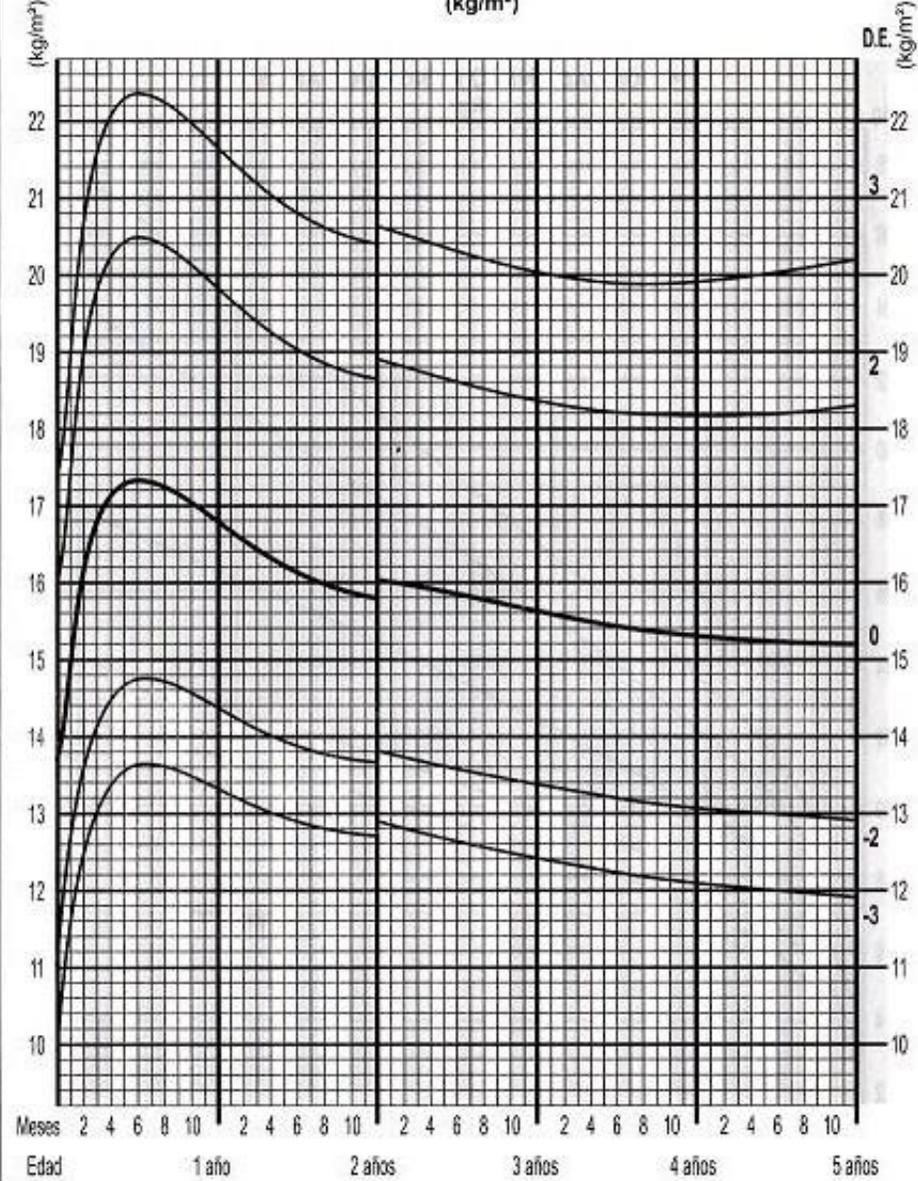
ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M - F)	NÚMERO DE HOJA	Nº HISTORIA CLÍNICA



PERÍMETRO CEFÁLICO - NIÑO MENOR DE 2 AÑOS
(cm)



ÍNDICE DE MASA CORPORAL - NIÑO MENOR DE 5 AÑOS
(kg/m²)



MSP HCU-Form. 028 A2/09

CURVA DE CRECIMIENTO DE LA NIÑO MENOR DE 5 AÑOS

HISTORIA CLINICA MATERNO PERINATAL - MSP				FECHA DE NACIMIENTO		ETNIA		ALFA BETA		ESTUDIOS		ESTADO CIVIL	
NOMBRE APELLIDO				dia mes año		blanca indígena mestiza negra otra		ninguno primaria secund. univers. años en el mayor nivel		casada unión estable soltera otro		Lugar de Control Prenatal Lugar de Parto N° Historia Clínica	
DOMICILIO TELF.				EDAD (años)						vive sol@ no si			
LOCALIDAD				< de 15 > de 35									
1. ANTECEDENTES				OBSTETRICOS				FIN EMBARAZO ANTERIOR					
FAMILIARES: TBC, diabetes, hipertensión, preeclampsia, eclampsia, alta cond. médica grave PERSONALES: cirugía gineco-urina, infertilidad, cardiopat., nefropatía, violencia				gestas previas, abortos vaginales, nacidos vivos, nacidos muertos, muertos 1º sem., después 1º sem.				dia mes año, menos de 1 año, EMBARAZO PLANEADO, FRACASO METODO ANTICONCEP.					
2. GESTACION ACTUAL				EG CONFIABLE por FUM				FUMA ACT. FUMA PAS. DROGAS ALCOHOL VIOLENCIA ANTRIRUBEOLA ANTITETANICA EX. NORMAL					
PESO ANTERIOR TALLA (cm) FPP FUM				EG CONF. Eco < 20 s. 1º trim 2º trim 3º trim				Hb < 20 sem. Fe/FOLATOS indicados Hb ≥ 20 sem. VDR/LRPR < 20 sem. SIFILIS confirmada por FTA n/c					
CERVIX: Insp. visual, PAP, COLP				TOXOPLASMOSIS < 20sem. IgG > 20sem. IgG 1ª consulta IgM				TEST DE O'Sullivan, ESTREPTOCOCCO B 35-37 semanas, PREPARACION PARA EL PARTO, CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA					
CHAGAS: PALUDISMO/MALARIA, BACTERIURIA sem. normal, anormal, no se hizo				GLUCEMIA EN AYUNAS ≥ 1.05 g/dl < 20sem. ≥ 20sem.				TTO SIFILIS, SIFILIS confirmada por FTA n/c					
CONSULTAS ANTENATALES				signos de alarma, exámenes, diagnóstico y tratamientos				Iniciales Técnico próxima cita					
3. PARTO O ABORTO				HOSPITALIZ. en EMBARAZO				CORTICOIDES ANTENATALES					
FECHA DE INGRESO CONSULTAS PRE-NATALES total				completo, incompl., ninguna, n/c				INICIO espont., neo, inducido, cesar. elect.					
CARN...				RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO < 37 sem. ≥ 18 hs. temp. ≥ 38°C				EDAD GEST. al parto PRESENTACION SITUACION TAMANO FETAL ACORDE ACOMPAÑANTE TDP P					
TRABAJO DE PARTO				ENFERMEDADES				HTA previa, HTA inducida embarazo, preeclampsia, eclampsia, cardiopatía, nefropatía, diabetes					
NACIMIENTO VIVO MUERTO				TERMINACION espont., cesárea, otra				INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO					
POSICION PARTO serotada, acostada, cucullas				RECIBIO inducido, conductión, antibiot., analgesia, anest. local, anest. regional, anest. geral, transfusión				otras, especificar					
4. RECIEN NACIDO				P. CEFALICO cm EDAD GESTACIONAL sem. días FUM				PESO AL NACER g LONGITUD cm ESTIMADA					
SEXO PESO AL NACER g LONGITUD cm				APGAR E.G. 1º 5º				FALLECE EN SALA DE PARTO ATENDIDO médico obst. enf. auxil. estud. empir. otro Nombre					
DEFECTOS CONGENITOS				TAMIZAJE NEONATAL VDR, TSH, Hbpatia, Bilirrub, IgM				REFERIDO alog. neóna otro conf. tolog. hosp.					
ENFERMEDADES				LACTANCIA PRECOZ				8. ANTICONCEPCION					
6. EGRESO RN vivo fallece traslado				ALIMENTO AL ALTA lact. excl. parcial artificial				7. EGRESO MATERNO traslado lugar					
Nombre Recién Nacido				Responsable				Responsable					

MSP - H.C.U. Form. # 051-2008