



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO MATERNO-INFANTIL

**INCORPORACIÓN DE LA PAPILLA EN EL LACTANTE
DE 0 A 6 MESES DE EDAD, QUE SE CONTROLAN EN EL
CENTRO DE LA CRUZ DE CARRASCO, EN EL PERÍODO
COMPRENDIDO ENTRE EL 20 Y EL 31 DE ENERO DE
2003**

AUTORES:

Br. Di Caterina, Rossana
Giornes, Roxana
Br. Lemes, Mariana
Br. Ocampo, Mariela

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2003

ÍNDICE

-Resumen.....	Pág.1
-Introducción.....	Pág.2
-Planteo del problema.....	Pág.4
-Marco conceptual.....	Pág.4
-Aspectos metodológicos.....	Pág.12
-Presentación de los resultados.....	Pág.15
-Análisis de los datos.....	Pág.30
-Interpretación de los datos.....	Pág.31
-Conclusiones y sugerencias.....	Pág.32
-Evaluación.....	Pág.33
-Agradecimientos.....	Pág.34
-Bibliografía	Pág.35
-Anexos.....	Pág.37
1-Protocolo:	
A- Entrevista	
B-Carta de autorización	
C-Diagrama de Gantt	
D -Análisis de la población asistida	
E- Calendario Financiero	
2-Breve aproximación diagnóstica del centro de salud "La Cruz de Carrasco"	
3-Planilla de consultas del Centro de salud enero- 2003	
4-Tabla y gráfico de datos.	

Resumen

El presente estudio describe, cuando introducen la papilla en la alimentación del lactante, las madres que llevan a controlar a sus hijos de 0 a 6 meses, al centro de salud "La Cruz de Carrasco", en el período comprendido entre el 20 y el 31 de enero de 2003. Con este fin se realizó un estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal.

Los objetivos fueron:

- Conocer cuando las madres introdujeron o introducirán la papilla en la alimentación del lactante.
- Describir características de la población estudiada.
- Identificar el tiempo de vida de los lactantes al incorporar la papilla a su alimentación.
- Identificar a quién consulta la madre en caso de dudas sobre la introducción de alimentos en dieta del lactante.

Las variables utilizadas fueron: edad materna, estado civil, ocupación, procedencia, ingreso promedio mensual del hogar, nivel de instrucción, N° de hijos, edad del lactante, amamantamiento a pecho actual, presencia de alimentación complementaria a pecho, momento de incorporación de la papilla, persona con quién la madre evacua primero las dudas sobre la alimentación del lactante.

Los resultados obtenidos: La muestra obtenida fue de 68 usuarios, distribuyéndose en un 83 % en población urbana lo cual no toda pertenece al área de influencia del centro de salud .

El 53% de la población entrevistada se encuentra entre los 21 a 30 años, adolescente en un 24.95% y el 21.84% a usuarias mayores a 31 años.

Un 80.9% ~~de~~ tiene como ocupación ama de casa, siendo su estado civil un 60,29% unión libre y un 20% solteras.

En estas familias un 73.52% tienen de 1 a 3 hijos a su cargo, con un ingreso promedio de los hogares, menor a 2 salarios mínimos en un 70.6%.

Con respecto al nivel de instrucción encontramos que un 44% no accedió a la secundaria, mientras que un 11,77% primaria incompleta.

El 35.5 %, de los lactantes, se encuentra entre los 3 meses y 1 día a los 6 meses de edad.

Del total de la muestra se identifico que un 58.8% de los lactantes tenían una alimentación complementaria al pecho, dentro de esta un 19.5% corresponde a la papilla.

El 70% de las madres entrevistadas aseguraron consultar al equipo de salud ante dudas respecto a la alimentación.

Concluimos que: el 35 % Introducirá la papilla antes de los 4 meses , el 30.9% entre los 4 y 6 meses, y 1, 5 % luego de los 6 meses.

El restante 32 % lo hará cuando lo indique el pediatra.

Casi el mismo porcentaje que relata comenzar con la papilla cuando lo indique el pediatra, comenzó antes de los 4 meses por decisión propia .

Introducción

El presente trabajo corresponde al informe final de la tesis, último requisito curricular de la carrera de Licenciatura en Enfermería, perteneciente al Instituto Nacional de Enfermería. Fue realizado por un grupo de estudiantes en el Centro de Salud de la Cruz de Carrasco, en el período comprendido entre el 20 y el 31 de enero de 2003.

Describe cuando incorporaran la papilla en la alimentación del lactante de 0 a 6 meses, las madres que llevan a sus hijos a controlarse, y vacunarse en dicho centro asistencial,

La necesidad e importancia de la unificación de criterios a la hora de educar a la madre, sobre la alimentación del lactante, ha surgido luego de ver que la alimentación está relacionada con: la opinión que la madre tenga de cómo se debe alimentar a los lactantes, las recomendaciones del pediatra, y el medio socioeconómico y cultural en el cual están insertos.

Es importante concurrir al medio donde vive el usuario, para conocer de cerca cuáles son sus verdaderas necesidades, y las posibles soluciones que su medio le puede ofrecer.

Es la enfermera el profesional de salud, que participa en la educación sanitaria de la población, motivándola a conseguir que esta tenga la capacidad de controlar, mejorar y tomar decisiones con respecto a su salud, teniendo en cuenta sus recursos a la hora de implementar estrategias.

La motivación para la elección del área problema fue por varias observaciones de la población que nos rodea a diario (familiares, compañeros de labor, etc) generando nuestro interés ya sea por la diversidad de criterios y opiniones referentes al tema, y la no existencia de una investigación específica que trate sobre cuando se debe introducir la papilla en la alimentación del lactante, y a su vez haya sido difundido a la población.

Existe una normativa descrita por el Ministerio de Salud Pública de nuestro país, que dice que el momento oportuno para la introducción de alimentos sólidos en el lactante sano, es a los 6 meses de vida, la cual tomamos en cuenta para la realización del estudio (ver marco conceptual).

El crecimiento y desarrollo de los lactantes se ve condicionado directamente por la alimentación que este recibe: dado que, tanto; la introducción temprana o tardía de determinados alimentos influye en su proceso salud enfermedad.

No se encontraron datos de morbimortalidad en lactantes de 0 a 6 meses en nuestro país y Latinoamérica en el INE (Instituto Nacional de Estadística); encontrándose en la biblioteca del Sindicato Médico del Uruguay un estudio realizado en la clínica pediátrica A en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, en período del 1991 al 1995 sobre estudio de la población pediátrica asistida,

obteniendo como resultado que los egresos el 47% de la población ,era menor a un año de vida, se destacaron las fallas en el primer nivel de atención: de la lactancia materna, alteraciones nutricionales, mala cobertura de vacunación (ver anexo D).

Hemos notado una diversidad de criterios de los pediatras, de cuando comenzar la introducción de alimentos sólidos, nuestro conocimiento de la existencia de dicha diversidad, fue extraído de nuestro diario vivir y de la experiencia como estudiantes en el trabajo conjunto con estos profesionales, en ámbitos tanto formales como informales.

Ya que es la madre quien alimentara al lactante nos interesa conocer, cuando considera que debe comenzar a introducir la papilla (como primer alimento sólido) en la alimentación del lactante.

Creemos que este estudio será valioso para el personal de salud como base para otros estudios y como registro de una realidad conocida para actuar en situaciones que condiciones la salud de los niños.

Con la socialización de los resultados, se espera lograr elevar la calidad de vida del usuario, la calidad de atención de enfermería y lograr un impacto en el servicio que exponga la importancia de la unificación de criterios y el trabajo en equipo para la obtención de óptimos resultados.

Los objetivos planteados fueron:

-Conocer cuando las madres introdujeron o introducirán la papilla en la alimentación del lactante, que se controlan en el Centro de Salud de La Cruz de Carrasco en el periodo comprendido entre el 20 y el 31 de enero de 2003.

-Describir características de la población estudiada.

-Identificar el tiempo de vida de los lactantes al incorporar la papilla a su alimentación.

-Identificar a quién consulta la madre en caso de dudas sobre la introducción de alimentos en dieta del lactante.

Se procuró demostrar la importancia de la Licenciada en enfermería como educadora para la salud.

En la realización de nuestra investigación se contó con la colaboración del equipo de salud del servicio y se tuvo acceso a la población de estudio.

No hubo inconvenientes con respecto a la obtención de los recursos tanto, humanos, materiales y financieros.

Planteo del problema

Conocer cuando las madres incorporan la papilla en la alimentación del lactante de 0 a 6 meses, que se controlan en el Centro de Salud "La Cruz de Carrasco" en el periodo comprendido entre el 20 y el 31 de enero de 2003.

Objetivos

Objetivo General:

-Conocer cuando las madres introdujeron o introducirán la papilla en la alimentación del lactante, que se controlan en el Centro de Salud de La Cruz de Carrasco" en el periodo comprendido entre el 20 y el 31 de enero de 2003

Objetivos Específicos:

- Describir características de la población estudiada.
- Identificar el tiempo de vida de los lactantes al incorporar la papilla a su alimentación.
- Identificar a quién consulta la madre en caso de dudas sobre la introducción de alimentos en dieta del lactante.

MARCO CONCEPTUAL

La población seleccionada para la investigación fueron las madres y los lactantes de 0 a 6 meses, entendiéndose como lactante aquel niño que se encuentra en los primeros doce meses de vida extrauterina, en que es capaz de asumir la postura erecta; algunos autores extienden este periodo hasta los 24 meses de vida.

Características del lactante de 0 a 6 meses de vida:

El crecimiento físico es uno de los valores de este proceso extremadamente complejo, que se valora mediante ciertas medidas antropométricas como son el peso, la talla, el perímetro craneal y desarrollo de varios órganos y tejidos, que no siempre tiene el mismo ritmo de crecimiento.

Con respecto al desarrollo biológico se dan cambios tan espectaculares como no se darán en ningún otro momento de la vida, se da una maduración progresiva y un desarrollo de las habilidades que le permite al lactante una adaptación al entorno.

Los lactantes nacen con las capacidades básicas para la supervivencia extrauterina, la respiración, la termorregulación y la digestión, sin embargo no pueden sobrevivir sin alguien que les atienda en sus necesidades esenciales como el alimento, el calor y la seguridad. Además de la satisfacción de estas necesidades básicas, tienen algunas tareas que cumplir por sí mismos durante el primer año de vida, el grado de cumplimiento dependerá en gran parte del modo en que los demás les atiendan.

Y también dependerá la calidad de vida dada por la satisfacción de las necesidades humanas, principalmente, afecto, protección, entendimiento, participación, ocio, creación identidad, libertad y alimentación.

Las necesidades humanas básicas no satisfechas adecuadamente revelan una pobreza humana, y esto da lugar al surgimiento de patologías.

El objetivo en nutrición infantil es apuntar a cubrir las necesidades de acuerdo con el ritmo de crecimiento, asegurar el mantenimiento del cuerpo y evitar tanto las carencias como los excesos.

Según Ramos Galván, la nutrición " es un conjunto de funciones armónicas y coordinadas entre sí que tiene lugar en todas y cada una de las células del organismo y de las cuáles depende la composición corporal , la salud y la vida misma".

Clasificación de los nutrientes de acuerdo a su función más importante:

- A- energéticos, funciones orgánicas: carbohidratos, grasas y proteínas.
- B- Estructurales, constituyentes de tejidos: agua, minerales, y proteínas
- C- Reguladores de los procesos metabólicos del organismo: vitaminas, agua, minerales y proteínas.

El alimento como agente de satisfacción de la necesidad de comer:

A lo largo de la historia hemos variado la forma de comer, en tiempos difíciles podíamos comer cualquier alimento que tuviésemos presente, hoy en día no es así y somos selectivos a la hora de alimentarnos; los alimentos provienen de los reinos animal, vegetal, y mineral, algunos se ingieren de la misma forma que son extraídos, mientras otros provienen del procesamiento de distintas partes de vegetales. Del reino animal, se obtienen principalmente, la carne la leche, los huevos, del reino mineral se extrae el agua y la sal.

El alimento como estímulo psicofísico

Las características físicas de los alimentos impresionan los sentidos , el ser humano tiene una imagen del alimento y lo reconoce por su olor, sabor, consistencia, temperatura, forma y apariencia.

A veces es necesario modificar alguna de estas características para ser ingeridos.

Cada una de estas propiedades físicas de los alimentos es captada por uno de los sentidos y constituyen estímulos que permiten al individuo formarse una imagen propia de cada alimento, adquiriendo un conocimiento del mismo que evoca cada vez que vuelve a advertir el alimento y es de gran influencia cuando se trata de alimentar a un niño.

El alimento como estímulo emocional:

Asociado a la sensación física que produce el alimento, se encuentra, casi siempre, un recuerdo de una experiencia del mismo que puede haber sido agradable o desagradable. Esta experiencia incluye no solo al alimento mismo sino a la situación que los rodeaba en ese momento.

Hay alimentos que se rechazan por un factor cultural, por creencias, por aquello de que el niño gordito es señal de buena alimentación, por razones religiosas, o por factores psicológicos, para no engordar, por sumisión, por obediencia, por imitación, por deseos de pertenencia a un grupo, por costumbre.

El alimento como integrador social:

La vida en común puede acentuar, disminuir, o contribuir a intensificar el papel del alimento como estímulo emocional. Generalmente, la actitud de rechazo o aceptación de algún alimento en un niño es por imitación de las actitudes de sus padres; pero la relación del alimento con el grupo social, depende de cada familia, grupo religioso, o étnico que comparten formas de vida que lo identifican.

La forma que el individuo, satisface la necesidad de sentirse miembro de un grupo, es compartiendo las costumbres relacionadas con la selección, forma de preparación, o incorporación de nuevos alimentos.

Es importante conocer los distintos significados que tiene el alimento para las personas y necesario, además, aprender que para cada cultura, los hábitos son diferentes.

El alimento como vehículo de sustancias nutritivas

De acuerdo con su contenido en sustancias nutritivas, los alimentos se clasifican según las que más abundan en él, después del agua, y así se denominan alimentos ricos en carbohidratos, proteínas, grasas, calcio, hierro, y vitaminas, A, D y C.

Es de importancia saber cuanta cantidad trae cada alimento de la sustancia nutritiva, para cubrir las necesidades del organismo.

Clasificación de los alimentos: el objetivo de clasificar los alimentos es para lograr una buena nutrición, en Latinoamérica se presenta una dificultad por el hecho de existir en la región grandes diferencias culturales y enorme variabilidad en el índice de alfabetismo de los distintos grupos de población.

Evolución de la alimentación

En el primer año de vida se distingue un periodo de la alimentación en el que la leche constituye el elemento nutricional esencial y único; esta fase se denomina periodo lácteo.

Posteriormente se observa un periodo de diversificación progresiva de la alimentación tradicionalmente denominado Beikost.

Se denomina Beikost a todos los alimentos distintos de la leche materna o de fórmula, (Anderson y Fomon), periodo en el que se irán introduciendo prudentemente otros alimentos, con el fin de cubrir las necesidades nutritivas crecientes del niño, para llegar al año, conociendo los alimentos básicos y los gustos fundamentales y hacia los 18 a 24 meses conseguir una alimentación completamente variada, equilibrada y suficiente.

Periodo lácteo: los requerimientos nutritivos del niño alimentado a pecho son satisfechos dado que el aporte energético y nutricional es adecuado. Los alimentados a biberón también cubren estas necesidades siempre que la fórmula sea satisfactoria y la alimentación se efectúe correctamente.

La leche materna puede cubrir las necesidades del RN desde el momento del nacimiento, hasta los 4 a 6 meses.

El niño criado artificialmente debe completar la alimentación temprana con zumo de algún cítrico, por que las leches de fórmula no cubren suficientemente las necesidades de vitamina C y en cuanto al hierro se sabe que el niño nace con reservas para atender la demanda hasta los 4-6 meses.

Ventajas de la lactancia materna:

El calostro facilita el establecimiento de la flora intestinal, esta protege al niño de la proliferación de gérmenes patógenos y por tanto del desarrollo de infecciones, la cantidad y calidad de las proteínas y aminoácidos cubren perfectamente las necesidades nutritivas del bebe.

La leche materna contiene enzimas como la lipasas que facilita la digestión de las grasas, las concentraciones de sodio y potasio, son débiles y no sobrecargan el trabajo renal, al ser las concentraciones adecuadas y al ajustarse las cantidades de leche tomada por el bebe a su apetito, no hay riesgo de sobrealimentación.

Gracias al trabajo de succión de la mama, el recién nacido, desarrolla la musculatura de su boca. Muchos factores humorales celulares, y biológicos, ofrecen una gran protección anti-infecciosa y anti-alérgica; también permite el refuerzo afectivo disminuyendo la inseguridad que produce al bebe la salida del claustro materno a un medio que al principio le es hostil.

Aporta experiencias gustativas olfativas y táctiles en definitiva, colabora con el descubrimiento sensorial y disminuye la mortalidad infantil.

Periodo de diversificación alimentaria:

En esta etapa se introducen paulatinamente otros alimentos diferentes a la leche. Tradicionalmente este tipo de alimentación se denomina Beikost.

El inicio del Beikost a variado con el paso del tiempo; de no hacerlo hasta el año, se paso a hacerlo a los 2 meses. El momento adecuado es discutido y está muy condicionado por la disponibilidad alimentaria por factores socioculturales como las modas.

Los alimentos se introducirán progresivamente, para lograr una alimentación equilibrada.

Casi nunca esta justificada realizar esta introducción antes de los tres meses y tampoco es aconsejable mucho mas allá del sexto mes, por que la no diversificación es motivo frecuente de anorexia, o pérdida de apetito, al mismo tiempo que se desaprovecha una época muy válida para la educación del gusto y la educación alimentaria en general.

Necesidades alimenticias del lactante de 0 a 6 meses

Una de las funciones más importantes que desempeñan la enfermera en la prevención de la desnutrición infantil, es la de enseñar a las madres la forma correcta de alimentar al niño pequeño.

- De los conocimientos que imparta la enfermera a la madre, depende en gran medida la salud del niño, desarrollando hábitos alimenticios saludables que conservará durante toda su vida.

En la educación alimentaria del niño, es necesario, tomar en cuenta varios aspectos importantes: la introducción de los alimentos en la dieta del niño debe ser temprana y gradual; esto le permite acostumar el paladar a los distintos sabores y facilita el consumo de una alimentación balanceada.

Las diferentes formas de preparación deben ser presentadas en forma gradual y ordenada, permitiendo al niño conocer distintas consistencias (líquidos, blandos, semisólidos, sólidos), sabores, (dulce, ácido, salado), olor, colores y temperatura. Durante los primeros meses de vida el niño debe sentir agrado por la alimentación que recibe y poder compartir con los mayores las horas de las comidas, favoreciendo el vínculo familiar .

- Los alimentos sólidos no son compatibles con las necesidades nutricionales del lactante, si se dan tempranamente, estamos exponiendo a estos niños a antígenos alimentarios que pueden llegar a producir reacciones alérgicas a las proteínas de los alimentos.

Los procesos digestivos son inmaduros, especialmente las enzimas intestinales, necesarias para la digestión de la mayoría de los alimentos sólidos, estas no se encuentran presentes hasta el cuarto mes de la vida.

La introducción de sólidos antes de los 4 a 6 meses no es recomendable ya que resulta un tipo de alimentación forzada, pudiendo producir diarrea y sobrepeso.

No existiendo beneficio en la introducción de alimentación semisólida en etapas tempranas, cuando aún esta presente el reflejo de extrusión y desde el punto de vista del desarrollo neuromuscular el sostén cefálico y la capacidad de erguir el tronco se están consolidando y en cuanto a la oferta excesiva de alimentos a edades tempranas puede contribuir a la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles de la edad adulta (obesidad, hipertensión, diabetes) en individuos genéticamente predispuestos.

La introducción de los alimentos sólidos en los 4, 5, 6 meses

4 Meses: Hasta este momento, ni los sistemas nervioso y digestivo del bebé, estaban maduros para otros alimentos que no fueran la leche. Pero a partir de ahora, el pediatra podrían aconsejar introducir la papilla de fruta en su alimentación.

5 Meses: El bebé ya es capaz de mantener la cabeza erguida y además, sabe aceptar y rechazar alimentos. Algunos niños comienzan con las papillas de cereales sin gluten, ya que si el pequeño tuviera intolerancia a esta sustancia, se podría desencadenar una enfermedad seria, la celiaca.

6 Meses: Si el pediatra no la ha recomendado antes, el niño probará la papilla de frutas. Y también papilla de verduras (pure de zanahoria, zapallo y papa).

Algunos pequeños tardan unos días en aceptar la novedad, pero poco a poco, comienzan a encontrarle el gusto.

-Si el bebé esta alimentado con mamadera, es aconsejable empezar con los semisólidos al quinto mes de vida.

Cuando la lactancia materna continúa satisfactoriamente, se puede esperar hasta el sexto mes. Hoy se posterga ese inicio hasta el sexto mes, debido a que en esta edad el bebé se encuentra psicológica y neurológicamente más preparado para aceptar el cambio.

Pautas del MSP

Según el comité de nutrición de la SUP (sociedad uruguaya de pediatría) con el auspicio del departamento de nutrición y del departamento materno-infantil del MSP y las cátedras A B C de la facultad de medicina han acordado, las pautas de alimentación del niño sano en el primer año de vida; recomendando: *la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida como alimento ideal del lactante.*

-necesidades de energía: es aquella que permite una adecuada actividad física y un adecuado crecimiento normal. La leche materna aporta 670 Kcal./ l. Y si se alimenta con fórmula debe aportar entre 680 y 750 Kcal / l.

-necesidades de proteínas: están aportadas por la leche materna y permiten una ganancia adecuada de peso y talla, luego del sexto mes, 50% de estas deben ser de origen animal.

-necesidades de grasa: aportan energía, la leche materna aporta entre un 40 y 60 %, la leche descremada es inadecuada para el lactante, la leche de fórmula debe tener entre 65 y 75% de concentración de calorías por 100 ml.

-necesidades de carbohidratos: durante los 3 primeros meses de vida no hay buena capacidad para digerir almidones y carbohidratos complejos por lo que la dieta debe contener cantidades adecuadas de azúcares simples.

-vitaminas: el aporte de vit D debe ser diario en los meses de sol escaso; en los niños de raza negra y prematuros deben administrarse durante todo el año.

La recomendación actual es de 320 UI día., no se recomienda suplementar con vit C dado que la leche materna o de fórmula cubren las necesidades de 20 mg día., además desde que reciben sulfato ferroso, tiene una fuente extra de vitamina C, porque los compuestos de este mineral están asociados comercialmente con vit C.

-minerales: un niño sano y alimentado a pecho directo exclusivo no necesita de la suplementación de minerales durante los primeros 6 meses de vida, si es alimentado a pecho exclusivo debe complementarse con hierro a partir del 4 mes.

Alimentos a aportar: se considera que el alimento ideal para el lactante durante el primer año de vida es la leche materna y el pecho exclusivo hasta el sexto mes, no existe un plazo para la finalización de la lactancia en general se recomienda el reemplazo gradual de la leche materna por la vacuna, si no pudiera ser alimentado con pecho el lactante debe recibir leche de fórmula enriquecidas con vitaminas y minerales, y cuando no pueda recibir esta, debe recibir leche de vaca modificada en forma artesanal.

La introducción de la alimentación complementaria se realizara luego del 4 mes de vida, o el 6 mes si es alimentado a pecho directo.

Definición de papilla: se considera papilla al puré de frutas(manzana y banana) o verduras(zapallo, papa y zanahoria).

Hábitos :

El termino hábito alimenticio expresa un conjunto de costumbres que determinan el comportamiento del hombre en relación con los alimentos.

Incluye desde la manera en que el hombre se acostumbra seleccionar, preparar y servir los alimentos a las personas cuya alimentación esta en sus manos.

Factores condicionantes:

Hay una gran diversidad de factores que condicionan la alimentación de los seres humanos, como pueden ser el entorno familiar, el clima, el tipo de sociedad, la cultura, la religión, etc. Desde su nacimiento, el bebé adquiere unos hábitos alimentarios que lo marcarán para el resto de su vida.

Es muy importante recordar que una buena alimentación es necesaria para un buen crecimiento y también que una buena alimentación es la primera medicina preventiva.

"Deja que el alimento sea tu propia medicina"

Hipócrates 480 años AC(extraído de jornada de enfermería sobre alimentación)

¿Cuándo empiezan los hábitos alimentarios?

Lo cierto es que los hábitos alimentarios se inician con la primera ingesta de la leche materna o preparada que toma el bebé. La madre procura acostumbrarle a sus tomas en unas horas determinadas, siguiendo un criterio propio o del pediatra. A medida que el niño va creciendo, estos hábitos adquieren una base más sólida.

¿Qué es la educación de los hábitos?

Es importante que el niño reciba una educación de estos hábitos, para que cuando se introduzca en la alimentación adulta pueda comer bien y equilibradamente. Por esta razón, la educación del entorno es fundamental. Esto significa que si la dieta de los adultos es variada y equilibrada, lo más seguro es que la del niño también lo será. Si por el contrario cada persona come por su cuenta o la compra de alimentos pre cocinados es habitual, difícilmente el niño llegará a tener una dieta

equilibrada.

Está comprobado que cuando se cocina en casa los niños acaban prefiriendo una amplia variedad de alimentos.

Enfermería comunitaria:

Puede considerarse como una forma alternativa de trabajo con la población, que se caracteriza por la aplicación de los conocimientos de la Enfermería y de la Salud Pública, con el fin de aumentar el nivel de salud de la población mediante la participación de esta y dentro de un equipo multidisciplinario de salud.

Para M.V. Antón " la enfermera de atención primaria es aquella que conoce las necesidades de cuidado de salud de la población, posee los conocimientos científicos, las habilidades técnicas y la actitud apropiada para proporcionar a individuos aislados, en familia o en otros colectivos allá donde viven, trabajan, o donde se relacionan, o en los centros sanitarios cuando fuere preciso. Desde una concepción de la Enfermera como miembro de un equipo interprofesional, que trabaja en coordinación con otras instituciones y que este abierta a la participación comunitaria."

El objetivo de la Enfermería Comunitaria es mantener y mejorar el nivel de salud, fomentando los recursos de los individuos, grupos y comunidad, así como sus habilidades para hacer frente a una situación de deterioro de su salud.

La actuación profesional estará encaminada a

1- prestar cuidado de enfermería a la comunidad.

2-participar junto con el equipo de salud en las actividades de promoción, prevención, educación, asistencia y readaptación de la salud, necesarias a los individuos o grupos de la comunidad.

3-promover la participación de los individuos y grupos en una comunidad en todo aquello que concierne a su salud.

4-coordinar, supervisar, o administrar una parte o el conjunto de estas actividades dependiendo de la situación.

5-desarrollar investigaciones en el campo de la enfermería comunitaria y participar en las de índole multidisciplinario.

Equipo multidisciplinario: lo podríamos definir como la participación conjunta de profesionales de diversas disciplinas en la elaboración de objetivos y planes; con distribución de las funciones y responsabilidades, la ejecución y la evaluación de las tareas.

Esta colaboración es enriquecedora, ya que observa la realidad desde diferentes aspectos; ello permite una atención global e integrada.

Es el equipo de forma conjunta el que decide cual será el papel y las responsabilidades de cada miembro en la resolución de cada problema, teniendo como premisa el respeto a la autonomía personal y de funciones, así como un concepto igualitario de la aportación.

La educación para la salud es un proceso ideal por medio del cuál los individuos o grupos de personas aprenden a fomentar, proteger o restablecer la salud.

Consideramos importante conocer las opiniones que las madres tengan con respecto a la alimentación de sus hijos, específicamente de cuando introducir la papilla. Sabemos que la primera alimentación influirá en la calidad de vida futura del niño, y considerando la amplitud de criterios de los pediatras, esto puede crear inseguridad a la madre quien por un lado tendrá lo que dice el profesional y por otro lo que cree sus antecesoras, o lo que se piensa en su medio en el cual esta inserta; sumado al factor socioeconómico que de algún modo pautara el tipo de alimentación que el niño reciba.

-Con la realización de nuestra investigación conociendo cuando introducirá la papilla en la alimentación del lactante, conjuntamente con la socialización de los resultados y nuestras propuestas daremos el puntapié inicial, para que el equipo de salud del servicio, planifique las acciones que crean necesarias, para corregir los aspectos negativos que estas creencias tengan sobre la alimentación del niño

Aspectos metodológicos

Tipo de investigación :

El estudio es de tipo descriptivo, de corte transversal.

Área de estudio:

Se realizó en nuestro país en la zona urbana en la ciudad de Montevideo, en una institución perteneciente al Ministerio de Salud Pública: Centro de Salud "La Cruz de Carrasco", ubicada en Agazzi 2735.

Se eligió este centro para realizar el estudio porque contaba con la población necesaria para la realización de nuestra investigación, un equipo interdisciplinario, a través del cual brinda asistencia integral a los usuarios.

Además de ser accesible geográficamente y económicamente, dado que es un punto con buena locomoción desde y hacia todos los barrios de Montevideo, por lo cual tiene gran flujo de usuarios, sumados los que están fuera de la zona de influencia pero, que igualmente concurre a él, para ser asistidos dado la cantidad de servicios que brinda (ver anexo 2 Dx de sit del centro) y la excelente calidad de la atención por parte de los profesionales.

Universo y muestra:

No se contó con registros necesarios para la determinación de nuestro universo, dado que el registro que lleva el centro de salud es de los niños de 0 a 28 días y de 29 a 364 días no discrimina en meses siendo imposible conocer la población de 0 a 6 meses que consulta para control.

Tomando en cuenta datos estadísticos del centro, del mes de enero se realizaron 158 consultas de niños sanos, de 0 a 1 año, nuestra muestra es de 68 usuarios (de 0 a 6 meses) que se encuentran dentro de los 158 consultas.

Las 158 consultas realizadas en un periodo de 20 días representan el 100% de los niños de 0 a 1 año, las 68 consultas representan el 44.44% de la totalidad de las consultas en un periodo de 10 días.

Medición de variables:

Para la realización de este estudio se tomaron como variables:

Edad materna: tiempo en años de vida de un individuo desde su nacimiento hasta el momento actual.

Se operacionalizó la edad en años cumplidos, agrupándolas en los siguientes intervalos: 15-20, 21-25, 26-30, 31-35, 36 y más.

Estado Civil: condición que manifiesta el individuo, con respecto a su situación de pareja. Se operacionalizó en casada, soltera, separada, divorciada, unión libre.

Ocupación: tarea que cumple el individuo y con la cuál se identifica, pudiendo o no, ser la fuente de su sustento. Dándonos una aproximación de su situación socio-económica. Se operacionalizó en trabajador independiente, empleado público, empleado privado, ama de casa.

Procedencia: se refiere al lugar donde vive la madre y el niño actualmente.

Se operacionalizó en urbana y suburbana.

Ingreso: se refiere al dinero con que cuenta la familia para el sustento.

se operacionalizó en salarios mínimos:

Nivel de instrucción: es el grado de escolarización alcanzado por el individuo, según el sistema educativo establecido en el país; es de fundamental importancia su conocimiento para la adecuación del lenguaje que facilite la comunicación con el usuario y también la información que posee. Se operacionalizó en sin educación formal, Primaria, Secundaria y Terciaria, tanto completa como incompleta.

Nº de hijos: cantidad de hijos a cargo.

Se operacionalizó en 1,2,3,4,5,6, 7,8,9.

Edad del lactante: tiempo en días de vida de un individuo desde su nacimiento hasta el momento actual.

Se operacionaliza en: menor o igual a 1 mes, 1 mes y un día a 2 meses, 2 meses y un día a 3 meses, 3 meses y un día a 4 meses, 4 meses y 1 día a 5 meses, 5 meses y 1 día a 6 meses.

Amamantamiento (Pecho directo): acto por el cual se alimenta al niño con leche materna. Se operacionalizó en SI NO

Hasta cuando: tiempo hasta cuando se alimento con Pecho Directo

Se operacionalizó: menores de 1 mes, 1 mes y día a 2 meses, 2 meses y 1 día a 3 meses, 3 meses y 1 día a 4 meses, 4 meses y 1 día a 5 meses, 5 meses y 1 día a 6 meses.

Alimento complementaria al pecho: se refiere a todo aquel alimento que se le otorgue al niño además del pecho directo sea, o no indicado por el pediatra.

Se operacionaliza en SI NO

Cuales : se refiere a cualquier alimento distinto del pecho.

Se operacionalizó en -leches

- Tisanas

-papilla

-otro

Momento de incorporación de la papilla: se refiere a cuando introdujo la papilla a su hijo. Se operacionalizó: indicación del pediatra, menor o igual a dos meses, 2 meses y 1 día a 3 meses, 3 meses y 1 día a 4 meses, 4 meses y 1 día a 5 meses, 5 meses y 1 día a 6 meses, mayor de 6 meses.

Evacuación de dudas sobre la introducción de los alimentos: hace referencia a quien recurre primeramente la madre para evacuar sus dudas sobre la alimentación de su hijo.

Se operacionalizó en :

-familiar, vecina, equipo de salud(Pediatra, nutricionista, Lic en Enf)

Técnica e instrumentos de recolección de datos:

Para la realización del estudio, se realizaron entrevistas en forma individual en que las madres accedieron en forma voluntaria.

El instrumento para el relevamiento de datos fue un formulario que presentamos en anexo A.

Procedimientos:

La entrevista se realizó a todas las madres que se encontraban en la sala de espera(ya sea para controlar a sus hijos o para vacunarlos) en el centro de salud "La Cruz de Carrasco" en entre el 20 y 31 de enero de 2003 , de lunes a viernes en el turno de la mañana.

Presentación de los resultados

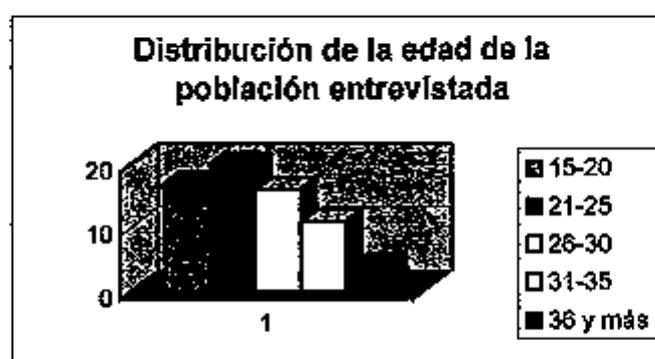
Edad materna

Cuadro N° 1

Variable: cuantitativa continua.

Edad de las madres entrevistadas en el centro de salud "La Cruz de Carrasco "

Grafico N° 1



Fuente: propia

Edades en años	FA	FR %
15-20	17	24.95
21-25	20	29.5
26-30	16	23.53
31-35	11	16.2
36 y más	4	5.82
Total	68	100%

Las edades de las madres entrevistadas se mantienen dentro de las estadísticas nacionales (datos MSP), donde se da la mayor concentración en la franja etaria de los 21 a 30 años , el 53% se destaca entre el rango de 21 a30 años, siendo la mediana a los 23 años de edad.

Si analizamos los extremos etarios , vemos que la adolescencia y las madres añosas conservan su lugar estadístico a nivel nacional.

Estado Civil

Cuadro N° 2

Variable cualitativa nominal.

Estado Civil de las madres entrevistadas en el centro de salud "La Cruz de Carrasco"

Estado Civil	FA	FR %
Casada	11	16.17
Soltera	14	20.6
Divorciada	1	1.47
Unión libre	45	60.29
Separada	1	1.47
total	68	100%

Se destaca notoriamente que el estado civil que predomina es unión libre en un 60.29% y luego soltera con un 20.6%.

Grafico N° 2



Fuente: propia

Ocupación

Cuadro N° 3

Variable: cualitativa nominal.

Ocupación de las madres entrevistadas en el centro de salud "La Cruz de Carrasco"

Ocupación	FA	FR%
Ama de casa	55	80.9
Trabajador independiente	6	8.21
Empleado público	0	0
Empleado privado	7	10.8
Total	68	100%

Vemos que el 80.9 % de la población es ama de casa

Grafico N°3



Fuente: propia

Procedencia

Cuadro N° 4

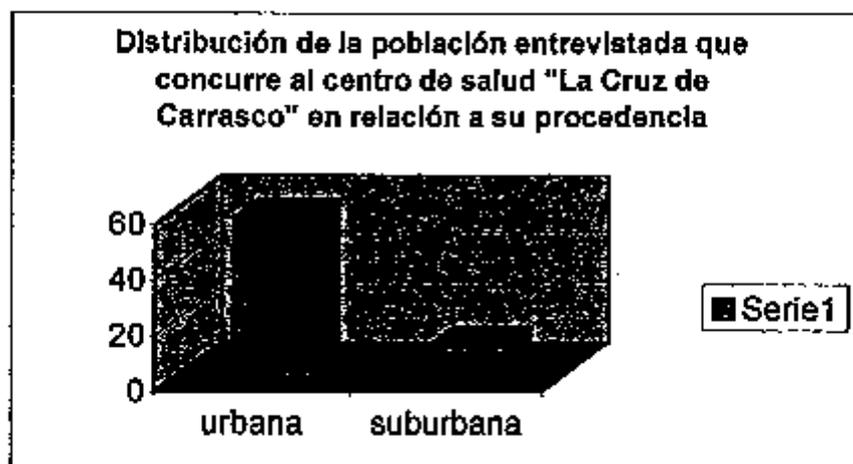
Variable: cualitativa nominal

Procedencia de las madres que asisten a los lactantes de 0 a 6 meses en el centro de salud "La Cruz de Carrasco"

Procedencia	FA	FR %
Urbana	57	83.82
Suburbana	11	16.18
Total	68	100%

Se destaca que un 16.18% de la población entrevistada no corresponde al área de influencia del centro de salud, dentro del 83.82% de los usuarios que están dentro de la zona urbana, están incluidos los usuarios que se asisten en este centro sin pertenecer a la zona de influencia.

Grafico N°4



Fuente: propia

Ingreso

Cuadro N° 5

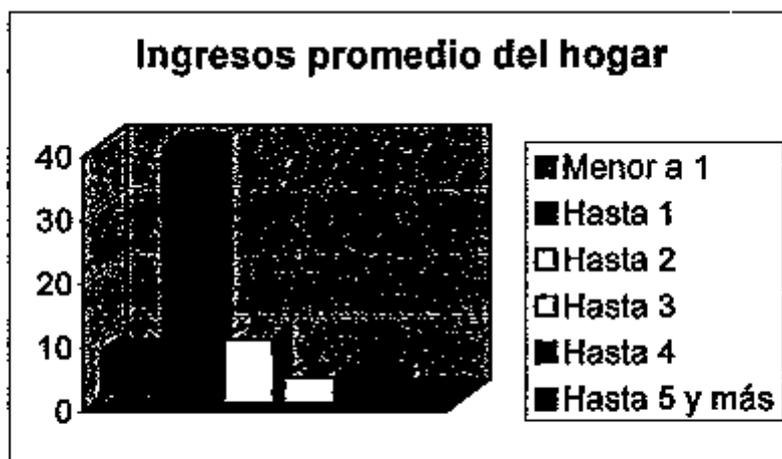
Variable cuantitativa continua.

Ingreso del hogar de las madres entrevistadas en el centro de salud "La Cruz de Carrasco"

Ingresos	FA	FR %
Menor a 1	8	11,76
Hasta 1	40	58,83
Hasta 2	10	14,7
Hasta 3	4	5,88
Hasta 4	4	5,88
Hasta 5 y más	2	2,95
Total	68	100%

Esta variable se comporta de acuerdo a las características socioeconómicas de la zona donde se encuentran 11 asentamientos, el 97% de la muestra subsiste con ingresos que no cubren las necesidades básicas.

Gráfico N° 5



Fuente: propia

Nivel de Instrucción

Cuadro N° 6

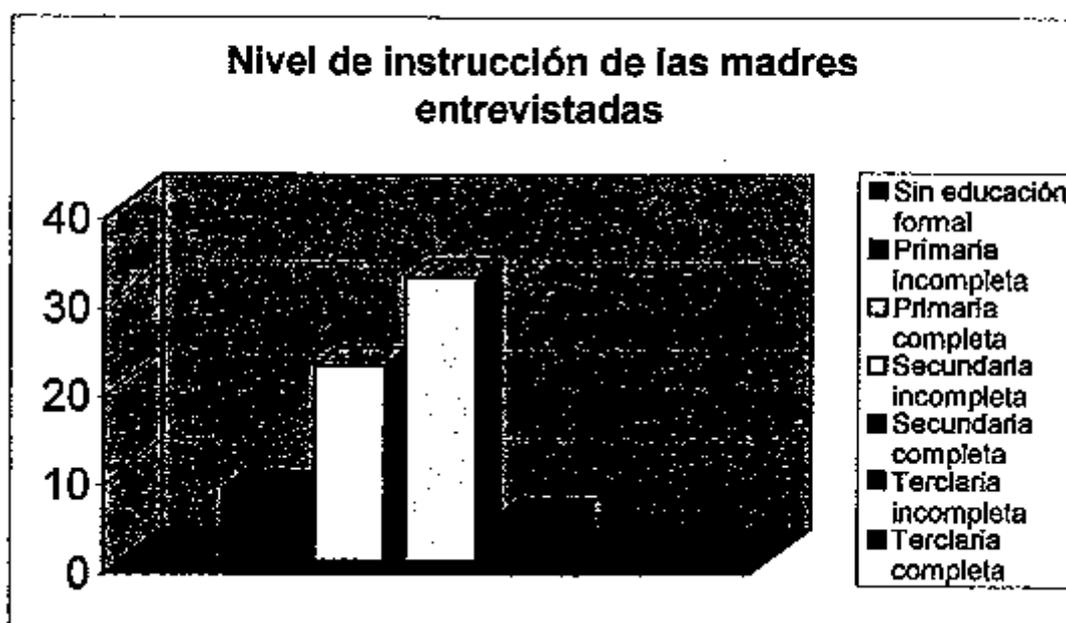
Variable: cualitativa ordinal.

Nivel de instrucción de las madres entrevistadas en el centro de salud "La Cruz de Carrasco"

Nivel de instrucción	FA	FR %
Sin educación formal	0	0
Primaria incompleta	8	11.77
Primaria completa	22	32.35
Secundaria incompleta	32	47.06
Secundaria completa	5	7.35
Terciaria incompleta	1	1.47
Terciaria completa	0	0
Total	68	100%

El 44.12% no tuvo acceso a la secundaria, se destaca que para esta población la educación no es un valor fundamental.

Gráfico N° 6



Fuente: propia

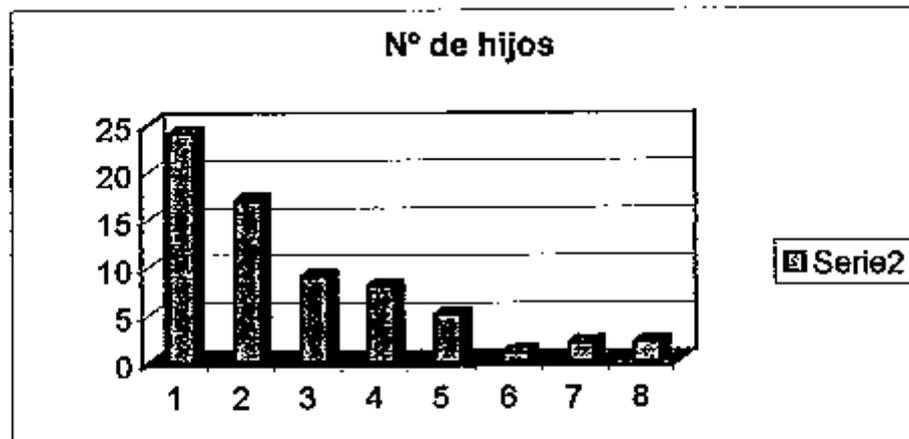
Nº de hijos

Cuadro Nº 7

Variable: cuantitativa discreta

Numero de hijos de las madres entrevistadas en el centro de salud "La Cruz de Carrasco "

Nº de hijos	FA	FR%
1	24	35.3
2	17	25
3	9	13.2
4	8	11.72
5	5	7.3
6	1	1.5
7	2	2.9
8	2	2.9
total	68	100



Edad del lactante

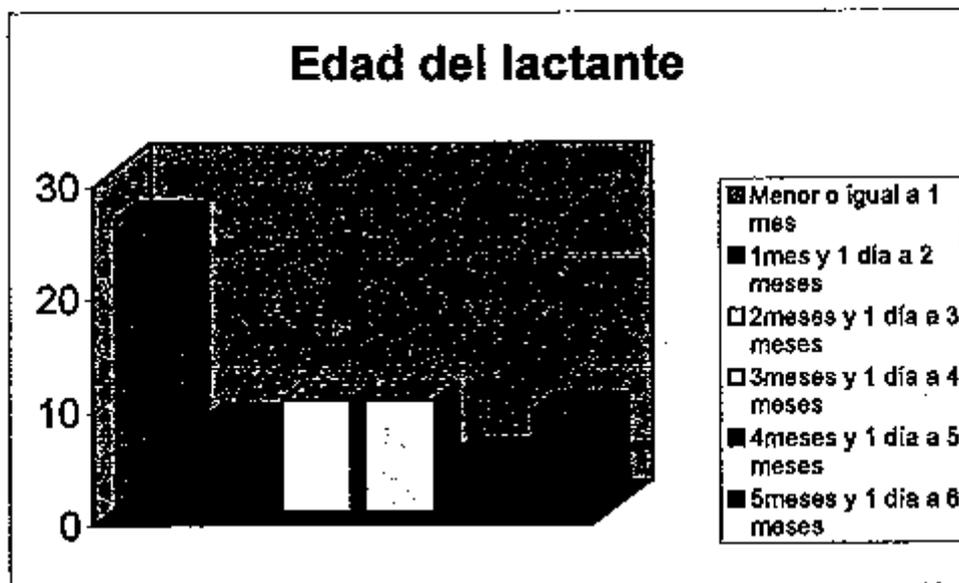
Cuadro N° 8

Edad de los lactantes de 0a6 meses en el centro de salud "La Cruz de Carrasco"

Edad del lactante	FA	FR%
Menor o igual a 1 mes	26	38.24
1mes y 1 día a 2 meses	8	11.76
2meses y 1 día a 3 meses	10	14.70
3meses y 1 día a 4 meses	10	14.70
4meses y 1 día a 5 meses	5	7.36
5meses y 1 día a 6 meses	9	13.24
Total	68	100%

Se observa que el 35.3% de los lactantes se encontraron en la franja etária de los 3 meses más 1 día a 6 meses, población que es plausible que haya introducido la papilla en su alimentación.

Gráfico N° 8



Fuente: propia

Amamantamiento a pecho directo

Cuadro N° 9

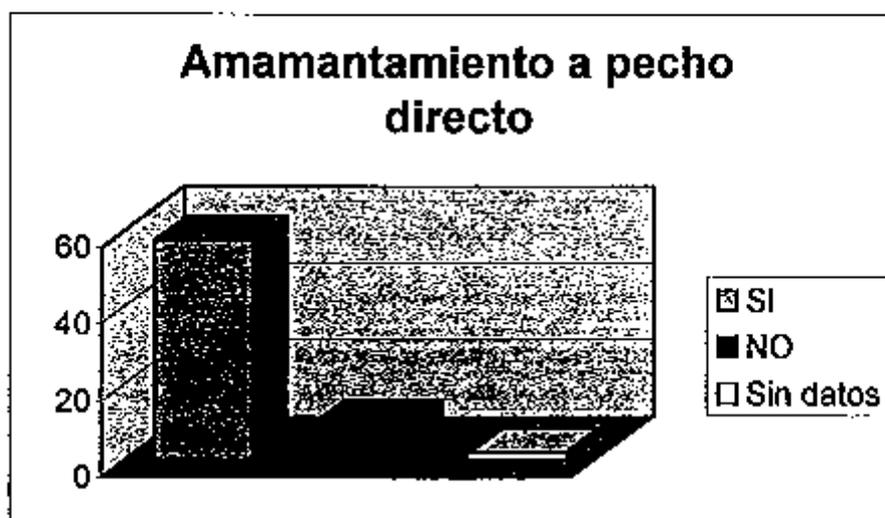
Variable : cualitativa nominal.

Amamantamiento de los lactantes asistidos en el centro de salud "La Cruz de Carrasco"

Amamantamiento a PD	FA	FR %
SI	57	83.83
NO	9	13.23
Sin datos	2	2.94
total	68	100%

Se observa que más del 80% de los sujetos de estudio se alimentan con pecho.

Gráfico N° 9



Fuente: propia

Alimento complementaria al pecho

Cuadro N° 10

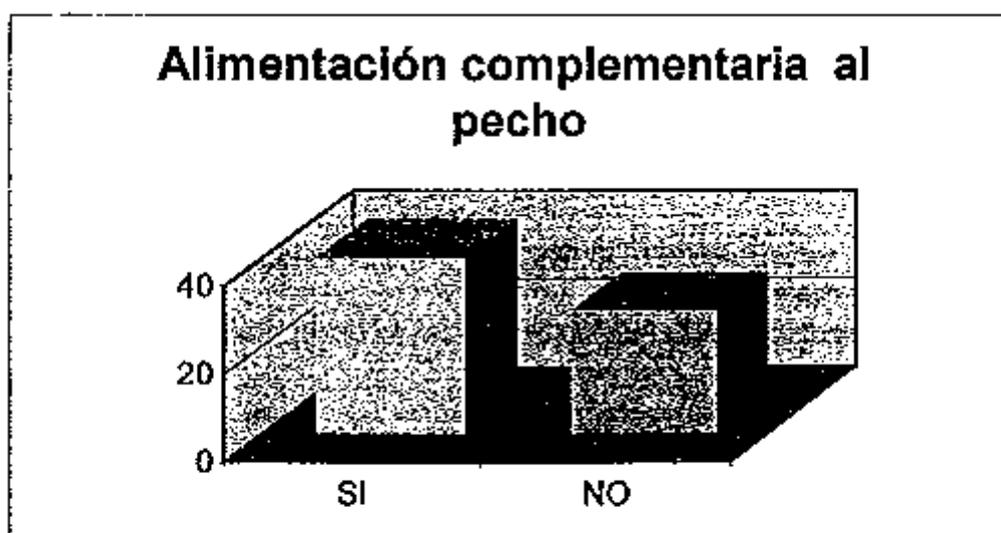
Variable: cualitativa nominal

Presencia de alimentación complementaria al pecho que recibieron los lactantes de 0 a 6 meses asistidos en el centro de salud "La Cruz de Carrasco"

Alimentación complementaria al PD	FA	FR%
SI	40	58.8
NO	28	41.2
Total	68	100%

El 41.2% no recibe alimentación complementaria al pecho

Gráfica N° 10



Fuente: propia

Momento de incorporación de la papilla en el lactante

Cuadro N° 11

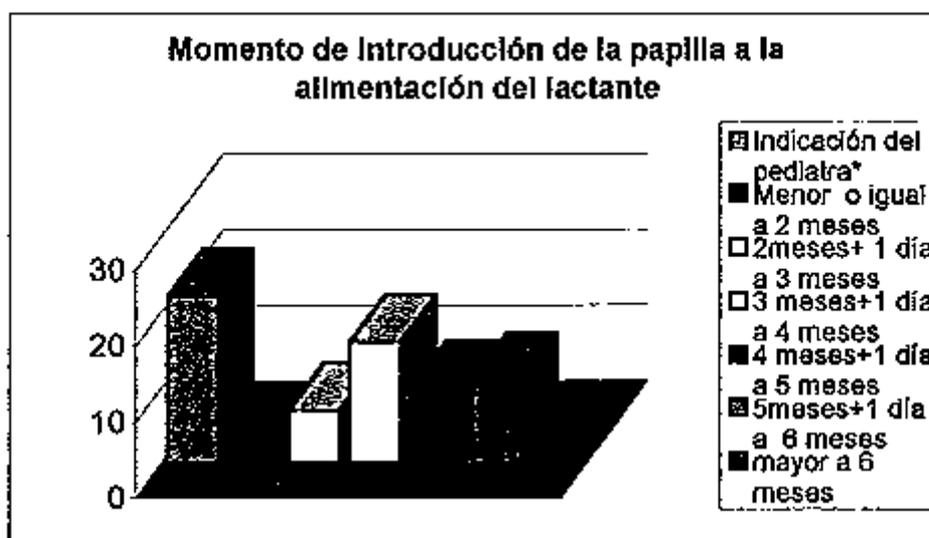
Variable: cuantitativa continua.

Momento en que se les incorporo la papilla a la alimentación de los lactantes de 0 a 6 meses asistidos en el centro de salud "La Cruz de Carrasco"

Momento de incorporación de la papilla:	FA	FR%
Indicación del pediatra*	22	32.4
Menor o igual a 2 meses	1	1.47
2 meses y 1 día a 3 meses	7	10.3
3 meses y 1 día a 4 meses	16	23.5
4 meses y 1 día a 5 meses	10	14.7
5 meses y 1 día a 6 meses	11	16.18
mayor a 6 meses	1	1.47
total	68	100

*se refiere a las madres que aún no incorporaron la papilla y lo harán cuando lo indique el pediatra.

Gráfico N° 11



Fuente: propia

Persona con quien evacuara las dudas sobre la alimentación del lactante

Cuadro N° 12

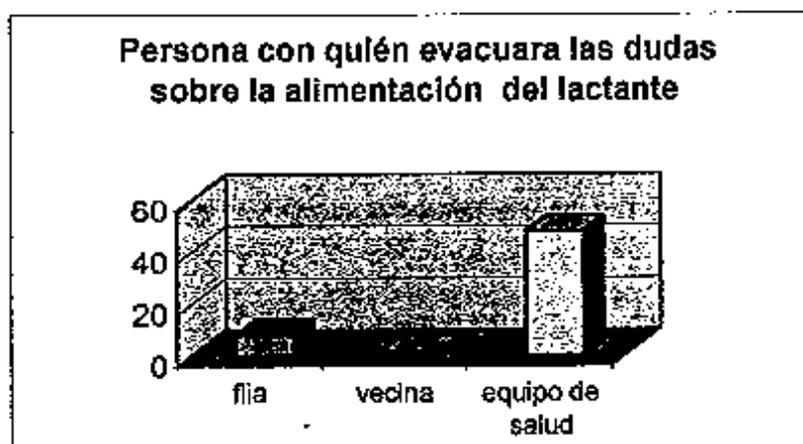
Variable: cualitativa nominal.

Persona con quien la madre evacua las dudas sobre la alimentación de los lactantes de 0 a 6 meses asistidos en el centro de salud "La Cruz de Carrasco"

Persona con quién evacuara las dudas	FA	FR %
familiar	18	26.4
vecina	2	2.9
equipo de salud	48	70.5
total	68	100%

El 70.5% de la población evacuara sus dudas con el equipo de salud.

Gráfico N° 12



Fuente: propia

Análisis Bivariado de los datos

Cuadro N° 13

Momento de introducción de la papilla en la alimentación de los lactantes de 0 a 6 meses asistidos en el centro de salud "La Cruz de Carrasco relacionado al nivel de instrucción materno.

Momento de introducción de la papilla	Nivel de instrucción materno			Total
	Primaria	Secundaria	Terciaria Inc.	
Indicación pediatra	11	10	1	22
< 0 = 2 meses	0	1	0	1
2m+1 día a 3 meses	4	3	0	7
3m+1 día a 4 meses	6	10	0	16
4m+1 día a 5 meses	5	5	0	10
5m +1 día a 6 meses	4	7	0	11
> 6 meses	0	1	0	1
Total	30	37	1	68

El 32.4% que aún no a introducido y lo hará cuando lo indique el pediatra, el 50% de estas cursaron solamente la primaria,44,5% secundaria y el restante 4,5% terciaria;

Se destaca que un 52.16% le introdujo la papilla en la alimentación del lactante antes de los 4 meses, dentro de estas el 21.76% curso primaria; y 30.4% secundaria.

Un 45.4% le introdujo entre 4 a los 6 meses, dentro de estas un 19,6% curso primaria, y 26.1% secundaria.

El restante 2,17% lo hará luego de los 6 meses esta madre tienen educación terciaria.

Cuadro N° 14

Alimentación complementaria al pecho en relación a la edad de los lactantes de 0 a 6 meses asistidos en el centro de salud "La Cruz de Carrasco".

Alimentación complementaria al Pecho	Edad del lactante						total
	Menor o= 1mes a 1mes	1mes y 1 día a 2 meses	2 m+1 día a 3 meses	3 meses+1 día a 4 meses	4meses +1 día a 5 meses	5mese s+ 1 día a 6 meses	
Leche	3	1	3	4	5	5	21
Tisana	0	2	0	2	0	1	5
Papilla			1	3	4	4	12
Otros	7	1	4	2	2	2	18
Total	10	4	8	11	11	12	56

*el total difiere de la muestra dado que varios usuarios ingieren más de un alimento complementario al pecho de los 68 usuarias entrevistadas 27 de ellas no incorporan alimentos sólidos a la alimentación de los lactantes, mayoritariamente entre el 1er y 2do mes(considerando el concepto de diversificación alimentaria).

Cuadro N° 15

Momento en que la madre introducirá la papilla en la alimentación del lactante de 0 a 6 meses asistidos en el centro de salud "La Cruz de Carrasco" en relación a la edad del lactante

Momento introducción papilla	Edad del lactante						total
	Menor o igual a 1mes	1mes y 1 día a 2 meses	2 meses y 1 día a 3 meses	3 meses y 1 día a 4 meses	4meses +1 día a 5 meses	5meses+ 1 día a 6 meses	
Indicación pediatra	6	3	9	4	1	0	22
0 a 2 meses	0	0	1	0	0	0	1
2m+1 día a 3 m	4	0	0	0	0	1	6
3m + 1 día a 4 m	5	3	0	3	1	5	16
4 m + 1 día a 5 m	3	1	1	0	3	2	11
5m +1 día a 6m	6	0	2	2	0	1	11
> 6 meses	0	0	0	0	0	0	1
Total	26	8	10	10	5	9	68

1,5% le introducirá la papilla luego de los 6 meses

32,35% le introducirá en la edad de 4 a 6 meses

32,35%, lo hará cuando lo indique el pediatra, quedando un 33,8% que le introducirá la papilla antes de los 4 meses.

resto de la tabulación en anexo N° 4

ANÁLISIS

Los datos analizados fueron recabados en el centro de salud La Cruz de Carrasco, en el período comprendido entre el 20 al 31 de enero, utilizando como instrumento una entrevista (anexo N° A)

La muestra obtenida fue de 68 usuarios, distribuyéndose en un 83 % en población urbana lo cuál no toda pertenece al área de influencia del centro de salud .

De los datos obtenidos se desprende, que la población entrevistada se encuentra mayoritariamente en el rango etario de los 21- a 30 años en un 53% donde la mediana es de 23 años. La población adolescente en un 24.95% y el 21.84% a usuarias mayores a 31 años.

Un 80.9% de tiene como ocupación ama de casa, siendo su estado civil un 60,29% unión libre , le sigue un 20% de madres solteras que conforman familias extensas, con figura paterna móvil o ausente.

En estas familias un 73.52% tienen de 1 a 3 hijos a su cargo, con un ingreso promedio de los hogares, menor a 4 salarios mínimos en un 97% , que no satisfacen las necesidades básicas de los integrantes de las familias.

Con respecto al nivel de instrucción encontramos que un 44% no accedió a la secundaria, mientras que un 11,77% no termino la primaria , lo que condiciona la obtención de trabajo remunerado.

El rango etario predominante de los lactantes, fue entre los 3 meses y 1 día a los 6 meses en un 35.5 % , El 20,5% de los lactantes del estudio están dentro del período etario (4 a 6 meses), momento en el cual se comenzaría con la incorporación de la papilla , independientemente de ser alimentado con leche materna.

De la población total se identifico que un 58.8% de los lactantes tenían una alimentación complementaria al pecho, dentro de esta un 19.5% corresponde a la papilla.

Dentro del 80% de las madres que amamantan a sus hijos el 59% incorporaron la papilla antes del 6 mes.

En resumen:

El momento de introducción de la papilla, por las madres manifestado fue:

1,5% le introducirá la papilla luego de los 6 meses

30.9% le introducirá en la edad de 4 a 6 meses

32%, lo hará cuando lo indique el pediatra, quedando un 35 % que le introducirá la papilla antes de los 4 meses.

La población entrevistada mayoritariamente su edad oxila entre 21- a 30 años, el 80.9% de tiene como ocupación ama de casa, estado civil predominante en un 60,29% unión libre,

El 73.52% manifestó tener de 1 a 3 hijos a su cargo, su ingreso promedio de los hogares, menor a 2 salarios mínimos en un 70.6% , que no satisfacen las necesidades básicas de los integrantes de las familias.

Relativo al nivel de instrucción, un 44% no accedió a la secundaria.

La edad mayoritaria de los lactantes del estudio, es entre los 3 meses y 1 día a los 6 meses en un 35.5 %.

El 70% de las madres entrevistadas aseguraron consultar al equipo de salud ante dudas respecto a la alimentación.

Interpretación de los datos

Las madres entrevistadas más del 50% son jóvenes (de 21- 30 años), el estado civil predominante es unión libre, y luego solteras dando lugar a una conformación de familias extensas y monoparentales, a pesar del fácil acceso a la información que estas familias pueden brindar, el 70% relata consultar al pediatra cuando surjan dudas en la alimentación del lactante.

Su ocupación en un 80% son amas de casa quedando el cuidado de los hijos por parte de ellas.

Más del 73% tienen de 1 a 3 hijos, podemos decir que tienen experiencias anteriores en lo que refiere a la alimentación de los lactantes.

Su ingreso promedio mensual en un 70.6% es menor a 2 salarios mínimo lo que condiciona, en cantidad y calidad de la alimentación de la familia y del lactante .

Con respecto al nivel de instrucción el 56% no supero la primaria, esto refleja la calidad de información que posee la madre es inadecuada ya que los datos obtenidos muestran que un 33.8%, le introduce la papilla antes de los 4 meses y por otro lado un 1,5% luego de los 6 meses, en contraste este porcentaje corresponde a usuarias con nivel de instrucción terciario incompleto; ambos extremos desconocen la repercusión que pueden tener en el proceso salud enfermedad del niño, tanto la introducción precoz como tardía de la papilla.

El 21,4% del total (14 de 68) de los lactantes, se encuentran entre los 4 meses y un día a 6 meses, esta población sería pausable de haber introducido la papilla en su alimentación, solo el 28,04% de este ultimo porcentaje (6 de 14) ya lo introdujo. El 35,3% introdujo la papilla fuera del periodo recomendado para ello (4-6 meses) por las pautas del Ministerio de Salud Pública y el Sociedad Uruguaya de Pediatría; considerando este porcentaje una cifra significativa ya que condiciona directamente el proceso salud enfermedad de los lactantes.

El 62.9% comenzaran en el periodo esperado para ello, dentro de esta cifra están los que lo harán de 4 a 6 meses y los que seguirán la indicación del pediatra tomando en cuenta, los pautas antes mencionadas.

Sería de importancia conocer cuantos de los lactantes que fueron derivados del centro de salud "La Cruz de Carrasco" al segundo nivel, lo hicieron por causas alimentarias (diarreas, alergias, sobrealimentación, etc); de las 690 consultas fuera del control de niños sanos, (ver anexo nº5) que se hicieron en el mes de enero en este centro, de niños de 0 a un año, no se puede establecer si fueron por patologías de orden alimenticio.

El 35% introdujo la papilla antes de los 4 meses, estando expuesto a desarrollar patologías como alergias, diarreas, sobrepeso, bronco espasmos, etc. que pueden determinar su ingreso al segundo nivel de atención.

Conclusiones

El 35% introducirá la papilla antes de los 4 meses , el 30.9% entre los 4 y 6 meses, y 1, 5 % luego de los 6 meses.

El restante 32% lo hará cuando lo indique el pediatra.

Casi el mismo porcentaje que relata comenzar con la papilla cuando lo indique el pediatra, comenzó antes de los 4 meses por decisión propia.

Sugerencias

Resulta imperativo profundizar sobre cuando deben, las madres comenzar con la introducción de la papilla en el lactante, dado el porcentaje que lo hace previo a los 4 meses de edad ,dejando de lado, las pautas del Ministerio de Salud Pública y la Sociedad Uruguaya de Pediatría, que les fueron transmitidas por el equipo de salud.

Sería beneficioso, que el Centro de Salud considere los resultados obtenidos de nuestro estudio para diseñar estrategias que mejoren el nivel de información que poseen las madres que llevan a controlar a sus hijos en dicho lugar, para evitar el inicio precoz (antes de los 4 meses) o tardío (después de los 6 meses) de la diversificación alimentaria, reforzando la calidad de atención del primer nivel de atención.

Las estrategias por nosotros sugeridas son:

- Creación e implementación de un sub-programa dentro del programa del niño (control seguimiento del niño sano, atención de enfermedades prevalentes en la infancia, IRA, EDA, alimentación Inmunizaciones, fomento de la lactancia materna) existentes en los centros materno infantiles que este dirigido a los lactantes de 0 a 6 meses, que abarque específicamente el momento en que es aconsejable para cada niño comenzar con la introducción de la papilla.
- Coordinar con los grupos de estudiantes del Instituto Nacional de Enfermería, cursando los distintos módulos; para que tomen en cuenta este estudio y creen sus propias estrategias, con el fin de generar un cambio de hábito en cuanto a la alimentación del niño y así elevar la calidad de vida de los mismos.
- Socializar las pautas del Ministerio de Salud Pública entre los profesionales y la población en general.
- Divulgación de la información por medio de carteles educativos en el centro de salud, sobre la alimentación del lactante y su influencia, en el crecimiento y desarrollo del mismo.
- A partir de este estudio sería importante realizar un estudio analítico de las causas de la introducción precoz y tardía de la papilla en el lactante.

Evaluación

Podemos evaluar que durante toda la investigación se aplicó la metodología científica, hecho que nos permitió, cumplir con los objetivos planteados.

El plazo para la entrega del informe final se vio retrasado a causa de problemas Económicos y situaciones personales de cada integrante del grupo; pensamos que un grupo de cinco personas es numeroso.

En cuanto a la bibliografía si bien existe información acerca del área problema; no hay información a nivel nacional que refieran al problema fomentando nuestra investigación el conocimiento sobre el mismo.

No se encontraron limitantes en la realización del estudio por parte del equipo de salud, ni de la población entrevistada, notándose una buena receptividad por parte de esta última.

Desde el punto de vista de nuestra profesión consideramos que esta experiencia resultó enriquecedora y contribuyó a nuestro desarrollo, tanto personal como profesional debido a que nuestro estudio generó nuevos conocimientos que favorecen el reconocimiento de enfermería como disciplina científica.

Agradecimientos

- ❖ A la población de estudio, por su gran receptividad ; sin la cuál no se hubiera podido llevar a cabo el mismo.
- ❖ Al Centro de Salud "La Cruz de Carrasco por su autorización para la realización de este estudio, por el espacio y los aportes brindados"
- ❖ Al equipo de salud del Centro por su apoyo incondicional.
- ❖ A nuestra tutora.

Referencias y bibliografía

Actualmente en nuestro país no existe ningún estudio específico sobre, cuando introducir la papilla en la alimentación del lactante.

Buscamos en Internet

-temas de Enfermería <http://www.doyma.es>
ediciones Doyma <http://www.pediafraldia.ci/sabercomer.htm>
Del Dr. Pedro Barreda

-Revista del 2 de febrero 2001 vol 54 nº 2 pagina 145 a 159
artículos sobre: -alimentación del lactante "todo un arte", " la primera papilla",
"cuando empezar ", aportó datos referentes a la modalidad de alimentación desde
hace algún tiempo atrás y cual es el momento más adecuado para empezar.
- "formación de hábitos en los niños P Barreda 27/8/02" habla de la importancia
de tener una alimentación adecuada desde la primera infancia, para prevenir
complicaciones futuras.
- dudas sobre la alimentación ;Pedro Barreda 4/9/02

-Sociedad Uruguaya de Pediatría: se encontró pautas de alimentación del niño
sano, en los 2 primeros años de vida, se extrajo las normas actuales de
alimentación por las cuales se rigen los pediatras el departamento Materno
Infantil de MSP, y el comité de nutrición del SUP(Sociedad Uruguaya de
Pediatría).

Dichas pautas serán usadas como referencia en nuestro estudio.

-BINAME <http://www.biname.edu.uy>
-alimentación del lactante en general

-OPS/OMS www.who.ch
-se encontró trabajos sobre mitos y creencias de la lactancia y crianza.

-SMU www.smu.org.uy

-INE www.ine.gub.uy: no se encontró datos de morbimortalidad en niños de 0 a
6 meses , se utilizo Hospitalización pediátrica. Estudio de la población asistida:
Clínica Pediátrica «A». 1991-1995 *Dras. Ana María Ferrari, Teresa Picón, Gloria
Magnífico, Asist. Soc. María de los Angeles Mascaró*

-MSP <http://www.msp.gub.uy>
se encontraron además muchos trabajos sobre la introducción de los alimentos
sólidos, alimentación y nutrición.

Bibliografía

- Cervera, P alimentación Materno Infantil, Barcelona, Masson, Editorial Medina Ltda., Pag, 111,117.
Periodos de diversificación alimentaria" Beikost" y alimentación tardía.
- Fomon Samuel, Nutrición del lactante Mosby/Doyma, historia de la alimentación y tendencias alimentarias.
- WHALEY & WONG Enfermería pediátrica, 4º edición ,Madrid, Mosby.
- Ramos Galvan, R, Alimentación Normal en Niños y Adolescentes, edición, México, El Manual Moderno,S.A.de C.V. 1985, pag

- Canales, de Alvarado, Pineda Metodología de la Investigación 1º edición 1986 organización Panamericana de la salud, serie PLATEX

- Tesis N° 96 " conocer los alimentos que consumen los niños de 5º año de la escuela Suecia N°16 , durante todo el día de lunes a viernes en la última quincena de l mes de mayo del 200 1 ", autores: Mizraji, G, Rinaldi,A, Romero X, Valdez, D, Montevideo junio 2001.

- Behar, M, Icaza, S , Nutrición, 1º edición , México, Interamericana, 1972 111p.

- Fomon Samuel J, Nutrición Infantil, 2da Edición, México, Interamericana, 1976 379p.

- Jornada de enfermería "principios básicos de nutrición" Montevideo , noviembre de2002

- Alfonso Roca, M T, Alvarez-Dardet, C Enfermería Comunitaria 1, 1 edición Masson, Salvat, 1992

ANEXOS

ANEXOS

1 Protocolo

- A -Entrevista**
- B –Carta de autorización**
- C-Diagrama de Gantt**
- D-Análisis de la población asistida**
- E-Calendario Financiero**

2 Breve aproximación diagnostica del Centro de salud "La Cruz de Carrasco"

3 Pínanilla de consultas del Centro de salud "La Cruz de Carrasco"

4 Tablas y gráfico de datos

PROTOCOLO DE LA INVESTIGACIÓN

"Momento de introducción de la papilla en el lactante de 0 a 6 meses de edad, que se controlan en el centro de salud La Cruz de Carrasco, en el periodo comprendido entre el 20 y el 31 de enero de 2003.

INTRODUCCIÓN

El presente protocolo fue realizado por 4 estudiantes de la licenciatura en enfermería realizando el trabajo de investigación correspondiente al cuarto ciclo 1er modulo de la carrera de Licenciado en Enfermería, plan de estudios 93. Dicho trabajo se llevará a cabo en el Centro de Salud "La Cruz de Carrasco". Centro de Salud de primer nivel de atención con actividades de promoción y protección, perteneciente al sector público de la salud.

El objetivo principal es :

-Conocer cuando se realizara la incorporación de la papilla en la alimentación de los lactantes de 0 a 6 meses, que se controlan en el Centro de Salud "La Cruz de Carrasco .

La metodología de trabajo por nosotros utilizada será: para la obtención de los datos, la creación de una entrevista estructurada semiabierta, que se le realizará a las madres de los lactantes de 0 a 6 meses que son controlados en el Centro de Salud "La Cruz de Carrasco "en el turno de la mañana, de lunes a viernes, en el periodo comprendido entre el 20 al 31 de enero del 2003.

El análisis de los datos se realizará: por medio de tablas de frecuencia para todas las variables, y en gráficos para las mas relevantes para nuestro estudio. Nuestro trabajo será de tipo descriptivo, prospectivo, transversal.

El universo y muestra serán todas las madres que controlen a sus hijos lactantes de 0 a 6 meses en este centro, en el turno de la mañana.

Tipo de muestreo : no probabilística por conveniencia.

Fundamentación:

La necesidad e importancia de la unificación de criterios a la hora de educar a la madre ,sobre la alimentación del lactante, ha surgido luego de ver que la alimentación esta relacionada con: la opinión de la madre tenga de cómo se debe alimentar a los lactantes, con las recomendaciones del pediatra, y el medio socioeconómico y cultural en el cual están insertos.

Dado que no hemos encontrado otros estudios anteriores de nuestro medio sobre el tema , nos sentimos más interesados en la realización del estudio.

Encontramos estudios que se referían a la introducción de los alimentos sólidos, no específicamente la introducción de la papilla en los lactantes.

Elegimos este problema por considerar:

Importante la realización del estudio ya que contribuye a nuestra labor como futuros profesionales.

La enfermera es el profesional de salud, que participa en la educación sanitaria de la población, donde esta se encuentra inserta, con el fin de conseguir que esta tenga la capacidad de controlar, mejorar y tomar decisiones con respecto a su proceso salud- enfermedad. Identifica en conjunto con la población las necesidades intereses y problemas que surgen en la vida cotidiana; por medio del intercambio en el mutuo conocimiento y respeto surgen las soluciones a dichos problemas.

La motivación para la elección del área problema fue por varias observaciones de la población que nos rodea a diario (familiares, compañeros de labor, etc) generando nuestro interés ya sea por la diversidad de criterios y opiniones referentes al tema, y la no existencia de una investigación específica que trate sobre cuando se debe introducir la papilla en la alimentación del lactante, y a su vez haya sido difundido a la población.

Creemos factible, la realización de nuestro trabajo, pues se cuenta con el acceso a la población de estudio, el equipo de salud del servicio y los estudiantes necesarios para llevarlo a cabo.

Es viable y accesible porque se cuenta con los recursos tanto humanos, materiales, financieros y bases teóricas para implementarlo.

El crecimiento y desarrollo de los lactantes se ve condicionado directamente por la alimentación que este recibe: dado que, tanto; la introducción temprana o tardía de determinados alimentos influye en su proceso salud enfermedad.

Existe una normativa descrita por el Ministerio de Salud Pública de nuestro país, que dice que el momento oportuno para la introducción de alimentos sólidos en el lactante sano es a los 6 meses de vida.

Hemos notado una diversidad de criterios de los pediatras, de cuando comenzar la introducción de alimentos sólidos, nuestro conocimiento de la existencia de dicha diversidad, fue extraído de nuestro diario vivir y de la experiencia como estudiantes en el trabajo conjunto con estos profesionales, en ámbitos formales como informales.

Dado que es la madre quien alimentara al lactante creemos positivo conocer, cuando considera que debe comenzar a introducir la papilla (como primer alimento sólido) en la alimentación del lactante.

Creemos este estudio será valioso para el personal de salud como base para otros estudios o acciones a implementar para prever situaciones que condicionen la salud de los niños.

Con la implementación de éste proyecto, se espera lograr elevar la calidad de vida del usuario, elevar la calidad de atención de enfermería y lograr un impacto en el servicio que exponga la importancia de la unificación de criterios y el trabajo en equipo para la obtención de óptimos resultados.

Se procurará también demostrar la importancia de la Licenciada en enfermería como educadora para la salud.

PLANTEO DEL PROBLEMA:

Conocer cuando las madres incorporan la papilla en la alimentación del lactante de 0 a 6 meses, que se controlan en el Centro de Salud "La Cruz de Carrasco en el periodo comprendido entre el 20 y el 31 de enero de 2003.

OBJETIVOS

Objetivo General:

-Conocer cuando las madres introdujeron o introducirán la papilla en la alimentación del lactante, que se controlan en el Centro de Salud de La Cruz de Carrasco en el periodo comprendido entre el 20 y el 31 de enero de 2003

Objetivos Específicos:

- Describir características de la población estudiada.
- Identificar el tiempo de vida de los lactantes al incorporar la papilla a su alimentación.
- Identificar a quién consulta la madre en caso de dudas, sobre la introducción de alimentos en la dieta del lactante.

MARCO CONCEPTUAL

La población seleccionada para la investigación fueron las madres y los lactantes de 0 a 6 meses, entendiendo como lactante aquel niño que se encuentra en los primeros doce meses de vida extrauterina, en que es capaz de asumir la postura erecta; algunos autores extienden este periodo hasta los 24 meses de vida.

Características del lactante de 0 a 6 meses de vida:

El crecimiento físico es uno de los valores de este proceso extremadamente complejo, que se valora mediante ciertas medidas antropométricas como son el peso, la talla, el perímetro craneal y desarrollo de varios órganos y tejidos, que no siempre tiene el mismo ritmo de crecimiento.

Con respecto al desarrollo biológico se dan cambios tan espectaculares como no se darán en ningún otro momento de la vida, se da una maduración progresiva y un desarrollo de las habilidades que le permite al lactante una adaptación al entorno.

Los lactantes nacen con las capacidades básicas para la supervivencia extrauterina, la respiración, la termorregulación y la digestión, sin embargo no pueden sobrevivir sin alguien que les atienda en sus necesidades esenciales como el alimento, el calor y la seguridad. Además de la satisfacción de estas necesidades básicas, tienen algunas tareas que cumplir por sí mismos durante el primer año de vida, el grado de cumplimiento dependerá en gran parte del modo en que los demás les atiendan.

Y también dependerá la calidad de vida dada por la satisfacción de las necesidades humanas, principalmente, afecto, protección, entendimiento, participación, ocio, creación identidad, libertad y alimentación.

Las necesidades humanas básicas no satisfechas adecuadamente revelan una pobreza humana, y esto da lugar al surgimiento de patologías.

El objetivo en nutrición infantil es apuntar a cubrir las necesidades de acuerdo con el ritmo de crecimiento, asegurar el mantenimiento del cuerpo y evitar tanto las carencias como los excesos.

Según Ramos Galván, la nutrición " es un conjunto de funciones armónicas y coordinadas entre sí que tiene lugar en todas y cada una de las células del organismo y de las cuáles depende la composición corporal , la salud y la vida misma".

Clasificación de los nutrientes de acuerdo a su función más importante:

- A- energéticos, funciones orgánicas: carbohidratos, grasas y proteínas.
- B- Estructurales, constituyentes de tejidos: agua, minerales, y proteínas
- C- Reguladores de los procesos metabólicos del organismo: vitaminas, agua, minerales y proteínas.

El alimento como agente de satisfacción de la necesidad de comer:

A lo largo de la historia hemos variado la forma de comer, en tiempos difíciles podíamos comer cualquier alimento que tuviésemos presente, hoy en día no es así y somos selectivos a la hora de alimentarnos; los alimentos provienen de los reinos animal, vegetal, y mineral, algunos se ingieren de la misma forma que son extraídos, mientras otros provienen del procesamiento de distintas partes de vegetales. Del reino animal, se obtienen principalmente, la carne la leche, los huevos, del reino mineral se extrae el agua y la sal.

El alimento como estímulo psicofísico

Las características físicas de los alimentos impresionan los sentidos , el ser humano tiene una imagen del alimento y lo reconoce por su olor, sabor, consistencia, temperatura, forma y apariencia.

A veces es necesario modificar alguna de estas características para ser ingeridos.

Cada una de estas propiedades físicas de los alimentos es captada por uno de los sentidos y constituyen estímulos que permiten al individuo formarse una imagen propia de cada alimento, adquiriendo un conocimiento del mismo que evoca cada vez que vuelve a advertir el alimento y es de gran influencia cuando se trata de alimentar a un niño.

El alimento como estímulo emocional:

Asociado a la sensación física que produce el alimento, se encuentra, casi siempre, un recuerdo de una experiencia del mismo que puede haber sido agradable o desagradable. Esta experiencia incluye no solo al alimento mismo sino a la situación que los rodeaba en ese momento.

Hay alimentos que se rechazan por un factor cultural, por creencias, por aquello de que el niño gordito es señal de buena alimentación, por razones religiosas, o por factores psicológicos , para no engordar, por sumisión, por obediencia, por imitación, por deseos de pertenencia a un grupo, por costumbre.

El alimento como integrador social:

La vida en común puede acentuar, disminuir, o contribuir a intensificar el papel del alimento como estímulo emocional. Generalmente, la actitud de rechazo o aceptación de algún alimento en un niño es por imitación de las actitudes de sus padres; pero la relación del alimento con el grupo social, depende de cada familia, grupo religioso, o étnico que comparten formas de vida que lo identifican.

La forma que el individuo, satisface la necesidad de sentirse miembro de un grupo, es compartiendo las costumbres relacionadas con la selección, forma de preparación, o incorporación de nuevos alimentos.

Es importante conocer los distintos significados que tiene el alimento para las personas y necesario, además, aprender que para cada cultura, los hábitos son diferentes.

El alimento como vehículo de sustancias nutritivas

De acuerdo con su contenido en sustancias nutritivas, los alimentos se clasifican según las que más abundan en él, después del agua, y así se denominan alimentos ricos en carbohidratos, proteínas, grasas, calcio, hierro, y vitaminas, A; D y C.

Es de importancia saber cuanta cantidad trae cada alimento de la sustancia nutritiva, para cubrir las necesidades del organismo.

Clasificación de los alimentos: el objetivo de clasificar los alimentos es para lograr una buena nutrición, en Latinoamérica se presenta una dificultad por el hecho de existir en la región grandes diferencias culturales y enorme variabilidad en el índice de alfabetismo de los distintos grupos de población.

Evolución de la alimentación

En el primer año de vida se distingue un periodo de la alimentación en el que la leche constituye el elemento nutricional esencial y único; esta fase se denomina periodo lácteo.

Posteriormente se observa un periodo de diversificación progresiva de la alimentación tradicionalmente denominado Beikost.

Se denomina Beikost a todos los alimentos distintos de la leche materna o de fórmula, (Anderson y Fomon), periodo en el que se irán introduciendo prudentemente otros alimentos, con el fin de cubrir las necesidades nutritivas crecientes del niño, para llegar al año, conociendo los alimentos básicos y los gustos fundamentales y hacia los 18 a 24 meses conseguir una alimentación completamente variada, equilibrada y suficiente.

Periodo lácteo: los requerimientos nutritivos del niño alimentado a pecho son satisfechos dado que el aporte energético y nutricional es adecuado. Los alimentados a biberón también cubren estas necesidades siempre que la fórmula sea satisfactoria y la alimentación se efectúe correctamente.

La leche materna puede cubrir las necesidades del RN desde el momento del nacimiento, hasta los 4 a 6 meses.

El niño criado artificialmente debe completar la alimentación temprana con zumo de algún cítrico, por que las leches de fórmula no cubren

suficientemente las necesidades de vitamina C y en cuanto al hierro se sabe que el niño nace con reservas para atender la demanda hasta los 4-6 meses.

Ventajas de la lactancia materna:

El calostro facilita el establecimiento de la flora intestinal, esta protege al niño de la proliferación de gérmenes patógenos y por tanto del desarrollo de infecciones, la cantidad y calidad de las proteínas y aminoácidos cubren perfectamente las necesidades nutritivas del bebé.

La leche materna contiene enzimas como la lipasa que facilita la digestión de las grasas, las concentraciones de sodio y potasio, son débiles y no sobrecargan el trabajo renal, al ser las concentraciones adecuadas y al ajustarse las cantidades de leche tomada por el bebé a su apetito, no hay riesgo de sobrealimentación.

Gracias al trabajo de succión de la mama, el recién nacido, desarrolla la musculatura de su boca. Muchos factores humorales celulares, y biológicos, ofrecen una gran protección anti-infecciosa y anti-alérgica; también permite el refuerzo afectivo disminuyendo la inseguridad que produce al bebé la salida del claustro materno a un medio que al principio le es hostil.

Aporta experiencias gustativas olfativas y táctiles en definitiva, colabora con el descubrimiento sensorial y disminuye la mortalidad infantil.

Período de diversificación alimentaria:

En esta etapa se introducen paulatinamente otros alimentos diferentes a la leche. Tradicionalmente este tipo de alimentación se denomina Beikost.

El inicio del Beikost a variado con el paso del tiempo; de no hacerlo hasta el año, se pasó a hacerlo a los 2 meses. El momento adecuado es discutido y está muy condicionado por la disponibilidad alimentaria por factores socioculturales como las modas.

Los alimentos se introducirán progresivamente, para lograr una alimentación equilibrada.

Casi nunca esta justificada realizar esta introducción antes de los tres meses y tampoco es aconsejable mucho más allá del sexto mes, por que la no diversificación es motivo frecuente de anorexia, o pérdida de apetito, al mismo tiempo que se desaprovecha una época muy válida para la educación del gusto y la educación alimentaria en general.

Necesidades alimenticias del lactante de 0 a 6 meses

Una de las funciones más importantes que desempeñan la enfermera en la prevención de la desnutrición infantil, es la de enseñar a las madres la forma correcta de alimentar al niño pequeño.

De los conocimientos que imparta la enfermera a la madre, depende en gran medida la salud del niño, desarrollando hábitos alimenticios saludables que conservará durante toda su vida.

En la educación alimentaria del niño, es necesario, tomar en cuenta varios aspectos importantes: la introducción de los alimentos en la dieta del niño debe ser temprana y gradual; esto le permite acostumbrar el paladar a los distintos sabores y facilita el consumo de una alimentación balanceada.

Las diferentes formas de preparación deben ser presentadas en forma gradual y ordenada, permitiendo al niño conocer distintas consistencias (líquidos, blandos, semisólidos, sólidos), sabores, (dulce, ácido, salado), olor, colores y temperatura.

Durante los primeros meses de vida el niño debe sentir agrado por la alimentación que recibe y poder compartir con los mayores las horas de las comidas, favoreciendo el vínculo familiar.

-Los alimentos sólidos no son compatibles con las necesidades nutricionales del lactante, si se dan tempranamente, estamos exponiendo a estos niños a antígenos alimentarios que pueden llegar a producir reacciones alérgicas a las proteínas de los alimentos.

Los procesos digestivos son inmaduros, especialmente las enzimas intestinales, necesarias para la digestión de la mayoría de los alimentos sólidos, estas no se encuentran presentes hasta el cuarto mes de la vida.

La introducción de sólidos antes de los 4 a 6 meses no es recomendable ya que resulta un tipo de alimentación forzada, pudiendo producir diarrea y sobrepeso.

No existiendo beneficio en la introducción de alimentación semisólida en etapas tempranas, cuando aún está presente el reflejo de extrusión y desde el punto de vista del desarrollo neuromuscular el sostén cefálico y la capacidad de erguir el tronco se están consolidando y en cuanto a la oferta excesiva de alimentos a edades tempranas puede contribuir a la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles de la edad adulta (obesidad, hipertensión, diabetes) en individuos genéticamente predispuestos.

La introducción de los alimentos sólidos en los 4, 5, 6 meses.

4 Meses: Hasta este momento, ni los sistemas nervioso y digestivo del bebé, estaban maduros para otros alimentos que no fueran la leche. Pero a partir de ahora, el pediatra podría aconsejar introducir la papilla de fruta en su alimentación.

5 Meses: El bebé ya es capaz de mantener la cabeza erguida y además, sabe aceptar y rechazar alimentos. Algunos niños comienzan con las papillas de cereales sin gluten, ya que si el pequeño tuviera intolerancia a esta sustancia, se podría desencadenar una enfermedad seria, la celíaca.

6 Meses: Si el pediatra no la ha recomendado antes, el niño probará la papilla de frutas. Y también papilla de verduras (pure de zanahoria, zapallo y papa).

Algunos pequeños tardan unos días en aceptar la novedad, pero poco a poco, comienzan a encontrarle el gusto.

-Sí el bebé está alimentado con mamadera, es aconsejable empezar con los semisólidos al quinto mes de vida.

Cuando la lactancia materna continúa satisfactoriamente, se puede esperar hasta el sexto mes. Hoy se posterga ese inicio hasta el sexto mes, debido a que en esta edad el bebé se encuentra psicológica y neurológicamente más preparado para aceptar el cambio.

Pautas del MSP

Según el comité de nutrición de la SUP (sociedad uruguaya de pediatría) con el auspicio del departamento de nutrición y del departamento materno-infantil del MSP y las cátedras A B C de la facultad de medicina han acordado, las pautas de alimentación del niño sano en el primer año de vida; recomendando: *la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida como alimento ideal del lactante.*

-necesidades de energía: es aquella que permite una adecuada actividad física y un adecuado crecimiento normal. La leche materna aporta 670 Kcal./ l. Y si se alimenta con fórmula debe aportar entre 680 y 750 Kcal / l.

-necesidades de proteínas: están aportadas por la leche materna y permiten una ganancia adecuada de peso y talla, luego del sexto mes, 50% de estas deben ser de origen animal.

-necesidades de grasa: aportan energía, la leche materna aporta entre un 40 y 60 %, la leche descremada es inadecuada para el lactante, la leche de fórmula debe tener entre 65 y 75% de concentración de calorías por 100 ml.

-necesidades de carbohidratos: durante los 3 primeros meses de vida no hay buena capacidad para digerir almidones y carbohidratos complejos por lo que la dieta debe contener cantidades adecuadas de azúcares simples.

-vitaminas: el aporte de vit D debe ser diario en los meses de sol escaso; en los niños de raza negra y prematuros deben administrarse durante todo el año.

La recomendación actual es de 320 UI día., no se recomienda suplementar con vit C dado que la leche materna o de fórmula cubren las necesidades de 20 mg día., además desde que reciben sulfato ferroso, tiene una fuente extra de vitamina C, porque los compuestos de este mineral están asociados comercialmente con vit C

-minerales: un niño sano y alimentado a pecho directo exclusivo no necesita de la suplementación de minerales durante los primeros 6 meses de vida, si es alimentado a pecho exclusivo debe complementarse con hierro a partir del 4 mes.

Alimentos a aportar: se considera que el alimento ideal para el lactante durante el primer año de vida es la leche materna y el pecho exclusivo hasta el sexto mes, no existe un plazo para la finalización de la lactancia en general se recomienda el reemplazo gradual de la leche materna por la vacuna, si no pudiera ser alimentado con pecho el lactante debe recibir leche de fórmula enriquecidas con vitaminas y minerales, y cuando no pueda recibir esta, debe recibir leche de vaca modificada en forma artesanal.

La introducción de la alimentación complementaria se realizara luego del 4 mes de vida, o el 6 mes si es alimentado a pecho directo.

Definición de papilla: se considera papilla al puré de frutas (manzana y banana) o verduras (zapallo, papa y zanahoria).

Hábitos :

El término hábito alimenticio expresa un conjunto de costumbres que determinan el comportamiento del hombre en relación con los alimentos.

Incluye desde la manera en que el hombre se acostumbra seleccionar, preparar y servir los alimentos a las personas cuya alimentación esta en sus manos.

Factores condicionantes:

Hay una gran diversidad de factores que condicionan la alimentación de los seres humanos, como pueden ser el entorno familiar, el clima, el tipo de sociedad, la cultura, la religión, etc. Desde su nacimiento, el bebé adquiere unos hábitos alimentarios que lo marcarán para el resto de su vida.

Es muy importante recordar que una buena alimentación es necesaria para un buen crecimiento y también que una buena alimentación es la primera medicina preventiva.

"Deja que el alimento sea tu propia medicina"

Hipócrates 480 años AC(extraído de jornada de enfermería sobre alimentación)

¿Cuándo empiezan los hábitos alimentarios?

Lo cierto es que los hábitos alimentarios se inician con la primera ingesta de la leche materna o preparada que toma el bebé. La madre procura acostumbrarle a sus tomas en unas horas determinadas, siguiendo un criterio propio o del pediatra. A medida que el niño va creciendo, estos hábitos adquieren una base más sólida.

¿Qué es la educación de los hábitos?

Es importante que el niño reciba una educación de estos hábitos, para que cuando se introduzca en la alimentación adulta pueda comer bien y equilibradamente. Por esta razón, la educación del entorno es fundamental. Esto significa que si la dieta de los adultos es variada y equilibrada, lo más seguro es que la del niño también lo será. Si por el contrario cada persona come por su cuenta o la compra de alimentos pre cocinados es habitual, difícilmente el niño llegará a tener una dieta equilibrada.

Está comprobado que cuando se cocina en casa los niños acaban prefiriendo una amplia variedad de alimentos.

Enfermería comunitaria:

Puede considerarse como una forma alternativa de trabajo con la población, que se caracteriza por la aplicación de los conocimientos de la Enfermería y de la Salud Pública, con el fin de aumentar el nivel de salud de la población mediante la participación de esta y dentro de un equipo multidisciplinario de salud.

Para M.V.Antón " la enfermera de atención primaria es aquella que conoce las necesidades de cuidado de salud de la población, posee los conocimientos científicos, la habilidades técnicas y la actitud apropiada para proporcionar a individuos aislados, en familia o en otros colectivos allá donde viven, trabajan , o donde se relacionan, o en los centros sanitarios cuando fuere preciso. Desde una concepción de la Enfermera como miembro de un equipo interprofesional, que trabaja en coordinación con otras instituciones y que este abierta a la participación comunitaria."

El objetivo de la Enfermería Comunitaria es mantener y mejorar el nivel de salud, fomentando los recursos de los individuos, grupos y comunidad, así

como sus habilidades para hacer frente a una situación de deterioro de su salud.

La actuación profesional estará encaminada a

1- prestar cuidado de enfermería a la comunidad.

2-participar junto con el equipo de salud en las actividades de promoción, prevención , educación, asistencia y readaptación de la salud, necesarias a los individuos o grupos de la comunidad.

3-promover la participación de los individuos y grupos en una comunidad en todo aquello que concierne a su salud.

4-coordinar , supervisar, o administrar una parte o el conjunto de estas actividades dependiendo de la situación.

5-desarrollar investigaciones en el campo de la enfermería comunitaria y participar en las de índole multidisciplinario.

Equipo multidisciplinario: lo podríamos definir como la participación conjunta de profesionales de diversas disciplinas en la elaboración de objetivos y planes; con distribución de las funciones y responsabilidades, la ejecución y la evaluación de las tareas.

Esta colaboración es enriquecedora, ya que observa la realidad desde diferentes aspectos; ello permite una atención global e integrada.

Es el equipo de forma conjunta el que decide cual será el papel y las responsabilidades de cada miembro en la resolución de cada problema, teniendo como premisa el respeto a la autonomía personal y de funciones, así como un concepto igualitario de la aportación.

La educación para la salud es un proceso ideal por medio del cuál los individuos o grupos de personas aprenden a fomentar, proteger o restablecer la salud.

Consideramos importante conocer las opiniones que las madres tengan con respecto a la alimentación de sus hijos, específicamente de cuando introducir la papilla . Sabemos que la primera alimentación influirá en la calidad de vida futura del niño, y considerando la amplitud de criterios de los pediatras, esto puede crear inseguridad a la madre quien por un lado tendrá lo que dice el profesional y por otro lo que cree sus antecesoras, o lo que se piensa en su medio en el cual esta inserta; sumado al factor socioeconómico que de algún modo pautara el tipo de alimentación que el niño reciba.

-Con la realización de nuestra investigación conociendo cuando introducirá la papilla en la alimentación del lactante, conjuntamente con la socialización de los resultados y nuestras propuestas daremos el puntapié inicial, para que el equipo de salud del servicio, planifique las acciones que crean necesarias, para corregir los aspectos negativos que estas creencias tengan sobre la alimentación del niño.

VARIABLES

Definición conceptual y operativa de las variables a utilizar

Edad materna: tiempo en años de vida de un individuo desde su nacimiento hasta el momento actual.

Se operacionaliza la edad en años cumplidos, agrupándolas en los siguientes intervalos:

15-20
21-25
26-30
31-35.
36 y más

Estado Civil: condición que manifiesta en individuo, con respecto a su situación de pareja.

Se operacionaliza en casada, soltera, divorciada, unión libre.

Ocupación: tarea que cumple el individuo , y con la cuál se identifica pudiendo o no, ser la fuente de su sustento. Dándonos una aproximación de su situación socio-económica.

Se operacionalizará según datos obtenidos.

Procedencia: se refiere al lugar donde vive la madre y el niño actualmente.

Se operacionaliza en urbana y suburbana.

Ingreso : se refiere al dinero con que cuenta la familia para el sustento.

se operacionaliza en salarios mínimos:

Nivel de instrucción: es el grado de escolarización alcanzado por el individuo, según el sistema educativo establecido en el país; es de fundamental importancia su conocimiento para la adecuación del lenguaje que facilite la comunicación con el usuario, y también la información que posee.

Se operacionaliza en sin educación formal, Primaria, Secundaria y Terciaria, tanto completa como incompleta.

Nº de hijos: cantidad de hijos manifestados.

Se operacionaliza luego de recabar los datos.

Edad del lactante: tiempo en días de vida de un individuo desde su nacimiento hasta el momento actual.

Se operacionaliza la edad en días cumplidos, luego de recabados los datos.

Amamantamiento (Pecho directo): acto por el cual se alimenta al niño con leche materna.

Se operacionaliza en SI NO .

Hasta cuando: tiempo hasta cuando se alimenta con pecho directo

Se operacionalizará luego de recabados los datos.

Alimentación complementaria al pecho: se refiere a todo aquel alimento que se le otorgue al niño además del pecho directo sea o no indicado por el pediatra
Se operacionaliza en SI NO

Cuales : se refiere a cualquier alimento distinto del pecho.

Se operacionaliza en –leches

- Tisanas
- papilla
- otro

Momento de incorporación de la papilla: se refiere al momento en el que se introdujo o se introducirá la papilla a su hijo. Se operacionalizará luego de recabado los datos.

Evacuación de dudas sobre la introducción de los alimentos: hace referencia a quien consulta la madre para evacuar sus dudas sobre la alimentación de su hijo.

Se operacionaliza en :

- familiar
- vecina
- equipo de salud(Pediatra, nutricionista, Lic en Enfermería)

DISEÑO METODOLOGICO

Nuestro trabajo será de tipo descriptivo, prospectivo, transversal.

El universo y muestra, será todas las madres que controlen a sus hijos lactantes de 0 a 6 meses en este centro en el turno de la mañana.

Se desconoce el numero de niños(de 0 a 6 meses) que se asisten en el centro y que conforman nuestro universo dado que el centro no cuenta con estos datos en su sistema de registro.

Tipo de muestreo : no probabilística por conveniencia.

Se implementará una entrevista estructurada, semiabierta, con un formulario como instrumento de recolección de datos,(ver anexo nº A).

Sus objetivos son :

- recolectar datos sobre la muestra en estudio
- garantizar la uniformidad de los datos obtenidos
- conocer cuando introdujo o introducirá la madre la papilla en la alimentación del lactante.

La recopilación de la información se efectuara a partir de la utilización de la entrevista la cuál se realizara por los estudiantes del grupo.

La ejecución se llevara acabo desde el 20 al 31de enero del 2003, aplicándose el instrumento a todas las madres que lleven sus hijos de 0 a 6 meses de edad, a controlarse en el Centro de Salud "La Cruz de Carrasco en el turno mañana ; en la sala de espera de dicho centro y colaboren en forma voluntaria.

El instrumento consta de dos partes una que contiene preguntas acerca de los datos filiatorios y luego la segunda parte conteniendo preguntas relacionadas a la alimentación de los lactantes.

Consta de preguntas cerradas y semiabiertas.

Especificación de las actividades planificadas

- Solicitar ante las autoridades correspondientes la autorización para llevar a cabo dicho proyecto y presentación de la propuesta al personal del centro con el fin de solicitar su colaboración para la realización del proyecto(ver anexo B).
- Breve aproximación diagnóstica del centro.
- Ejecución del proyecto, aplicar el instrumento para recabar datos.
- Posterior a la recolección de datos se realizara el tratamiento estadístico de las variables por medio de tablas de frecuencia absoluta y relativa, así como representación grafica de las mismas.
- Análisis y conclusiones del proyecto.
- Elaboración del informe final.
- Devolución de los resultados del proyecto, así como una copia del mismo a la institución donde se realizo el estudio.
- Se obtendrán datos de los registros del propio centro , con el fin de ahondar en el conocimiento de la población.

-PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Se analizarán los datos obtenidos mediante tablas de frecuencia absoluta y porcentual, se representarán todas las variables de nuestro estudio en las tablas de frecuencia, y algunas de estas en tablas bivariadas. Se graficaran las más representativas.

PLAN DE TRABAJO

El tiempo estimado para la realización del proyecto de investigación será de tres meses, contando desde el comienzo de la elaboración del proyecto, se utilizaran 2 semanas para la recolección de los datos, una semana para el análisis de los datos y una semana para la elaboración del informe final.

Las restantes actividades están descritas en el calendario de actividades anexo C.

Recursos:

- Recursos Humanos : 4 estudiantes de licenciatura enfermería realizando el proyecto de investigación , todos los cuales se encargaran de realizar las entrevistas a las usuarias.

-Recursos Materiales:

Papelería: serán aportados por los estudiantes

Dichos recursos han sido planificados de acuerdo a los recursos existentes en el servicio, serán aportados por la institución (Espacio físico , mesa, sillas).

-Recursos Financieros:

Aportado por los estudiantes

Calendario financiero: ver anexo E

ANEXOS

A-Entrevista

B-Carta de autorización

C-Diagrama de Gantt

D-Análisis de la población asistida

E- Calendario financiero

ANEXO B

Montevideo 2 de enero de 2003

A quien corresponda:

Nos dirigimos a usted, con el fin de solicitar autorización para la realización de un proyecto de investigación en el centro de salud "La Cruz de Carrasco". Somos un grupo de estudiantes de Licenciatura en Enfermería realizando el trabajo de investigación, correspondiente al cuarto ciclo 1er modulo de la carrera de Licenciado en Enfermería, plan de estudios 93. Esperando su respuesta favorable, saludan a usted atentamente,
Estudiantes de licenciatura en Enfermería:

Mariela Ocampo
Roxana Giornes
Rossana Di Caterina
Mariana Lemes

ANEXO C

Actividades	13 de enero	16, 17 de enero	20,21,22,23,24 de enero	27,28,29,30,31 de enero	febrero	marzo	abril
Solicitar autorización y presentación de la propuesta *							
Aproximación Diagnostica del centro	** *						
Aplicación del instrumento			***** ↑	***** ↑			
Tratamiento estadístico y análisis de la información					↑		
Elaboración del informe final						↑	
Presentar el informe							*

Hospitalización pediátrica. Estudio de la población asistida: Clínica Pediátrica «A». 1991-1995

*Dras. Ana María Ferrari, Teresa Picón, Gloria Magnifico, Asist. Soc. María de los
Angeles Mascaró*

Resumen

Con el propósito de contribuir a reformular el rol del hospital como parte integrante de la red de servicios de atención pediátrica en Uruguay se realizó un estudio en la Clínica Pediátrica «A» del Centro Hospitalario Pereira-Rossell, que abarcó el quinquenio 1991-1995. Se analizaron algunas características de la población asistida, se identificaron las enfermedades más frecuentes que motivaron la internación y se evaluó la producción y el rendimiento del servicio. Como fuente de datos se utilizaron los formularios de epicrisis.

De los 8.478 egresos, 47% eran menores de 1 año. Se detectaron fallas en el primer nivel de atención: fracaso de la lactancia natural, alteraciones nutricionales, mala cobertura de vacunación, más evidentes en los menores de 2 años. Como causa de hospitalización las enfermedades respiratorias ocuparon el primer lugar en todas las edades, destacándose la problemática psico-social como segunda causa en los adolescentes.

La duración de la estadía, el porcentaje ocupacional y el giro cama, no se apartaron de los estándares de referencia.

Se concluye que es prioritario fortalecer el Programa Materno-Infantil en el primer nivel. Se proponen modificaciones del modelo de asistencia hospitalaria que permitan satisfacer en forma más adecuada la demanda y lograr una mayor eficiencia del proceso de atención. Se destaca la importancia de continuar y profundizar este tipo de investigaciones.

Palabras clave: Servicios de Hospitales
Pediatria
Uruguay

«... En algunos sectores se ha pensado que el énfasis en la atención primaria como estrategia fundamental de la meta «salud para todos» excluye los niveles de atención secundario y terciario. Se ha concluido, equivocadamente, que existe una contradicción entre las tecnologías simples y las más complejas, y a menudo se confunde tecnología apropiada con tecnología simplificada. Es indispensable rectificar este malentendido. En su significado organizacional, los distintos niveles de complejidad forman la entidad indivisible de un sistema bien equilibrado. La falta de entendimiento de esa integridad es un factor, que agravado por la crisis económica, ha llevado en los últimos años a un extraordinario deterioro de las condiciones de la red hospitalaria en la mayoría de los países de América Latina...»

«... Los hospitales tienen una función cardinal que cumplir en apoyo de los sistemas locales de salud conforme a los principios de la atención primaria y esta función no puede limitarse a la recepción de pacientes remitidos. Constituyen la mayor concentración de recursos materiales, financieros, científicos y técnicos dentro de los sistemas de salud. En consecuencia, al

reorientar los servicios, es imprescindible incorporar plenamente los hospitales en el quehacer de todo el sistema de salud e invertir esfuerzos en su habilitación, en particular en su perfeccionamiento gerencial. Cada hospital debe transformarse en un foco de apoyo administrativo, técnico y logístico, que forme el recurso humano exponiéndolo al proceso social de la salud y a una educación continua en el servicio que promueva una investigación arraigada en la vida comunitaria para la solución de problemas concretos, y que irradie información y conocimientos no solo a todo el sistema de salud, sino a la población que sirve...»
Carlyle Guerra de Macedo
(Bol Of Sanit Panamá 1987; 102(4))

Introducción

La atención médica se entiende como el conjunto de las actividades técnicas que armónicamente integradas se realizan en los servicios de salud o en el propio seno de la comunidad con el objetivo de mantener o mejorar el estado de salud de una población, así como atender a sus problemas de enfermedad (1).

El proceso de atención médica analizado con enfoque sistémico se inicia en la identificación de las necesidades biológicas y sociales de la población, a las que se debe dar respuesta en forma integral mediante acciones de promoción y prevención, de recuperación y rehabilitación de la salud.

Los sistemas de salud a través de los cuales se realiza la atención médica enfrentan actualmente diversos problemas. Algunos están vinculados a dificultades en la accesibilidad de la población a los servicios, a la selección de la tecnología más apropiada a sus necesidades de salud y a los altos costos de la atención en general, a lo que se suma la falta de participación de las comunidades en la toma de decisiones. Estos factores, entre otros, señalan la urgente necesidad de lograr la reorientación y reorganización de los servicios existentes (2).

En este marco, el hospital está llamado también a reorientar y redefinir su nuevo «rol» en la organización sanitaria. Se espera en este sentido que a partir del conocimiento de las necesidades de salud más frecuentes y trascendentes de su población, desarrolle una función guía en la adopción de decisiones orientadas a promover factores y hábitos beneficiosos para la salud, recomendando la instalación y utilización de aquellos servicios considerados más adecuados para su satisfacción (3a,3b).

Visto en esta nueva dimensión, el hospital se considera «abierto» a su comunidad, cuyas necesidades básicas debe identificar y comprender a efectos de poder adecuar su estructura y funcionamiento.

Para poder alcanzar este objetivo resulta imprescindible contar con información proveniente de investigaciones realizadas por los propios servicios en cuanto a, por ejemplo, características de la demanda asistida, recursos disponibles, organización y funcionamiento de los mismos, fortalezas y debilidades del sistema actual.

El desarrollo de la investigación técnico-administrativa en dicho ámbito servirá de soporte indiscutible al proceso administrativo en general, y en particular a la toma de decisiones. En la faz docente estas investigaciones contribuirán, en el marco de la multifactorialidad del proceso salud-enfermedad, a promover el trabajo en equipo, y aportarán experiencias orientadas al desarrollo de la promoción, prevención y rehabilitación de la salud y no solamente vinculadas a los aspectos curativos.

Teniendo en cuenta la importancia de este tipo de investigaciones para la planificación de la atención pediátrica, se desarrolla el presente estudio en la Clínica Pediátrica «A» del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), que brinda atención de internación a población usuaria del Ministerio de Salud Pública- Administración de los Servicios de Salud del Estado (MSP-ASSE).

Como problemas de estudio se plantean, por un lado, la caracterización de la demanda pediátrica asistida en el Servicio en un período de cinco años y, por otro, la evaluación de algunos parámetros de funcionamiento, en particular del proceso y resultados de la atención. Con los resultados encontrados se espera contribuir al conocimiento de las necesidades de salud prioritarias de la población pediátrica más vulnerable de nuestro país, así como a la elaboración de programas de atención específicos, no sólo a nivel hospitalario, sino en particular en el nivel primario de atención. En este nivel las acciones de prevención y la ~~detección precoz~~ de los problemas podrían evitar la aparición o progresión de enfermedades

que requieran servicios de internación, en los que se expone al niño a nuevos riesgos y que incrementan sustancialmente los costos sociales.

Marco de referencia

La población de Uruguay estimada para el quinquenio 1990-1995 es de 3.100.000 habitantes; 800.000 (26%) son niños y adolescentes, de los cuales 40% reside en Montevideo (4).

Del total de niños del país, 55% son usuarios de servicios públicos de atención médica. 42% de estos niños pertenece a hogares con necesidades básicas insatisfechas. En el caso particular de Montevideo, 4 de cada 10 niños habitan en hogares con dichas características (4).

Para la atención de salud de estos niños se dispone de una red de servicios que se extiende a nivel nacional. Para los usuarios del MSP-ASSE la red de servicios está integrada por efectores a nivel periférico (policlinicas y centros de salud) y hospitales de diferente complejidad distribuidos en las principales ciudades y capitales departamentales. En este marco, el Centro Hospitalario Pereira Rossell es el centro materno-infantil de referencia nacional. El sector pediátrico, que dispone de 350 camas, cuenta con servicios de pediatría general, cirugía general y subespecialidades médicas y quirúrgicas que brindan asistencia en consulta externa e internación. Existe además un servicio de emergencia.

Del total de la capacidad instalada para internación, 150 camas (43%) corresponden a pediatría general, distribuidas en tres servicios. Estos tienen la particularidad de ser servicios docente-asistenciales, donde se imparte la enseñanza de la especialidad a alumnos de pre y posgrado.

En el quinquenio 1991-1995 egresaron de los servicios de pediatría general 25.629 niños según datos estimativos proporcionados por el Departamento de Registros Médicos del CHPR; 8.478 (33,1%) correspondieron a egresos de la Clínica Pediátrica «A» (5).

La Clínica Pediátrica «A» cuenta con un total de 46 camas distribuidas en dos unidades: Lactantes (32 camas), donde se hospitalizan niños de 0 a 24 meses de edad.

Preescolares, escolares y adolescentes (14 camas) donde se hospitalizan niños de 2 a 14 años.

Los recursos humanos consisten en:

Personal médico

Médicos pediatras: 7 (6 dependientes de Facultad de Medicina y 1 del MSP).

Médicos residentes de pediatría de primer y segundo año: 9 (dependientes del MSP).

Practicantes internos: 4.

Personal de enfermería: hasta julio de 1993 fue insuficiente en cantidad y con elevado ausentismo. En promedio se contó con 1 enfermera universitaria, 17 auxiliares de enfermería y 2 auxiliares de servicio para los cuatro turnos.

A partir de esa fecha se incorporó el servicio a los Programas de Desarrollo Hospitalario de ASSE, incrementándose la dotación de personal a 3 enfermeras universitarias, 24 auxiliares de enfermería y 4 auxiliares de servicio para los cuatro turnos.

En el servicio se utilizan normas de diagnóstico y tratamiento que se revisan y actualizan periódicamente.

Se cuenta además con sistema de información propio. Los datos se obtienen del formulario de «epicrisis» que es llenado al egreso del niño por el médico tratante supervisado por el «staff» docente. Se registran datos sobre el paciente, sus antecedentes, diagnóstico y evolución, que son ingresados a una base de datos (DBASE III Plus). Así es posible disponer de la información en forma continua y realizar informes periódicos (mensuales, semestrales o anuales) según se requiera. *Propósito*

Contribuir a reformular el «rol» del hospital como parte integrante de la red de servicios disponibles para la atención pediátrica en Uruguay.

Objetivos Generales

- 1) Contribuir al conocimiento de los principales problemas de salud de la población pediátrica demandante de servicios de internación.
- 2) Contribuir a la adecuación de la oferta de los servicios a las necesidades prioritarias de atención pediátrica.

Específicos

- 1) Describir las características de la población pediátrica demandante de servicios de internación.
- 2) Identificar las enfermedades más frecuentes como causa de internación.
- 3) Evaluar producción y rendimiento del servicio.

Material y método

Se realizó un estudio descriptivo-retrospectivo.

La población en estudio fueron los egresos hospitalarios de la Clínica Pediátrica «A» en el período enero 1991-diciembre 1995.

Como fuente de datos se utilizaron los formularios de epicrisis (figura 1).

Se estudiaron las siguientes características de la población asistida:

Edad cronológica al ingreso, expresada en meses para los menores de 2 años y en años para los mayores de esa edad. Para el análisis se consideraron los siguientes grupos: <2 meses; 2 a 5 meses; 6 a 11 meses; 1 a 4 años; 5 a 9 años; 10 a 14 años.

Sexo masculino o femenino.

Procedencia según lugar de residencia habitual: Montevideo, Canelones y otros departamentos del interior del país.

Diagnóstico nutricional del niño al ingreso. Se utilizaron las tablas de referencia de peso, talla y peso para talla recomendadas por OPS/OMS (6), y en el caso de los menores de 24 meses las de OPS/CLAP (7). Como puntos de corte se usaron los percentiles 10 y 90. Se clasificaron en: *bien nutrido*; *desnutrición aguda* (peso/edad y peso/talla bajas, talla/edad normal); *desnutrición crónica* (peso/edad, peso/talla, talla/edad bajas); *hipocrecimiento* (peso/edad y talla/edad bajas, peso/talla normal); *obesidad* (peso/edad alta, talla/edad normal o baja, peso/talla alta).

A partir del año 1993 se clasificó a los desnutridos menores de 4 meses como *desnutridos del primer trimestre* (peso/edad y peso/talla bajas).

Alimentación con pecho directo exclusivo (PDE). Se registró para los lactantes menores de 4 meses de edad.

Inmunizaciones recibidas según Certificado Esquema de Vacunación (CEV). Se consideró vigente si el niño había recibido las vacunas correspondientes a su edad cronológica.

Escolaridad en niños mayores de 6 años. Se consideró si el nivel escolar alcanzado correspondía al esperado para su edad cronológica.

Reingresos. Se consideró como tal si había tenido una hospitalización previa, independientemente de la causa y del tiempo transcurrido.

Las causas de internación se estudiaron a través de:

Diagnóstico principal al egreso, de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) novena Revisión (8), agrupados en los siguientes capítulos: Respiratorio, Digestivo, Neurológico, Nefro-urinario, Hemato-oncológico, Alergias-mesenquimopatías, Accidentes y Miscelánea (enfermedades metabólicas, endocrinológicas, cardiovasculares, dermatológicas, etcétera). Como patología «psico-social», se agruparon las alteraciones de la salud mental y el maltrato infantil.

Enfermedades más frecuentes. Se consideraron neumonía, bronquiolitis-asma y otitis media en el capítulo de Respiratorio; diarrea aguda infantil y diarrea persistente en el capítulo de Digestivo. En muchos casos estas enfermedades se asociaron en un mismo paciente.

Para evaluar producción y rendimiento del servicio se seleccionaron los siguientes indicadores:

Número de camas disponibles en cada año del periodo de estudio.

Egresos totales incluyendo altas, pases a otros servicios y fallecidos.

Porcentaje de ocupación expresado por la relación entre los días-camas ocupadas y los días-camas disponibles (DCO/DCD). Se calculó para el total del periodo así como su distribución anual y mensual.

Tiempo de estadía definido como la duración de la internación de los pacientes en el servicio. Se calculó la media global del periodo y por año. Para el análisis se agrupó en cuatro categorías: < 2 días, de 3 a 7, de 8 a 15 y más de 15.

Giro cama expresado como la relación existente entre el número de pacientes que egresaron del servicio y las camas disponibles en el periodo.

Para el procesamiento y análisis de los datos se utilizaron medidas de distribución de frecuencias absoluta y relativa y medidas de resumen de tendencia central. Para la presentación de los datos se utilizaron tablas simples y compuestas, gráficos lineales, de barras y sectoriales.

Figura 3. Egresos por grupos de edad. CHPR - Clínica Pediátrica "A". 1991-1995

Resultados

Entre enero de 1991 y diciembre de 1995 se asistieron en la Clínica Pediátrica «A» del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) 8.478 niños. La distribución anual de los egresos se muestra en la [figura 2](#).

Capítulo I

Descripción de la población demandante del servicio

a) *Procedencia*: del total de la población asistida en el quinquenio se registró la procedencia de 7.307 niños (86%). De éstos, 4.850 (66%) procedían de Montevideo, 1.344 (18%) de Canelones y 1.113 (15%) del resto del país.

b) *Sexo*: en todo el período predominaron los egresos del sexo masculino, que representan 54% del total.

c) *Edad*: se destaca que de los 8.478 niños asistidos en el quinquenio, 47% eran menores de un año y 9% correspondían al grupo etario de 10 a 14 años ([figura 3](#)). La distribución anual por grupos de edad se mantuvo a lo largo del período ([tabla 1](#)).

d) *Diagnóstico nutricional*: se consideró el estado nutricional en el total de los niños asistidos, agrupándolos en mal nutridos y bien nutridos. Este dato estaba ausente en 83 registros (1%). Se destaca que 38% de los niños presentaban alteración del estado nutricional ([tabla 2](#)).

Se analizó por separado el estado nutricional de los niños menores y mayores de 24 meses. Las alteraciones del estado nutricional predominaron en los menores de 24 meses (45%) en relación a los mayores de esa edad (18%).

En los malnutridos menores de 24 meses se analizó el tipo de malnutrición con la clasificación utilizada a partir de 1993. 95% correspondió a desnutrición aguda, crónica o del primer trimestre ([tabla 3](#)).

Entre 1993 y 1995 egresaron 1.170 niños menores de 4 meses; 21% eran desnutridos del primer trimestre.

e) *Alimentación con pecho directo exclusivo (PDE) en menores de 4 meses de edad*: se asistieron en el quinquenio 1.709 niños menores de 4 meses. El tipo de alimentación se registró en 1.606 (94%), de los cuales sólo 21% recibían PDE ([tabla 4](#)).

f) *Inmunizaciones recibidas*: 26% de los niños asistidos en el quinquenio no había recibido las vacunas correspondientes a su edad cronológica en el momento del ingreso.

Esta variable se analizó por separado en los niños menores y mayores de 24 meses. El porcentaje de niños incorrectamente vacunados fue mayor en los menores de 24 meses (36%) que en los de 2 a 14 años (9%) ([tabla 5](#)).

g) *Escolaridad en niños mayores de 6 años*: en el quinquenio se asistieron 1.600 niños en este grupo. La escolaridad se registró en 1.456 (91%), de los cuales en 32% no correspondía a lo esperado para la edad cronológica.

h) *Reingresos*: en el período analizado 28% de los niños habían tenido por lo menos una

Figura 7. Diagnóstico principal en egresos con estadía < 2 días y > 15 días. Unidad de lactantes. CHPR - Clínica Pediátrica "A". 1991-1995

Capítulo III

Producción y rendimiento del servicio

Debido a las características diferentes de funcionamiento se presentan por separado los datos correspondientes a las dos unidades del servicio.

Unidad de lactantes

Recursos

Se refiere al recurso cama. El número de camas de dotación fue de 24 entre enero 1991 y diciembre 1993, y de 32 entre enero 1994 y diciembre 1995.

En los períodos de mayor demanda, correspondientes a los meses de invierno, fue necesario aumentar la disponibilidad de camas mediante la modalidad de camas supernumerarias.

Egresos

El número de egresos en el quinquenio fue de 5.451.

La distribución mensual fue similar en todos los años de estudio. Los promedios mayores correspondieron a los meses de invierno, alcanzando el valor más alto en los meses de julio (132 casos). Por el contrario, los promedios menores correspondieron a los meses de verano, siendo el promedio menor el de los meses de marzo (63 casos) (figura 6).

Tiempo de estadía

Al analizar la duración de la hospitalización por categorías, se comprueba que 73% de los niños permanecieron internados 7 días o menos, 32% lo hicieron 2 días o menos y 10% más de 15 días (tabla 9).

El promedio de estadía en el quinquenio fue de 7 días, con un rango de 1 a 121 días. Los promedios anuales oscilaron entre 5,8 y 8,3 días.

Se relacionó el tiempo de estadía con el diagnóstico principal. Se observa que en el grupo con estadía menor o igual a 2 días, 53% correspondió a enfermedades del aparato respiratorio y 22% a enfermedades del aparato digestivo.

En el grupo con estadía mayor de 15 días, 61% correspondió a enfermedades digestivas y 21% a enfermedades respiratorias (figura 7).

Porcentaje de ocupación

El porcentaje de ocupación global del quinquenio fue de 77,3%. Su distribución por año se muestra en la tabla 10.

Se analizó el porcentaje de ocupación para cada mes del año en el total del período. Se destaca que los mayores porcentajes de ocupación correspondieron a los meses de invierno, alcanzando valores cercanos a 100% (tabla 10).

Giro cama

Se calculó para cada año del quinquenio. Se observa que varió en el período mostrando una tendencia creciente; 34 en 1991 a 44 en 1995 (tabla 11).

Unidad de niños mayores

Recursos

El número de camas de dotación fue de 14 en todo el período.

Egresos

El número de egresos en el quinquenio fue de 3.027 niños. Su distribución mensual se muestra en la figura 8. Los promedios mensuales variaron entre 42 y 62, sin mostrar predominio estacional.

Tiempo de estadía

Al analizar la duración de la hospitalización por categorías se comprueba que 80% de los niños permanecieron internados 7 días o menos, 34% 2 días o menos y 6%, más de 15 días (tabla 12).

El promedio de estadía en el quinquenio fue de 6 días, con un rango de 1 a 99 días. Los promedios anuales de estadía oscilaron entre 4,9 y 6,6 días (tabla 12). Se observa una tendencia a la disminución del tiempo de estadía, particularmente en los dos últimos años.

Porcentaje de ocupación

El porcentaje de ocupación global del quinquenio fue de 68%. Se destaca que los porcentajes de ocupación fueron similares en los distintos meses del año (tabla 13).

Giro cama

Se observa que el giro cama no presentó variaciones importantes en el quinquenio (tabla 14).

Discusión

Los niños de poblaciones económicamente desfavorecidas presentan mayores problemas de salud, mayor riesgo de enfermar y con frecuencia dificultades en la accesibilidad a los servicios de atención médica (9). Un adecuado sistema de atención primaria puede contribuir a contrarrestar en parte esta problemática, a través de programas específicos de promoción y prevención de salud y de detección y tratamiento precoz de enfermedades. La población asistida en el quinquenio 1991-1995 presentaba múltiples problemas de salud además de las enfermedades que motivaron su hospitalización.

Más de la mitad (64%) de los niños eran menores de 2 años, 47% menores de 12 meses y 29% menores de 6 meses, evidenciando la especial susceptibilidad de esta etapa de la vida en la cual la repercusión de las enfermedades sobre el crecimiento y el desarrollo es también más grave. La disminución de la demanda de hospitalización, progresiva y marcada a medida que aumenta la edad, coincide con lo observado por otros autores en poblaciones con similares características socioeconómicas (10). El sexo no fue una variable de significación, si bien los varones tuvieron una frecuencia de hospitalización algo mayor que las niñas (54% versus 46%), lo que coincide con lo descrito en la literatura (11,12).

Se observaron alteraciones nutricionales con mucho mayor frecuencia en los menores de 2 años (45%) que en los mayores de esa edad (18%). De los desnutridos menores de 2 años, 40% presentaba una desnutrición reciente que podría estar vinculada a la enfermedad que motivó el ingreso. Sin embargo, 38% eran desnutridos crónicos, evidenciando la existencia de problemas previos relacionados a su condición socioeconómica. Las alteraciones nutricionales se inician en etapas muy tempranas de la vida como lo indica 21% de desnutridos del primer trimestre. Entre los factores que contribuyen a la desnutrición de estos niños tan pequeños está el fracaso de la lactancia natural: sólo 21% de los niños menores de 4 meses recibían pecho directo exclusivo en el momento del ingreso. Esta cifra es similar a la comunicada en publicaciones nacionales para niños del sector público y privado (13). Debido a las carencias socioeconómicas de la población analizada, la ausencia de lactancia materna es uno de los factores de riesgo más importante de desnutrición, enfermedad y muerte.

28% de la población asistida requirió hospitalización en más de una oportunidad. Estas cifras son más altas que las referidas en la literatura que oscilan alrededor de 12% (14,15). Aunque no se analizaron las causas de los reingresos parece probable que muchos de ellos estén relacionados a los factores antedichos. Algunos autores encuentran que alrededor de dos tercios de los reingresos no están vinculados a causas médicas (14-16). La problemática del reingreso será objeto de una investigación futura.

La cobertura de inmunización fue muy diferente según las edades. Mientras que en los niños mayores de 2 años la cobertura alcanzó a 91%, condicionada probablemente por la exigencia al ingreso escolar, en los menores de esa edad 36% estaba incompletamente inmunizado. Se agrega así otro factor que contribuye al riesgo de enfermar y morir de los niños más pequeños.

En los niños mayores de 6 años llama la atención el elevado porcentaje (32%) con escolaridad inferior a la esperada para su edad. La desnutrición temprana, los ingresos reiterados y el medio del que proceden estos niños podrían explicar en parte esta cifra

principales. La mayor variedad de diagnósticos que demandan la hospitalización del niño mayor de 2 años probablemente esté vinculada a la necesidad de profundizar en estudios complementarios y a la mayor prevalencia de enfermedades crónicas, mientras que en los menores de 2 años la hospitalización está determinada especialmente por la gravedad de enfermedades agudas que requieren cuidados especiales como oxigenoterapia, terapéutica intravenosa, etcétera (24).

El fortalecimiento de los programas de control de infecciones respiratorias agudas y de rehidratación oral podría reducir el número de hospitalizaciones con el consiguiente impacto sobre la morbimortalidad, los costos de la asistencia y la repercusión sobre el núcleo familiar. Un comentario especial merecen los niños adolescentes (10 a 14 años) que constituyeron 10% de la población asistida. La adolescencia es un período de la vida con morbimortalidad baja, pero con un amplio rango de problemas biológicos y psicosociales, muchos de ellos vinculados a comportamientos de riesgo (25). Las necesidades de salud de los adolescentes deben ser atendidas a nivel primario; pero cuando es necesaria su hospitalización surgen problemas complejos. En nuestro país no existen áreas especiales para la internación de adolescentes y los pediatras, en general, no están formados para dar respuesta adecuada a sus requerimientos (26). La integración al equipo de salud de psicólogos, psiquiatras y asistentes sociales, importante para la atención de todos los grupos etarios, se torna imprescindible cuando se trata de adolescentes. En el período estudiado la problemática psicosocial constituyó la segunda causa de hospitalización (21%) de este grupo, con una frecuencia casi igual a la patología respiratoria (23%). Deben realizarse también los máximos esfuerzos para brindarles el ambiente físico más adecuado a sus necesidades. La participación de pediatras entrenados en la atención integral del adolescente sería sumamente beneficiosa.

El conocimiento de la producción y rendimiento de un servicio hospitalario es un elemento fundamental para mejorar la atención del paciente y para una adecuada administración de los recursos. El análisis de esta información no está suficientemente desarrollado en nuestro país, especialmente en lo que se refiere a su utilización para la toma de decisiones. Más aun, en muchos casos ni siquiera se dispone de información.

Globalmente considerados, los indicadores de producción y rendimiento analizados están dentro del «rango» de los estándares aceptados internacionalmente para hospitales de pacientes agudos (27). Por tratarse de información procedente de una única clínica general dentro de un hospital con pacientes de alta complejidad, es imposible evaluar si la oferta del servicio es adecuada a la demanda. Sin embargo, el análisis de estos indicadores a lo largo del período señala una tendencia a un mejor rendimiento.

La utilización de camas del servicio se evaluó a través del porcentaje de ocupación.

Empíricamente puede aceptarse que valores por encima de 90-95% suponen rechazo de pacientes que requerirían internación, mientras que valores menores a 70-75% implicarían sobredimensionamiento o subutilización de los recursos disponibles para la demanda existente (27). En el período de estudio el porcentaje ocupacional fue mayor en la unidad de lactantes (77,3%) que en la de niños mayores (68%). El valor de este indicador fue variable en los distintos meses del año, alcanzando los valores más altos en invierno, con cifras cercanas o superiores a 100%. Es imprescindible que se tomen previsiones a nivel del hospital que permitan hacer frente a estos picos de demanda sin sobredimensionar el recurso cama, que en otras épocas del año resulta suficiente. La asignación de camas en función de la edad del niño debiera flexibilizarse, para poder dar respuesta a la demanda en forma más adecuada.

La duración de la hospitalización, con un promedio para el total del período de 7 días para los menores de 2 años y de 6 días para los niños mayores, se corresponde con lo esperado para un servicio de hospitalización de pacientes agudos (27).

En todo el período los niños mayores tuvieron estadías más cortas. A pesar del mal medio socioeconómico del cual proceden, las altas precoces son más factibles en este grupo etario, lo que resulta en hospitalizaciones más breves. En muchos de estos casos el ingreso fue motivado por enfermedades que requieren múltiples investigaciones complementarias que, sin embargo, no parecen incidir en la duración de la estadía; solamente 6% tuvieron internaciones prolongadas. El promedio de estadía algo más prolongado en los menores de 2 años es atribuible a la mayor repercusión general de cualquier enfermedad a esta edad, y a que el cuidado de un niño pequeño convaleciente, en un hogar con condiciones socioeconómicas deficitarias resulta más difícil. En este grupo las estadías prolongadas alcanzan 10% y correspondieron en su mayoría (61%) a casos de diarrea persistente

afección habitualmente grave y de manejo complejo (28). El porcentaje de internaciones breves (2 días o menos) fue similar en ambos grupos etarios, 32% y 34% respectivamente. Es posible que algunas de esas hospitalizaciones breves correspondan a internaciones innecesarias (24,29-33). Este aspecto merecería de futuro ser estudiado en profundidad. Como medida del rendimiento del recurso cama se utilizó el índice giro cama, que expresa la velocidad de cambio de pacientes en el servicio. Como criterio general puede esperarse de servicios que asisten pacientes agudos, giros que oscilan entre 25 y 40 egresos/cama en el año. En todos los años del período estudiado y en ambas unidades, el giro/cama varió entre 34 y 48 (27).

Se describe habitualmente que los servicios con programas docentes y de investigación tienden a extender la permanencia de sus pacientes, determinando indicadores de rendimiento menos exitosos que los comúnmente aceptados (1). A pesar de su característica docente-asistencial el servicio estudiado escapa a este comportamiento.

La ausencia de datos en algunos ítems de la «epicrisis», por ejemplo la falta de registro del estado nutricional en 1% de los niños, de la escolaridad en 9% de los escolares, de la alimentación con pecho en 6% de los menores de 4 meses, indica una falla en la supervisión del llenado y en la percepción del médico tratante de la importancia de contar con esta información. Se ha implementado un sistema destinado a evitar este problema.

El análisis de los egresos del servicio debería incluir la discriminación de los mismos según sean altas, fallecimientos o pases a otros servicios dentro o fuera del hospital. Esta discriminación no fue posible debido a las dificultades de comunicación y coordinación entre los servicios ya que no existe en el hospital una historia clínica única y centralizada por paciente. Se ha elaborado un protocolo de seguimiento que permitirá superar esta situación mientras se implementa la historia clínica única.

La información aportada por este estudio, pese a las limitaciones que se han ido señalando, constituye un primer paso como base para la reformulación del «rol» del hospital en la red de servicios para la atención pediátrica, así como para su propia reorganización interna.

Continuar el registro sistemático de los datos, mejorar su calidad, realizar el procesamiento y análisis periódico de los mismos y generalizarlo a todo el hospital permitirá contar con una base más sólida para lograr los objetivos planteados.

Conclusiones

Resulta imprescindible fortalecer en el primer nivel de atención el programa prioritario de salud materno-infantil: control de crecimiento y desarrollo, promoción de la lactancia materna, inmunizaciones, control de enfermedades diarreicas, control de infecciones respiratorias agudas.

Es necesario flexibilizar el uso de las camas de hospitalización para mejor atención de la demanda, tomar las previsiones para hacer frente a su incremento en los meses de invierno, dotar a los servicios de los recursos materiales y humanos adecuados a la afección prevalente.

Se debe integrar a diferentes especialistas (neuropediatra, otorrinolaringólogo, psiquiatra, etcétera) a la atención diaria del niño hospitalizado, para mejorar la capacidad resolutoria de los servicios.

Sería conveniente contar con un área diferenciada para la atención del adolescente hospitalizado.

Es prioritario reforzar la enseñanza de los programas de salud materno-infantil a todos los niveles y a todo el personal que integra el equipo de salud, incluyendo la capacitación para la realización de algunas técnicas como rehidratación oral, otoscopia, etcétera.

Es fundamental continuar con este tipo de investigación, profundizarla en otros aspectos del proceso y los resultados de la atención, tanto dentro como fuera del hospital. Para ello es imprescindible desarrollar un sistema de información adecuado.

Agradecimientos

A los practicantes internos, médicos residentes y alumnos de posgrado, que son los encargados de registrar los datos en la epicrisis.

A los docentes que supervisan esta tarea.

Al personal del archivo de la clínica.

Summary

With the aim of redesigning the Hospital role as part of the national network of pediatric services in Uruguay, a study of Clínica Pediátrica «A» Centro Hospitalario Pereira Rossell, during 1991 to 1995 period, was carried out. A number of features of the patient population as analyzed. The most frequent pathologies leading to admission were identified and the

operation and efficiency of the service evaluated. Discharge records for the period selected were used as data sources.

Of 8.478 discharges, 47 percent were related to patients under one year of age. Shortcomings in the first level of attention were detected: failure in breast feeding as well as nutritional anomalies and poor vaccination coverage, usually in patients below 2 years of age. Regarding the reason for hospitalization, respiratory diseases ranged foremost ages; the second in adolescents was psychosocial maladjustment.

The duration of sojourn and percentages and average duration of bed occupancy, were found to be standard.

It is concluded that priority should be given to strengthening of first-level mother and child care. Changes are proposed in the hospital care model in order to make it more responsive to demand and to achieve more efficient care. The importance of continued in-depth research in these issues is stressed.

Résumé

Afin de contribuer à reformuler le rôle de l'Hôpital en tant que partie intégrante du réseau des services d'assistance pédiatrique en Uruguay, on fait une étude à la Clinique Pédiatrique «A» du Centre Hospitalier Pereira-Rossell, depuis 1991 jusqu'en 1995. On analyse certaines caractéristiques de la population assistée, on identifie les pathologies qui motivent le plus fréquemment l'hospitalisation, et on évalue le rendement du Service. Comme source de données, on utilise les formulaires de décharge des patients.

De 8478 décharges, 47% étaient des enfants de moins d'un an. On remarque des défauts au premier niveau d'assistance: échec de l'allaitement naturel, troubles nutritionnels, mauvaise couverture de la vaccination, plus évidents chez les moins de 2 ans. Parmi les causes d'hospitalisation, les maladies respiratoires occupent la première place à tous les âges, les problèmes psycho-sociaux étant la deuxième cause chez les adolescents.

La durée du séjour, le pourcentage occupationnel du lit, ne s'éloignent pas des niveaux de référence.

On conclut qu'il est prioritaire de renforcer le Programme Materno-Enfantin au premier niveau. On propose des changements du modèle d'assistance hospitalière qui permettent de mieux satisfaire la demande et d'atteindre une meilleure efficacité au cours de l'assistance. On souligne l'importance de continuer et d'approfondir ce type de recherches.

Bibliografía

1. Feld S, Rizzi CH, Goberna A. Evaluación de servicios asistenciales. In: El control de la atención médica. Buenos Aires: López Libreros, 1978: 46-75.
2. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Evaluación de servicios de salud materno-infantil. Washington: OPS, 1987.
- 3a. Paine LHW, Siem F. Los hospitales y la revolución de la asistencia sanitaria. Ginebra: OMS, 1989: (Cap.2): 12-25.
- 3b. Paine LHW, Siem F. Los hospitales y la revolución de la asistencia sanitaria. Ginebra: OMS, 1989: 106-19.
4. INE-CELADE. Niñez y adolescencia en el Uruguay. LC/DEM/R 205. Serie OI 95, 1994.
5. Departamento de Registros Médicos del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Informe estadístico anual 1990-1995.
6. US Food and Nutrition Board. Comparison of body weights and body heights of groups of children. Atlanta: Department of Health Education and Welfare, 1974.
7. Martell M, Faulner F, Bertolini LB, Díaz JL, Nieto F, Tenzer FM et al. Early post natal growth evaluation of full term, preterm and small for date infants. Early Human Development 1978; 1: 113-23.
8. Organización Mundial de la Salud. Manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y causas de defunción: basada en las Recomendaciones de la Conferencia de la Novena Revisión - 1975 y adoptada por la Vigésimo Novena Asamblea Mundial de la Salud. Washington: OPS, 1978.
9. Perrin J, Homer Ch, Berwick D, Woolf AD, Freeman JL, Wennberg JE. Variations in rates of hospitalization of children in three urban communities. N Engl J Med 1989; 320: 1183-7.
10. Kaempffer AM, Medina E. Hospitalización infantil en Chile: situación actual y perspectivas. Rev Chil Pediatr 1992; 63: 110-7.
11. Kaempffer AM, Medina E. Morbilidad y atención médica infantil en el Gran Santiago. Rev Chil Pediatr 1980; 51: 355-69.
12. Kozak L.J, Norton C, McManus M, McCarthy F. Hospital use patterns for children in the

- United States, 1983 and 1984. *Pediatrics* 1987; 80: 481-90.
13. Illa M. Diagnóstico de la situación de la lactancia materna y alimentación infantil en el Uruguay. *Atención Primaria de la Salud (Montevideo)* 1995; 26: 6-30.
 14. Tomas Vila M, Paricio JM. El ingreso de repetición en pediatría. *Rev Esp Pediatr* 1992; 48: 315-8.
 15. Starfield B, Hankin J, Steinwachs D, Horn S, Benson P, Katz H et al. Utilization and Morbidity: Random or Tandem? *Pediatrics* 1985; 75: 241-7.
 16. Starfield B, Katz M, Gabriel A, Livingston G, Benson P, Hankin J et al. Morbidity in childhood. A longitudinal view. *N Engl J Med* 1984; 310: 824-9.
 17. INE/FAS, OPP-BID. Evolución de la pobreza estructural en la década 1984-1994. El índice de necesidades básicas insatisfechas. Montevideo: Dana, 1995.
 18. López I, Mascaró J, Palacios N, Lucero S. Egresos por enfermedades respiratorias. *Rev Chil Pediatr* 1992; 63: 342-6.
 19. Becerra M, Ibáñez S, Castillo C. Evaluación nutricional en lactantes hospitalizados. *Rev Chil Pediatr* 1986; 57:237-40.
 20. Goodman DC, Fisher ES, Gittelsohn A, Chang CH, Fleming C. Why are Children Hospitalized? The Role of Non-Clinical Factors in Pediatric Hospitalization. *Pediatrics* 1994; 93: 896-902.
 21. Starfield B. Childhood Morbidity: Comparison, Clusters and Trends. *Pediatrics* 1991; 88: 519-26.
 22. Casanova C, Paricio JM, Calvo F. Variaciones de las tasas de hospitalización pediátrica no neonatal en tres hospitales de distrito. *An Esp Pediatr* 1992; 37: 394-8.
 23. Bluestone CD, Klein JD. Otitis media in infants and children. Philadelphia: WB Saunders, 1988: 249-57.
 24. Gloor JE, Klsoon N, Joubert GI. Appropriateness of Hospitalization in a Canadian Pediatric Hospital. *Pediatrics* 1993; 91: 70-4.
 25. Gillies ML, Parry-Jones WLI. Suitability of the paediatric setting for hospitalised adolescents. *Arch Dis Child* 1992; 67: 1506-9.
 26. Belamendía M, Batto A. Internación del adolescente. *Arch Pediatr Uruguay* 1993; 64(2): 9-16.
 27. Feld S, Rizzi CH, Gobarna A. Elementos de estadística para la evaluación de servicios. El control de la atención médica. Buenos Aires: López Libreros, 1978: 322-43.
 28. Méndez MV, Ferrari AM, Scaglia J, Schefoto F, Torres E, Pérez MC et al. Diarrea persistente en niños hospitalizados menores de 30 meses. Financiado por la Fundación «Manuel Pérez». Premio Nacional de Medicina 1994. Inédito.
 29. Smith HE, Sheps S, Matheson DS, Math M. Assessing the Utilization of In-patient Facilities in a Canadian Pediatric Hospital. *Pediatrics* 1993; 92: 587-93.
 30. Duff R, Cook Ch, Wanerka G, Rowe DS, Dolan TFI. Use of utilization review to assess the quality of pediatric in-patient care. *Pediatrics* 1972; 49: 169-76.
 31. Soulen JL, Duggan AK, De Angelis CD. Identification of potentially avoidable pediatric hospital use: admitting physician judgment as a complement to utilization review. *Pediatrics* 1994; 94: 421-4.
 32. Lovejoy FH, Carper JM, Janeway ChA, Kosa J. Unnecessary and preventable hospitalizations. Report on an internal audit. *J Pediatr* 1971; 79: 868-72.
 33. Kemper KJ. Medically inappropriate hospital use in a pediatric population. *N Engl J Med* 1988; 318: 1033-7.
-

Calendario financiero:

-viáticos: calculo aproximado; 2 boletos diarios durante 10 días de concurrencia a la policlinica por cada estudiante (4estudiantes) 80 boletos 960 pesos uruguayos.

-material de papelería: costo del instrumento impreso, bolígrafos, folletos impresos, impresión del trabajo final y copia(hojas, cartuchos de impresora, encuadernación, sobres, etc.) valor aproximado 2.500 pesos uruguayos.

Total: 3460\$ uruguayos.

Diagnostico de Situación del Centro de Salud "La Cruz de Carrasco"

Nombre: Centro de salud "La Cruz de Carrasco".

Finalidad: brindar asistencia integral de 1er nivel a los usuarios que están dentro de la zona de influencia.

Misión: Asegurar una eficiente atención ambulatoria pre hospitalaria a los usuarios del Ministerio de Salud Pública con énfasis y potenciación de las acciones del primer nivel de atención a través de la atención médica integral, coordinando acciones tendientes a mejorar el medioambiente para asegurar una mejor calidad de vida de la comunidad involucrándola en las actividades.

Objetivos específicos:

- Adecuar la complejidad de las acciones a desarrollar en el SSAE, en función de la organización sanitaria nacional.
- Distribuir y reorganizar la atención médica de Primer Nivel de Atención para asegurar la accesibilidad a los usuarios
- Incentivar las actividades de promoción y prevención de salud a fin de lograr el desarrollo de salud de la población usuaria en sus diferentes dimensiones, para lograr una disminución de la demanda asistencial.
- Jerarquizar las actividades asistenciales y de rehabilitación de primer Nivel de Atención para mejorar el nivel resolutivo.

- Establecer un adecuado sistema de referencia y contra referencia de los usuarios, dentro de los diferentes niveles de atención.
- Coordinar las actividades con otros efectores del primer nivel de atención del subsistema público y privado.
- Coordinar acciones sobre el medio ambiente con otros organismos de la esfera pública y privada.
- Fortalecer y unificar la atención médica de urgencia y emergencia a la población usuaria en unidades móviles en centros pre determinados.
- Propender a un trabajo conjunto y coordinado con UNAMEFA en atención médica de primer nivel.
- Establecer un sistema de información en salud apropiado para la atención ambulatoria, pre hospitalaria.
- Establecer un sistema de mejora continua de gestión a los efectos de optimizar los recursos
- Reorganizar la atención médica domiciliaria
- Promover la participación comunitaria en la identificación de problemas y gestión de soluciones.

Estrategias:

- Regionalización del área de influencia a fin de adecuar los centros y policlínicas a las necesidades de la población .
- Involucrar al personal en la mejora de la gestión para lograr una mayor eficiencia.
- Unificar las normas técnicas y administrativas del primer nivel de atención.

El centro se encuentra situado en la calle Agazzi Nº 2735 entre Concativa y Camino Carrasco, en el barrio La Cruz de Carrasco.

La zona comprendida dentro de los límites del Centro de Salud "La Cruz" presenta una heterogeneidad verificada en distintos aspectos por un lado la Avenida Camino Carrasco al norte, y Camino Carrasco al sur, cada sub. zona presenta una característica, al norte la presencia mayoritariamente de bañados y quintas , por lo tanto despoblada en relación con la sub. zona de Camino Carrasco al sur densamente poblada.

La zona se caracteriza por presentar varios centros cooperativistas, Euskal Erria 71 y 92, Malvin Alto y 11 asentamientos precarios generando una gran concentración de población en esta zona, de los cuales 8 no poseen agua , saneamiento, vialidad ni electricidad, careciendo de los satisfactores de las necesidades mínimas.

-Pertenece al sector público de salud, dependiendo del Ministerio de Salud Pública, dentro del 1er Nivel de atención, Brinda atención materno infantil, medicina general, ginecología , salud mental, odontología y dermatología tanto niños como adultos. .

El horario de atención es de 8 a 20 horas, de lunes a viernes.

-Población asignada: 70.000

-Población asistida: usuarios correspondientes a la zona de influencia del centro y usuarias que vienen de otros barrios de Montevideo en total conforman 30.100 (aproximadamente un 43% de la población asignada, 30% del M.S.P. y 13% sin ningún tipo de cobertura.).

Los usuarios que asiste el centro diariamente es de aproximadamente 160-180 entre consultas coordinadas entre adultos y niños.

La mayoría de los usuarios son adolescentes y adultos.

Para ser asistido en dicho centro solo es necesario la presencia de la cedula de identidad y el carne de asistencia del MSP, y en caso de que la persona no lo posea se le orienta sobre como adquirirlo, los niños menores a un año y las embarazadas no necesitan carne de asistencia.

Historia del Centro: se creo primariamente como Centro de asistencia externa materno infantil en 1976 en el mismo barrio en diferente predio, con más recursos humanos.

Necesidades y Problemas de la población y el centro Identificados por el equipo de salud

Necesidades:

- ⊗ vivienda
- ⊗ trabajo, prioritariamente para los sectores más carenciados, ya que es la población usuaria de salud pública.
- ⊗ escasez de guarderías públicas o gratuitas para niños menores de 5 años
- ⊗ escasez de escuelas con horarios extensos para niños de 6 a 12 años
- ⊗ comedores públicos
- ⊗ servicios esenciales que pudieran ser descentralizados, como por ejemplo identificación civil y otras oficinas públicas de servicio a la comunidad.
- ⊗ líneas de transporte en zonas más alejadas de arterias principales
- ⊗ actividades recreativas
- ⊗ recursos económicos (armazones de lentes)
- ⊗ canasta de INDA que son insuficientes teniendo en cuenta la canasta de riesgo.

Problemas:

- ⊗ violencia doméstica principalmente a las mujeres y a los niños
- ⊗ alcoholismo y consumo de sustancias, desde edades tempranas que no consultan, y que son conocidas por datos de los familiares y vecinos preocupados por este fenómeno
- ⊗ embarazo precoz, cada vez a edades más tempranas, con desinformación y con una gran cuota de factores culturales que deben analizarse dentro del contexto de la marginalidad
- ⊗ adultos mayores, un grupo etario desprotegido, sin recursos económicos, vivienda y para los cuales no se implementan programas prioritarios.
- ⊗ niños con dificultades escolares, por las deprivaciones del medio socioeconómico cultural.

La población posee creencias y valores que los caracterizan, que se han ido consolidando a través de las situaciones de ventajas y desventajas que se les han presentado, dichas creencias se transmiten por generaciones y responden a un modo de vida.

Las familias son generalmente numerosas donde el valor de los hijos es fundamental, más en edades tempranas y donde las figuras parentales adquieren roles distintos, la figura paterna es en el mayor de los casos es ausente es una figura móvil siendo la mujer la "pieza clave" de la familia, generalmente son jefas de hogar manteniendo la familia de origen siempre cercana. Viviendo en el mismo terreno más allá de poseer una vivienda independiente, manteniendo vínculos estrechos.

Con respecto a la salud, se manifiestan distintos mitos y creencias que abarcan, los métodos anticonceptivos, a la educación, al valor social de la educación, al trabajo, etc.

Los mitos se manifiestan con una fuerte tendencia de la población usuaria a guiarse por consejos de madres, abuelas y vecinos a cerca de los tratamientos sobre la salud esto se presenta muy fuerte en edades tempranas, otro punto es el escaso valor de la instrucción de los hijos reflejado, en ausencias escolares, lo cual no solo refleja carencias socioeconómicas sino a la desvalorización de la

educación, o al temor de los cambios o cuestionamientos que puede ocasionar la incorporación del niño de varones antagónicos con los de su familia.

Escaso valor a lo tramites legales, identificación reconocimiento de los hijos, derechos y obligaciones, esto redundando en la dificultad en la inserción en el campo laboral y educativo ya que no se cumplen con los requisitos mínimos, para acceder a los servicios.

Problemas del centro:

El centro realiza escasas visitas domiciliarias, dado la falta de RRHH para implementarlas, las tareas educativas se realizan mayoritariamente, cuando están los estudiantes de INDE, el centro se encarga de la administración de oxígeno a usuarios oxígeno dependientes de la zona.

Los programas no siempre se pueden llevar a cabo por la falta de RRHH con que cuenta..

Fortalezas del centro:

-Óptima calidad de atención a los usuarios

-fácil acceso geográfico

-diversidad de profesionales(ginecólogo, dermatólogo, pediatra, medicina gral, psiquiatría, Psicología, odontología, obstetra, Licenciada en Enfermería, nutricionista, servicio social, vacunadora, auxiliares de enfermería , auxiliar de laboratorio, técnico en rayos X)

-planta física: buena iluminación y disposición de los consultorios(en dimensión y mobiliario)

-adecuada higiene, servicio de seguridad 222, farmacia, rayos X, laboratorio.

-convenios con otras instituciones como Ministerio del Interior

-cuenta con rayos X y ecografías obstétricas

-oxigenoterapia para usuarios dependiente

Programas que lleva a cabo el Centro de salud:

Programa aduana

- derivación del RN
- seguimiento del lactante hasta el año
- derivación de lactante egresado del Centro Hospitalario Pereira Rossel
- derivación puérperas adultas

Programa del niño

- control seguimiento del niño sano
- atención de enfermedades prevalentes en la infancia, IRA, EDA
- alimentación Inmunizaciones, fomento de la lactancia materna.

Salud buco- dental

Prevención de accidentes

Salud integral de la mujer

- A salud reproductiva, B captación y control de embarazo
- C fomento de la lactancia materna
- D prevención y detección precoz de cáncer de mama y genital
- E programa Enfermedades de Trasmisión Sexual
- F climaterio y menopausia
- G sensibilización y captación de embarazadas adolescentes, seguimientos de puérperas adolescentes(programa setiembre)

Programa del Adulto

- Control en salud del adulto
- Prevención y control de HTA
- Prevención y control de Diabetes
- Prevención y control de enfermedades prevalentes en el adulto: Asma y Neumonía Comunitario
- Programa del Adulto Mayor: en elaboración.

Equipo de salud básico y de apoyo:

El personal con el cuál cuenta el centro:

- Directora general
- Sub. director
- Administrador
- Un administrativo para la atención al público
- Un administrativo para la recaudación de ticket de salud mental, administración de laboratorio y actualmente cumple la función del administrador que se encuentra de licencia anual.
- Un telefonista
- Un policía 222
- Tres auxiliares en farmacia
- Una extraccionista
- 6 Médicos de medicina general
- 3 Ginecólogos
- 1 Partera
- 1 Asistente social general
- 4 Pediatras
- 1 Interno de pediatría
- 4 Odontólogos
- 1 Dermatólogo
- 1 Licenciada en enfermería
- 5 Auxiliares de enfermería
- 1 Auxiliar de enfermería que desempeña la función de vacunadora
- 4 Auxiliares de limpieza , servicio terciarizado.
- Personal de patronato del Psicópata
- 3 psicólogas
- 2 auxiliares de enfermería en psiquiatría
- 1 administrativo de psiquiatría
- 1 asistente social

- 3 psiquiatras de adulto
- 1 psiquiatra de niño

Equipo de apoyo la unidad de traslado de ASSE, ambulancias (teléfono 105) y de RRHH , estudiantes del Instituto Nacional De Enfermería.

Descripción de la planta física

El centro de salud cuenta con un corredor central amplio y dos alas; izquierda y derecha respectivamente. Al ingreso, en el corredor encontramos, un escritorio donde se dan informes y esta el servicio 222 de seguridad, funciona como sala de espera donde se entregan números y las historia de cada usuario para las diferentes consultas, por este corredor se hallan dos salas de espera para la atención de pediatría y ginecología.

Al fondo, separado por un pasillo se hallan las áreas de salud mental , odontología, y medicina general.

En el ala derecha se halla:

- Rayos X
- laboratorio
- 2 consultorios pediátricos
- 2 baños de usuarios
- consultorio odontológico
- consultorio de psiquiatría
- consultorio de psicología
- consultorio de asistente social

En el ala izquierda:

- administración(entrega de números e historias, anotaciones)
- área administrativa donde se encuentra la oficina de administrador, del director del centro y archivo.
- área de atención de enfermería(procedimientos de enfermería), estar de enfermería , baño de personal, y vacunatorio.
- farmacia
- 3 consultorios ginecológicos
- baño de usuarios adultos
- consultorio de medicina general
- consultorio dermatología

El centro de salud posee luz natural y artificial predominantemente la primera, dado por grandes ventanales y un patio interno entre ambas salas de espera.

Dentro de las medidas contra incendio vimos 2 bomberitos, salida de emergencia, contra robo tiene un servicio de policía 222 contratado por MSP(zona roja).

Los espacios de los consultorios son amplios, bien iluminados, cómodos, poseen los recursos materiales de uso necesarios para la atención de los usuarios.

Cuenta con un sistema de registros a través de Historias Clínicas , llevan anotaciones sobre el N° de consultas total de todos los profesionales y un funcionario saca la estadística mensual, no poseen sistema computarizado.

En cuanto al relacionamiento con otras instituciones o sectores sociales:

Existen convenio con el patronato del psicópata, que brinda asistencia en salud mental a niños y adultos, este cuenta con un servicio social propio y la administración es independiente del centro.

Cuenta con un convenio con el Ministerio del Interior , por medio del servicio social del centro(personas que deben desempeñar tareas comunitarias y aquí realizan mantenimiento del mismo)

Posee un servicio de limpieza terciarizada.

Dentro de los mecanismos de referencia, los usuarios niños , madres embarazadas y puérperas se derivan al Centro Hospitalario Pereira Rossell, los adultos al Hospital Pasteur.

Tiempo hasta cuando se alimento a Pecho

Cuadro N°16

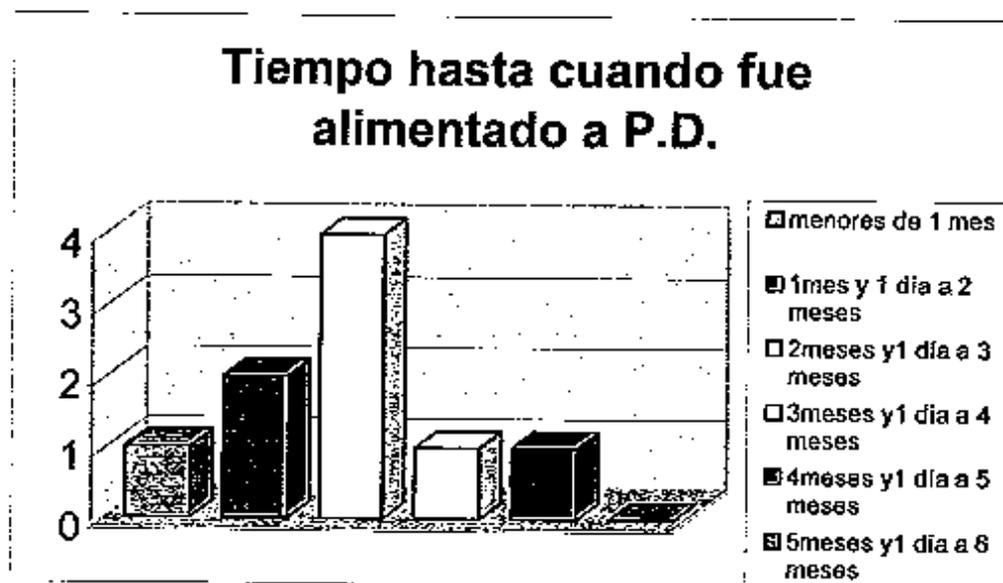
Variable: cuantitativa continua

Tiempo hasta cuando se alimentaron a pecho los lactantes de 0 a 6 meses asistidos en el centro de salud "La Cruz de Carrasco "

tiempo hasta cuando se alimenta con PD	FA	FR %
menores de 1 mes	1	11.1
1mes y 1 día a 2 meses	2	22.2
2meses y1 día a 3 meses	4	44.5
3meses y1 día a 4 meses	1	11.1
4meses y1 día a 5 meses	1	11.1
5meses y1 día a 6 meses	0	0
total	9	100%

Se observa que el 44.5% de los lactantes fueron alimentados con pecho hasta los 3 meses

Gráfico N° 13



Fuente: propia

Alimento complementario al pecho

Cuadro N°17

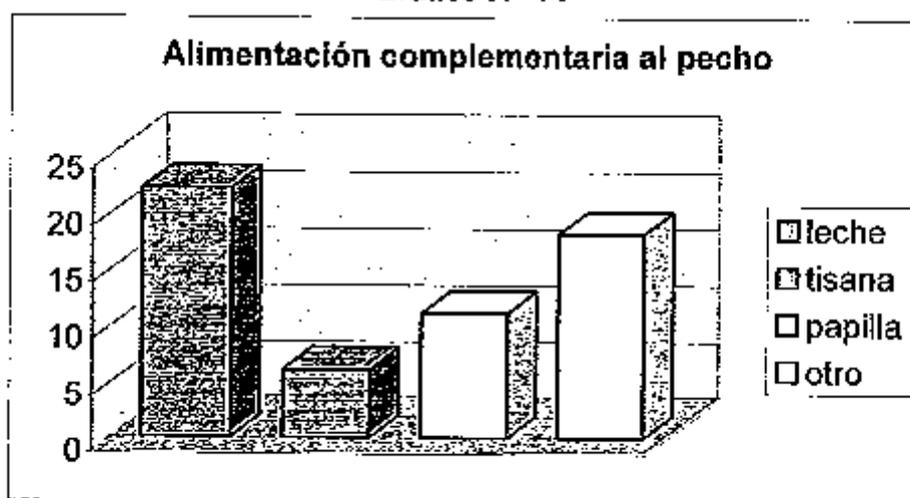
Variable: cualitativa nominal.

Tipo de alimentos complementarios al pecho que recibieron los lactantes de 0 a 6 meses asistidos en el centro de salud "La Cruz de Carrasco"

Alimento	FA	FR %
Leches	22	38.5
Tisanas	6	10.5
Papilla	11	19.5
Otro	18	31.5
Total	57	100%

El 38.5% complementa su alimentación a pecho con leches, ya sea maternizada o de vaca, y el 31.5% que ingiere otro alimento, es mayoritariamente agua hervida, solo un 19.5% ingiere como complemento al pecho la papilla.

Gráfico N° 14



Cuadro N° 18

Momento en que la madre introducirá la papilla en la alimentación de los lactantes de 0 a 6 meses asistidos en el centro de salud "La Cruz de Carrasco" en relación a la edad materna.

Momento introducción papilla	Edad materna						total
	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36 y más	
Indic pediatra	0	7	7	6	1	1	22
< o 0 a 2 meses	1	0	0	0	0	0	1
2m+1 día a 3 m	1	2	2	0	1	1	7
3m + 1 día a 4 m	0	4	3	6	2	0	15
4 m + 1 día a 5 m	0	2	4	2	0	3	11
5m +1 día a 6m	0	0	4	2	5	0	11
> 6 meses	0	0	0	0	1	0	1
Total	2	15	20	16	10	5	68